

Der Jahresbericht 2007 der EU-Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) wurde dieser Tage in Brüssel vorgelegt

- Zusammenfassung -

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten (und zum Teil Anrainern) in Form nationaler Berichte zur Verfügung gestellt wurden*. Die aktuellen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2005 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Dieser Bericht wird ergänzt durch drei eingehende Analysen zu den Themen: "Drogen und Straßenverkehr", "Drogenmissbrauch Jugendlicher unter 15 Jahren" sowie "Kokainkonsum".

Der Bericht behandelt zwei grundlegende Fragen:

1. Welche Informationen sind in Europa über den Drogenkonsum und die dadurch verursachten Probleme verfügbar?
2. Welche neuen Erkenntnisse gibt es zur Durchführung effizienter Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik?

"Diese Fragen sind insofern bedeutsam als die politischen Entscheidungsträger in Europa mittlerweile unabhängig von politischer Überzeugung oder ideologischer Ausrichtung anerkennen, dass der Drogenkonsum eine komplexe Problematik darstellt, für die es keine einfachen Rezepte gibt. In dieser Hinsicht belegt der Bericht auch das europäische Engagement für die Konzeption einer ausgewogenen und evidenzbasierten Politik. Zudem wird das Bestreben sichtbar, kontinuierlich an der Bewältigung dieses Problems zu arbeiten, anstatt sich auf vermeintlich "schnelle" Lösungen zu verlassen. Europa kann stolz darauf sein, dass seine Maßnahmen in diesem schwierigen und oftmals emotionalen Bereich rational und zugleich human sind." So der EBDD-Direktor Wolfgang Götz. Bei HIV-Infektionen unter Drogenkonsumenten habe es Fortschritte gegeben, jetzt müssten ebenso wirksame Maßnahmen zur Reduzierung der drogenbedingten Todesfälle eingeleitet werden. Die Zahl der Suchtgifttoten befände sich in Europa auf einem "historisch hohen Niveau, ohne dass bei den neuesten Daten eine rückläufige Tendenz zu erkennen" sei.

Zu ausgewählten Themen

- **HIV:** Insgesamt ist eine positive Entwicklung zu verzeichnen, jedoch belegen die Neuinfektionen die Notwendigkeit weiterer Anstrengungen (mehr dazu Seite 15 und ab Seite 80 ff)
- **Haftanstalten:** Angebote für Drogenkonsumenten sind nach wie vor unzureichend (mehr dazu Seite 12 und Seite 83 ff)
- **Hepatitis C** ist nach wie vor Europas schleichende Epidemie (mehr dazu Seite 16 und Seite 82 ff)

*) Die nationalen Berichte bieten eine ausführliche Beschreibung und Analyse der Drogenproblematik in den einzelnen Ländern und können auf der Website der EBDD (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>) eingesehen werden.

Ruth Steffens, 27.11.2007



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

ISSN 1609-6088

JAHRESBERICHT 2007

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2007

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA

Rechtlicher Hinweis

Diese Publikation ist Eigentum der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und urheberrechtlich geschützt. Die EBDD übernimmt keine Verantwortung bzw. Haftung für die Folgen der möglichen Weiterverwendung der hierin enthaltenen Daten. Der Inhalt dieser Veröffentlichung gibt nicht unbedingt den offiziellen Standpunkt der Partner der EBDD, der EU-Mitgliedstaaten oder anderer Einrichtungen und Agenturen der Europäischen Union oder der Europäischen Gemeinschaften wieder.

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

Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zur Europäischen Union zu finden

Gebührenfreie Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800-Nummern oder berechnen eine Gebühr.

Dieser Bericht liegt in bulgarischer, spanischer, tschechischer, dänischer, deutscher, estnischer, griechischer, englischer, französischer, italienischer, lettischer, litauischer, ungarischer, niederländischer, polnischer, portugiesischer, rumänischer, slowakischer, slowenischer, finnischer, schwedischer, türkischer und norwegischer Sprache vor. Alle Übersetzungen wurden vom Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union angefertigt.

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2007

ISBN 978-92-9168-286-7

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2007

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Belgium

GEDRUCKT AUF CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkung	9
Übersicht – Die Drogensituation in Europa	11
Kapitel 1	
Politische und rechtliche Entwicklungen	19
Kapitel 2	
Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa	29
Kapitel 3	
Cannabis	38
Kapitel 4	
Amphetamine, Ecstasy und LSD	50
Kapitel 5	
Kokain und Crack	59
Kapitel 6	
Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum	65
Kapitel 7	
Neue und sich abzeichnende Tendenzen beim Drogenkonsum und Maßnahmen betreffend neue Drogen	75
Kapitel 8	
Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle	80
Literatur	93



Vorwort

Dies ist der zwölfte Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Wie die früheren Berichte bietet er umfassende aktualisierte Informationen über die gegenwärtige Lage im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum in Europa. Darüber hinaus werden die Fortschritte Europas bei der Umsetzung eines methodisch fundierten, nachhaltigen und umfassenden Informationssystems zur Beobachtung des Drogenkonsums dargestellt.

Der Bericht behandelt zwei grundlegende Fragen: Welche Informationen sind in Europa über den Drogenkonsum und die dadurch verursachten Probleme verfügbar? Welche neuen Erkenntnisse gibt es zur Durchführung effizienter Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik? Diese Fragen sind insofern bedeutsam als die politischen Entscheidungsträger in Europa mittlerweile unabhängig von politischer Überzeugung oder ideologischer Ausrichtung anerkennen, dass der Drogenkonsum eine komplexe Problematik darstellt, für die es keine einfachen Rezepte gibt. Sie sind sich bewusst, dass die Voraussetzung für weitere Fortschritte auf diesem Gebiet in der Analyse der verfügbaren Daten über das Ausmaß und das Wesen des Problems sowie über die Kosten und Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Interventionsansätze liegt. In dieser Hinsicht belegt der Bericht auch das europäische Engagement für die Konzeption einer ausgewogenen und evidenzbasierten Politik. Zudem wird das Bestreben sichtbar, kontinuierlich an der Bewältigung dieses Problems zu arbeiten, anstatt sich auf vermeintlich „schnelle“ Lösungen zu verlassen. Europa kann stolz darauf sein, dass seine Maßnahmen in diesem schwierigen und oftmals emotionalen Bereich rational und zugleich human sind.

In diesem Bericht werden ferner die bei der Antwort auf die Drogenproblematik in Europa erzielten Fortschritte beleuchtet. Dies ist in diesem Jahr von besonderer Bedeutung, da in Kürze auf europäischer und internationaler Ebene die Evaluation der auf diesem Gebiet erreichten Erfolge ansteht. Im Jahr 2008 wird die Europäische Kommission mit der Evaluation der Auswirkungen des gegenwärtigen EU-Drogenaktionsplans beginnen, und die Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen wird die Fortschritte erörtern, die im Hinblick auf die Verwirklichung der 1998 in der Sondersitzung der Vollversammlung der Vereinten Nationen festgelegten Ziele erreicht wurden.

In Europa stellt die Drogenproblematik weiterhin eine ernst zu nehmende Herausforderung für die Gesundheits- und

Sozialpolitik und für die Strafverfolgungsbehörden dar. Es gibt zahlreiche Bereiche, die Anlass zur Besorgnis geben. Es wurden aber auch Fortschritte erzielt, die Anerkennung verdienen. In Europa setzen immer mehr Mitgliedstaaten strategische und zielgerichtete Konzepte zur Bewältigung der Drogenproblematik um. Zudem ist ein beträchtlicher Zuwachs an Investitionen in den Bereichen Prävention, Behandlung und Schadensminimierung zu verzeichnen, die Zusammenarbeit wurde verbessert und die Angebotsreduzierung gewinnt an Bedeutung. Zwar bewegt sich der Drogenkonsum insgesamt weiterhin auf historisch hohem Niveau, doch ist in den meisten Bereichen eine Stabilisierung festzustellen. In einigen Gebieten gibt es sogar Anzeichen, die Anlass zu vorsichtigem Optimismus geben. Die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten fördern internationale Programme in erheblichem Umfang. Im globalen Vergleich lässt sich durchaus mit Genugtuung feststellen, dass sich die Situation in Europa in zahlreichen wichtigen Feldern recht positiv darstellt.

Als Beobachtungsstelle befassen wir uns mit Zahlen und Fakten. Wir sind zu wissenschaftlicher Präzision und Unvoreingenommenheit verpflichtet und müssen daher die verfügbaren Informationen frei von Vorurteilen und vorgefassten Meinungen interpretieren. Als Vorsitzender des Verwaltungsrats und als Direktor dulden wir hier keinerlei Kompromisse und sind stolz auf unsere hohen Standards. Wissenschaftliche Präzision ist bei unserer Arbeit unverzichtbar, dennoch dürfen wir niemals vergessen, dass hinter den Zahlen reale menschliche Schicksale stehen und dass das Leben vieler Menschen durch Drogenprobleme in Mitleidenschaft gezogen und mitunter vollständig zerstört wurde. Hinter den trockenen Zahlen über Behandlungsnachfragen, drogenbedingte Todesfälle und Straftaten verbergen sich das Leid von Familien, verlorenes Potenzial und Kinder, die in unsicheren Gemeinschaften aufwachsen. Um effiziente Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik zu entwickeln, müssen wir mit den von uns gewonnenen Daten frei von Emotionen umgehen, ohne jedoch der Thematik als solcher gegenüber gleichgültig zu werden.

Marcel Reimen
Vorsitzender, EBDD-Verwaltungsrat

Wolfgang Götz
Direktor, EBDD



Danksagung

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

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirats der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ – und der Europäischen Kommission;
- dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (EZPKK), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Europol;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel des Europarates (Pompidou-Gruppe), dem United Nations Office on Drugs and Crime, dem WHO-Regionalbüro für Europa, Interpol, der Weltzollorganisation, dem Projekt ESPAD, dem Schwedischen Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN) und dem Europäischen Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV);
- dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union und dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften;
- Prepress Projects Ltd.

Nationale Reitox-Knotenpunkte

Reitox ist das Europäische Informationsnetz für Drogen und Drogensucht. Das Informationsnetz besteht aus nationalen Knotenpunkten in den EU-Mitgliedstaaten, Norwegen, den Kandidatenländern und bei der Europäischen Kommission. Die nationalen Knotenpunkte haben unter ihrer jeweiligen Regierung die fachliche Verantwortung für die Lieferung von drogenspezifischen Informationen an die EBDD.

Die Kontaktinformationen der nationalen Knotenpunkte sind der Website <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596> zu entnehmen.



Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern und von Norwegen (das seit 2001 an der Arbeit der EBDD beteiligt ist) in Form nationaler Berichte zur Verfügung gestellt wurden. Die hier veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2005 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Die Grafiken und Tabellen in diesem Bericht beziehen sich in einigen Fällen nur auf einen Teil der EU-Länder: Die Auswahl erfolgte auf der Grundlage der Länder, die für den Bezugszeitraum Daten zur Verfügung gestellt haben.

Eine Online-Fassung des Jahresberichts steht in 23 Sprachen unter <http://annualreport.emcdda.europa.eu> zur Verfügung.

Das *Statistical Bulletin 2007* (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) beinhaltet die vollständigen Quelltabellen, die für die statistische Analyse herangezogen wurden. Es enthält darüber hinaus weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden und mehr als 100 ergänzende statistische Grafiken.

Die länderspezifischen Datenprofile (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) bieten eine nützliche grafische Zusammenfassung der Schlüsselaspekte der Drogensituation in den einzelnen Ländern.

Dieser Bericht wird ergänzt durch drei eingehende Analysen zu den folgenden Themen:

- Drogen und Straßenverkehr;
- Drogenkonsum unter Minderjährigen;
- Kokain und Crack: ein zunehmend wichtiges Thema im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Die ausgewählten Themen sind ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) verfügbar.

Die nationalen Berichte der nationalen Reitox-Knotenpunkte bieten eine ausführliche Beschreibung und Analyse der Drogenproblematik in den einzelnen Ländern und können auf der Website der EBDD (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>) eingesehen werden.



Übersicht – Die Drogensituation in Europa

Europa spielt eine zunehmend wichtige Rolle bei der Unterstützung weltweiter Maßnahmen zur Eindämmung der Drogenproblematik

Weder die Tendenzen des Drogenkonsums noch die Akteure der Drogenherstellung und des Drogenhandels machen vor nationalen oder geografischen Grenzen Halt. Darum ist es wichtig zu erkennen, dass das europäische Drogenproblem Teil eines umfassenderen, weltweiten Phänomens ist und dass sich die Muster des Drogenkonsums in Europa und die Probleme in anderen Teilen der Welt gegenseitig beeinflussen. Dem wird im laufenden EU-Drogenaktionsplan Rechnung getragen, der den Bedarf nach einer stärkeren europaweiten Koordinierung internationaler Angelegenheiten sowie die Unterstützung von Programmen zur Nachfrage- und Angebotsreduzierung in den Nachbar- und Herstellerländern berücksichtigt. Europa wendet derzeit erhebliche Mittel zur Unterstützung internationaler Maßnahmen auf: Einem vor kurzem durchgeführten Audit der Europäischen Kommission zufolge finanziert die Europäische Union gegenwärtig Maßnahmen zur Nachfrage- und Angebotsreduzierung in Drittländern mit mindestens 750 Mio. EUR. Darüber hinaus ist die EU derzeit der größte internationale Geber bei der Unterstützung der Arbeit des United Nations Office on Drugs and Crime [Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung der Vereinten Nationen] (UNODC).

Neben dieser finanziellen Unterstützung zeigt sich, dass die europäischen Länder ihre auf internationaler Ebene übernommenen Verpflichtungen ernst nehmen, angemessene Reaktionen auf die Drogenproblematik zu entwickeln. Im Jahr 2008 wird die internationale Gemeinschaft die weltweit erzielten Fortschritte mit Blick auf die 1998 bei der Sondersitzung der Vereinten Nationen festgelegten Ziele zur Bekämpfung der globalen Drogenproblematik evaluieren. Um die auf internationaler Ebene verfügbaren Daten zu vervollständigen, wird die EBDD den Evaluierungsprozess durch eine ausführlichere Bewertung der Situation in Europa unterstützen. Den in diesem Bericht vorgelegten Daten ist zu entnehmen, dass die EU-Mitgliedstaaten in den letzten zehn Jahren immer umfassendere nationale und EU-weite Koordinierungsmechanismen erarbeitet haben, die in der Regel auf Strategien und Aktionsplänen beruhen. Darüber hinaus wurden die verfügbaren Informationen über die Drogensituation erheblich verbessert und in angebots- und nachfrageorientierte Maßnahmen investiert. Zweifellos stellt der Drogenkonsum nach wie vor eine bedeutende Herausforderung für die Gesundheits- und Sozialpolitik in Europa dar, jedoch müssen die genannten positiven Entwicklungen ebenfalls Anerkennung finden.

Europa im globalen Kontext

Der Drogenkonsum stellt ein weltweites Problem dar. Wertvolle Einblicke in die relative Bedeutung der Drogenproblematik

in Europa können durch die Gegenüberstellung von Informationen aus Europa und anderen Ländern gewonnen werden. Die Schwierigkeit in diesem Zusammenhang besteht darin, dass nur in einigen wenigen Teilen der Welt relativ umfassende und tragfähige Daten zur Verfügung stehen. Die Daten aus den USA sowie aus Kanada und Australien können für aussagekräftige Vergleiche hinsichtlich der Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz des Drogenkonsums herangezogen werden. Die Schätzungen des UNODC zeigen, dass die Prävalenz des Opioidkonsums in diesen Ländern weitgehend der in der Europäischen Union beobachteten Prävalenz von 0,4 % bis 0,6 % entspricht, wobei in Kanada etwas niedrigere und in den USA etwas höhere Werte verzeichnet werden. Der geschätzte Cannabiskonsum ist in der Europäischen Union durchschnittlich wesentlich niedriger als in den USA, Kanada oder Australien. Was den Konsum von Stimulanzien betrifft, so ist der Ecstasykonsum weltweit in etwa gleich hoch, obwohl Australien hohe Prävalenzraten meldet, während die Prävalenz des Amphetaminkonsums in Australien und den USA höher ist als in Europa und Kanada. Die Prävalenz des Kokainkonsums ist in den USA und Kanada höher als in der Europäischen Union und Australien. Aufgrund des Mangels an vergleichbaren Daten ist eine länderübergreifende Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen des Drogenkonsums kaum möglich. Ein vorsichtiger Vergleich der Schätzungen über die neu diagnostizierten HIV-Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum für das Jahr 2005 legt jedoch den Schluss nahe, dass die Raten in Australien, Kanada und der Europäischen Union unter 10 Fällen je 1 Million Einwohner und in den USA bei etwa 36 Fällen je 1 Million Einwohner liegen.

Quantifizierung komplexer Zusammenhänge: Festlegung angemessener Zielsetzungen und Entwicklung sinnvoller Summenmaße

Das Ziel aller europäischen Drogenstrategien ist die Eindämmung des Drogenkonsums und der durch Drogen verursachten Schäden sowohl für die Konsumenten als auch für die Gesellschaft, in der diese leben. Die Festlegung dieses politischen Ziels ist einfach, bei der Evaluierung der Auswirkungen politischer Maßnahmen in diesem Bereich muss jedoch in jedem Fall der Tatsache Rechnung getragen werden, dass der Drogenkonsum ein vielfältiges und komplexes Phänomen darstellt. Eine positive Schlussfolgerung des Berichts lautet, dass die Drogenpolitik in Europa in zunehmendem Maße die Notwendigkeit berücksichtigt, sich auf spezifische Maßnahmen zu konzentrieren und angemessene Zielsetzungen zu erarbeiten. Dies zeigt sich in Europa zum einen in der allgemeinen Tendenz, nationale Drogenstrategien aufzulegen, die von spezielleren, zeitlich begrenzten Aktionsplänen begleitet werden. Zum anderen wird im Rahmen der Koordinierung auf europäischer Ebene

der laufende EU-Drogenaktionsplan jährlich überprüft und die Indikatoren werden entsprechend dieser Bewertung gegebenenfalls verworfen oder modifiziert.

Für die Evaluierung von Maßnahmen ist der Übergang zu einem stärker auf bestimmte Ziele ausgerichteten Ansatz sicherlich hilfreich. Es ist jedoch ebenfalls sinnvoll, auf einige Summenmaße zurückgreifen zu können, die eine einfachere Beschreibung komplexer Themen erlauben. Obwohl sich die Erarbeitung solcher Skalen und Maße schwierig gestaltet, gab es in jüngster Zeit einige vielversprechende Entwicklungen. In diesem Bericht wird eine neue Analyse von Daten über die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor in Europa vorgelegt. Die Daten sind zwar nicht vollständig, verdeutlichen aber dennoch, dass mit 13 Mrd. EUR bis 36 Mrd. EUR in Europa jedes Jahr für die Nachfrage- und Angebotsreduzierung erhebliche Summen aufgebracht werden. Dabei ist zu bedenken, dass in diesen Zahlen die sozialen Kosten des Drogenkonsums keine Berücksichtigung finden.

Zu den in diesem Zusammenhang möglicherweise hilfreichen Ansätzen zählt unter anderem die Entwicklung von Indizes, die darauf abzielen, die unterschiedlichen, mit dem Konsum illegaler Drogen verbundenen Kosten und Schäden zu bemessen, wie beispielsweise der vor kurzem im Vereinigten Königreich konzipierte *Drug Harm Index*. Der durch Drogen verursachte Schaden ist auch einer der Schlüsselbegriffe im kürzlich vorgeschlagenen *Illicit Drug Index (IDI)* des UNODC. Derartige Ansätze können für künftige Analysen politischer Maßnahmen hilfreich sein. Allerdings ist dies zum einen von der Qualität der dem Summenmaß zugrunde liegenden Daten und zum anderen davon abhängig, in welchem Umfang diese Daten den Zielbegriff erfassen können.

Schadensminimierung ist nun ausdrücklich Bestandteil der europäischen Konzepte

Noch immer bestehen zwischen den europäischen Ländern erhebliche Unterschiede sowohl hinsichtlich Art und Umfang der nationalen Drogenproblematik als auch mit Blick auf die Zahl und Konzeption der entsprechenden Maßnahmen. Ungeachtet dessen besteht weitgehend Einigkeit über den allgemeinen Grundsatz, dass drogenpolitische Maßnahmen ausgewogen, umfassend und evidenzbasiert sein sollten. Im Bereich der Nachfragereduzierung wird die Notwendigkeit von Prävention, Behandlung und Maßnahmen der sozialen Rehabilitation allgemein anerkannt. Das Thema Schadensminimierung wurde jedoch in der Vergangenheit eher kontrovers diskutiert. Hier zeichnet sich nun eine Veränderung ab, und die Schadensminimierung findet offenbar als Teil umfassender Maßnahmenpakete zur Nachfragereduzierung in den europäischen Konzepten ausdrücklich ihren Niederschlag. Dies kommt in der Tatsache zum Ausdruck, dass sowohl opioidgestützte Substitutionstherapien als auch Spritzenaustauschprogramme in praktisch allen EU-Mitgliedstaaten angeboten werden, wenn auch in sehr unterschiedlichem Umfang. Ein weiterer Beleg für diese Veränderung ist die in einem kürzlich vorgelegten Bericht der Europäischen Kommission

getroffene Feststellung, dass die Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Entwicklung und Ausweitung von Schadensminimierungsmaßnahmen durch die Mitgliedstaaten beigetragen hat.

Haftanstalten: Angebote für Drogenkonsumenten sind nach wie vor unzureichend

Eine wichtige Schlussfolgerung bei der Überprüfung der Fortschritte, die bei der Umsetzung der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 erzielt wurden lautete, dass, trotz der in anderen Bereichen erzielten Fortschritte, die Angebote in Haftanstalten in der Regel wenig entwickelt waren. Zwar haben einige Mitgliedstaaten Regelungen eingeführt, um Straftäter mit Drogenproblemen in Behandlungseinrichtungen zu überweisen statt strafrechtliche Sanktionen zu verhängen, jedoch machen Menschen mit Drogenproblemen in nahezu allen Ländern nach wie vor einen erheblichen Anteil der Haftinsassen aus. Die EBDD erarbeitet derzeit gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Datenbank für die Zusammenstellung relevanter Indikatoren zur Gesundheit in Haftanstalten. Der allgemeine Grundsatz, dass Haftinsassen Zugang zu denselben Gesundheitsdiensten haben müssen wie die Allgemeinbevölkerung, wurde bisher in vielen Bereichen für Menschen mit Drogenproblemen nicht verwirklicht. Viele Straftäter haben bei Haftantritt Drogenprobleme. Studien belegen, dass der Drogenkonsum häufig in der Haftanstalt fortgesetzt wird. Die mangelnden Angebote für Drogenkonsumenten in Haftanstalten geben Anlass zu der schwerwiegenden Befürchtung, dass man hier nicht nur eine Chance ungenutzt verstreichen lässt, Maßnahmen zur Eindämmung des künftigen Drogenkonsums und straffälligen Verhaltens zu ergreifen, sondern dadurch auch die andernorts erzielten gesundheitspolitischen Errungenschaften unterminiert werden.

Feststellen und darüber kommunizieren, was funktioniert

Die Diskussion von Maßnahmen zur Nachfragereduzierung konzentriert sich zunehmend auf die Ermittlung von Maßnahmen, deren Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (*Effectiveness*) belegt ist und die keine unbeabsichtigten negativen Folgen nach sich ziehen. Da jede schlecht durchgeführte Maßnahme höchstwahrscheinlich unwirksam ist oder sich sogar als kontraproduktiv erweisen kann, besteht die zweite zentrale Aufgabe in diesem Zusammenhang in der Ermittlung von bewährten Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. In der neuen EBDD-Verordnung wird die Bedeutung der Ermittlung und Verbreitung bewährter Verfahren unterstrichen. Eine zentrale Schwierigkeit stellen in diesem Zusammenhang die Alltagsbedingungen dar, unter denen Maßnahmen zur Nachfragereduzierung umgesetzt werden. Zuverlässige kontrollierte Studien, der Goldstandard für die meisten medizinischen Interventionen, sind häufig schwierig zu konzipieren oder schlichtweg nicht praktikabel. Die komplexen Aufgabenstellungen für die Bewertung der Belege der *Effectiveness* und für die Ermittlung von Standards zur Qualitätssicherung werden in diesem Bericht behandelt.

Auf einen Blick – Schätzungen des Drogenkonsums in Europa

Die folgenden Schätzungen beziehen sich auf die erwachsene Bevölkerung. Angegeben werden die jüngsten jeweils verfügbaren Zahlen. Die vollständigen Daten und umfassende Hinweise zur Methodik finden Sie im *Statistical Bulletin 2007*.

Cannabis

Lebenszeitprävalenz: mindestens 70 Millionen oder einer von fünf europäischen Erwachsenen.

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 23 Millionen europäische Erwachsene oder ein Drittel der Personen mit Cannabiserfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: über 13 Millionen Europäer.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: 1,0 % bis 11,2 %.

Kokain

Lebenszeitprävalenz: mindestens zwölf Millionen oder etwa 4 % der europäischen Erwachsenen.

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: 4,5 Millionen europäische Erwachsene oder ein Drittel der Personen mit Kokainerfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: etwa zwei Millionen.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: 0,1 % bis 3 %

Ecstasy

Lebenszeitprävalenz: etwa 9,5 Millionen europäische Erwachsene (3 % der europäischen Erwachsenen).

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: 3 Millionen europäische Erwachsene oder ein Drittel der Personen mit Ecstasyerfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: über 1 Million.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: 0,2 % bis 3,5 %

Amphetamine

Lebenszeitprävalenz: nahezu elf Millionen oder rund 3,5 % der europäischen Erwachsenen.

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: zwei Millionen oder ein Fünftel der Personen mit Amphetaminerfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: unter 1 Million.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: 0,0 % bis 1,3 %

Opioide

Problematischer Opioidkonsum: zwischen 1 und 8 Fällen je 1 000 Erwachsene (15 bis 64 Jahre).

Über 7 500 akute drogenbedingte Todesfälle; in rund 70 % davon konnten Opioide nachgewiesen werden (Daten von 2004).

Hauptdroge in etwa 50 % aller Drogentherapienachfragen.

Über 585 000 Opioidkonsumenten haben im Jahr 2005 eine Substitutionsbehandlung erhalten.

Die Popularität von Cannabis könnte zurückgehen, während Themen der öffentlichen Gesundheit zunehmend Beachtung finden

Fast ein Viertel aller Erwachsenen hat einmal im Leben Cannabis probiert, und jeder vierzehnte Erwachsene hat die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert. Damit ist Cannabis in Europa die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Dies gilt nicht nur für die Allgemeinbevölkerung, sondern insbesondere für junge und sehr junge Menschen. Der Drogenkonsum unter Heranwachsenden, deren physische und soziale Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, kann ein besonders schwerwiegendes Problem darstellen. Diese Problematik wird im ausgewählten Thema zum Drogenkonsum unter Minderjährigen eingehend erörtert. Die Notwendigkeit, die Auswirkungen eines frühen Erstkonsums von Cannabis zu erkennen und mögliche geeignete Maßnahmen zu ermitteln, ist eine der komplexen Aufgabenstellungen, die sich aus dem weit verbreiteten Cannabiskonsum für die Gesundheits- und Drogenkontrollpolitik in Europa ergeben.

Insgesamt gibt es in der europäischen Politik die Tendenz, den Besitz und Konsum geringer Mengen Cannabis nicht mehr mit strafrechtlichen Sanktionen zu ahnden, sondern stattdessen auf präventions- oder behandlungsorientierte Konzepte zurückzugreifen. Ungeachtet dessen ist die Zahl der erfassten Cannabisdelikte im Zeitraum von 2000 bis 2005 erheblich gestiegen (um 36 %), und in den meisten Ländern ist Cannabis die Droge, die im Zusammenhang mit Strafanzeigen wegen des Konsums oder Besitzes von Drogen am häufigsten Erwähnung findet. Diese Situation könnte sich nun ändern, da die meisten Länder derzeit über einen gewissen Rückgang der gemeldeten Cannabisdelikte berichten, was möglicherweise darauf hinweist, dass sich die Strafverfolgungsbehörden in geringerem Maße mit dem Cannabiskonsum befassen.

Obwohl dieses Thema in der Öffentlichkeit und in den Medien umfassend diskutiert wird, ist schwerlich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Strafverfolgungspolitik und der Gesamtprävalenz des Cannabiskonsums herzustellen. Ungeachtet der zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede hinsichtlich Zeitpunkt und Breite dieser Entwicklung ist der Cannabiskonsum in Europa insgesamt im Laufe der 90er Jahre erheblich gestiegen, gefolgt von einer stabileren, aber weiterhin steigenden Tendenz ab dem Jahr 2000. Dadurch gestaltet sich die Situation in Europa derzeit homogener als in der Vergangenheit. Zudem zeigen die jüngsten verfügbaren Daten, dass sich der Cannabiskonsum insbesondere in den Ländern, die hohe Prävalenzraten verzeichnen, stabilisiert oder sogar rückläufig ist. Obwohl die Datenbasis noch immer relativ schwach ist, gibt es einige Hinweise darauf, dass die Popularität der Droge unter jüngeren Menschen in einigen Ländern sinkt. Wenngleich die Tendenzen in den einzelnen Ländern insgesamt schwanken, ist durchaus vorsichtiger Optimismus angebracht, dass sich die Eskalation des Cannabiskonsums, die in Europa seit den 90er Jahren beobachtet wurde, künftig nicht fortsetzen wird.

Doch selbst wenn sich der Cannabiskonsum in Europa nun stabilisiert, bewegen sich die gegenwärtigen Prävalenzraten zweifelsohne auf historisch hohem Niveau. Hinzu kommt, dass zwar nur ein relativ geringer Anteil der Cannabiskonsumenten die Droge regelmäßig oder intensiv konsumiert, hiervon aber eine signifikante Zahl von Menschen betroffen ist. Es stehen zunehmend Forschungsergebnisse und klinische Erfahrungen zur Verfügung, die ein besseres Verständnis der Bedürfnisse der Menschen mit Cannabisproblemen ermöglichen. Allerdings ist noch immer weitgehend unbekannt, in welchem Maße Cannabiskonsumenten insgesamt Probleme im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum entwickeln. Die von der EBDD zusammengetragenen Behandlungsdaten zeigen, dass sich die Zahl der gemeldeten neuen Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen seit 1999 nahezu verdreifacht hat, wobei sich dieser Trend jedoch derzeit zu stabilisieren scheint. Die Interpretation dieser Entwicklung wird durch mehrere Faktoren erschwert, unter anderem durch die steigende Verfügbarkeit von Hilfeangeboten für Menschen mit Cannabisproblemen und das zunehmende Bewusstsein für diese Probleme sowie durch die Tatsache, dass es sich bei einem signifikanten Teil der Überweisungen um fremdmotivierte Überweisungen aus dem justiziellen Bereich oder aus sozialen Einrichtungen handelt. Zudem haben die Cannabiskonsumenten, die mit den Behandlungsdiensten in Kontakt kommen, offenbar unterschiedliche Bedürfnisse. Dementsprechend reichen die vielfältigen angebotenen Leistungen von Kurz- und präventionsorientierten Interventionen bis hin zu formaleren Behandlungskonzepten.

Die Bewertung der Cannabissituation in Europa wird ferner durch Marktfaktoren sowie durch die Tatsache erschwert, dass nur in unzureichendem Maße zuverlässige Daten über den relativen Anteil und die Verfügbarkeit der unterschiedlichen Cannabisprodukte in der EU vorliegen. Europa ist nach wie vor der weltweit bedeutendste Markt für Cannabis harz, das zum größten Teil in Nordafrika hergestellt wird. Cannabis harz ist in Europa ebenfalls erhältlich, wobei jedoch die Menge des beschlagnahmten Cannabis harzes zehnmal höher ist als die des sichergestellten Cannabis krauts. Diese Situation könnte sich jedoch ändern: Die Sicherstellungen von Cannabis harz sind im Jahr 2005 leicht zurückgegangen, während die Sicherstellungen von Cannabis kraut und Cannabis pflanzen weiter zunehmen. Die Hälfte der europäischen Länder berichtete im Jahr 2005 über die Herstellung von Cannabis im eigenen Land. Einige Formen des selbstangebauten Cannabis können einen relativ hohen Wirkstoffgehalt aufweisen, und die Herstellung im eigenen Land kann ebenfalls Auswirkungen auf Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenkonsums haben.

Der Cannabiskonsum bringt für die Drogen-, Gesundheits- und Sozialpolitik in Europa eine Reihe komplexer Aufgabenstellungen mit sich. Eine positive Entwicklung besteht darin, dass die Mitgliedstaaten nun offenbar zunehmend ein besseres Verständnis der Auswirkungen des weit verbreiteten Konsums dieser Droge entwickeln und die einschlägigen Diskussionen stärker zielorientiert geführt

werden und weniger zu einer Über- oder Untertreibung der Problematik neigen.

Kokain: Schätzungen zum Konsum steigen wieder

Dem diesjährigen EBDD-Jahresbericht zufolge haben schätzungsweise 4,5 Millionen Europäer in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert. Im Jahresbericht 2006 wurde diese Zahl noch auf 3,5 Millionen Menschen geschätzt. Die im Vorjahresbericht erwähnte Stabilisierung der Situation wird auch durch die neuen Daten in Frage gestellt, die insgesamt auf einen steigenden Kokainkonsum hinweisen. Diesen Daten zufolge ist Kokain in Europa die nach Cannabis am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge, deren Messgrößen sämtlich über denen für Ecstasy und Amphetamine liegen. Die Schätzungen der 30-Tage-Prävalenz des Kokainkonsums liegen mehr als doppelt so hoch wie die entsprechenden Schätzungen des Ecstasykonsums. Die jüngsten Zunahmen bedeuten zwar, dass nun mehr Länder über signifikante Konsumentenzahlen berichten, jedoch sind die Unterschiede zwischen den Ländern nach wie vor beträchtlich, wobei aus den meisten osteuropäischen Ländern niedrige Prävalenzraten des Kokainkonsums gemeldet werden.

Gestiegene Prävalenzraten sind auch den neuen Daten aus Spanien und dem Vereinigten Königreich, den beiden Ländern mit den höchsten Prävalenzraten in Europa, zu entnehmen. Die Zunahme ist allerdings in keinem dieser Länder dramatisch. In beiden Ländern wurden unter jungen Erwachsenen ähnliche oder höhere 12-Monats-Prävalenzraten ermittelt wie in den USA. Beunruhigend ist der in beiden Ländern relativ hohe Kokainkonsum unter jungen Menschen (4-6 % bei den 15- bis 16-Jährigen). In Spanien lassen Analysen darauf schließen, dass der jüngste Anstieg vor allem auf einen steigenden Konsum in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen zurückzuführen ist. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass den Schätzungen zufolge die Zahl der Kokainkonsumenten, die schwerwiegende Probleme entwickeln, erheblich niedriger ist. Schätzungen für den problematischen Kokainkonsum liegen nur für drei Länder (Spanien, Italien, Vereinigtes Königreich) vor. Sie liegen zwischen 0,3 % und 0,6 % der erwachsenen Bevölkerung. Der Crack-Konsum ist in Europa zwar nach wie vor selten, verursacht jedoch dort, wo er beobachtet wird, schwerwiegende lokale Probleme.

Andere Indikatoren weisen ebenfalls auf einen Aufwärtstrend hin und bestätigen die zunehmende Bedeutung des Kokains innerhalb der europäischen Drogenproblematik. Sowohl die beschlagnahmten Mengen als auch die Zahl der Sicherstellungen sind gestiegen, was vielleicht auf verstärkte Einfuhren in den europäischen Markt, möglicherweise jedoch auch auf verbesserte Verbotmaßnahmen zurückzuführen sein könnte. In Europa werden zunehmend koordinierte Maßnahmen gegen den Kokainhandel durchgeführt. So soll in Portugal eine zwischenstaatliche Taskforce eingerichtet werden, was angesichts der zunehmenden Bedeutung, die dieses

Land im Bereich der Verbotsmaßnahmen gegen Kokain innehat, durchaus angemessen erscheint. Zwar haben die Rekordzahlen bei den Sicherstellungen die weiterhin sinkenden Preistendenzen offenbar nicht beeinflusst, jedoch ist es durchaus möglich, dass sie sich auf die Reinheit des Kokains ausgewirkt haben.

Derzeit haben die erhöhten Prävalenzraten des Kokainkonsums nur schwache Auswirkungen auf Gesundheitsindikatoren, dies könnte sich jedoch ändern. Jährlich werden in Europa etwa 400 kokainbedingte Todesfälle gemeldet, und es besteht der Verdacht, dass Todesfälle aufgrund von Herzkreislaufproblemen, bei denen Kokain eine Rolle gespielt hat, wahrscheinlich weitgehend unentdeckt bleiben. Die Nachfrage nach Drogentherapien für Menschen mit Kokainproblemen steigt. Im Jahr 2005 wurde Kokain von etwa 13 % der Patienten, die eine Behandlung beantragten, als Primärdroge genannt. Bei den Erstpazienten war dieser Anteil sogar noch höher (22 %). Die Zahl der gemeldeten neuen Behandlungsnachfragen hat sich im Laufe der letzten fünf Jahre in etwa verdreifacht und beläuft sich derzeit auf über 33 000 Fälle. In etwa 15 % der Fälle wurde Kokain als Sekundärdroge genannt, und in einigen Ländern wird man sich zunehmend der Tatsache

bewusst, dass der gleichzeitige Konsum von Kokain die Behandlung von Opioidkonsumenten beeinträchtigt. Insgesamt ist jedoch die Zahl der Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Kokain niedriger als die Zahl der Nachfragen wegen des Konsums von Cannabis und wesentlich geringer als die Zahl der Nachfragen im Zusammenhang mit Opioidproblemen.

HIV: Insgesamt ist eine positive Entwicklung zu verzeichnen, jedoch belegen die Neuinfektionen die Notwendigkeit weiterer Anstrengungen

In den 90er Jahren wurden aufgrund der beobachteten oder sich abzeichnender HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten neue Hilfeangebote für diese Personengruppe entwickelt. Durch diese Erweiterung der Angebote konnte eine Wiederholung der früher in Europa beobachteten HIV-Epidemien weitgehend vermieden werden. Dennoch wurden in einigen Ländern, insbesondere in den baltischen Staaten, lokal begrenzte Probleme festgestellt und in einigen Ländern, in denen es früher Epidemien gegeben hatte, blieb die HIV-Prävalenzrate unter injizierenden Drogenkonsumenten nach wie vor recht hoch. Obwohl insgesamt die Bedeutung des injizierenden Drogenkonsums

Afghanistan – können Maßnahmen zur „alternativen Entwicklung“ greifen?

Die Nachhaltigkeit der insgesamt stabilen oder sich verbessernden Situation im Hinblick auf den Heroinkonsum in Europa wird durch die wachsende Opiumproduktion in Afghanistan in Frage gestellt. Schätzungen für das Jahr 2006 lassen darauf schließen, dass die Produktion infolge einer erheblichen Ausweitung der Anbaufläche um 43 % gestiegen ist.

Die Daten über die Sicherstellungen von Opioiden und die ausgehobenen Labors deuten darauf hin, dass das in Afghanistan hergestellte Opium in zunehmendem Maße vor der Ausfuhr im Land selbst zu Morphin oder Heroin verarbeitet wird (CND, 2007). Anschließend gelangt das Heroin über zwei große Drogenhandelsrouten nach Europa: über die alte Balkanroute, die noch immer die wichtigste Route im Heroinschmuggel darstellt, und in jüngerer Zeit auch entlang der „Seidenstraße“ (siehe Kapitel 6).

Die regionalen Unterschiede innerhalb Afghanistans zeigen, dass der Mohnanbau durch wirtschaftliches Wachstum eingedämmt werden kann. Sie belegen aber auch, dass dies durch eine unsichere politische Lage, Korruption und Infrastrukturprobleme unterminiert werden kann. Eine Reduzierung des Anbaus ist rasch zu erreichen, kann aber ebenso rasch wieder ins Gegenteil verkehrt werden. Beispielsweise ist der Schlafmohnanbau in der Provinz Nangarhar im Osten des Landes im Zeitraum 2004/2005 um 96 % zurückgegangen, jedoch wie in vielen anderen Regionen seitdem wieder auf das frühere Niveau gestiegen. Dies ist zum Teil auf die wirtschaftlichen Zwänge in dicht besiedelten Regionen zurückzuführen, die nicht in der Lage waren, sich auf andere hochwertige Kulturen und nicht-landwirtschaftliche Einkommensmöglichkeiten umzustellen (Mansfield, persönliche Mitteilung und 2007).

In anderen Gebieten des östlichen Landesteils dagegen wird Opium wahrscheinlich weiterhin nur in zu vernachlässigenden Mengen angebaut werden, und selbst in den Südprovinzen Kandahar und Helmand ist in den Gebieten um die Provinzzentren ein Rückgang des Anbaus zu erwarten. Unterstützt wird diese Entwicklung offenbar durch eine größere staatliche Kontrolle, eine stärkere Diversifizierung der landwirtschaftlichen Produktion und die Schaffung einer Verkehrs- und Vertriebsinfrastruktur. Diese Faktoren haben es ermöglicht, dass sich in diesen Regionen relativ hochwertige Kulturen etablieren konnten. Im Norden und Nordosten des Landes wird der Mohnanbau nicht nur durch steigende Löhne und sinkende Opiumpreise zurückgedrängt, sondern auch durch die Tatsache, dass einige hochwertige Gemüsesorten derzeit höhere Gewinne einbringen als Mohn. In diesen Gebieten wird die Diversifizierung des Anbaus durch Maßnahmen zur Drogenbekämpfung und ein stärkeres Engagement der Regierung unterstützt, die in der Bevölkerung den Eindruck erwecken, dass massivere Maßnahmen zur Durchsetzung des Verbots des Opiumanbaus zu erwarten sind.

Steigende Arbeitskosten und sinkende Preise sorgen nun dafür, dass Gewinne aus dem Schlafmohnanbau nicht mehr die beste Einkommensquelle darstellen. In einigen Gebieten können mit alternativen Produkten höhere Gewinne erzielt werden, insbesondere dort, wo auch nicht-landwirtschaftliche Einkommensmöglichkeiten bestehen. Diese legalen Einkommensquellen stehen jedoch nicht der gesamten Bevölkerung offen. In vielen Gebieten sind die Möglichkeiten der Landwirte durch hohe Transportkosten, schlechte Straßen und Probleme infolge mangelnder Sicherheit eingeschränkt. Dort stehen Korruption und Unsicherheit dem Handel mit legalen Gütern im Wege und behindern das Wirtschaftswachstum sowie die Bemühungen um eine Förderung der Diversifizierung des Anbaus selbst in den relativ nah an den Provinzzentren gelegenen Gebieten.

als Übertragungsweg für HIV-Infektionen zurückgegangen ist, waren Schätzungen der EBDD zufolge im Jahr 2005 etwa 3 500 neu diagnostizierte HIV-Infektionen in der Europäischen Union auf den injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen. Diese Zahl mag zwar historisch gesehen niedrig sein, stellt jedoch für die öffentliche Gesundheit nach wie vor ein erhebliches Problem dar.

Die Analyse der jüngsten Daten weist darauf hin, dass in den meisten Ländern geringe Raten von Neuinfektionen durch injizierenden Drogenkonsum verzeichnet werden und die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten zwischen 2001 und 2005 in den meisten EU-Regionen zurückgegangen ist. Infolgedessen ist davon auszugehen, dass insbesondere in Gebieten mit ehemals hohen Prävalenzraten die Zahl der Infektionen durch injizierenden Drogenkonsum sinkt. Die Situation in Estland, Lettland und Litauen ist nach wie vor Besorgnis erregend, jedoch deuten auch hier die jüngsten Daten größtenteils auf einen relativen Rückgang der Neuinfektionen hin.

Im Zusammenhang mit dieser Bewertung sind jedoch zwei wesentliche Einschränkungen vorzunehmen: Für einige wichtige Gebiete ist nur eine schwache Datenbasis verfügbar und Studien über die Tendenzen im Laufe der letzten fünf Jahre berichten über einen Anstieg der Neuinfektionen in einigen Gebieten oder Stichproben in etwa einem Drittel der Länder. Besorgnis erregend ist auch die Tatsache, dass in einigen Ländern entweder relativ hohe Raten von Neuinfektionen verzeichnet wurden oder aber in jüngster Zeit ein leichter Anstieg der Prävalenz zu beobachten war, obwohl die Gesamtraten weiterhin niedrig sind. Da die jüngste Vergangenheit gezeigt hat, wie schnell sich HIV-Infektionen in gefährdeten Bevölkerungsgruppen ausbreiten können, besteht eindeutig die Notwendigkeit, weiterhin Angebote speziell für diese gefährdeten Menschen zu entwickeln und anzubieten.

Hepatitis C ist nach wie vor Europas schleichende Epidemie

Schätzungen der EBDD zufolge leben in Europa wohl um die 200 000 Menschen, die mit HIV infiziert sind und Drogen injizieren oder dies in der Vergangenheit getan haben. Während ein hohes öffentliches Bewusstsein für die mit dem injizierenden Drogenkonsum verbundenen HIV-Risiken vorhanden ist, darf nicht in Vergessenheit geraten, dass schätzungsweise eine Million Menschen, die Drogen injizieren oder injiziert haben, mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert sind, von denen ein erheblicher Anteil inzwischen keine Drogen mehr konsumiert.

Hepatitis C kann schwerwiegende gesundheitliche Folgen wie beispielsweise Krebs nach sich ziehen und sogar zum Tod führen. Die Befriedigung der Bedürfnisse von Menschen, die mit HCV infiziert sind, wird aller Wahrscheinlichkeit nach eine immer größere finanzielle Belastung für die Gesundheitssysteme darstellen. In ganz Europa sind die HCV-Raten unter injizierenden Drogenkonsumenten hoch. Studien zeigen, dass sich junge injizierende Drogenkonsumenten nach wie vor bereits zu Beginn ihrer Drogenkarriere mit dieser Krankheit infizieren, wodurch

die Interventionsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Anders als bei Hepatitis B, wo die Maßnahmen offenbar Wirkung zeigen, ist im Falle der HCV-Daten keine eindeutige Tendenz erkennbar. Allerdings könnten die unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Ländern Hinweise darauf geben, welche Maßnahmen sich in diesem Bereich als wirkungsvoll erweisen könnten.

Der Heroinkonsum ist stabil, jedoch gibt es Befürchtungen über zunehmende Probleme mit synthetischen Opioiden

Das weltweite Produktionspotenzial von Heroin, das sich im Wesentlichen auf Afghanistan konzentriert, ist im Jahr 2006 weiter auf schätzungsweise über 600 Tonnen gestiegen. Für Europa stellt sich nun die Frage, welche Auswirkungen dieser Zuwachs auf die Drogenproblematik haben wird. Die zunehmende Heroinproduktion hat sich bisher in den meisten Indikatoren des Heroinkonsums – der insgesamt seit einiger Zeit stabil ist – noch nicht niedergeschlagen. Die Analysen der Daten über Drogenbehandlungen und die Mehrzahl von Überdosis zeigen, dass das Alter der Heroinkonsumenten in Europa weiterhin steigt, wobei über die Situation in den osteuropäischen Ländern eine weniger eindeutige Aussage getroffen werden kann. Die Schätzungen zum problematischen Drogenkonsum weisen insgesamt ebenfalls auf eine stabile Situation in. Der sinkende Preis dieser Droge und die in einigen Ländern zunehmende Zahl junger Heroinkonsumenten in Behandlungseinrichtungen machen jedoch deutlich, dass weiterhin Wachsamkeit angezeigt ist.

Zwar gibt es derzeit keine eindeutigen Belege dafür, dass der Heroinkonsum unter jungen Menschen zunimmt, jedoch enthält eine Vielzahl von Berichten Hinweise darauf, dass der Konsum synthetischer Opiode in einigen Teilen Europas ein wachsendes Problem darstellen und in einigen Ländern Heroin sogar durch synthetische Opiode abgelöst werden könnte. In Österreich steigt der Anteil der unter 25-Jährigen, die aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden, die aus dem legalen Handel abgezweigt werden, eine Behandlung nachfragen. Auch Belgien berichtet über einen gewissen Anstieg des illegalen Konsums von Methadon, und in Dänemark wird Methadon häufig in Berichten über drogenbedingte Todesfälle erwähnt. Buprenorphin wird zuweilen als eine Droge betrachtet, die für den illegalen Markt nur wenig interessant ist. Den Berichten zufolge wird es jedoch in Tschechien ebenfalls in zunehmendem Maße konsumiert und injiziert. In Finnland hat Buprenorphin möglicherweise Heroin abgelöst, und Beobachtungen in Frankreich geben Anlass zu Besorgnis über den illegalen, zum Teil injizierenden Konsum von Buprenorphin unter jungen Menschen, die ihren Opioidkonsum nicht mit Heroin, sondern mit Buprenorphin begonnen haben.

Die rückläufige Tendenz bei Todesfällen durch Überdosierungen wird schwächer

Die EBDD berichtet regelmäßig über akute drogenbedingte Todesfälle in Europa. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Todesfälle durch Mehrzahl von Überdosis, bei denen in

der Regel Heroin oder andere Opiode eine Rolle spielen, obwohl in den meisten Fällen mehrere Substanzen konsumiert wurden. Überdosierungen stellen eine bedeutsame Ursache für vermeidbare Todesfälle unter jungen Erwachsenen dar.

Seit dem Jahr 2000 haben viele EU-Länder über einen Rückgang der Zahl der drogenbedingten Todesfälle berichtet, was möglicherweise auf ein verbessertes Leistungsangebot oder Veränderungen bei der Zahl der injizierenden Drogenkonsumenten zurückzuführen ist. Diese Tendenz hat sich jedoch in den Jahren 2004 und 2005 nicht fortgesetzt. Besonders Besorgnis erregend ist die Tatsache, dass der Anteil jüngerer Menschen an den Todesfällen in einigen Ländern gestiegen ist. Die Reduzierung der drogenbedingten Todesfälle stellt ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik dar,

und es ist notwendig, die Ursachen für das Nachlassen der rückläufigen Entwicklung zu ermitteln.

Der Tod durch Überdosierung ist nicht das einzige Gesundheitsrisiko für Menschen mit Drogenproblemen. Studien belegen, dass die überhöhte Sterblichkeit unter problematischen Drogenkonsumenten insgesamt erheblich ist: Die Mortalität ist in dieser Bevölkerungsgruppe zehnmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Um eine signifikante Reduzierung der mit dem chronischen Drogenkonsum verbundenen Morbidität und Mortalität herbeizuführen, besteht folglich die dringende Notwendigkeit, einen umfassenderen Ansatz zu erarbeiten, in dem sowohl die physischen als auch die psychischen Bedürfnisse dieser Personengruppe Berücksichtigung finden.



Kapitel 1

Politische und rechtliche Entwicklungen

In diesem Kapitel werden die Drogenpolitik in der EU insgesamt und in einzelnen Mitgliedstaaten sowie die Zusammenhänge zwischen diesen beiden Ebenen der Politikgestaltung beschrieben. Eine von der EBDD im Berichtszeitraum veranlasste Datenerhebung ermöglicht einen Überblick über die aktuellen nationalen Drogenstrategien und institutionellen Rahmenbedingungen in ganz Europa. Im Abschnitt über die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor wird eine Schätzung der Kosten vorgenommen, die der Gesellschaft durch Drogen entstehen. Auf der Grundlage von Daten über die von den Mitgliedstaaten gemeldeten nationalen öffentlichen Gesamtausgaben wird eine erste Schätzung der von den Regierungen Europas geleisteten Ausgaben im Drogensektor vorgenommen. Die legislativen Änderungen, die vor allem die Angebotsreduzierung und rechtliche Konzepte zu Drogentests zum Gegenstand haben, werden in dem Abschnitt über die jüngsten Änderungen der nationalen Rechtsvorschriften erläutert. Ein Überblick über die neuesten Statistiken über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung und die Tendenzen bei Delikten im Zusammenhang mit Opioiden und Cannabis ist im Abschnitt über Drogenkriminalität enthalten. Im letzten Abschnitt des Kapitels werden europäische Forschungen im Drogenbereich behandelt.

Nationale Drogenstrategien

Gesamtsituation und neue Entwicklungen

Zu Beginn des Jahres 2007 verfügten mit Ausnahme Italiens, Maltas und Österreichs alle EU-Mitgliedstaaten über eine nationale Drogenstrategie und in einigen Fällen auch über einen entsprechenden Aktionsplan. Zu diesem Zeitpunkt waren in Europa insgesamt mehr als 35 verschiedene nationale Planungsdokumente zur Drogenproblematik in Kraft, deren Laufzeit von lediglich zwei Jahren (tschechischer Aktionsplan) bis zu über zehn Jahren (niederländische nationale Drogenstrategie) reichte.

Eine interessante Entwicklung der letzten Jahre ist die zunehmende Tendenz der Mitgliedstaaten, statt eines einzigen nationalen Planungsdokuments zwei einander ergänzende Instrumente zu verabschieden: einen strategischen Rahmen und einen Aktionsplan. Dieser Ansatz ermöglicht eine bessere Konzeption von kurz-, mittel- und langfristigen Zielsetzungen und wird derzeit in fast der Hälfte der EU-Mitgliedstaaten verfolgt. In den Ländern, die der EU 2004 und 2007 beigetreten sind, ist er sogar noch stärker verbreitet: Acht dieser zwölf Länder verfügen sowohl über eine Drogenstrategie als auch über einen Aktionsplan.

Eine solche Kombination von Drogenstrategie und Aktionsplan erleichtert die Festlegung detaillierterer Zielsetzungen, Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und Fristen. Einige Länder, beispielsweise Zypern, Lettland und Rumänien, haben in ihre Drogenstrategien und Aktionspläne ausführliche Durchführungsverfahren aufgenommen. Dieser Ansatz, den eine Reihe von Mitgliedstaaten (z. B. in Spanien, Irland und dem Vereinigten Königreich) bereits seit einiger Zeit verfolgt, wird zunehmend auch von anderen Ländern übernommen und kommt zudem im laufenden EU-Drogenaktionsplan zur Anwendung.

Im Jahr 2006 haben vier Mitgliedstaaten (Griechenland, Polen, Portugal und Schweden) sowie die Türkei und Nordirland im Vereinigten Königreich neue Drogenstrategien oder Aktionspläne verabschiedet. In keinem Fall handelte es sich dabei um das erste Instrument dieser Art, und in allen Fällen wurde in den nationalen Berichten darauf hingewiesen, dass die neuen Dokumente zur Drogenpolitik auf den Erfahrungen der vorangegangenen Dokumente aufbauten. Im Jahr 2007 steht in zwei Mitgliedstaaten (Malta und Österreich) und in Norwegen die Verabschiedung neuer Drogenstrategien an, während die Tschechische Republik, Estland, Frankreich und Ungarn neue Aktionspläne durchführen werden.

Inhalt

Die Eindämmung des Drogenkonsums im Allgemeinen und des problematischen Drogenkonsums im Besonderen ist eines der zentralen Ziele der nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne aller EU-Mitgliedstaaten sowie der Kandidatenländer und Norwegens. Darüber hinaus bemühen sich alle Länder darum, dem Schaden, der durch den Drogenkonsum für den Einzelnen und die Gesellschaft insgesamt entsteht, vorzubeugen und ihn zu verringern. Weit verbreitet ist auch der „ganzheitliche“ Ansatz, bei dem Maßnahmen zur Angebots- und Nachfragereduzierung kombiniert werden. Der „ausgewogene“ Ansatz, der darauf abzielt, sowohl der Angebots- als auch der Nachfragereduzierung Priorität einzuräumen, wird ebenfalls in zahlreichen Ländern verfolgt. Alle diese Elemente sind zugleich Bestandteil der EU-Drogenstrategie.

Hinsichtlich der Palette der in den nationalen Drogenstrategien erfassten psychoaktiven Substanzen bestehen zwischen den europäischen Ländern erhebliche Unterschiede. Dies ist den neuen Dokumenten zu entnehmen, die im Jahr 2006 verabschiedet wurden. Zwei dieser Dokumente befassen

Neue EBDD-Verordnung

Am 12. Dezember 2006 verabschiedeten das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union die Neufassung der EBDD-Verordnung, die im Januar 2007 in Kraft trat.

In der neuen Verordnung wird die Bedeutung der Schlüsselindikatoren unterstrichen und darauf hingewiesen, dass deren Anwendung eine Voraussetzung dafür ist, dass die Beobachtungsstelle ihre Aufgaben wahrnehmen kann. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit betont, ein Informationssystem zu entwickeln, das neue und sich abzeichnende Tendenzen erfasst.

Mit der neuen Verordnung wird der Aufgabenbereich der EBDD erweitert. Besonders hervorgehoben wird nun die Bereitstellung von Informationen über den kombinierten Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen sowie über bewährte Methoden in den Mitgliedstaaten. Darüber hinaus soll die EBDD Instrumente entwickeln, die den Mitgliedstaaten die Überwachung und die Bewertung ihrer nationalen Maßnahmen und der Kommission die Überwachung und die Bewertung der Maßnahmen auf EU-Ebene erleichtern. All diese Neuerungen

werden die EBDD in die Lage versetzen, die Drogenproblematik in ihrer gesamten Bandbreite darzustellen.

Die neue Verordnung legt einen stärkeren Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit mit Partnereinrichtungen, insbesondere mit Europol, bei der Beobachtung neuer psychoaktiver Substanzen sowie mit anderen Partnern wie der WHO, den Vereinten Nationen oder den zuständigen statistischen Stellen, um eine maximale Effizienz zu erzielen. In der neuen Verordnung wird festgelegt, an welche Länder die EBDD ihr Know-how auf Antrag der Kommission und mit Zustimmung des Verwaltungsrats weitergeben darf.

Eine weitere Neuerung stellt die eindeutigere Festlegung der Aufgaben der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes dar. Darüber hinaus werden in der Neufassung die Bestimmungen bezüglich des Wissenschaftlichen Ausschusses geändert. Mit diesem Ausschuss steht der EBDD nun ein einheitliches, unabhängiges Gremium herausragender Wissenschaftler zur Verfügung, das nicht nur dazu beitragen wird, die Qualität der Tätigkeit der Beobachtungsstelle zu gewährleisten, sondern auch eine Schnittstelle zur wissenschaftlichen Forschungsgemeinde darstellen wird.

sich in erster Linie mit illegalen Drogen (Polen, Portugal), wengleich hier einige Berührungspunkte zu den Alkohol- und Tabakstrategien bestehen, zwei haben sowohl illegale Drogen als auch Alkohol zum Gegenstand (Griechenland, Nordirland und das Vereinigte Königreich), und ein Dokument (Türkei) deckt alle Suchtmittel ab. Darüber hinaus hat Schweden zeitgleich zwei zusammenhängende Aktionspläne für Alkohol und illegale Drogen verabschiedet. In einigen Ländern gibt es seit mehreren Jahren deutliche Bestrebungen, sowohl legale als auch illegale Drogen zum Gegenstand der Drogenpolitik zu machen (z. B. in Deutschland und Frankreich) (1). Die Reichweite künftiger Drogenstrategien und ihre mögliche Einbindung in andere Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden voraussichtlich auch in den nächsten Jahren ein wichtiges Thema darstellen.

Die nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne schließen in der Regel Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Schadensminimierung und Angebotsreduzierung ein. Allerdings unterscheiden sich die verschiedenen Maßnahmen mit Blick auf ihren Umfang und die ihnen zugemessene Bedeutung (2). Dies ist zum einen auf die Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes und der Merkmale der Drogenproblematik zurückzuführen, zum anderen aber auch auf die Vielfalt der sozial- und gesundheitspolitischen Ansätze in Europa. Finanzmittel, die öffentliche Meinung und die politische Kultur sind ebenfalls wichtige Faktoren, und es zeigt sich, dass Länder, die bestimmte Merkmale gemeinsam haben, eine ähnliche Drogenpolitik verfolgen (Kouvonen et al., 2006).

Evaluierung

Die Vielfalt der nationalen Drogenstrategien mit gemeinsamen Zielsetzungen in der EU kann durchaus als Vorteil betrachtet werden, da sie eine vergleichende Analyse

unterschiedlicher Ansätze erlaubt. Die Evaluierung der nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne ist somit nicht nur für die Bewertung der Bemühungen auf nationaler Ebene, sondern auch für ein besseres Verständnis der Wirksamkeit von Drogenstrategien insgesamt von Bedeutung. Die EU und ihre Mitgliedstaaten haben in diesem Bereich bereits umfangreiche Mittel investiert.

Fast alle europäischen Länder beabsichtigen, ihre nationale Drogenstrategie zu evaluieren. Die Regierungen möchten wissen, ob ihre politischen Maßnahmen umgesetzt und die erwarteten Ergebnisse erzielt werden. In zwei Mitgliedstaaten (Belgien, Slowenien) beschränkte sich die Evaluierung auf eine Reihe ausgewählter Projekte. In den meisten anderen Ländern sowie auf EU-Ebene wird die Durchführung der in der nationalen Drogenstrategie festgelegten Maßnahmen systematisch überwacht. Dies ermöglicht eine Überprüfung der erzielten Fortschritte, deren Ergebnisse herangezogen werden können, um die vorhandenen Drogenstrategien oder Aktionspläne zu verbessern oder zu aktualisieren.

Gesamtevaluierungen, die Verfahren, Leistungen, Ergebnisse und Auswirkungen umfassen, sind in Europa weniger stark verbreitet. Einige Länder (Estland, Griechenland, Spanien, Polen und Schweden) berichten über eine geplante interne Evaluierung auf der Grundlage von Überprüfungen der bei der Durchführung erzielten Fortschritte und anderer verfügbarer epidemiologischer und kriminalstatistischer Daten. In manchen Fällen (Luxemburg, Portugal) wird eine externe Einrichtung mit einer solchen Evaluierung beauftragt.

Insgesamt werden Überprüfungen der bei der Durchführung nationaler Drogenstrategien und Aktionspläne erzielten Fortschritte in Europa zum allgemeinen Standard. Der nächste Schritt, in dem Evaluierungen der Ergebnisse und Auswirkungen erarbeitet werden sollen, befindet

(1) Siehe das ausgewählte Thema „Europäische Drogenpolitik: Erweiterung über illegale Drogen hinaus?“ im EBDD-Jahresbericht 2006.

(2) Siehe Kapitel 2.

sich erst im Anfangsstadium. Als Vorbild könnte hier die anstehende Folgenabschätzung des EU-Drogenaktionsplans 2005-2008 dienen, für die die Europäische Kommission eine Studie in Auftrag gegeben hat, in deren Rahmen eine Methodik konzipiert werden soll. Darüber hinaus bemüht man sich inzwischen um die Erarbeitung von Indizes für die Bewertung der Auswirkungen nationaler Drogenstrategien bzw. der Drogensituation insgesamt. Sowohl das Vereinigte Königreich als auch das United Nations Office on Drugs and Crime [Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung] (UNODC) haben in diesem Bereich erhebliche Anstrengungen unternommen.

Indizes für die Bewertung der Drogenpolitik

Im Vereinigten Königreich wurde der *Drug Harm Index* (DHI) konzipiert, um die durch den problematischen Konsum illegaler Drogen verursachten sozialen Kosten zu erfassen. Der DHI erfasst vier Arten von Schäden: Auswirkungen auf die Gesundheit, Schäden für die Gesellschaft insgesamt, Drogenkriminalität im Inland und drogenbedingte Wirtschaftskriminalität. Da für diesen Index jedoch ausschließlich Indikatoren herangezogen werden, für die bereits tragfähige Daten zur Verfügung stehen, ist er nicht geeignet, einen vollständigen Überblick über die Drogensituation des Landes zu geben. Die ermittelten Daten und Tendenzen werden vielmehr als Basis für die Bewertung künftiger Fortschritte herangezogen (MacDonald et al., 2005). Im *Illicit Drug Index* (IDI) des UNODC werden drei Aspekte der Drogenproblematik erfasst: Drogenherstellung, Drogenhandel und Drogenmissbrauch. Das Ergebnis ist eine umfassende Bewertung auf der Grundlage eines „pro Kopf berechneten Risiko-/Schadensfaktors“, die das Ausmaß aller drogenbedingten Probleme in einem bestimmten Land angeben soll (UNODC, 2005).

Bei der Konzeption beider Instrumente wurden interessante methodische Entwicklungen vollzogen. Zudem konnte ein erster Einblick in die Verwendung von Gesamtindizes für die Evaluierung von Drogenstrategien und die Überwachung der Drogensituation insgesamt gewonnen werden. Zunächst wurde festgestellt, dass derartige Instrumente für eine Längsschnitt-Untersuchung der nationalen Situation geeignet sein können, die Ergebnisse jedoch im Zusammenhang mit der Analyse einzelner Indikatoren innerhalb der Indizes betrachtet werden müssen, um die tatsächlichen Entwicklungen zu verstehen. Die Heranziehung eines Gesamtindex für einen länderübergreifenden Vergleich könnte sich aufgrund der beschränkten verfügbaren Datenreihen und der fehlenden Kontextvariablen (z. B. zur geografischen Situation) schwierig gestalten.

Koordinierungsmechanismen

Zwar gibt es inzwischen in fast allen EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen formale Drogenkoordinierungsmechanismen, jedoch bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den vorhandenen Systemen, die auf die verschiedenen politischen Strukturen der Länder zurückzuführen sind. Ungeachtet

dessen sollen hier einige allgemeine Merkmale beschrieben werden.

In den meisten Ländern gibt es sowohl auf nationaler als auch auf regionaler oder lokaler Ebene Drogenkoordinierungsmechanismen. Auf nationaler Ebene wurde in der Regel ein interministerieller Drogenausschuss eingerichtet, der häufig durch eine nationale Drogenkoordinationsstelle und/oder einen nationalen Drogenkoordinator unterstützt wird, wobei letzterer für die laufenden Koordinierungsmaßnahmen zuständig ist. Auf regionaler oder lokaler Ebene gibt es in den meisten Ländern Drogenkoordinationsstellen und/oder Drogenkoordinatoren.

Hinsichtlich der Art und Weise, wie die nationalen Koordinierungsmechanismen mit denen auf regionaler bzw. lokaler Ebene verknüpft sind, bestehen zwischen den europäischen Ländern allerdings Unterschiede. In einigen Ländern werden vertikale Koordinierungssysteme eingesetzt, um eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen unabhängigen Koordinierungsgremien zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für Länder mit föderaler Struktur. In anderen Ländern (z. B. Finnland und Portugal) wird die Koordinierung auf regionaler oder lokaler Ebene unmittelbar von den nationalen Koordinierungsgremien überwacht.

Eine vergleichende Analyse der Drogenkoordinierungsmechanismen in der EU wird durch die Vielfalt der vorhandenen Systeme erschwert. Aus einer von der EBDD in Auftrag gegebenen Studie geht jedoch hervor, dass es möglich ist, die Koordinierungssysteme zu bewerten, indem ihre „Durchführungsqualität“ in den Mittelpunkt gestellt wird, anhand derer dann untersucht wird, inwieweit die Systeme geeignet sind, koordinierungsrelevante Ergebnisse hervorzubringen (Kenis, 2006). Dieses Konzept wird weiterentwickelt, sodass es bei der Evaluierung der nationalen Drogenkoordinierungssysteme eingesetzt werden kann.

Öffentliche Ausgaben im Drogensektor

Die von den europäischen Ländern gemeldeten öffentlichen Ausgaben im Drogensektor reichen von 200 000 EUR bis hin zu 2,290 Mrd. EUR ^(§). Diese große Spannweite ist zum einen auf die unterschiedliche Größe der Mitgliedstaaten und zum anderen auf Unterschiede hinsichtlich der Art der gemeldeten Ausgaben und der Vollständigkeit der Daten zurückzuführen. Die meisten Länder meldeten ausschließlich Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Durchführung nationaler drogenpolitischer Programme entstanden waren, und machten keine Angaben zu anderen Ausgaben im Bereich der Angebots- und Nachfragereduzierung. Darüber hinaus waren nicht immer alle Hauptbereiche der staatlichen Ausgaben im Drogensektor erfasst: Nur 15 von 23 Ländern stellten ausführliche Informationen über die Ausgaben für Maßnahmen im Bereich „Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung“ (Behandlung, Schadensminimierung, Gesundheitsforschung, Bildung, Prävention und soziale Maßnahmen) zur Verfügung, und nur 14 Länder übermittelten Daten zu den Ausgaben im Zusammenhang mit der „Strafverfolgung“ (Polizei, Streitkräfte, Gerichte,

(§) Die Gesamtzahlen für die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor im Jahr 2005 in den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen wurden von den entsprechenden nationalen Knotenpunkten ermittelt.

Kosten des Drogenkonsums

Studien über die Kosten des Drogenkonsums können eine wichtige Informationsquelle für die Entwicklung und Durchführung drogenpolitischer Maßnahmen darstellen.

Die mit dem Drogenkonsum verbundenen Kosten können in die beiden großen Kategorien der direkten und indirekten Kosten eingeteilt werden. Direkte Kosten entstehen durch getätigte Zahlungen und umfassen in der Regel Ausgaben in den Bereichen Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und Strafverfolgung. Indirekte Kosten entsprechen dem Wert produktiver Leistungen, die aufgrund des Drogenkonsums nicht erbracht wurden, und betreffen generell den Produktivitätsverlust durch drogenbedingte Morbidität und Mortalität. Die durch den Drogenkonsum entstehenden Kosten umfassen unter Umständen auch die immateriellen Kosten, die durch Schmerz und Leid entstehen und in der Regel mit Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität verbunden sind. Diese Kostengruppe wird jedoch häufig außer Acht gelassen, da sie sich kaum präzise beziffern lässt.

Eine Kostenuntersuchung könnte aus unterschiedlichen Perspektiven erfolgen, von denen jede verschiedene Kosten umfassen könnte, beispielsweise Kosten für die Gesellschaft insgesamt, die Regierung, das Gesundheitssystem, Drittzahler sowie für Drogenkonsumenten und ihre Familien.

Die soziale Perspektive

Drogenbedingte soziale Kosten sind alle der Gesellschaft unmittelbar und mittelbar durch den Drogenkonsum entstehenden Kosten. Ziel ist eine finanzielle Schätzung der Gesamtbelastung der Gesellschaft durch den Drogenkonsum (Single et al., 2001).

Die Bestimmung der sozialen Kosten des Drogenkonsums hat mehrere Vorteile. Zunächst zeigt sie, welche Summen die Gesellschaft im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum aufwendet, und macht damit implizit auch deutlich, welche Ersparnis mit einer erfolgreichen Bekämpfung des Drogenkonsums verbunden wäre. Zum zweiten werden damit die unterschiedlichen Bestandteile der Kosten und die Höhe der von den einzelnen Sektoren der Gesellschaft geleisteten Beiträge ermittelt. Diese Informationen können herangezogen werden, um Finanzierungsschwerpunkte zu ermitteln, indem ausgelotet wird, in welchen Bereichen möglicherweise ineffizient gearbeitet wird und Einsparungen vorgenommen werden können.

Haftanstalten, Maßnahmen der Zollbehörden oder Finanzpolizei). In noch geringerem Umfang wurden Informationen über Ausgaben in anderen Bereichen (z. B. Verwaltung, Koordinierung, Überwachung und internationale Zusammenarbeit – sieben Länder) und über regionale und kommunale Finanzmittel (sechs Länder) übermittelt.

Sechs Länder stellten ausführliche Informationen über Ausgaben im Zusammenhang mit der Bekämpfung des Drogenproblems zur Verfügung (Tabelle 1). In diesen Ländern beliefen sich die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor auf 0,11 % bis 0,96 % der gesamten Staatsausgaben des betreffenden Jahres (Median 0,32 %) bzw. auf 0,05 % bis 0,46 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (Median 0,15 %). Dabei entfielen auf Maßnahmen

Die Perspektive der öffentlichen Ausgaben

Der Begriff „öffentliche Ausgaben“ betrifft den Wert der Güter und Dienstleistungen, die von der Regierung (d. h. auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene) im Rahmen der Wahrnehmung ihrer einzelnen Funktionen (d. h. Gesundheitswesen, Justiz, öffentliche Ordnung, Bildung, soziale Dienste) erworben werden. Die Analyse der öffentlichen Ausgaben liefert wertvolle Daten über die Fähigkeit der Regierung, ihre Ausgaben wirksam und effizient zu gestalten.

Die Schätzung der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor unterscheidet sich von der Schätzung der sozialen Kosten. Die öffentlichen Ausgaben stellen nur einen Teil der sozialen Kosten dar und umfassen vor allem die direkten Kosten. Die indirekten Kosten werden dabei ausdrücklich ausgenommen, da es sich hier um Kosten privater Akteure (z. B. private Krankenversicherungsgesellschaften) handelt. Direkte öffentliche Ausgaben, die ausdrücklich für den Drogensektor bestimmt sind, können zunächst durch eine eingehende Analyse der Finanzberichterstattung (z. B. Haushaltspläne oder Jahresberichte) nachvollzogen werden. Schwieriger gestalten sich die Schätzungen, wenn die Ausgaben im Drogensektor nicht als solche gekennzeichnet sind und stattdessen im Rahmen von Programmen mit umfassenderen Zielsetzungen getätigt werden (z. B. im Rahmen des Einzelplans für polizeiliche Maßnahmen insgesamt). In diesem Fall müssen die nicht als solche gekennzeichneten direkten Ausgaben durch Modellierungskonzepte berechnet werden.

Primäres Ziel der Berechnung der sozialen Kosten ist es, die Belastung der Gesellschaft durch drogenbedingte Probleme und die der Gesellschaft durch die Bekämpfung dieser Probleme entstehenden Kosten (einschließlich möglicher indirekter Auswirkungen) gegeneinander abzuwägen. Letztendlich führt dies zu der Frage nach Wirksamkeit und Effizienz: Geben die Regierungen ihre Mittel sinnvoll für die richtigen Probleme aus? Einige Autoren (Reuter, 2006) haben jedoch die Meinung geäußert, im Hinblick auf politische Entscheidungen seien die öffentlichen Ausgaben von höherer Relevanz als die sozialen Kosten. Anhand der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor kann festgestellt werden, welche politischen Maßnahmen eine Regierung einsetzt, um den Drogenkonsum und die damit verbundenen Probleme einzudämmen. Dies ist der erste Schritt einer Beurteilung, ob Umfang und Inhalt dieser politischen Maßnahmen angemessen sind.

im Bereich „Strafverfolgung“ 24 % bis 77 % der Gesamtausgaben, während die übrigen Mittel für Maßnahmen zur „Gesundheitsversorgung und sozialen Betreuung“ aufgewendet wurden.

Die europäischen Länder meldeten insgesamt öffentliche Ausgaben im Drogensektor in Höhe von 8,1 Mrd. EUR. Es ist davon auszugehen, dass diese Zahl nicht dem gesamten Ausmaß der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor entspricht, da bei weitem nicht alle Aufwendungen gemeldet wurden. Auf die in Tabelle 1 erfassten sechs Länder entfallen 76 % der gesamten öffentlichen Ausgaben, die von den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen gemeldet wurden. Auf der Grundlage der von diesen sechs Ländern gemeldeten Daten wurde berechnet, dass die öffentlichen Gesamtausgaben der

Tabelle 1: Vergleich ausgewählter Länder, für die vollständige Daten und ausführliche Angaben zur Zusammensetzung ihrer öffentlichen Ausgaben im Drogensektor vorliegen

Land	Gemeldete Gesamtausgaben			Anteil der Gesamtausgaben für	
	Betrag (in Mio. EUR)	Anteil an den gesamten öffentlichen Ausgaben ⁽¹⁾ (in %)	Anteil am BIP ⁽²⁾ (in %)	Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung ⁽³⁾ (in %)	Strafverfolgung ⁽⁴⁾ (in %)
Belgien ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungarn	43,5	0,11	0,05	23	77
Niederlande	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finnland	272,0	0,36	0,18	76	24
Schweden (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Vereinigtes Königreich	2290,0	0,29	0,13	51	49

(1) Gesamte Staatsausgaben im betreffenden Jahr (Quelle: Eurostat).
(2) Bruttoinlandsprodukt im betreffenden Jahr (Quelle: Eurostat).
(3) Die Ausgaben für Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung umfassen Behandlung, Schadensminimierung, Gesundheitsforschung sowie Bildungs-, Präventions- und Sozialmaßnahmen. Im Falle Finnlands umfasst der angegebene Betrag neben der „Prävention des Substanzmissbrauchs“ auch Ausgaben im Zusammenhang mit Sachschäden, Überwachung und Forschung.
(4) Die Ausgaben im Zusammenhang mit der „Strafverfolgung“ umfassen Ausgaben für Polizei, Streitkräfte, Gerichte, Haftanstalten sowie für Maßnahmen der Zollbehörden oder Finanzpolizei.
(5) Belgien hat zudem 3 % der gemeldeten Gesamtausgaben für den Bereich „Maßnahmen des Strategiemangements“ bereitgestellt.
Quellen: Nationale Knotenpunkte und Eurostat.

europäischen Länder im Drogensektor zwischen 13 Mrd. EUR und 36 Mrd. EUR betragen ⁽⁴⁾. Diese Zahlen entsprechen 0,12 % bis 0,33 % des BIP der EU (25 Länder) im Jahr 2005.

Auf EU-Ebene wird die Europäische Kommission im Rahmen des neuen Finanzrahmens für den Zeitraum von 2007 bis 2013 umfangreiche Mittel für die Bekämpfung der Drogenproblematik bereitstellen. Ein neues Finanzierungsinstrument für Drogenprävention und -aufklärung in Höhe von 21 Mio. EUR befindet sich in der Verhandlungsphase und könnte bis Ende 2007 verabschiedet werden. In diesem Rahmen würden im laufenden Jahr 3 Mio. EUR für grenzübergreifende Projekte bereitgestellt werden. Weitere neue Finanzierungsinstrumente wie das Programm Kriminalprävention und Kriminalitätsbekämpfung, das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit, und das 7. Forschungsrahmenprogramm (RP7) (2007-2013) stellen ebenfalls Finanzierungsmöglichkeiten für Organisationen bereit, die sich mit unterschiedlichen Aspekten der Drogenproblematik befassen. Darüber hinaus haben die Europäische Kommission und die Mitgliedstaaten seit dem Jahr 2005 Unterstützungsprogramme zur Drogenbekämpfung in Drittländern mit mehr als 750 Mio. EUR kofinanziert.

Entsprechend dem EU-Drogenaktionsplan 2005-2008 arbeitet die EBDD derzeit an der Entwicklung einer Methodik, die es den Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern und Norwegen ermöglichen wird, standardisierte Daten über

Ausgaben im Drogensektor zusammenzustellen. Damit wird die EBDD in der Lage sein, Schätzungen sowohl der öffentlichen Gesamtausgaben im Drogensektor als auch der Aufteilung dieser Mittel auf unterschiedliche Maßnahmen vorzunehmen.

Rechtliche und politische Entwicklungen auf EU-Ebene

Ende 2006 legte die Europäische Kommission ihren ersten Fortschrittsbericht ⁽⁵⁾ über die Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans (2005-2008) vor. Darin wurde

Berichte über die sozialen Kosten des Drogenkonsums

Daten über die sozialen Kosten des Drogenkonsums werden nur von einigen wenigen Ländern vorgelegt. In Finnland (Daten aus dem Jahr 2004) wurden die indirekten Kosten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, einschließlich des Medikamentenmissbrauchs, auf etwa 400 Mio. EUR bis 800 Mio. EUR beziffert. Davon wurden 306 Mio. EUR bis 701 Mio. EUR als Kosten der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebenszeit ausgewiesen, während 61 Mio. EUR bis 102 Mio. EUR auf Produktionsverluste entfielen. Schätzungen zufolge beliefen sich die mit dem Konsum illegaler Drogen verbundenen sozialen Kosten im Jahr 2003 in Frankreich auf 907 Mio. EUR und im Jahr 2004 in Luxemburg auf 29,7 Mio. EUR.

(4) Vier der sechs Länder (Ungarn, die Niederlande, Finnland und Schweden) haben ausführliche Modellkonzepte zu ihren Zahlen vorgelegt. Aus der Übertragung der Werte des ersten und dritten Quartils der Verteilung der prozentualen Anteile der öffentlichen Ausgaben der sechs ausgewählten Länder im Drogensektor an den gesamten Staatsausgaben (0,18 % bzw. 0,69 %) und am BIP (0,08 % bzw. 0,37 %) auf die verbleibenden Länder ergibt sich ein Intervall für die akkumulierten Ausgaben insgesamt.

(5) http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf.

bewertet, inwieweit die für das Jahr 2006 geplanten Maßnahmen durchgeführt und ob die Zielsetzungen des Aktionsplans für das Jahr 2006 erreicht wurden. Als Grundlage hierfür erarbeitete die EBDD eine Reihe von Berichten. Im Jahr 2007 wird eine ähnliche Bewertung vorgenommen, bevor die Kommission im Jahr 2008 schließlich die abschließende Folgenabschätzung des EU-Drogenaktionsplans vorlegen wird.

Wie im Drogenaktionsplan vorgesehen, legte die Europäische Kommission im Juni 2006 ein Grünbuch über die Rolle der Zivilgesellschaft in der Drogenpolitik der Europäischen Union ⁽⁶⁾ vor. In diesem Grünbuch ging die Kommission der Frage nach, wie ein ständiger Dialog mit Einrichtungen der Zivilgesellschaft, die im Bereich der Drogenbekämpfung tätig sind, optimal gestaltet werden kann. Die Beteiligten wurden aufgefordert, sich zu den zwei Optionen für einen strukturierten Dialog zu äußern: ein Drogenforum der Zivilgesellschaft als Plattform für regelmäßige informelle Konsultationen bzw. eine thematische Verknüpfung bestehender Netze.

Die Einbeziehung der Zivilgesellschaft in die Drogenpolitik der EU ist auch eines der Hauptziele des Programms zur Drogenprävention und -aufklärung für den Zeitraum 2007 bis 2013 ⁽⁷⁾, das von der Europäischen Kommission als Teil des Rahmenprogramms Grundrechte und Justiz vorgeschlagen wurde. Die allgemeinen Ziele dieses Programms sind zum einen der Aufbau eines Raums der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts durch Aufklärung über Drogenkonsum und Prävention des Drogenkonsums und zum anderen die Prävention und Reduzierung des Drogenkonsums, der Drogenabhängigkeit und drogenbedingter Schäden. Für den Zeitraum 2007 bis 2013 werden für dieses Programm Gesamtmittel in Höhe von 21 Mio. EUR bereitgestellt. Das Programm wird derzeit im Europäischen Parlament und im Rat im Hinblick auf seine Verabschiedung im Rahmen des Mitentscheidungsverfahrens erörtert.

Neue einzelstaatliche Rechtsvorschriften

Angebotsreduzierung

Im vergangenen Jahr haben die Mitgliedstaaten zahlreiche Änderungen an den Rechtsvorschriften im Bereich der Nachfragereduzierung vorgenommen. Darüber hinaus wurden im Jahr 2006 in einer Reihe von Ländern aber auch Maßnahmen unternommen, um einen verbesserten Rechtsrahmen für die Bekämpfung des Drogenhandels und die Angebotsreduzierung zu schaffen.

In Irland brachte die Verabschiedung des Strafrechtsgesetzes 2006 erhebliche Änderungen mit sich: So wurden neue Straftatbestände im Zusammenhang mit der Lieferung von Drogen an Haftinsassen geschaffen und Vorschriften für den Umgang mit antisozialem Verhalten erlassen. Zudem wurde vorgeschlagen, den Handel mit Drogen mit einem Straßenhandelswert von mindestens 13 000 EUR verstärkt mit

dem vorgeschriebenen Mindeststrafmaß von zehn Jahren zu ahnden. Die Mitgliedschaft in einer „kriminellen Vereinigung“ (gemäß der gesetzlichen Definition) und die Unterstützung einer solchen Vereinigung wurden unter Strafe gestellt. Darüber hinaus wurde ein Register für Drogenstraftäter eingeführt: Wegen Drogenhandels verurteilte Straftäter sind verpflichtet, der Polizei nach ihrer Haftentlassung ihre Adresse mitzuteilen. Verfahrensänderungen wurden dagegen in Ungarn eingeführt, wo mit dem Gesetz über die Nationale Polizeibehörde alle polizeilichen Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogen und Grundstoffen in einem einzigen, umfassenden Rechtsakt zusammengefasst werden sollten, um die Bekämpfung der Drogenkriminalität zu unterstützen.

Zudem wurden Verfahren für den Einsatz bestimmter Instrumente zur Bekämpfung des Drogenhandels eingeführt oder verbessert. In Estland wurden im Mai 2005 das Gesetz über Suchtstoffe und psychotrope Stoffe und andere damit in Zusammenhang stehende Gesetze geändert, um die Überwachung auszuweiten. In Rumänien wurden mit einem im Juni 2006 in Kraft getretenen Gesetz neben dem Europäischen Haftbefehl auch Verfahren für dessen Anwendung und Maßnahmen zur Verbesserung der justiziellen Zusammenarbeit, der Überwachung sowie der grenzüberschreitenden Verfolgung und der grenzübergreifenden Abgabe von Rechtsverfahren eingeführt. In Bulgarien sind in der im Oktober 2005 erlassenen Strafprozessordnung Vorschriften über kontrollierte Lieferungen, Geheimoperationen und verdeckte Ermittlungen enthalten. Darüber hinaus gibt es Vorschriften über den befristeten Zeugenschutz in Drogenverfahren und den unter bestimmten Umständen zu gewährenden Schutz der Identität von Zeugen sowie Sonderregelungen für die Befragung solcher Zeugen und den Einsatz verdeckter Beamter.

In anderen Ländern stehen den Staatsanwälten ähnliche Instrumente zur Verfügung. In der Tschechischen Republik kommen bei der Verfolgung von Verstößen gegen die Drogengesetzgebung häufig die Vorschriften der Strafprozessordnung zur Anwendung, die den Schutz der Identität von Zeugen und die Überwachung von Personen erlauben. Auch in Zypern wird in Drogenverfahren häufig vom Zeugenschutzgesetz Gebrauch gemacht.

Der in den letzten Jahren beobachtete Anstieg des Kokainhandels hat dazu geführt, dass dem karibischen Raum zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt wird. In den Niederlanden wurde zu Beginn des Jahres 2003 am Flughafen Schiphol ein Sondergericht eingesetzt, das auch über Hafteinrichtungen verfügt. Seit Anfang 2005 werden 100 % aller Flüge aus den wichtigsten Herkunftsländern des karibischen Raums kontrolliert. Im Jahr 2004 wurden monatlich durchschnittlich 290 Drogenkuriere festgenommen. Diese Zahl ging bis Anfang 2006 auf 80 Festnahmen im Monat zurück. In Frankreich trat im Oktober 2005 ein Gesetz in Kraft, das die Zusammenarbeit mit der Karibik stärken und damit den illegalen Drogenhandel im Luft- und Seeverkehr unterbinden soll.

⁽⁶⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0316de01.pdf.

⁽⁷⁾ KOM(2006) 230 endg.

Rechtsvorschriften über Drogentests

Mehrere Länder haben über die Einführung von Rechtsvorschriften berichtet, die Drogentests an Fahrern, Untersuchungshäftlingen, Haftinsassen oder Beschäftigten in unterschiedlichen Situationen erlauben, festlegen oder regeln.

Stichprobenartige Straßenkontrollen, bei denen Fahrer mit Hilfe eines Schnelltests auf Drogen untersucht werden, sind nun in Litauen nach Maßgabe der Entschließung über die Verabschiedung des Nationalen Programms für einen sicheren Straßenverkehr für den Zeitraum 2005 bis 2010 sowie in Luxemburg gemäß einem Gesetzesentwurf aus dem Jahr 2004 zur Änderung des Gesetzes über Kontrollen im Straßenverkehr erlaubt. In Lettland wurden im Zuge der Änderung des Strafrechts Sanktionen für Fahrer eingeführt, die im Verdacht stehen, in berauschem Zustand ein Fahrzeug zu führen, und einen Drogentest verweigern, wobei im Falle einer wiederholten Verweigerung binnen eines Jahres eine Gefängnisstrafe verhängt werden kann. Infolge einer Änderung des lettischen Polizeigesetzes ist es nun erlaubt, Personen in eine medizinische Einrichtung zu verbringen, um festzustellen, ob sie Alkohol, Suchtstoffe, psychotrope oder toxische Substanzen konsumiert haben. Das entsprechende Verfahren ist im Einzelnen in den Kabinettsverordnungen geregelt. Eine ausführlichere Darstellung der Verfahren für die Durchführung von Drogentests an Fahrern ist dem ausgewählten Thema über Drogen und Straßenverkehr zu entnehmen.

In Schottland dürfen nun bestimmte Gruppen von Untersuchungshäftlingen auf Drogen getestet werden. Dies steht im Einklang mit den einschlägigen Vorschriften in England und Wales. In Irland legte das Ministerium für Justiz, Gleichstellung und Rechtsreform im Juni 2005 einen neuen Entwurf für die Gefängnisvorschriften vor, in dem die Möglichkeit obligatorischer Drogentests an Haftinsassen vorgesehen ist. Das Ministerium stellte fest, diese Tests seien im Interesse der Ordnung, Gesundheit und Sicherheit und würden anhand von Urin-, Speichel- und/oder Haarproben durchgeführt.

In Norwegen ist die Durchführung von Drogentests am Arbeitsplatz nicht mehr von der Zustimmung des betreffenden Beschäftigten oder Bewerbers abhängig. Seit dem Inkrafttreten von § 9-4 des Gesetzes über das Arbeitsumfeld 2005 kann ein Arbeitgeber von einem Beschäftigten oder Bewerber verlangen, sich einem Drogentest zu unterziehen, sofern entweder bestimmte in den Gesetzen oder Vorschriften festgelegte Bedingungen erfüllt sind, die Ausführung der Tätigkeit in berauschem Zustand mit besonders hohen Risiken verbunden ist oder der Test nach Auffassung des Arbeitgebers erforderlich ist, um Leben und Gesundheit seiner Beschäftigten oder Dritter zu schützen. Das neue finnische Regierungsdekret über Drogentests am Arbeitsplatz beinhaltet eine umfassende Reihe von Vorschriften im Hinblick auf die Zustimmungspflicht sowie auf die Qualitätsanforderungen für Testlabors, Stichproben und Testergebnisse.

In der Tschechischen Republik sind die Regelungen für die Durchführung von Drogentests durch Polizei, Gefängnispersonal oder Arbeitgeber nun im Gesetz Nr. 379/2005 der Gesetzessammlung über „Maßnahmen zum Schutz vor Schäden durch Tabakerzeugnisse, Alkohol und andere Suchtmittel“ verankert. Eine professionelle Untersuchung ist zwingend vorgeschrieben, wenn begründeterweise davon auszugehen ist, dass die betreffende Person infolge des Konsums von Substanzen sich selbst oder andere schädigen könnte. Darüber hinaus schreibt das Gesetz vor, in welchen Fällen Polizei, Gefängnispersonal oder Arbeitgeber berechtigt sind, einen Atemtest oder eine Speichelprobe zu verlangen. Die medizinischen Untersuchungen, d. h. sowohl Atemtests als auch die Untersuchung biologischer Proben, dürfen ausschließlich in medizinischen Einrichtungen vorgenommen werden, die über angemessene fachliche und operative Kompetenz verfügen.

Drogenkriminalität

Die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen gegen die Drogenkriminalität steht ganz oben auf der europäischen politischen Agenda. Dies wird auch durch die Tatsache deutlich, dass dieses Problemfeld in der aktuellen Drogenstrategie der EU zu einem Handlungsschwerpunkt für das Erreichen des Ziels, ein hohes Maß an Sicherheit für die Öffentlichkeit zu gewährleisten, erklärt wird.

Zu den für das Jahr 2007 im EU-Drogenaktionsplan (2005-2008) geplanten Aufgaben gehört die Festlegung einer gemeinsamen Definition der „Drogenkriminalität“. Grundlage hierfür soll ein Vorschlag der Kommission sein, der auf der Basis der von der EBDD vorzulegenden Studien erarbeitet werden soll. Der Begriff „Drogenkriminalität“ wird von den verschiedenen Disziplinen und Fachleuten ganz unterschiedlich definiert, jedoch werden mit diesem Begriff in der Regel vier Kategorien von Straftaten bezeichnet: *psychopharmakologisch bedingte Straftaten* (die unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen begangen werden), *Straftaten aus wirtschaftlichen Zwängen* (zur Beschaffung von Geld, Waren oder Drogen für die Suchtbefriedigung), *systembedingte Straftaten* (die im Rahmen illegaler Drogenmärkte begangen werden) und *Verstöße gegen Drogengesetze* (unter anderem der Konsum, Besitz, Handel, Schmuggel usw.) (siehe auch EMCDDA, 2007a).

Die Anwendung der Definitionen der drei ersten Kategorien der Drogenkriminalität gestaltet sich in der Praxis zuweilen schwierig, und es sind kaum oder nur lückenhafte Daten über derartige Straftaten vorhanden. Daten zu „Berichten“⁽⁸⁾ über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung sind in allen europäischen Ländern, zu denen in diesem Bericht Analysen angestellt werden, routinemäßig verfügbar. Diese Daten spiegeln jedoch auch die Unterschiede sowohl in der nationalen Gesetzgebung als auch bei der Anwendung und Durchsetzung der Gesetze sowie hinsichtlich der Prioritäten

(8) Der Begriff „Berichte“ im Zusammenhang mit Verstößen gegen die Drogengesetze ist in Anführungszeichen gesetzt, da er Konzepte umfasst, die sich zwischen den einzelnen Ländern unterscheiden (polizeiliche Meldungen von Verdachtsfällen auf Drogendelikte, Strafanzeigen wegen Drogendelikten usw.). Genaue Definitionen zu jedem Land sind den „Methodological notes on drug law offences“ [methodische Anmerkungen zu Verstößen gegen die Drogengesetzgebung] im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

und der von den Strafjustizbehörden für die Verfolgung bestimmter Straftaten bereitgestellten Ressourcen wider. Darüber hinaus bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede bei den Informationssystemen im Bereich der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung, insbesondere im Hinblick auf Melde- und Erfassungsmethoden, d. h. darauf, was wann wie erfasst wird. Da infolgedessen Vergleiche zwischen den Ländern unter Umständen kaum möglich sind, bietet es sich an, eher Trends zu vergleichen als absolute Zahlen und bei der Analyse der durchschnittlichen europäischen Entwicklungen auch die Bevölkerungsgrößen der einzelnen Länder zu berücksichtigen. Insgesamt hat sich die Anzahl der „Berichte“ über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung auf EU-Ebene zwischen 2000 und 2005 um durchschnittlich 47 % erhöht (Abbildung 1). Die Daten belegen eine steigende Tendenz in allen Berichtsländern mit Ausnahme Lettlands, Portugals und Sloweniens, die im Fünfjahreszeitraum insgesamt einen Rückgang meldeten (*).

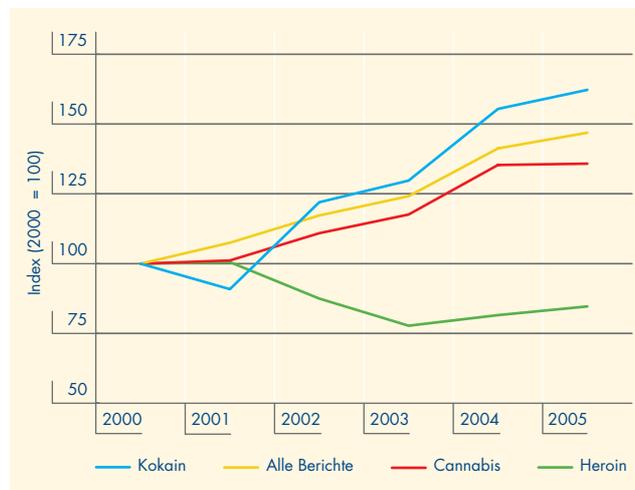
Zwischen den europäischen Ländern bestehen Unterschiede hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum und Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel. In den meisten Ländern bezog sich die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte auf den Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch. In Spanien betrug der Anteil dieser Delikte im Jahr 2005 bis zu 91 %⁽¹⁰⁾. In der Tschechischen Republik, Luxemburg, den Niederlanden, der Türkei und Norwegen standen Drogendelikte jedoch überwiegend im Zusammenhang mit dem Drogenhandel oder -schmuggel, wobei auf diese Straftaten bis zu 92 % (Tschechische Republik) aller im Jahr 2005 gemeldeten Drogendelikte entfielen.

In den meisten europäischen Ländern ist Cannabis die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge⁽¹¹⁾. In diesen Ländern machten die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis im Jahr 2005 zwischen 42 % und 74 % der gesamten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus. In der Tschechischen Republik standen die meisten Drogendelikte im Zusammenhang mit Methamphetaminen (53 % aller Drogendelikte), während in Luxemburg die Mehrheit (35 %) der Drogendelikte in Verbindung mit Kokain stand.

Im Fünfjahreszeitraum von 2000 bis 2005 ist die Zahl der „Berichte“ über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Cannabis in den meisten Berichtsländern stabil geblieben oder gestiegen. Auf EU-Ebene ergibt sich daraus eine durchschnittliche Zunahme um insgesamt 36 % (Abbildung 1). Lediglich die Tschechische Republik (2002-2005) und Slowenien (2001-2005) berichteten von einer rückläufigen Entwicklung.

In allen Berichtsländern (mit Ausnahme Luxemburgs und der Niederlande) standen die meisten Straftaten, die im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch begangen wurden, in Verbindung mit

Abbildung 1: Indizierte Entwicklungen bei Verstößen gegen die Drogengesetzgebung in den EU-Mitgliedstaaten, 2000 bis 2005



Anmerkung: Die Trends basieren auf den verfügbaren Daten über die nationalen Zahlen der Berichte über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung (Straftaten und Ordnungswidrigkeiten), die von allen Strafverfolgungsbehörden der EU-Mitgliedstaaten gemeldet wurden. Alle Indexreihen wurden auf der Basis 2000 = 100 berechnet. Der gesamteuropäische Trend wurde durch Gewichtung mit der Einwohnerzahl der Länder ermittelt. Da hinsichtlich der Definitionen und Untersuchungseinheiten erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen, wird der allgemeine Terminus „Berichte über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung“ verwendet; weitere Informationen sind dem Abschnitt „Drug law offences: methods and definitions“ [Verstöße gegen die Drogengesetzgebung: Verfahren und Definitionen] im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen. Länder, die für zwei oder mehr aufeinander folgende Jahre keine Daten vorgelegt haben, wurden bei der Trendberechnung nicht berücksichtigt: Der Gesamttrend wurde auf der Grundlage der Daten aus 24 Ländern berechnet; Trendgrundlage bei Heroin sind 14 Länder, bei Kokain ebenfalls 14 Länder und bei Cannabis 15 Länder. Weitere Informationen sind Abbildung DLO-6 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte und, für Bevölkerungsdaten, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Cannabis. Der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit Cannabiskonsum ist jedoch seit 2000 in mehreren Ländern (Griechenland, Italien, Zypern, Österreich, Slowenien und Türkei) und in den meisten Berichtsländern im Laufe des letzten Jahres, für das Daten verfügbar sind (2004-2005), zurückgegangen. Dies deutet möglicherweise darauf hin, dass sich die Strafverfolgungsbehörden in diesen Ländern in geringerem Maße mit Cannabis befassen als mit anderen Drogen⁽¹²⁾.

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Kokain ist im Zeitraum von 2000 bis 2005 in fast allen europäischen Ländern gestiegen. Die einzige Ausnahme bildet Deutschland, wo diese Zahl relativ stabil geblieben ist. Im EU-Durchschnitt stieg die Zahl dieser Straftaten im selben Zeitraum um 62 % (Abbildung 1).

Hinsichtlich der „Berichte“ über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Heroin wurde zwischen 2000 und 2005 eine ganz andere Entwicklung verzeichnet als bei den „Berichten“ über Cannabis oder

(*) Siehe Tabelle DLO-1 im *Statistical Bulletin 2007*.

(10) Siehe Tabelle DLO-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

(11) Siehe Tabelle DLO-3 im *Statistical Bulletin 2007*.

(12) Bemerkenswert ist die Tatsache, dass in einigen der Länder, in denen der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit Cannabiskonsum zurückgegangen ist, die absoluten Zahlen dieser Straftaten im Zunehmen begriffen sind.

Kokain: Ihre Zahl ging in der Europäischen Union insgesamt um durchschnittlich 15 % zurück, vor allem von 2001 bis 2003. Allerdings verzeichneten die einzelnen Länder im Fünfjahreszeitraum keine einheitlichen Tendenzen, da ein Drittel der Länder einen Aufwärtstrend meldete ⁽¹³⁾.

Forschungsarbeiten zur Drogenproblematik

Finanzierung

Den Berichten der nationalen Knotenpunkte zufolge werden Forschungsarbeiten zur Drogenproblematik in Europa durch nationale und europäische öffentliche Mittel finanziert. Mehrere Mitgliedstaaten berichten, dass diese Forschungsarbeiten durch allgemeine nationale Forschungsgelder (Deutschland, die Niederlande, Finnland, Vereinigtes Königreich), Forschungsmittel des Gesundheitsministeriums (Italien) oder durch von der nationalen Drogenkoordinationsstelle verwaltete Mittel (Frankreich, Schweden) finanziert werden. In Rumänien werden Forschungsarbeiten durch internationale Organisationen wie den Global Fund finanziert.

Forschungsarbeiten

Zieht man die von Experten geprüften wissenschaftlichen Publikationen als einen Indikator für die wissenschaftliche Tätigkeit heran, ergibt sich aus der Analyse der in den Jahren 2005 und 2006 veröffentlichten und in den nationalen Berichten erwähnten Berichten ein Muster, das unterschiedliche thematische Forschungsprioritäten in den einzelnen Ländern ausweist.

Das Thema Suchtbehandlung stellt offenbar einen wichtigen Forschungsgegenstand dar, wobei die meisten Studien unterschiedliche Aspekte der Substitutionsbehandlung untersuchen. Ein wesentlich geringerer Teil der in den nationalen Berichten erwähnten wissenschaftlichen Literatur entfällt auf Forschungsarbeiten zum Thema Prävention. Was die fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren der EBDD betrifft, so befassen sich die meisten Publikationen mit Infektionskrankheiten, gefolgt von Veröffentlichungen über die Prävalenz des Drogenkonsums unter jungen Menschen.

In den nationalen Berichten werden unterschiedliche wissenschaftliche Publikationen genannt. Forschungsarbeiten zur Behandlung insbesondere von positiv auf Hepatitis C getesteten Drogenkonsumenten werden im deutschen Bericht besonders häufig erwähnt, während im Bericht aus den Niederlanden vor allem auf neue Behandlungsverfahren verwiesen wird. Die vom Vereinigten Königreich genannten Forschungsstudien haben in erster Linie den problematischen Drogenkonsum, Kriminalität und marktspezifische Themen zum Gegenstand. Die wenigen Verweise auf neurowissenschaftliche Forschungen stammen vor allem aus den Niederlanden. Der Interministerielle Arbeitskreis zur Bekämpfung der Drogen und der Drogenabhängigkeit

(MILDT) in Frankreich hat ebenfalls eine Reihe von Forschungsprojekten in diesem Bereich finanziert.

Die in der letzten Zeit aufgelegten Forschungsprogramme belegen, dass in den Forschungen der einzelnen Mitgliedstaaten ähnliche Prioritäten verfolgt werden. In Deutschland werden gegenwärtig nationale Forschungsmittel für die Verbesserung der Behandlungsdienste aufgewendet, um den Bedarf an Therapien zu decken. Im Zuge dessen wird auch Grundlagenforschung betrieben. Im Jahr 2006 wurde in den Niederlanden das Forschungsprogramm „Risikoverhalten und Abhängigkeit“ ins Leben gerufen. Im Vereinigten Königreich wurden in jüngster Zeit Studien über die Qualität der Behandlungssysteme und über sehr junge problematische Drogenkonsumenten auf den Weg gebracht. In den neuen Mitgliedstaaten konzentriert man sich im Wesentlichen auf den Aufbau einer wissenschaftlichen Grundlage für Überwachungssysteme, beispielsweise durch Erhebungen unter Jugendlichen.

Forschungen auf EU-Ebene

Die EU-Mittel für drogenspezifische Forschungsarbeiten werden durch die Forschungsrahmenprogramme bereitgestellt. Das letzte dieser Programme, das 7. Forschungsrahmenprogramm (2007-2013), wurde Ende 2006 aufgelegt. Die Forschungsprojekte, deren Ergebnisse im Zeitraum 2005/2006 vorgestellt wurden, wurden im Rahmen des Themas „Lebensqualität“ des 5. EU-Forschungsrahmenprogramms (1998-2002) durchgeführt. Dazu zählen unter anderem die Projekte „*The Quasi-Compulsory Treatment of Drug Dependent Offenders in Europe*“ [Die fremdmotivierte Behandlung drogenabhängiger Straftäter in Europa] (QCT), „*Support needs for cocaine and crack users in Europe*“ [Unterstützungsbedarf für Kokain- und Crack-Konsumenten in Europa] (COCINEU) und „*Integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction*“ [Integrierte Dienste für die Doppeldiagnose und optimale Suchtentwöhnung] (Isadora). 2007

Drogen und Straßenverkehr — EBDD-ausgewähltes Thema 2007

Psychoaktive Substanzen können die Fähigkeit, ein Auto zu lenken, so weit einschränken, dass ein erhöhtes Unfall- und Verletzungsrisiko besteht. In dem ausgewählten Thema zu Drogen und Straßenverkehr wird ein Überblick über die Ergebnisse unterschiedlicher Studien zu diesem Thema vermittelt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Cannabis und Benzodiazepinen sowie auf den Präventionsstrategien und rechtlichen Ansätzen zur Eindämmung dieses Problemverhaltens.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) verfügbar.

⁽¹³⁾ Die Tatsache, dass der europäische Durchschnitt den in der Hälfte der Berichtsländer verzeichneten Anstieg der Straftaten im Zusammenhang mit Heroin nicht widerspiegelt, ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass darin die Länder, die für zwei aufeinander folgende Jahre keine Daten bereitgestellt haben, nicht erfasst sind. Ein weiterer Grund liegt darin, dass bei der Berechnung dieses Durchschnittswerts die nationalen Bevölkerungsgrößen berücksichtigt werden (und somit den Daten aus bestimmten Ländern mehr Gewicht beigemessen wird als anderen).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 2

Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa

Im EU-Drogenaktionsplan (2005-2008) werden die Mitgliedstaaten ausdrücklich aufgefordert, für eine Verbesserung der Bereitstellung wirksamer, breit gefächelter und leicht zugänglicher Verfahren der Prävention, der Behandlung und Schadensminimierung sowie der sozialen Reintegration zu sorgen. Diese Aspekte der Drogenproblematik in Europa werden in diesem Kapitel ausführlicher erörtert.

Präventionsstrategien können auf unterschiedliche Zielgruppen abstellen – von der Gesamtbevölkerung bis hin zu bestimmten Risikogruppen – und stützen sich dementsprechend auf verschiedene Verfahren. Darüber hinaus gibt es für Drogenkonsumenten und Drogenabhängige Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung, deren Wirksamkeit in einer Reihe von Ländern im Rahmen von Ergebnisstudien evaluiert wurde. Maßnahmen zur Schadensminimierung zielen auf die Prävention drogenbedingter Todesfälle und die Eindämmung von Gesundheitsschäden wie beispielsweise HIV- oder Hepatitis-C-Infektionen ab. Für Heroinabhängige werden in der Regel Substitutionstherapien angeboten, und für Cannabis-, Amphetamin- und Kokainabhängige wurden spezielle Programme entwickelt. Nach dem erfolgreichen Abschluss der Behandlung folgt als nächster Schritt die soziale Reintegration. Wie nachstehend erläutert, sind die Lebensbedingungen vieler Drogenkonsumenten schlecht, und im Rahmen der Strategien zur sozialen Reintegration müssen häufig erhebliche Probleme bewältigt werden.

Für die einzelnen Formen von Maßnahmen werden Beispiele aus verschiedenen Ländern angeführt. Ergänzend dazu werden die Forschungsergebnisse erörtert, die die Effizienz oder Unwirksamkeit dieser Maßnahmen belegen.

Prävention

Die Auswirkungen einzelner Präventionsstrategien können in der Regel nicht anhand von Veränderungen der Prävalenzraten des Drogenkonsums auf Bevölkerungsebene bemessen werden. Jedoch ist es möglich, jede Präventionsstrategie mit dem gesamten vorhandenen Faktenmaterial abzugleichen, um festzustellen, ob es sich um eine evidenzbasierte Maßnahme handelt. Hierfür sind umfassende Kenntnisse über Inhalt, Reichweite und Zahl der Präventionsmaßnahmen erforderlich.

Verbesserung der verfügbaren Informationen: Überwachung, Qualitätskontrolle und Evaluierung

Die Mitgliedstaaten überwachen Präventionsmaßnahmen in zunehmendem Maße und stellen dementsprechend Daten über Inhalt und Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Verfügung. Deutschland, die Niederlande und Norwegen haben die Informationsabdeckung erweitert. Griechenland, Zypern, Litauen und Italien überwachen die schulbasierte Prävention; in Griechenland, Polen, Schweden und Finnland werden gemeindegestützte Präventionsdienste geprüft. Frankreich hat ein zentralisiertes System für die Überwachung der Drogenprävention eingerichtet. Einige Länder (Tschechische Republik, Autonome Gemeinschaft Galicien in Spanien, Ungarn und Norwegen) legen bei der Prüfung von Anträgen auf Finanzmittel für Maßnahmen bereits den Schwerpunkt auf die Evidenzdaten und ziehen die Einführung von Akkreditierungssystemen in Erwägung. In Portugal, Finnland und Rumänien gibt es Mindestqualitätskriterien für Präventionsprogramme.

Die Angaben aus Ungarn und den Niederlanden lassen darauf schließen, dass Qualitätskriterien und Überwachungssysteme für Präventionsmaßnahmen zu einer verbesserten Projektberichterstattung und Evaluierung sowie einer höheren Qualität der Maßnahmen führen.

Die meisten Präventionsprogramme werden nicht evaluiert. Wird dennoch eine Evaluierung vorgenommen, so erfolgt diese in der Regel anhand der „Reichweite und Akzeptanz der Maßnahme“ statt anhand der Frage, „inwieweit die Zielsetzungen erreicht wurden“ (nationaler Bericht Griechenlands).

In den letzten Jahren wurden in Deutschland (Bühler und Kröger, 2006) und im Vereinigten Königreich (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006) sowie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hawks et al., 2002) Untersuchungen zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen durchgeführt. Diese bieten eine nützliche Grundlage für die Festlegung bewährter Praktiken für Präventionsstrategien. In der jüngsten und umfassendsten Studie (Bühler und Kröger, 2006) wurden 49 qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten wie Reviews und Meta-Analysen zur Prävention des Substanzmissbrauchs ausgewertet und daraus wirksame Suchtpräventionsstrategien abgeleitet. Im Folgenden wird die Wirksamkeit der unterschiedlichen Präventionsstrategien auf der Grundlage der Ergebnisse dieser und anderer Studien erörtert.

Evidenzbasierte Verfahren

Evidenzbasierte Verfahren sind Maßnahmen (z. B. Drogenbehandlung), für die in kontinuierlichen wissenschaftlichen Untersuchungen (z. B. in Forschungsstudien) der Beweis erbracht wurde, dass sie für die Patienten zu den gewünschten Ergebnissen führen (z. B. zu einer Reduzierung des Drogenkonsums). Als Kriterien für evidenzbasierte Verfahren werden gemeinhin die „Wirksamkeit unter Idealbedingungen“ (*Efficacy*) und die „Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen“ (*Effectiveness*) herangezogen (Brown et al., 2000; Flay et al., 2005).

Die *Efficacy* beschreibt die Wirksamkeit einer Maßnahme unter idealen Forschungsbedingungen. Sie wird idealerweise mittels einer kontrollierten Studie nachgewiesen, bei der einige Teilnehmer (Interventionsgruppe) die zu untersuchende Intervention erhalten, während die Kontrollgruppe eine andere oder keine Intervention erhält. Noch besser ist der Nachweis in einer randomisierten kontrollierten Studie, in der die Teilnehmer nach einem Zufallsverfahren auf die Interventions- bzw. Kontrollgruppe verteilt werden (Cochrane Collaboration, 2007). Grundsätzlich geht man davon aus, dass ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien oder kontrollierte Studien, vorzugsweise in Kombination mit einer Verfahrensbewertung, die *Efficacy* einer Intervention belegen und somit eine Grundlage für künftige Verfahren und politische Maßnahmen bieten können.

Bedauerlicherweise ist jedoch die zufällige Verteilung der Teilnehmer auf die Interventions- bzw. Kontrollgruppe nicht immer machbar.

Die *Effectiveness* beschreibt die Wirksamkeit einer Maßnahme unter Alltagsbedingungen. Maßnahmen, die sich in kontrollierten Studien als vielversprechend erwiesen haben, werden häufig in die Praxis umgesetzt, um zu untersuchen, wie gut sie unter Routinebedingungen funktionieren. *Effectiveness*-Studien, d. h.

nationale Studien über Behandlungsergebnisse, befassen sich primär mit den gesundheitlichen Auswirkungen einer Intervention oder anderen relevanten Ergebnissen und sollen die Wirksamkeit einer Maßnahme erhärten oder widerlegen.

Die Beweisführung wird jedoch dadurch erschwert, dass keine Einigkeit darüber besteht, wie die Qualität einer Forschungsstudie zur Untersuchung der *Efficacy* oder *Effectiveness* zu bewerten ist und welche Forschungsmethode (quantitativ oder qualitativ) optimal geeignet ist, um die Wirksamkeit einer Intervention zu beweisen oder zu widerlegen. Folglich werden zuweilen unterschiedliche Schlussfolgerungen darüber gezogen, ob ein Verfahren geeignet ist oder nicht. Nach wie vor ist zu klären, wie die unterschiedlichen Evidenzquellen im Entscheidungsprozess zu bewerten und zu gewichten sind. Besonders schwierig ist diese Klärung im Falle von Interventionen, für die bisher keine umfassende Evidenzbasis vorliegt, die jedoch erfahrungsgemäß wirksam sein könnten.

Ungeachtet dieser Schwierigkeiten geht man weiterhin grundsätzlich davon aus, dass Evidenzdaten zu einer Verbesserung der Verfahren und Politik im Gesundheitswesen beitragen können und die Erörterung evidenzbasierter Verfahren gefördert und durch klare Kriterien für die Bewertung der Evidenzdaten unterstützt werden muss.

Um einen Beitrag zu diesem Austausch zu leisten und die Verbreitung evidenzbasierter Verfahren zu fördern, entwickelt die EBDD derzeit ein Online-Portal, das einen Überblick über die jüngsten verfügbaren Evidenzdaten zur *Effectiveness* unterschiedlicher Interventionen bietet. Darüber hinaus sollen hier die zur Verfügung stehenden Instrumente für eine Verbesserung der Qualität von Interventionen sowie konkrete Beispiele für in den EU-Mitgliedstaaten umgesetzte vorbildliche Verfahren aufgeführt werden. Eine wichtige Informationsquelle für das Portal wird die Cochrane Collaboration sein.

Medienkampagnen

Hawks et al. (2002) kommen ebenso wie HDA (2004) zu dem Schluss, dass „der Einsatz der Medien an sich, insbesondere wenn andere, gegenläufige Einflüsse wirksam sind, nachweislich keine wirksame Möglichkeit zur Reduzierung der unterschiedlichen Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen darstellt. Es wurde jedoch festgestellt, dass er das Informationsniveau erhöht und politische Initiativen unterstützt.“ Andere Studien legen dagegen nahe, dass Medienkampagnen durchaus positive Auswirkungen zeitigen können, sofern sie als flankierende Maßnahmen zur Verstärkung anderer Strategien eingesetzt werden (Bühler und Kröger, 2006).

Im Zuge einer Evaluierung der schottischen Kampagne zur Prävention des Kokainkonsums „*Know the score*“ stellten Binnie et al. (2006) fest, dass von der Gesamtzahl der befragten Konsumenten 30 % weniger bereit waren, Kokain zu konsumieren, nachdem sie die Anzeigen gesehen hatten. Andererseits gaben 56 % an, die Kampagne habe sie nicht von ihrer Absicht, Kokain zu konsumieren, abgebracht, und 11 % behaupteten, sie seien nun eher zum Kokainkonsum bereit. Darüber hinaus bestätigte eine kürzlich durchgeführte

Neuevaluierung der amerikanischen Regierungskampagne zur Prävention des Cannabiskonsums die bereits zuvor gewonnene Erkenntnis, dass die Kampagne (trotz der positiven Erinnerungsrate und der Differenzierung nach Zielgruppen) zwar keinerlei Auswirkungen auf die Haltung junger Nicht-Konsumenten gegenüber dem Cannabiskonsum hatte, sich jedoch ungünstig darauf auswirkte, wie Jugendliche den Marihuanakonsum anderer wahrnehmen (GAO, 2006).

In einigen wenigen Einzelfällen kam es jedoch zu einer Verschiebung des Schwerpunkts von der Verbesserung der Kenntnisse (die das Ziel der meisten Medienkampagnen darstellt) zur Vermittlung sozio-emotionaler Informationen (also dem Versuch, die Wahrnehmung beispielsweise des Cannabiskonsums zu verändern). Beispielsweise vermittelte eine niederländische Kampagne die Botschaft „Du bist nicht verrückt, wenn Du kein Cannabis rauchst, denn 80 % aller jungen Menschen rauchen auch nicht“⁽¹⁴⁾. In Irland wird darüber hinaus mit einzelnen Maßnahmen im Rahmen der nationalen Drogenpräventionskampagne versucht, mit einigen der Mythen aufzuräumen, die sich um Cannabis ranken, wie beispielsweise Behauptungen, diese Droge sei „biologisch“ und „natürlich“.

⁽¹⁴⁾ Siehe <http://www.drugsinfo.nl>.

Milieubezogene Strategien im Zusammenhang mit legalen Substanzen

Die Erhöhung des Preises einer Substanz und/oder der gesetzlichen Altersgrenze für ihren Konsum hat nachgewiesenermaßen eine positive Wirkung auf die Eindämmung des Konsums, steht jedoch nur im Falle legaler Substanzen wie Alkohol oder Tabak zur Verfügung (Bühler und Kröger, 2006). Bisher wurden solche milieubezogenen Strategien eher in den skandinavischen Ländern oder den USA eingesetzt, wobei der Schwerpunkt in erster Linie auf Alkohol lag und vielversprechende Ergebnisse erzielt wurden (Lohrmann et al. 2005; Stafström et al., 2006). In zunehmendem Maße kommen jedoch umfassende gemeindebasierte Konzepte, in denen Alkohol und Tabak ähnlich behandelt werden wie illegale Substanzen, zum Einsatz. Belgien, Bulgarien, Dänemark, Litauen, Luxemburg, die Niederlande, Polen, die Slowakei und Norwegen berichten über gemeindebasierte Strategien bzw. darüber, dass zusätzliche Steuern oder Rechtsvorschriften zur Regulierung der Verfügbarkeit von Alkohol und Tabak diskutiert werden. Solche Strategien zielen darauf ab, den Konsum unter jungen Menschen einzudämmen, indem alkoholfreie Zonen geschaffen bzw. die Sicherheit in Nachtlokalen erhöht wird. Im Hinblick auf Schulen bestätigen jüngste Studien aus Europa (Kuntsche und Jordan, 2006) und anderen Regionen (Aveyard et al., 2004), dass die normativen Rahmenbedingungen sowie informelle Netze einen starken Einfluss auf das Konsumverhalten hinsichtlich legaler Drogen und Cannabis haben. Die Einführung von Vorschriften für Schulen findet derzeit in Deutschland, Irland und Italien⁽¹⁵⁾ zunehmend Beachtung.

Universale Prävention

Interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme haben sich in Schulen als wirksam erwiesen, während individuelle, isolierte Maßnahmen (beispielsweise ausschließliche Informationsvermittlung, alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen) negativ bewertet wurden (Bühler und Kröger, 2006). Aus organisatorischen Gründen sind für die schulbasierte Prävention in der Regel lokale Behörden zuständig, insbesondere in den skandinavischen Ländern, Frankreich und Polen.

Einige Berichterstatter haben darauf hingewiesen, dass ergänzende allgemeine Programme zur Verbesserung der Gesundheits-/Lebenskompetenz größere Veränderungen herbeiführen als reine aufklärungs- und kompetenzorientierte Programme, und Maßnahmen demzufolge möglichst in eine fundierte Gesundheitserziehung eingebettet sein sollten (Hawks et al., 2002). Dies wurde offenbar in nahezu allen Mitgliedstaaten erreicht. Darüber hinaus kombinieren mehrere Mitgliedstaaten (z. B. Italien, Litauen, die Niederlande, die Slowakei und das Vereinigte Königreich) die Drogenprävention im Rahmen der Prävention im Gesundheitswesen mit gesundheitspezifischen und

sozialen Themen wie Gewalt, psychische Probleme, soziale Ausgrenzung, schlechte schulische Leistungen sowie Tabak- und Alkoholkonsum. Auf diese Weise wird speziellen, auf die Bedürfnisse gefährdeter Gruppen zugeschnittenen Maßnahmen ein höherer Stellenwert beigemessen.

Der Verzicht auf die Durchführung von Modellprogrammen wird häufig damit begründet, diese könnten nicht an die lokalen Bedingungen angepasst werden und entsprächen somit nicht den Bedürfnissen der einzelnen Gemeinden (Ives, 2006). Andererseits bieten standardisierte Präventionsprogramme den Vorteil, dass sie klare Leitlinien schaffen, die den Aufbau zuverlässiger Verbreitungsstrukturen und Aus- und Weiterbildungssysteme für Lehrer ermöglichen und somit selbst dann, wenn große Unterschiede zwischen den Schulen und Gegebenheiten vor Ort bestehen, die Festlegung gemeinsamer Durchführungsstandards erleichtern.

In vielen Mitgliedstaaten (Bulgarien, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Österreich und Rumänien) liegt der inhaltliche Schwerpunkt der Präventionsprogramme auf der Sensibilisierung und Informationsvermittlung sowie der Organisation einzelner Veranstaltungen (wie Expertenbesuchen)⁽¹⁶⁾, obwohl es Belege dafür gibt, dass andere Verfahren wirksamer sein könnten.

Weit verbreitet sind sozialpädagogische Programme an Schulen, insbesondere im Vereinigten Königreich und in Ländern mit standardisierten Programmen wie Deutschland, Irland, Griechenland, Spanien, Norwegen und demnächst auch Dänemark.

Hinsichtlich der universalen gemeindebasierten Prävention berichten zwölf Mitgliedstaaten, dass in allen oder nahezu allen Kommunen Drogenpläne verfügbar sind, die in zehn dieser Länder politische Priorität genießen. Diese Pläne umfassen in der Regel Informationsveranstaltungen sowie in geringerem Maße das Angebot alternativer Freizeitbeschäftigungen. Im Rahmen der universalen familienbasierten Prävention werden in erster Linie Elternabende oder Informationskonzepte sowie seltener intensive Schulungen für Eltern angeboten.

Selektive Prävention

Die Mitgliedstaaten befassen sich zunehmend mit Präventionsstrategien, die auf gefährdete Gruppen in ihrer Gesamtheit abzielen⁽¹⁷⁾. Dazu ist es notwendig, solche Gruppen zu ermitteln, beispielsweise mit Hilfe standardisierter Bewertungsinstrumente wie dem *Index of Multiple Deprivation* [Mehrfachbenachteiligungsindex] des Vereinigten Königreichs oder anhand sozioökonomischer Faktoren wie Wohn- oder Bildungsstandards (Zahl der Schüler, die in ihrer Schulbildung zurückbleiben oder staatliche Unterstützung erhalten).

Sobald die Zielgruppen ermittelt wurden (in Frankreich sind dies beispielsweise „städtische Problemgebiete“ oder, mit

⁽¹⁵⁾ Siehe auch <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>.

⁽¹⁶⁾ Daten aus SQ 22 und 25.

⁽¹⁷⁾ Weitere Informationen zur selektiven Prävention, insbesondere zu Risikogruppen und -faktoren, sind den Vorjahresberichten und dem ausgewählten Thema zum Drogenkonsum unter Minderjährigen zu entnehmen.

Blick auf Schulen, „bildungspolitische Schwerpunktgebiete“) können für diese benachteiligten Gruppen zusätzliche Mittel bereitgestellt werden. In Irland, Zypern und dem Vereinigten Königreich werden bereits in den meisten dieser Bereiche selektive Präventionsprojekte durchgeführt, während in Portugal derzeit eine entsprechende Strategie umgesetzt wird. Die Angebote reichen von Beratungsdiensten in Estland, Griechenland, Frankreich und der Slowakei bis hin zu aufsuchenden Maßnahmen in Luxemburg und Österreich, die zuweilen speziell auf bestimmte ethnische Gruppen abzielen. Darüber hinaus berichten einige neue Mitgliedstaaten (Bulgarien, Ungarn, Litauen, Polen und Rumänien) über zahlreiche Maßnahmen für gefährdete Familien. In den meisten Mitgliedstaaten liegt der Schwerpunkt auf dem Substanzkonsum innerhalb der Familie, obwohl einige Länder (Griechenland, Litauen, Ungarn, Vereinigtes Königreich) einen breiteren Ansatz verfolgen, der auf alle sozial benachteiligten Familien abzielt.

Konzepte, die auf die Einbeziehung der Peer-Gruppe abzielen, sind zwar ebenfalls Gegenstand der universalen Prävention, werden jedoch den Berichten zufolge zunehmend auch bei der Durchführung selektiver Präventionsstrategien eingesetzt (Irland, die Niederlande, Österreich, Polen und Norwegen). In ihrer Untersuchung über Peer-to-Peer-Konzepte kamen Parkin und McKeganey (2000) zu dem Schluss, dass damit die größte Wirkung nicht auf die Zielgruppe, sondern auf die Multiplikatoren (*Peer Educators*) selbst erzielt wird. Offenbar sind solche Konzepte effektiver, wenn es darum geht, Wissen zu vermitteln oder Änderungen in der Haltung gegenüber dem Drogenkonsum zu bewirken, als Verhaltensänderungen herbeizuführen. Peer-Projekte werden nur selten evaluiert. Findet jedoch eine Evaluierung statt (z. B. im Falle des Projekts Free Style in Norwegen), wird der Erfolg in der Regel ausschließlich daran bemessen, ob junge Multiplikatoren in Schulen gewonnen werden konnten und ob es gelungen ist, deren Wissensstand oder Haltung zu verbessern.

Obwohl die selektive Prävention zunehmend Verbreitung findet, ist hier insbesondere bei der Einbeziehung gefährdeter junger Menschen in Peer-to-Peer-Programme Vorsicht geboten (Cho et al., 2005; Dishion und Dodge, 2005), da bei gefährdeten Gruppen negative „Ansteckungseffekte“ auftreten können. Diese unbeabsichtigten Effekte werden durch die Maßnahme selbst verursacht und können zu einem verstärkten Substanzkonsum oder Risikoverhalten führen. Zu derartigen unerwünschten Ergebnissen kommt es jedoch nicht ausschließlich bei selektiven Präventionsstrategien, sondern auch im Falle aufklärender Medienkampagnen sowie einzelner Präventionsveranstaltungen (siehe oben).

Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung

Jüngste Entwicklungen der Behandlungssysteme

Die Behandlung von Drogenkonsumenten erfolgt zumeist in ambulanten Einrichtungen und hausärztlichen Praxen. In

den letzten Jahren wurde die Erweiterung der ambulanten Behandlungsnetze fortgesetzt, und in mehreren Ländern, darunter Bulgarien, Estland, Griechenland, Litauen, Rumänien und Finnland wurde die geografische Reichweite der Netze vergrößert. Die Zahl der stationären Einrichtungen blieb dagegen in den meisten Ländern unverändert.

Eine sehr lückenhafte geografische Abdeckung durch spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtungen weisen unter anderem Lettland, Ungarn, die Slowakei und Rumänien auf. Obwohl das Netz der entsprechenden Anbieter in der letzten Zeit ausgeweitet wurde, gibt es in Griechenland sowie in Ungarn und Polen nach wie vor Wartelisten für die Substitutionsbehandlung.

Während in der Vergangenheit Heroinkonsumenten in vielen europäischen Ländern vorwiegend stationär behandelt wurden, ist dieser Ansatz heutzutage weniger verbreitet. Die Mehrheit der Opioidkonsumenten wird nun in ambulanten Einrichtungen behandelt. Aufgrund der ausgeprägten somatischen und psychiatrischen Komorbidität bei älteren und langjährigen Drogenkonsumenten gewinnt jedoch die stationäre Behandlung in der komplexen Therapie dieser Patienten zunehmend an Bedeutung. Der Grundgedanke und die Arbeitsweise stationärer Einrichtungen haben sich entsprechend den sich verändernden Bedürfnissen im Laufe der Jahre erheblich gewandelt. Behandlung und medizinische Versorgung, einschließlich psychiatrischer Behandlung, hochaktiver antiretroviraler Therapie und der Behandlung von Lebererkrankungen finden nun zunehmend in derselben Einrichtung statt, und auch die Anwendung der Erhaltungstherapie zur Stabilisierung der Patienten hat zugenommen.

Merkmale der Drogenkonsumenten in ambulanter Behandlung

Die Daten zum Indikator Behandlungsnachfrage können herangezogen werden, um den sozioökonomischen Status von Patienten in Behandlungseinrichtungen und in gewissem Maße aller Drogenkonsumenten zu beschreiben⁽¹⁸⁾. Da der Zugang zur ambulanten Behandlung in den meisten Ländern einfacher und weniger selektiv ist, bietet es sich an, von dieser Patientengruppe auf die Drogenkonsumenten insgesamt zu extrapolieren.

Im Jahr 2005 stellten 20 von 29 europäischen Ländern Informationen über 315 000 Drogenpatienten in ambulanten Behandlungszentren zur Verfügung. Die Daten stammten aus über 4 000 Behandlungseinrichtungen. Etwa die Hälfte (53 %) der ambulanten Patienten gibt Opioide als Primärdroge an, während die andere Hälfte andere Drogen, vor allem Cannabis (22 %) und Kokain (16 %), als Primärdroge nennt. Hinsichtlich der Art der am häufigsten konsumierten Primärdroge gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern.

Etwa 80 % der Patienten in ambulanten Einrichtungen sind Männer mit einem Durchschnittsalter von etwa 30 Jahren (bei Erstpatienten liegt das Durchschnittsalter bei 28 Jahren). Die Lebensbedingungen der ambulanten Patienten sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung derselben Altersgruppe

⁽¹⁸⁾ Weitere Einzelheiten zu den in diesem Abschnitt genannten Daten sind den TDI-Tabellen und -Abbildungen im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

in der Regel schlecht. Das Bildungsniveau geht bei rund 60 % der ambulanten Patienten nicht über die Primarschule hinaus, wobei etwa jeder Zehnte die Primarschule nicht abgeschlossen hat. Etwa die Hälfte der Patienten ging bis zu Beginn der ambulanten Behandlung einer regelmäßigen Beschäftigung nach, die andere Hälfte war arbeitslos. Die meisten ambulanten Patienten haben einen festen Wohnsitz (85 %), wobei 40 % bei ihren Eltern und 19 % alleine wohnen. Eine signifikante Minderheit der ambulanten Drogenpatienten (15 %) wohnt mit Kindern zusammen, sei es als Alleinerziehende oder mit ihrem Partner. Dies stellt einen erschwerenden Faktor im Leben der Drogenkonsumenten und ein Risiko für die Kinder dar.

Aus einigen Ländern wurden ergänzende Informationen über die sozioökonomische Situation von Drogenpatienten in Behandlungseinrichtungen vorgelegt, die nach der konsumierten Primärdroge aufgeschlüsselt sind. Beispielsweise sind in Deutschland 67 % der Heroinkonsumenten Arbeitslose oder Nichterwerbspersonen, gegenüber 53 % bei den Kokain- und 35 % bei den Cannabispatienten. 74 % der Opioidpatienten haben eine geringe Schulbildung, bei den Kokainpatienten sind dies 63 % (Sonntag et al., 2006).

Neue Entwicklungen

In mehreren Ländern wurden neue spezialisierte Einrichtungen für bestimmte Gruppen von Drogenkonsumenten wie beispielsweise Frauen, obdachlose injizierende Drogenkonsumenten, Prostituierte oder junge und sehr junge Drogenkonsumenten (siehe das ausgewählte Thema 2007 zum Drogenkonsum unter Minderjährigen) geschaffen. In anderen Ländern wurden die pharmakologischen Behandlungsoptionen ausgeweitet, um den Bedürfnissen spezifischer Konsumentengruppen zu entsprechen und somit das flächendeckende Angebot von Therapien zu verbessern. Beispielsweise wurde die buprenorphingestützte Erhaltungstherapie nun in Malta zugelassen (¹⁹).

Behandlung unterschiedlicher Gruppen von Drogenkonsumenten

Die Mitgliedstaaten erkennen zunehmend die Bedeutung des Angebots angemessener Behandlungsdienste für problematische Cannabis- oder Kokainkonsumenten an. Was den Cannabiskonsum betrifft, so werden in Europa häufig Behandlung, Beratung und Präventionsprogramme gemeinsam eingesetzt, um möglichst viele Konsumenten zu erreichen. Um zu Cannabiskonsumenten vorzudringen, deren Drogenkonsum zwischen experimentell und problematisch anzusiedeln ist, werden neue Kommunikationsstrategien wie beispielsweise das Internet eingesetzt. Spezifische Behandlungsdienste und -programme für Cannabiskonsumenten wurden bisher in Europa kaum angeboten, sind jedoch gegenwärtig auf dem Vormarsch (siehe Kapitel 3).

Zudem gehen die Mitgliedstaaten, in denen eine große Nachfrage nach Kokainbehandlungen besteht, dazu über,

Rechtliche Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2006 wurde innerhalb des Netzes der nationalen Rechtskorrespondenten eine Studie durchgeführt, um weitere Informationen über Gesetze und amtliche Vorschriften hinsichtlich der Zulassungskriterien zur Substitutionsbehandlung sowie über die Verschreibungs- und Abgabepaxis zu erheben. Dabei wurden aus 17 Ländern Daten erhoben, die im Jahr 2003 in einen Bericht der Europäischen Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung einfließen (¹).

Hinsichtlich der Reichweite des Rechtsrahmens gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. Die Substitutionsbehandlung unterliegt in einigen Ländern, z. B. in Belgien, einem speziellen parlamentarischen Gesetz, und in anderen, z. B. in Zypern, Auslegungen der Gesetze über kontrollierte Substanzen. Es besteht eine Wechselbeziehung zwischen der Strenge des Rechtsrahmens und seiner Flexibilität.

In der Regel ist gesetzlich festgelegt, welche Substanzen bei der Substitutionsbehandlung eingesetzt werden dürfen. Zumeist dürfen ausschließlich Methadon und Buprenorphin oder nur Methadon verschrieben werden, wobei in einigen Ländern aber auch andere Drogen wie Morphin oder Codein zugelassen sind. Auch die Zulassungskriterien sind in nahezu allen Ländern entweder in Gesetzen, Ministerialerlassen oder Leitlinien festgelegt. Die häufigsten Kriterien sind die Suchtdiagnose und ein Mindestalter, zuweilen muss aber auch eine erfolglose drogenfreie Behandlung vorangegangen sein. In manchen Ländern sehen die nationalen Gesetze Sanktionen für die Verletzung der Behandlungsregeln vor, während in anderen diese Frage im Ermessen der einzelnen Behandlungseinrichtungen liegt.

Darüber hinaus ist in der Regel gesetzlich festgelegt, wer verschreibungsberechtigt ist. In der Regel sind dies Ärzte in Behandlungseinrichtungen, in einigen Ländern dürfen jedoch alle bzw. speziell ausgebildete oder zugelassene Ärzte Verschreibungen vornehmen. In der Praxis werden Substitutionsbehandlungen nur selten von Ärzten außerhalb von Behandlungsdiensten eingeleitet (²). Höchstdosen werden nur selten gesetzlich vorgeschrieben. Um Doppelverschreibungen vorzubeugen, nutzen die meisten Länder spezielle Rezeptformulare. In einigen Ländern gibt es aber auch ein zentrales Register, und einige geben spezielle Substitutionsausweise aus. Die zugelassenen Abgabestellen werden in der Regel ebenfalls gesetzlich festgelegt. In der Regel sind dies Apotheken oder Behandlungseinrichtungen, wobei in einigen Ländern auch die Abgabe durch Ärzte erlaubt ist. In den meisten Ländern sind Take-home-Verordnungen gesetzlich oder durch Leitlinien gestattet oder werden einfach geduldet. In einigen Fällen sind sie jedoch ausdrücklich verboten.

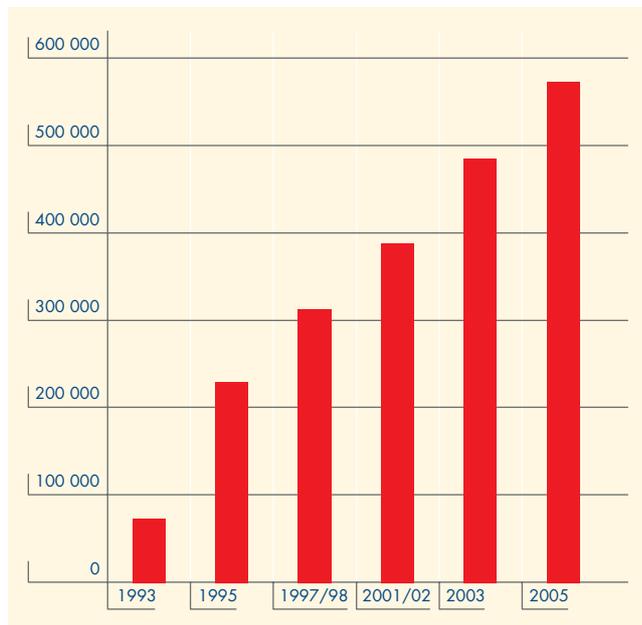
(¹) Weitere Einzelheiten sind verfügbar unter <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

(²) Siehe Tabelle HSR-6 im *Statistical Bulletin 2007*.

Forschungsarbeiten in diesem Bereich in Auftrag zu geben. Diese Aufgabenstellung wird durch die Tatsache erschwert, dass die Konsumenten von Kokainpulver und Crack in der Regel recht unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören

(¹⁹) Siehe „Verschreibungspraxis für Substitutionsbehandlungen in Europa“, S. 69.

Abbildung 2: Geschätzte Verfügbarkeit opioidgestützter Substitutionsbehandlungen in den EU-15-Mitgliedstaaten, 1993 bis 2005



Anmerkung: Weitere Informationen sind den Tabellen HSR-7 und HSR-8 sowie den Abbildungen HSR-1 und HSR-5 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Knotenpunkte und nationale Berichte. Eine ausführliche Aufstellung der Quellen ist Abbildung HSR-5 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

(siehe Kapitel 5). Aufgrund des herrschenden Mangels an spezifischen Behandlungsdiensten wird jedoch die große Mehrheit der Konsumenten von Psychostimulanzien, einschließlich der Amphetaminkonsumenten, gegenwärtig in herkömmlichen, auf den Opioidkonsum ausgerichteten Einrichtungen behandelt, wobei in ganz Europa ein Ausbildungsbedarf für die Mitarbeiter der Behandlungsdienste und Ärzte besteht.

Behandlung der Heroinabhängigkeit

Nachdem die Substitutionsbehandlung angesichts des Heroinkonsums in der zweiten Hälfte der 80er Jahre politisch gebilligt worden war, hat sie sich zur vorherrschenden Option für die Behandlung der Opioidabhängigkeit entwickelt (Abbildung 2).

Die am häufigsten eingesetzten Substitutionsdrogen sind Methadon und Buprenorphin. Idealerweise sollte die pharmakologische Behandlung mit psychologischer Beratung und sozialer Unterstützung einhergehen. Substitutionsbehandlungen erfolgen in der Regel ambulant in spezialisierten Drogenbehandlungseinrichtungen, in zunehmendem Maße jedoch auch in hausärztlichen Praxen. In einigen Ländern, z. B. in Deutschland, Frankreich und im Vereinigten Königreich, sind Allgemeinärzte stark in

die Behandlung von Drogenkonsumenten eingebunden. In anderen Ländern sind Hausärzte bislang kaum in diesem Bereich tätig, entweder aus rechtlichen Gründen oder weil sie kein Interesse an der Behandlung Suchtkrankter haben ⁽²⁰⁾. In mehreren Ländern befasste man sich darüber hinaus mit dem Thema Qualitätskontrolle. Infolgedessen wurden Vorschriften verschärft, Ausbildungsanforderungen erhöht oder stärkere Betreuungs- und Überwachungsmaßnahmen eingeführt ⁽²¹⁾. Die Behandlung der Opioidabhängigkeit wird in Kapitel 6 eingehender erörtert.

Maßnahmen zur Schadensminimierung

Die Prävention von Infektionskrankheiten und die Reduzierung drogenbedingter Todesfälle stellen zentrale Zielsetzungen der EU-Drogenstrategie dar. Mit Blick auf die Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden wurde im laufenden Aktionsplan das Ziel verankert, die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Dienste und Einrichtungen zu verbessern.

Im April 2007 legte die Europäische Kommission einen Bericht an das Europäische Parlament und den Rat über die Umsetzung der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit ⁽²²⁾ vor. Diesem Bericht zufolge stellt die Schadensminimierung in allen Mitgliedstaaten auf nationaler Ebene ein klar umrissenes Ziel der Gesundheitspolitik dar. Das Hintergrunddokument zum Bericht der Kommission bietet einen umfassenden Überblick über die politischen Strategien und Maßnahmen zur Schadensminimierung in Europa. Es wurde auf der Grundlage von Informationen verfasst, die in erster Linie von politischen Entscheidungsträgern, Experten des Reitox-Netzes und Basisorganisationen zur Verfügung gestellt wurden. Das Hintergrunddokument enthält ausführliche Bestandsaufnahmen zu den einzelnen Ländern ⁽²³⁾.

Die Empfehlung des Rates hat dazu geführt, dass mehr Länder ihre nationale Politik mit der europäischen Strategie abstimmen und einen stärkeren Schwerpunkt auf die Ausweitung des Angebots von Diensten zur Schadensminimierung legen. Offenbar hat sich die Empfehlung in besonderem Maße auf die Politik der Länder ausgewirkt, die der EU im Jahr 2004 beigetreten sind.

Soziale Reintegration

Prekäre Wohnverhältnisse, unregelmäßige Beschäftigung und wiederholte Haftstrafen sind Indikatoren für die soziale Ausgrenzung, die das Leben vieler Drogenkonsumenten bestimmen. In vielen europäischen Ländern ist die Zahl der problematischen Drogenkonsumenten, die erreicht werden, ihre Behandlung fortsetzen und sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen, größer denn je. Folglich ist die Nachfrage nach Wohnraum, Bildung, Beschäftigung und

⁽²⁰⁾ Siehe „Rechtliche Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung“ (S. 33) und <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

⁽²¹⁾ Siehe auch S. 69.

⁽²²⁾ Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit; ABl. L 165 vom 3.7.2003, S. 31.

⁽²³⁾ Beide Dokumente sind verfügbar unter http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1.

Nationale Studien über Behandlungsergebnisse

In drei Mitgliedstaaten (Irland, Italien, Vereinigtes Königreich) wurden nationale Studien über Behandlungsergebnisse durchgeführt, in deren Rahmen durch die langfristige Beobachtung einer Kohorte problematischer Drogenkonsumenten, die sich in verschiedenen Einrichtungen unterschiedlichen Behandlungsformen unterzogen, Behandlungsergebnisse untersucht werden sollten. Ein wichtiges Merkmal solcher Studien besteht darin, dass sie Behandlungsergebnisse in konkreten Einrichtungen unter klinischen Alltagsbedingungen untersuchen. Untersucht werden vorwiegend Behandlungsformen wie die methadongestützte Erhaltungs- oder Reduktionstherapie, Entgiftung sowie drogenfreie Maßnahmen wie therapeutische Gemeinschaften und Beratung. Als Ergebnisvariablen werden in erster Linie Drogenkonsum, physische und psychische Gesundheit, Verbleib in der Behandlung und kriminelle Handlungen herangezogen.

In Italien wurde im Rahmen der Vedette-Studie (1998 bis 2001) die *Effectiveness* der landesweit in öffentlichen Behandlungseinrichtungen angebotenen Behandlungen evaluiert. Wichtigste Ergebnisvariablen waren der Verbleib in der Behandlung und die Mortalität unter Heroinkonsumenten. Im Vereinigten Königreich wurden bislang drei Studien über Behandlungsergebnisse eingeleitet. Die erste dieser Studien war die National Treatment Outcome Research Study (NTORS), die zwischen 1995 und 2000 vom National Addiction Centre in England und Wales durchgeführt wurde und in der die Behandlungsergebnisse stationärer und ambulanter Behandlungsprogramme untersucht wurden. Dabei wurden einige positive Behandlungsergebnisse festgestellt: erhöhte Abstinenz von illegalen Drogen, Reduzierung der Häufigkeit des Drogenkonsums, Verringerung der Kriminalität und Verbesserung des Gesundheitszustands. Im Fünfjahreszeitraum kam man jedoch auch zu einigen langfristigen Ergebnissen, die weniger zufriedenstellend

waren. So wurde beispielsweise beim Crack-Konsum nach einer anfänglichen Verringerung nach vier bis fünf Jahren teilweise ein erneuter Anstieg beobachtet, und viele Drogenkonsumenten tranken weiterhin übermäßig viel Alkohol (Gossop et al., 2001).

Eine Aktualisierung der Ergebnisse aus der NTORS-Studie soll die von der Universität Manchester durchgeführte Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS) erbringen. Die Studie wurde im Jahr 2006 eingeleitet und wird Drogenkonsumenten aus ganz England zunächst über zwölf Monate hinweg beobachten. Ziel ist die Evaluierung der Auswirkungen der Drogenbehandlung auf eine Reihe von Ergebnisvariablen, wobei schwerpunktmäßig analysiert werden soll, mit welchen Behandlungsformen die besten Ergebnisse für bestimmte Teilgruppen von Drogenkonsumenten erzielt werden. In Schottland werden im Rahmen der seit 2001 von der Universität Glasgow durchgeführten Drug Outcome Research Study (DORIS) die Auswirkungen und die *Effectiveness* der von Behandlungseinrichtungen angebotenen Drogenbehandlungsdienste untersucht. Dabei werden unter anderem auch die in Haftanstalten angebotenen Behandlungsdienste berücksichtigt. Die Beobachtung der Drogenkonsumenten erstreckt sich bei dieser Studie auf bis zu 33 Monate.

In Irland führt die Nationale Universität Irland, Maynooth, seit 2003 im Rahmen der Research Outcome Study (ROSIE) eine Evaluierung der *Effectiveness* von Drogenbehandlungen durch. Dabei werden Opioidkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren beobachtet und die festgestellten Veränderungen dokumentiert (Cox et al., 2006). Nach einjähriger Beobachtung wurden im Rahmen dieser Studie ein erheblicher Rückgang des Drogenkonsums und der Kriminalität, eine niedrige Mortalitätsrate und einige positive Ergebnisse im Hinblick auf die physischen und psychischen Beschwerden der Teilnehmer festgestellt.

Rechtsbeistand erheblich gestiegen. Die Systeme der Gesundheitsversorgung und sozialen Betreuung müssen daher neue Lösungen für neue Patientenprofile finden, die häufig durch die verschiedensten Bedürfnisse gekennzeichnet sind. Soziale Reintegration gilt nun gemeinhin als wichtiger Faktor für einen langfristigen Behandlungserfolg.

In einigen Ländern wird dem Thema Reintegration zunehmend politische Aufmerksamkeit geschenkt. Darüber hinaus werden für diesen Bereich höhere Finanzmittel bereitgestellt, und in mehreren Ländern ist vorgeschrieben, den Patienten im Rahmen der Erhaltungstherapie soziale Betreuung und Reintegrationsdienste zur Verfügung zu stellen. Beispielsweise wurde in der Halbzeitüberprüfung der irischen Drogenstrategie empfohlen, die Rehabilitation als fünfte Säule in die Strategie aufzunehmen, während in Dänemark die Ministerien für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten neue Programme für gefährdete Gruppen („gemeinsame Verantwortung“) aufgelegt haben. Ein weiteres Beispiel ist die norwegische Regierungsstrategie zur Prävention und Bekämpfung der Obdachlosigkeit, in der messbare Zielsetzungen wie die Reduzierung von Zwangsräumungen und die Verbesserung des Zugangs zu dauerhaftem Wohnraum festgelegt wurden, um dafür

zu sorgen, dass die vorübergehende Bereitstellung von Wohnraum zur Ausnahme wird. Zudem beinhaltet der norwegische Aktionsplan zur Armutsbekämpfung ein Zuschusssystem, in dessen Rahmen im Jahr 2006 für Folgemaßnahmen im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Wohnraum für Obdachlose sowie Alkohol- und Drogenkonsumenten Mittel in Höhe von 6,5 Mio. EUR zur Verfügung gestellt wurden. Griechenland, Frankreich, Italien, Litauen, Österreich, Portugal und die Slowakei beteiligen sich darüber hinaus an der Gemeinschaftsinitiative EQUAL zur Förderung von Beschäftigung und sozialer Eingliederung ⁽²⁴⁾.

Die EU hat ferner die Schaffung der „offenen Koordinierungsmethode“ (OKM) unterstützt, in deren Rahmen die Mitgliedstaaten auf der Grundlage des politischen Austauschs und des gegenseitigen Lernens ihre politischen Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung koordinieren.

Die Reintegrationsmaßnahmen spiegeln die unterschiedlichen soziokulturellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten in Europa wider, weisen jedoch auch Unterschiede hinsichtlich der Zielsetzungen, Zielgruppen und Bedingungen auf. Beispielsweise sind Bulgarien und Rumänien die einzigen Länder, die spezifische Projekte für die soziale Reintegration von Straßenkindern erwähnen.

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_de.cfm.

In vielen Ländern zielen die Programme und Maßnahmen nicht speziell auf Drogenkonsumenten ab, sondern auf gefährdete soziale Gruppen im Allgemeinen. In der Regel werden sie auf lokaler oder regionaler Ebene durchgeführt. So behandeln die im Jahr 2003 von der wallonischen Regierung aufgelegten „plans de prévention de proximité“ (PPP) Armut und Abhängigkeit auf lokaler Ebene als zwei miteinander verflochtene Problemstellungen, während das dänische Gesetz über die Sozialdienste die Kommunen verpflichtet, einen sozialen Aktionsplan für alle Drogenkonsumenten anzubieten. Auch in Polen sind die Kommunalbehörden gesetzlich zur sozialen Reintegration von Drogenkonsumenten verpflichtet, und in den Niederlanden werden die meisten neuen sozialen Reintegrationsdienste von den Kommunen ins Leben gerufen. In Deutschland schließlich wird auf Länder- oder Kommunalebene für vorübergehende Unterkunft, Ausbildung und Wohnraum gesorgt, während die Bundesprogramme für Menschen mit Behinderungen auch für die Unterstützung der Eingliederung von Drogenkonsumenten in das Erwerbsleben zur Verfügung stehen.

Die Hilfsdienste in diesem Bereich reichen von Tagesnotunterkünften, Wohnheimen und kurzfristigen stationären Einrichtungen bis hin zu Übergangseinrichtungen, betreutem Wohnen und Mietzuschüssen. Um eine langfristige Abhängigkeit von den Unterstützungsdiensten zu vermeiden, werden innovative Konzepte erforscht, um den Patienten die Bewältigung der Aufgaben im Zusammenhang mit eigenem Wohnraum und den Umgang mit Geld zu vermitteln. Beispielsweise werden für die Bewohner von Rehabilitationseinrichtungen Schulungen durchgeführt, in denen sie lernen, künftige Probleme im Zusammenhang mit eigenem Wohnraum zu meistern. Im Vereinigten Königreich erhalten die Patienten Beratungen zu Themen wie Einkauf, Kochen und Umgang mit der Haushaltskasse.

Den Berichten zufolge wurden in vielen Ländern neue Möglichkeiten geschaffen, um Drogenkonsumenten Zugang zur allgemeinen und beruflichen Bildung zu bieten. Wesentlich schwieriger ist es für diese Menschen, eine bezahlte Arbeit zu finden. Gerade dies ist jedoch für die Zielgruppe besonders wichtig, da eine bezahlte Beschäftigung nicht nur wirtschaftliche Stabilität, sondern auch Selbstwertgefühl, sozialen Status und einen regelmäßigen Lebensrhythmus bietet. Zu den neuen Wegen, die eingeschlagen werden, um Patienten einen Arbeitsplatz zu vermitteln, zählen unter anderem die Bildung von Partnerschaften mit Privatunternehmen, Betreuungsregelungen und das Angebot von Anreizen wie

die Subventionierung der Löhne von Praktikanten oder die Gewährung von Darlehen für Unternehmensgründungen. In mehreren Ländern haben Drogenbehandlungseinrichtungen ihre eigenen sozialökonomischen Betriebe gegründet, in denen sie ihre Patienten beschäftigen. Andere Initiativen legen den Schwerpunkt auf die Verbesserung der Beschäftigungssituation durch eine bessere Abstimmung der Profile, Erwartungen und Fähigkeiten auf die Realität des Arbeitslebens. Beispielsweise stellt die Wiener BerufsBörse (WBB) eine Schnittstelle zwischen Patienten, Suchtkrankenhilfe und Arbeitsmarktservice dar und führt spezifische Beratungen durch, um die Erfolgsquote am Arbeitsplatz zu verbessern. Darüber hinaus hilft die WBB bei der Ermittlung von Lösungen für Patienten, bei denen eine berufliche Reintegration nicht mehr realisierbar ist.

Die Reintegration ausgegrenzter, älterer Heroinkonsumenten mit schweren somatischen und psychischen Erkrankungen stellt eine besondere Herausforderung dar. In Belgien besteht für Drogenkonsumenten mit psychischen Problemen die Möglichkeit, sich in auf Substanzmissbrauch spezialisierten Fachabteilungen psychiatrischer oder allgemeinmedizinischer Kliniken oder in anderen psychiatrischen Therapieeinrichtungen behandeln zu lassen. In Dänemark werden Drogenkonsumenten mit psychischen Problemen in psychiatrischen Behandlungseinrichtungen versorgt, und ältere Drogenkonsumenten, die aufgrund ihres Drogenkonsums, wegen Demenz oder infolge ihres Problemverhaltens nicht in der Lage sind, alleine zurechtzukommen, in alternativen Pflegeheimen untergebracht. In den Niederlanden wurde im Jahr 2007 ein neues Gesetz über soziale Unterstützungsdienste verabschiedet, in dem Drogensucht unter dieselben Vorschriften fällt wie (andere) chronische psychische Erkrankungen. Eine große, zentrale Wohneinrichtung, in der 120 obdachlose Drogenkonsumenten mit psychischen Problemen untergebracht werden sollten, stieß jedoch auf lokalen Widerstand. Für die soziale Reintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist professionelle Hilfe beim Wiederaufbau eines Netzes von Helfern und Kontaktpersonen anerkanntermaßen von entscheidender Bedeutung.

In einigen Ländern (z. B. Bulgarien, Tschechische Republik, Griechenland und Slowenien) werden strukturierte Reintegrationsprogramme ausschließlich im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene abstinenzorientierte Drogentherapie angeboten, während für Patienten, die sich einer Drogenerhaltungstherapie unterziehen, derzeit keine spezifischen Reintegrationsmaßnahmen verfügbar sind.



Kapitel 3 Cannabis

Einleitung: Veränderungen im Cannabiskonsum in Europa

Cannabis ist die weltweit am stärksten konsumierte illegale Droge. Seit den 60er Jahren, als der Konsum dieser Substanz praktisch zum Synonym für die damals entstehende Jugendprotestbewegung wurde, steht Cannabis im Zentrum der Drogendebatte in Europa. Trotz dieser Bekanntheit sind die Muster des Cannabiskonsums in Europa nur schwer zu verstehen. Einen wichtigen Aspekt in diesem Muster bildet die Vielfalt der nun auf dem europäischen Markt erhältlichen Cannabiserzeugnisse. Traditionell sind in Europa drei Hauptformen des Cannabis verbreitet: Cannabisharz, Cannabiskraut und, weit weniger häufig, Cannabisöl. In Europa wird diese Droge zumeist in Form von mit Tabak vermischem Cannabisharz geraucht. In anderen Teilen der Welt ist dieses Konsummuster jedoch relativ selten. Europa ist zwar nach wie vor der weltweit wichtigste Markt für Cannabisharz, jedoch finden Erzeugnisse aus Cannabiskraut offenbar in einigen Märkten immer weiter Verbreitung und gewinnen dort zunehmend an Bedeutung. In den letzten Jahren wurde die Situation noch unübersichtlicher, da verstärkt in Europa hergestelltes Cannabis verfügbar ist, das zum Teil unter kontrollierten Bedingungen angebaut wird und von relativ hoher Stärke sein kann. Diese Form des Cannabis hat sich in vielen Ländern zu einem eigenständigen Erzeugnis entwickelt und erschwert die Bewertung der Auswirkungen der sich verändernden Muster des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit.

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Da Cannabis in den unterschiedlichsten Umgebungen angebaut werden kann und in vielen Teilen der Welt wild wächst, sind aussagekräftige Schätzungen der weltweiten Produktion extrem schwierig. Nachdem das UNODC angesichts der Informationen über die Diversifizierung der Cannabisherstellung über mehrere Jahre hinweg einen Aufwärtstrend vermeldet hatte, senkte es nun seine Schätzung der weltweiten Herstellung von Cannabiskraut von 45 000 Tonnen im Jahr 2004 auf 42 000 Tonnen im Jahr 2005. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass für Nordamerika nach einer Intensivierung der Bemühungen um die Eindämmung der Cannabisherstellung die Schätzungen geringer ausfielen. Derzeit geht man davon aus, dass etwa die Hälfte des weltweit angebauten Cannabis

Interpretation der Sicherstellungen und anderer Marktdaten

Die Zahl der Sicherstellungen in einem Land wird in der Regel als indirekter Indikator für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen angesehen, spiegelt jedoch auch Strafverfolgungsressourcen, -prioritäten und -strategien, Meldeverfahren sowie die Wahrscheinlichkeit wider, dass sich nationale und internationale Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots auf Drogenhändler auswirken. Die sichergestellten Mengen können von Jahr zu Jahr erheblich schwanken, etwa wenn in einem Jahr einige besonders umfangreiche Sicherstellungen erfolgt sind. Aus diesem Grund gilt die Zahl der Sicherstellungen zuweilen als der bessere Indikator für Tendenzen. In allen Ländern umfasst die Zahl der Sicherstellungen einen größeren Anteil kleinerer Sicherstellungen auf Kleinhandelsebene. Sofern sie bekannt sind, können Ursprungs- und Zielort der sichergestellten Drogen Hinweise auf die Route des Drogenhandels und die Herstellungsgebiete liefern. Daten über Preis und Reinheit/Stärke der auf Kleinhandelsebene verkauften Drogen werden von den meisten Mitgliedstaaten bereitgestellt. Jedoch stammen die Daten aus einer Reihe verschiedener Quellen, die nicht immer vergleichbar sind, so dass es nur schwer möglich ist, genaue Vergleiche zwischen den Ländern anzustellen.

Um die in Europa vorgenommenen Sicherstellungen in einem breiteren Kontext betrachten zu können, werden in diesem Bericht zusammenfassende Informationen zur weltweiten Situation vorgelegt. Für die hier vorgenommenen Schätzungen der weltweiten Sicherstellungen wurde in erster Linie der Jahresbericht des United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung) über den internationalen Stand der Drogenproblematik herangezogen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Erhebung derartiger Daten mit Schwierigkeiten verbunden ist und in vielen Teilen der Welt nur schwach entwickelte Informationssysteme vorhanden sind. Daher sind diese Daten als bestmögliche Schätzungen auf der Grundlage der derzeit verfügbaren Informationsquellen zu betrachten.

(46 %) aus Nord-, Mittel- und Südamerika stammt, gefolgt von Afrika (26 %) und Asien (22 %) (UNODC, 2007).

Die größte Menge Cannabisharz wird nach wie vor in Marokko hergestellt, und obwohl jüngste Erhebungen darauf schließen lassen, dass die Anbaufläche zwischen 2004 und 2005 um etwa 40 % zurückgegangen ist, werden in diesem Land schätzungsweise noch immer etwa 70 % des in Europa konsumierten Cannabisharzes hergestellt. Auf der Grundlage von Schätzungen der gesamten Anbaufläche belief sich

Cannabis für den Eigenbedarf: die Rechtslage

Obwohl die Mitgliedstaaten unterschiedliche legislative Ansätze gegenüber Cannabis verfolgen ⁽¹⁾, ist in Europa eine allgemeine Tendenz zu beobachten, alternative Maßnahmen zu strafrechtlichen Verurteilungen zu finden, wenn es um den Konsum und Besitz kleiner Mengen Cannabis für den persönlichen Gebrauch geht und keine erschwerenden Umstände vorliegen. Häufig wird nun zwischen Cannabis und anderen illegalen Substanzen unterschieden, sei es in Rechtsvorschriften, in Leitlinien zur strafrechtlichen Verfolgung oder in der gerichtlichen Praxis. In den meisten europäischen Ländern werden zunehmend weniger Freiheitsstrafen verhängt. Stattdessen setzt man auf Geldbußen, Verwarnungen, Bewährungsstrafen, Straffreiheit und Beratung. Als Beispiele für diese Tendenz sei auf einige Maßnahmen der letzten Jahre verwiesen, darunter die Abschaffung der Haftstrafen in Luxemburg (2001) und Belgien (2003) sowie die Verringerung der Haftstrafen in Griechenland (2003) und im Vereinigten Königreich (2004). Leitlinien für Polizei oder Staatsanwälte wurden in Belgien (2003 und 2005), Frankreich (2005) und im Vereinigten Königreich (2004 und 2006) verabschiedet. Im Jahr 2006 war man in der Tschechischen Republik nahe daran, unterschiedliche Klassen nicht-medizinischer Drogen einzuführen, jedoch wurde der Entwurf des Strafgesetzbuches aus Gründen abgelehnt, die nicht im Zusammenhang mit den darin vorgesehenen Änderungen der drogenspezifischen Regelungen standen. Ungeachtet dessen steigt die Zahl der gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis in Europa weiterhin an (siehe Kapitel 1).

Die Cannabisdebatte setzt sich fort, und nach wie vor besteht große Uneinigkeit über die relativen Kosten und Vorteile der verschiedenen Maßnahmen im Bereich der öffentlichen

Gesundheit und der Strafverfolgung. Dies kommt in der Tatsache zum Ausdruck, dass nicht alle Maßnahmen auf mildere Strafen abzielen und in einigen Ländern schärfere Strafen eingeführt wurden oder die aktuelle Situation einer kritischen Überprüfung unterzogen wird. Im Jahr 2004 wurde in Dänemark eine Leitlinie für Staatsanwälte erlassen, der zufolge statt Verwarnungen Geldbußen zu verhängen sind, und in Italien wurde 2006 die rechtliche Unterscheidung zwischen verschiedenen Formen nicht-medizinischer Drogen und damit die Unterscheidung zwischen „weichen“ und „harten“ Drogen abgeschafft. Andere Länder überprüfen ihre aktuellen Konzepte im Zusammenhang mit der Cannabisproblematik. Die Niederlande haben beispielsweise im Jahr 2005 eine spezielle Cannabis-Strategie verabschiedet, während in Deutschland eine Evaluierung der für den einfachen Besitz von Cannabis verhängten Strafen vorgenommen wurde.

Die Cannabispolitik sorgt nach wie vor für erhebliche öffentliche Debatten und Unstimmigkeiten. Dies ist den Ergebnissen der jüngsten Eurobarometer-Umfrage (2006) zu entnehmen, in der die europäischen Bürger gefragt wurden, ob sie mit der Feststellung, der Eigengebrauch von Cannabis sollte in ganz Europa legalisiert werden, einverstanden seien. Etwas mehr als zwei Drittel (68 %) der Befragten erklärten sich nicht einverstanden, während etwa ein Viertel (26 %) diesem Standpunkt zustimmte. In allen Ländern sprach sich die Mehrheit der Befragten für eine Beibehaltung des Verbots aus, wobei allerdings die Anteile der Befürworter unterschiedlich groß waren.

(1) Eine umfassendere Erörterung ist dem entsprechenden ELDD-Themenüberblick unter <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036> zu entnehmen.

das Produktionspotenzial Marokkos im Jahr 2005 auf 1 066 Tonnen, wobei der größte Teil des marokkanischen Cannabis für den europäischen und nordafrikanischen Markt bestimmt war (CND, 2007; UNODC und Regierung Marokkos, 2007). Cannabisharz wird über die Iberische Halbinsel nach Europa geschmuggelt. Zwar stammt die bei weitem größte Menge des für den europäischen Markt bestimmten Cannabisharzes aus Marokko, jedoch ist den Berichten zufolge insbesondere in den mitteleuropäischen Ländern auch Cannabisharz aus anderen Ländern (Republik Moldau und Indien) verfügbar.

Cannabisharz wird in Europa in recht einheitlicher Form vertrieben. Dies ist bei Cannabiskraut nicht der Fall. Zu den Ursprungsländern der im Jahr 2005 gemeldeten Sicherstellungen gehören Albanien, die Niederlande, die Länder des ehemaligen Jugoslawien, Angola und Südafrika. Die Herstellung von Cannabiskraut in den einzelnen Ländern selbst ist zwar kaum systematisch zu überwachen, wurde jedoch im Jahr 2005 in der Hälfte der Berichtsländer beobachtet. Ein Teil des in Europa hergestellten Cannabiskrauts stammt aus dem Außenanbau und ist praktisch nicht von eingeführtem Cannabiskraut zu unterscheiden. In vielen Ländern entfällt auf relativ starkes Cannabis aus intensivem Anbau offenbar ein großer und

möglicherweise wachsender Marktanteil, und die Ausrüstung zur Cannabisherstellung ist heutzutage über das Internet oder, wie in einigen Ländern, über spezialisierte Anbieter weithin verfügbar. Die Tatsache, dass diese Form der Droge im Innenanbau und häufig in unmittelbarer Nähe zum anvisierten Markt hergestellt wird, kann darauf hindeuten, dass sie seltener beschlagnahmt wird und somit in den verfügbaren Daten weniger sichtbar ist.

Sicherstellungen

Im Jahr 2005 wurden weltweit 1 302 Tonnen Cannabisharz sichergestellt, gegenüber 4 644 Tonnen Cannabiskraut. Damit lagen beide Werte unter denen des Jahres 2004. In West- und Mitteleuropa wurden nach wie vor die größten Mengen an Cannabisharz beschlagnahmt (70 %), während sich die Sicherstellungen von Cannabiskraut weiterhin auf Nordamerika (64 %) konzentrierten (UNODC, 2007).

Im Jahr 2005 wurden in Europa bei schätzungsweise 303 000 Sicherstellungen 909 Tonnen Cannabisharz beschlagnahmt ⁽²⁵⁾, wobei etwa die Hälfte aller Sicherstellungen und etwa drei Viertel der beschlagnahmten Gesamtmenge auf Spanien entfallen ⁽²⁶⁾. Mit einem leichten Anstieg der Zahl der gemeldeten Sicherstellungen

⁽²⁵⁾ Die diesem Abschnitt zugrunde liegenden Daten zu den europäischen Sicherstellungen sind den Tabellen SZR-1, SZR-2, SZR-3 und SZR-4 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

⁽²⁶⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2005 vorliegen. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2005 durch Daten aus dem Jahr 2004 ersetzt.

von Cannabis harz setzte sich der seit 2000 beobachtete Aufwärtstrend im Jahr 2005 weiter fort. Dies galt jedoch nicht für die Menge des beschlagnahmten Cannabis harzes, die im Jahr 2005 zurückging, nachdem im Zeitraum von 2000 bis 2004 ein Anstieg verzeichnet worden war.

Das Verhältnis zwischen Cannabis harz und Cannabis kraut wird angesichts der Tatsache deutlich, dass die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis kraut nur etwa die Hälfte (152 000) und die beschlagnahmten Mengen weniger als ein Zehntel (66 Tonnen) der sichergestellten Mengen von Cannabis harz ausmachten. Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis kraut in Europa ist im Laufe der letzten fünf Jahre kontinuierlich gestiegen. Die Entwicklung der beschlagnahmten Mengen scheint weniger deutlich: Nach einem Rückgang der Mengen zwischen 2001 und 2004 wurde im Jahr 2005 möglicherweise eine Zunahme verzeichnet. Diese Schlussfolgerungen sind gezwungenermaßen vorläufig, da das Vereinigte Königreich, auf das sowohl die meisten Sicherstellungen als auch die größten Mengen des beschlagnahmten Cannabis krauts entfallen, bisher noch keine Daten für das Jahr 2005 übermittelt hat.

Im Jahr 2005 wurden bei schätzungsweise 13 500 Sicherstellungen in Europa etwa 24 Millionen Cannabis pflanzen (größtenteils in der Türkei) beschlagnahmt, das entspricht einer Menge von etwa 13,6 Tonnen (wobei hier der größte Anteil auf Spanien entfällt). Insgesamt wurde bei der Zahl der Sicherstellungen von Cannabis pflanzen in Europa seit dem Jahr 2000 ein kontinuierlicher Aufwärtstrend verzeichnet. Was die EU-Mitgliedstaaten betrifft, so erreichte die Zahl der beschlagnahmten Cannabis pflanzen im Jahr 2001 ihren Höchststand und stieg seit 2003 erneut an, während sie in der Türkei nach einer Aufwärtsentwicklung im Zeitraum von 2001 bis 2003 im Jahr 2004 zurückging, um im Jahr 2005 wieder zu steigen.

Preis und Stärke

Im Jahr 2005 wurden sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder Unterschiede zwischen den durchschnittlichen bzw. üblichen Verkaufspreisen von Cannabis harz und Cannabis kraut verzeichnet. Den Berichten zufolge lagen die Preise für Cannabis produkte in den meisten Ländern zwischen 4 EUR und 10 EUR pro Gramm⁽²⁷⁾. Die gemeldeten durchschnittlichen bzw. üblichen Preise für beide Formen von Cannabis reichten jedoch von 2 EUR bis zu 15 EUR pro Gramm. Die inflationsbereinigten Durchschnittspreise für Cannabis harz sind im Zeitraum von 2000 bis 2005 in allen Berichtsländern gefallen, mit Ausnahme Polens, wo die Preise stabil blieben. Die inflationsbereinigten Durchschnittspreise für Cannabis kraut sind im selben Zeitraum in allen Berichtsländern mit Ausnahme Sloweniens ebenfalls gesunken oder stabil geblieben⁽²⁸⁾.

Die Stärke der Cannabis produkte richtet sich nach ihrem Gehalt an Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC),

Erhebungen – ein wichtiges Instrument für das Verständnis der Muster und Tendenzen des Drogenkonsums in Europa

Der Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung oder unter Schülern wird anhand von Erhebungen ermittelt, die Schätzungen des Anteils der Bevölkerung ermöglichen, der angibt, über einen bestimmten Zeitraum Drogen konsumiert zu haben: Lebenszeitkonsum, Konsum in den letzten zwölf Monaten und Konsum in den letzten 30 Tagen.

Die EBDD hat gemeinsam mit nationalen Sachverständigen gemeinsame Kernpunkte für Erhebungen unter Erwachsenen zusammengestellt („European Model Questionnaire“, Europäischer Musterfragebogen, EMQ), der in den meisten Umfragen in den EU-Mitgliedstaaten eingesetzt wird. Einzelheiten zum EMQ sind dem *Handbook for surveys about drug use among the general population* [Handbuch für Erhebungen über den Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung] zu entnehmen (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Jedoch bestehen zwischen den Ländern noch immer Unterschiede hinsichtlich der Methodik und des Jahres der Datenerhebung. Daher sind geringe Abweichungen zwischen den Ländern mit Bedacht zu interpretieren (!).

Da die Durchführung von Erhebungen kostenintensiv ist, erheben nur wenige Länder jedes Jahr Daten. Die in diesem Bericht vorgelegten Daten basieren auf den jüngsten verfügbaren Erhebungen, die in den meisten Fällen zwischen 2003 und 2006 durchgeführt wurden.

Die gemeldeten Erhebungsdaten betreffen in der Regel drei Messgrößen für den Drogenkonsum im Zeitverlauf. Der Lebenszeitkonsum bzw. die Lebenszeitprävalenz ist die am weitesten gefasste Messgröße. Diese wird gemeinhin für die Berichterstattung über sehr junge Gruppen wie beispielsweise Schüler herangezogen, ist jedoch für die Beurteilung der aktuellen Situation unter Erwachsenen nur von begrenztem Wert, obwohl sie Einblicke in Konsummuster und Inzidenzraten bieten kann. In diesem Bericht liegt der Schwerpunkt auf der Berichterstattung über den Konsum in den letzten zwölf Monaten und in den letzten 30 Tagen, da diese beiden Messgrößen die aktuelle Situation besser zum Ausdruck bringen. Die letztgenannte Messgröße dient als Ersatzindikator für den regelmäßigen Konsum. Die eindeutige Ermittlung der Personen, die regelmäßig Drogen konsumieren oder aufgrund ihres Drogenkonsums Probleme entwickeln, ist wichtig. In dieser Hinsicht wurden mit der Entwicklung von Skalen zur Beurteilung intensiverer Formen des Drogenkonsums gewisse Fortschritte erzielt. Diese Skalen werden, soweit sie verfügbar sind, in diesen Bericht aufgenommen (siehe den Kasten zur Entwicklung psychometrischer Skalen, S. 43).

(!) Standardaltersspannen der EBDD: alle Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) und junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre). Die Daten aus einigen Ländern umfassen leicht abweichende Altersspannen (z. B. 16 bis 64 Jahre, 18 bis 64 Jahre, 16 bis 59 Jahre). Weitere Informationen über die Methodik demografischer Erhebungen und die in den einzelnen nationalen Erhebungen verwendete Methodik sind dem *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

(27) Siehe Tabelle PPP-1 im *Statistical Bulletin 2007*.

(28) In der Analyse wurden die Daten über die Preise von Cannabis harz und Cannabis kraut aus 19 Ländern (in denen mindestens für drei aufeinander folgende Jahre Daten verfügbar waren) berücksichtigt.

dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis (EMCDDA, 2004). Im Jahr 2005 meldeten die Berichtsländer einen durchschnittlichen bzw. typischen THC-Gehalt des gehandelten Cannabisharzes zwischen unter 1 % und 17 %. Diese hohe Abweichung ist angesichts der Tatsache, dass das in Europa gehandelte Cannabisharz größtenteils aus derselben Quelle stammt, kaum zu erklären. Die Stärke des Cannabiskrauts lag den Berichten zufolge zwischen unter 1 % und knapp über 15 %. Anhand der verfügbaren Daten ist es nicht möglich, eine Differenzierung hinsichtlich der Stärke des im eigenen Land hergestellten bzw. eingeführten Cannabiskrauts vorzunehmen. Die Niederlande konnten jedoch eine Schätzung vornehmen, derzufolge die Stärke des im eigenen Land hergestelltem Cannabiskrauts 17,7 % beträgt ⁽²⁹⁾.

Prävalenz und Muster des Cannabiskonsums

Allgemeinbevölkerung

Die Daten der jüngsten Erhebungen bestätigen, dass Cannabis in Europa die am häufigsten konsumierte illegale Substanz darstellt. In den 90er Jahren ist der Cannabiskonsum insbesondere unter Jugendlichen in fast allen Ländern gestiegen. Aus einigen der in letzter Zeit erhobenen Daten geht jedoch hervor, dass sich der Konsum derzeit stabilisiert, wenn auch auf historisch hohem Niveau. Eine wichtige Aufgabe ist auch die Untersuchung der Tendenzen des Konsums von Personen, die die Droge intensiv und über lange Zeiträume hinweg konsumieren. Zu dieser Frage liegen weniger Daten vor, jedoch gibt es Befürchtungen, dass immer mehr junge Menschen Cannabis in dieser Weise konsumieren und diese Tatsache möglicherweise zum Teil in der in einigen Ländern beobachteten Zunahme der Behandlungsnachfrage im Zusammenhang mit Cannabisproblemen zum Ausdruck kommt.

Nach vorsichtigen Schätzungen haben mehr als 70 Millionen erwachsene Europäer mindestens einmal (Lebenszeitprävalenz) Cannabis konsumiert, das entspricht durchschnittlich fast einem Viertel (22 %) der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren ⁽³⁰⁾. Die Angaben der einzelnen Länder variieren zwischen 2 % und 37 %, wobei die niedrigsten Zahlen aus Bulgarien, Malta und Rumänien und die höchsten aus Dänemark (36,5 %), Frankreich (30,6 %), dem Vereinigten Königreich (29,8 %) und Italien (29,3 %) gemeldet wurden ⁽³¹⁾. Ungeachtet dieser breiten Gesamtabweichung haben zwölf der 26 europäischen Länder, die Daten zur Verfügung gestellt

haben, Lebenszeitprävalenzraten zwischen 10 % und 25 % gemeldet ⁽³²⁾.

Betrachtet man statt des Lebenszeitkonsums den Konsum in den letzten zwölf Monaten, so sind niedrigere, aber noch immer erhebliche Konsumraten zu verzeichnen. Schätzungen zufolge haben mehr als 23 Millionen erwachsene Europäer in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, das entspricht durchschnittlich etwa 7 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die gemeldeten Zahlen der einzelnen Länder variieren zwischen 1 % und 11,2 %, wobei die niedrigsten Zahlen aus Bulgarien, Griechenland sowie Malta und die höchsten aus Italien (11,2 %), Spanien (11,2 %), der Tschechischen Republik (9,3 %) und dem Vereinigten Königreich (8,7 %) gemeldet wurden. Auch in diesem Fall haben trotz der großen Gesamtabweichung 13 der 25 Länder, die Daten zur Verfügung gestellt haben, für den Konsum in den letzten zwölf Monaten Prävalenzschätzungen zwischen 4 % und 9 % (Abbildung 3) gemeldet.

In den Schätzungen der 30-Tage-Prävalenz werden Konsumenten erfasst, die Cannabis regelmäßig, wenn auch nicht unbedingt intensiv konsumieren. Schätzungsweise haben 13,4 Millionen erwachsene Europäer in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, das entspricht etwa 4 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Zahlen der einzelnen Länder variieren zwischen 0,5 % und 8,7 %, wobei die niedrigsten Zahlen aus Bulgarien, Malta, Litauen sowie Schweden und die höchsten aus Spanien (8,7 %), Italien (5,8 %), dem Vereinigten Königreich (5,2 %) und Frankreich (4,8 %) gemeldet wurden. Von den 26 Ländern, die Daten zur Verfügung gestellt haben, melden 13 Zahlen zwischen 2 % und 6 % ⁽³³⁾.

Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen

Der Cannabiskonsum ist unter jungen Menschen unverhältnismäßig hoch. Je nach Land gaben 3 % bis 49,5 % der jungen erwachsenen Europäer (zwischen 15 und 34 Jahren) an, Cannabis mindestens einmal konsumiert zu haben. Zwischen 3 % und 20 % haben die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert, während 1,5 % bis 15,5 % angaben, im Laufe der letzten 30 Tage Cannabis konsumiert zu haben. Die höchsten Lebenszeitprävalenzraten werden aus Dänemark, Frankreich, dem Vereinigten Königreich und Spanien gemeldet, während die höchsten 12-Monats-Prävalenzraten aus Spanien, der Tschechischen Republik, Frankreich und Italien stammen. Durchschnittlich geben 30 % der jungen Erwachsenen an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. 13 % haben die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert, und mehr als 7 % berichten, die Droge im Laufe der letzten

⁽²⁹⁾ Die Daten über die Stärke von Cannabis sind den Tabellen PPP-2 und PPP-5 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

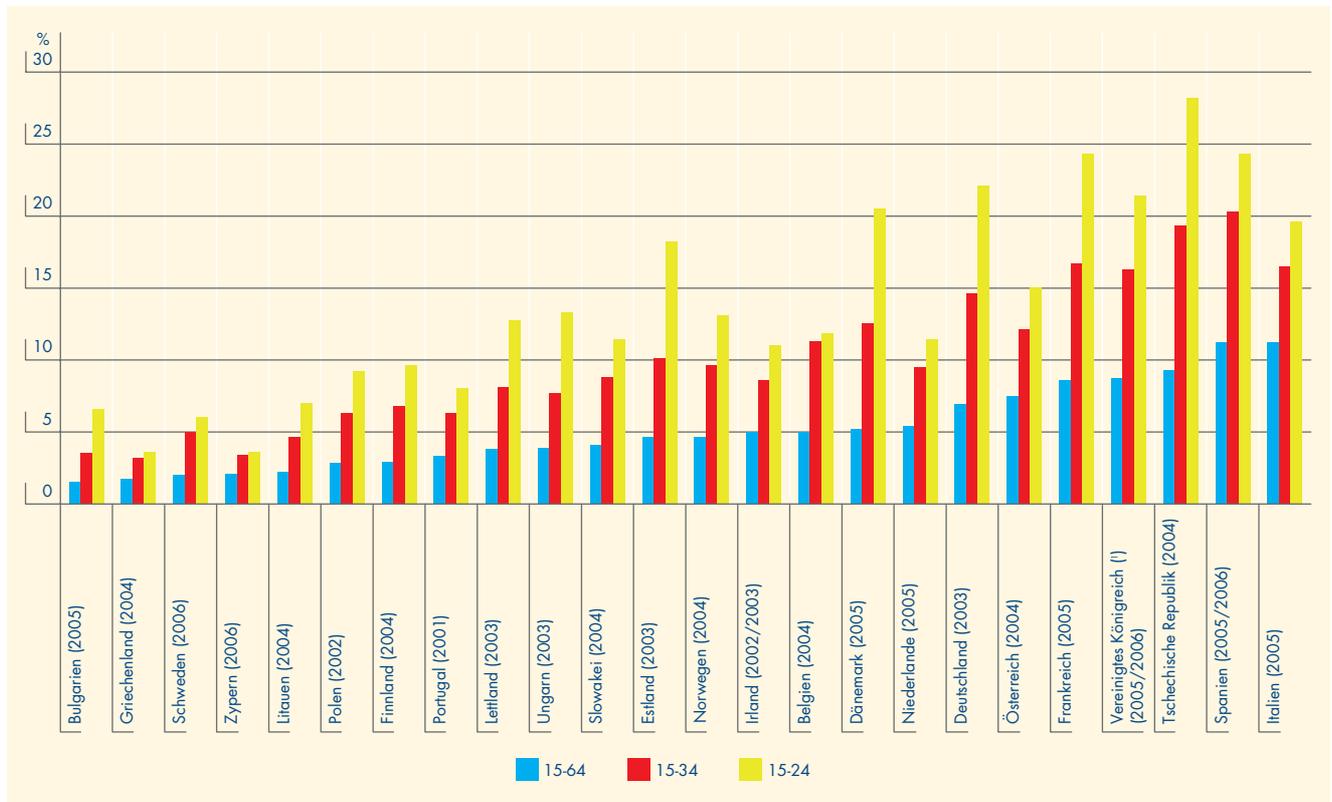
⁽³⁰⁾ Die durchschnittliche Prävalenzrate wurde als Durchschnitt der nationalen Prävalenzraten berechnet, gewichtet nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe. Die Gesamtzahlen wurden durch Multiplikation der Prävalenzraten in der betreffenden Bevölkerungsgruppe in den einzelnen Ländern berechnet, wobei für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, die Rate geschätzt wurde. Die Zahlen sind als Mindestwerte zu verstehen, da vermutlich nicht alle Fälle gemeldet werden.

⁽³¹⁾ In diesem Text basieren die Angaben für das Vereinigte Königreich aus praktischen Gründen auf der *British Crime Survey 2005* (England und Wales). Für Schottland und Nordirland liegen zusätzliche Schätzungen vor, und für das Vereinigte Königreich ist eine kombinierte Schätzung verfügbar (diese ist dem *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen).

⁽³²⁾ Siehe Tabelle GPS-8 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽³³⁾ Siehe Tabelle GPS-12 im *Statistical Bulletin 2007*.

Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter allen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) und unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren bzw. von 15 bis 24 Jahren)



(1) England und Wales.

Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Die Länderabfolge entspricht der Gesamtprävalenz (unter allen Erwachsenen). Weitere Informationen sind den Tabellen GPS-10, GPS-11 und GPS-18 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2006), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

30 Tage konsumiert zu haben. Im Vergleich hierzu liegen die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzschätzungen für Erwachsene im Alter zwischen 35 und 64 Jahren bei 3 % bzw. 1,6 %⁽³⁴⁾.

Betrachtet man ausschließlich junge Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, liegen die Prävalenzschätzungen für den Lebenszeitkonsum zwischen 3 % und 44 % (wobei die meisten Länder Zahlen zwischen 20 % und 40 % meldeten). Die 12-Monats-Prävalenz liegt zwischen 4 % und 28 % (in den meisten Ländern 10 % bis 25 %) und die 30-Tage-Prävalenz zwischen 1 % und 19 % (in den meisten Ländern 5 % bis 12 %). Bei den Männern in dieser Altersgruppe sind die Prävalenzschätzungen noch höher. Den Berichten zufolge lag unter jungen Männern der Lebenszeitkonsum zwischen 11 % und 51 % (in den meisten Ländern 25 % bis 45 %), der 12-Monats-Konsum zwischen 5 % und 35 % (in den meisten Ländern 15 % bis 30 %) und der 30-Tage-Konsum zwischen 1,7 und 23,7 % (in den meisten Ländern 6 % bis 20 %)⁽³⁵⁾.

Muster des Cannabiskonsums

Wie oben festgestellt, wird Cannabis wie die meisten anderen illegalen Drogen von jüngeren Menschen wesentlich stärker konsumiert, wobei selbst hier erhebliche

Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern festzustellen sind. Darüber hinaus ist der Konsum bei Männern erheblich höher als bei Frauen, wobei diese Unterschiede jedoch bei jungen Menschen eher geringer ausfallen. Insgesamt steigt der Quotient zwischen Männern und Frauen mit der Verkürzung des Erhebungszeitraums, wobei erneut erhebliche Abweichungen zwischen den Ländern festzustellen sind. Beispielsweise variiert das Verhältnis zwischen Männern und Frauen für den gemeldeten Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen zwischen 1,5 in Italien und 1,14 in Litauen (siehe das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum von Männern und Frauen im Jahresbericht 2006).

Viele stellen den Cannabiskonsum nach einer kurzen Phase des Experimentierens wieder ein. Demzufolge gehen die Konsumraten in der Regel mit zunehmendem Alter zurück. Es ist jedoch kaum möglich, die Entwicklung von Cannabiskonsumenten anhand der verfügbaren Daten nachzuvollziehen oder Veränderungen der Konsummuster im Zeitverlauf auszumachen. Gewissen Aufschluss zu dieser Frage kann der Vergleich zwischen dem gemeldeten Lebenszeitkonsum und dem Konsum in den letzten zwölf Monaten bzw. 30 Tagen geben. Diese Analyse zeigt, dass von allen Erwachsenen (zwischen 15 und 64 Jahren),

⁽³⁴⁾ Siehe Tabellen GPS-9, GPS-11 und GPS-13 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽³⁵⁾ Siehe Tabellen GPS-17, GPS-18 und GPS-19 sowie Abbildungen GPS-1, GPS-3, GPS-7 und GPS-12 im *Statistical Bulletin 2007*.

Entwicklung psychometrischer Skalen zur Ermittlung des intensiven und problematischen Konsums sowie des Suchtkonsums von Cannabis in Erhebungsdaten

Die Darstellungen des Drogenkonsums in Erhebungen beruhen auf eigenen Angaben der Befragten zu ihrem Verhalten während unterschiedlicher Zeitintervalle. In der Vergangenheit wurde der tägliche Konsum nicht systematisch überwacht, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass in den meisten Ländern niedrige Prävalenzraten des Cannabiskonsums verzeichnet wurden. Die Beschränkung der Beobachtung auf den Konsum in den letzten 30 Tagen ermöglicht zudem keine präzisen Schätzungen der Zahl der intensiven Konsumenten. Da jedoch der Cannabiskonsum in ganz Europa zugenommen hat, und angesichts dessen Besorgnis über die damit verbundenen Probleme aufkam, musste dieser Ansatz überdacht werden. Tatsächlich erheben nun nahezu alle EU-Länder Daten darüber, an wie vielen Tagen die Droge während des letzten Monats vor der Befragung konsumiert wurde. Auf der Grundlage dieser Daten geht man davon aus, dass schätzungsweise etwa drei Millionen Menschen täglich oder fast täglich Cannabis konsumieren.

Die EBDD bemüht sich gemeinsam mit nationalen Sachverständigen um eine Verbesserung der Berichterstattung über diese Form des intensiven Konsums im Rahmen der Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung. Aber auch

dieses Instrument ist nur bedingt geeignet, Personen zu erfassen, die aufgrund ihres Cannabiskonsums Probleme oder eine Abhängigkeit entwickelt haben. Da diese Daten von entscheidender Bedeutung sind, um die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit zu verstehen, stellen sie derzeit für die EBDD-Expertengruppe für Erhebungen ein zentrales Thema dar.

Gegenwärtig arbeitet man an der Entwicklung des erforderlichen methodischen und konzeptionellen Rahmens für die Beobachtung „intensiver Formen des Drogenkonsums“, der in Bevölkerungserhebungen herangezogen werden könnte, um diese Probleme besser zu erfassen. Einige Länder gehen nun dazu über, die „Abhängigkeit“ oder den „problematischen Konsum“ von Cannabis in der Allgemeinbevölkerung zu erfassen. Entsprechende Pilotprojekte wurden in Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Polen, Portugal, dem Vereinigten Königreich sowie kürzlich in Spanien eingeleitet.

Die Bedeutung dieser Bemühungen wird am Beispiel der 2005 in Frankreich durchgeführten Erhebung deutlich, bei der diese Messgröße versuchsweise anhand der CAST-Skala (*Cannabis Abuse Screening Test* [Screening-Test für den Cannabismissbrauch]) ermittelt wurde: Eine erste Analyse zeigte, dass immerhin 16 % der Konsumenten, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, und 58 % der täglichen Konsumenten Gefahr laufen könnten, einen problematischen Konsum zu entwickeln.

die mindestens einmal Cannabis probiert haben, 32 % die Droge in den letzten zwölf Monaten und 18 % in den letzten 30 Tagen konsumiert haben. Diese zuweilen als „Fortsetzungsraten“ bezeichneten Anteile variieren von Land zu Land erheblich und werden von einer Reihe von Faktoren wie der historischen Entwicklung des Cannabiskonsums in einem Land und der Zahl der neuen Fälle beeinflusst. Ungeachtet dessen ist davon auszugehen, dass der Anteil der Cannabiskonsumenten, die regelmäßige und langfristige Konsummuster entwickeln, bekannt sein muss, um die möglichen Auswirkungen des Konsums dieser Substanz auf die öffentliche Gesundheit abschätzen zu können. Trotz der Besorgnis über eine mögliche Zunahme des regelmäßigen oder intensiven Cannabiskonsums⁽³⁶⁾ liegen derzeit nur sehr wenige Daten vor, die eine Untersuchung dieser Frage ermöglichen. Die EBDD bemüht sich gegenwärtig in enger Zusammenarbeit mit mehreren Mitgliedstaaten um die Entwicklung eines besseren methodischen Ansatzes für dieses Thema. Einer von der EBDD im Jahr 2004 auf der Grundlage begrenzter Daten vorgenommenen groben Schätzung zufolge konsumiert etwa 1 % der erwachsenen Europäer,

das entspricht ungefähr drei Millionen Menschen, täglich oder fast täglich Cannabis. Man geht davon aus, dass diese Schätzung in naher Zukunft aktualisiert werden kann. Mehrere Länder haben einen Anstieg des regelmäßigen oder intensiven Cannabiskonsums gemeldet, jedoch hat ausschließlich Spanien vergleichbare Daten zum „täglichen Konsum“⁽³⁷⁾ übermittelt, der von 0,7 % im Jahr 1997 auf 2 % im Jahr 2006 gestiegen ist.

Weiterer wichtiger Informationsbedarf in diesem Bereich besteht im Hinblick auf ein besseres Verständnis der Faktoren, die im Zusammenhang mit der Einstellung des Konsums stehen. Wie bereits oben erwähnt, stellen die meisten Erstkonsumenten den Cannabiskonsum nach einer gewissen Zeit wieder ein. Das Verständnis der damit verbundenen Faktoren ist selbstverständlich für die Erarbeitung diesbezüglicher Maßnahmen von Bedeutung. Inzwischen sind einige Informationen zu diesem Themenbereich verfügbar. Beispielsweise wurde bei der in Frankreich im Jahr 2005 durchgeführten demografischen Erhebung festgestellt, dass für die meisten Menschen (80 %),

⁽³⁶⁾ Es gibt noch keine allgemein anerkannte Definition des „intensiven Cannabiskonsums“. Insgesamt wird mit diesem weitgefassten Begriff jedoch ein Cannabiskonsum bezeichnet, der über eine bestimmte Konsumhäufigkeit hinausgeht. Er impliziert nicht notwendigerweise das Vorliegen einer „Abhängigkeit“ bzw. eines „Missbrauchs“ oder anderer Probleme, erhöht jedoch das Risiko negativer Folgen, einschließlich einer Abhängigkeit. Die Angaben in diesem Kapitel beziehen sich auf den „täglichen oder fast täglichen“ Konsum (definiert als Konsum an 20 oder mehr Tagen in den vergangenen 30 Tagen). Diese Richtgröße wird häufig in Studien herangezogen und kann aus dem Europäischen Musterfragebogen abgeleitet werden. Die laufenden methodischen Studien (der Länder und der EBDD) werden einen Beitrag zum besseren Verständnis der Zusammenhänge zwischen intensivem/häufigem Konsum und den damit verbundenen Problemen leisten (siehe den Kasten zur Entwicklung psychometrischer Skalen, S. 43).

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/2006 (2 %). Diese Maßeinheit (Konsum an 30 Tagen in den vergangenen 30 Tagen) unterscheidet sich von dem zuvor herangezogenen „täglichen oder fast täglichen Konsum“ (Konsum an 20 oder mehr Tagen in den vergangenen 30 Tagen), für den höhere Werte geschätzt werden. In Frankreich ist ein „regelmäßiger Konsument“ definiert als ein Konsument, der die Droge „in den vergangenen 30 Tagen zehnmal oder häufiger konsumiert hat“ (4,3 % der erwachsenen Männer und 1,3 % der erwachsenen Frauen). Im Vereinigten Königreich spricht man von „häufigem Konsum“, wenn die Droge „im vergangenen Jahr mehr als einmal monatlich konsumiert“ wurde. Diese Messgröße ist nicht mit den in diesem Abschnitt herangezogenen Messgrößen vergleichbar.

die mindestens einmal Cannabis konsumiert haben, jedoch nicht im Laufe der letzten zwölf Monate, der Hauptgrund für die Einstellung des Konsums schlicht mangelndes Interesse an Drogen war, obwohl die meisten Erwachsenen (fast 60 %) der Meinung waren, leicht an Cannabis gelangen zu können, wenn sie dies wollten.

Tendenzen beim Cannabiskonsum unter Erwachsenen

Die Verfolgung der Tendenzen beim Drogenkonsum in Europa wird dadurch erschwert, dass in vielen Ländern keine zuverlässigen Zeitreihendaten vorliegen. Jedoch führen seit den 90er Jahren immer mehr Länder Erhebungen durch, die bereits wertvolle Einblicke in die Tendenzen im Zeitverlauf bieten.

Die Zeitreihen aus den Erhebungen erlauben Rückschlüsse auf die Entwicklungen des Cannabiskonsums in Europa. Unter anderem ist festzustellen, dass sich der Cannabiskonsum in den einzelnen Ländern zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten auszubreiten begann und mehrere Verbreitungswellen zu beobachten waren, seit diese Droge in den 60er Jahren populär wurde⁽³⁸⁾. Beispielsweise belegen die Daten aus Schweden (nationaler Reitox-Bericht, 2005), dass in den 70er Jahren ein relativ hoher Anteil der Wehrpflichtigen und Schüler mit Cannabis experimentiert hat, anschließend der Konsum in den 80er Jahren stark zurückging, um dann in den 90er Jahren erneut auf ein ähnliches Niveau wie in den 70er Jahren zu steigen und in den letzten Jahren wieder zu sinken. Eine ähnliche Entwicklung ist den finnischen Daten zu entnehmen, die ebenfalls größere Verbreitungswellen in den 60er und wiederum in den 90er Jahren zeigen.

Die Ergebnisse der Erhebungen belegen, dass der Cannabiskonsum in den 90er Jahren in nahezu allen EU-Ländern erheblich zugenommen hat. Dieser Anstieg hat sich bis vor kurzem in vielen Ländern fortgesetzt, wobei es jedoch in einigen Ländern Anzeichen für eine Stabilisierung gibt. Dies gilt vor allem für die Gruppe der Länder mit den höchsten Prävalenzraten. Ein Beispiel hierfür ist das Vereinigte Königreich, das grundsätzlich im Hinblick auf Tendenzen beim Drogenkonsum häufig eine „Vorreiterrolle“ zu spielen scheint. In den frühen 90er Jahren fiel das Vereinigte Königreich durch hohe Prävalenzraten auf und meldete zu den meisten Messgrößen die höchsten Prävalenzraten in Europa. Die 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen (16 bis 34 Jahre) hat sich jedoch seit 1998 stabilisiert und ist zwischen 2003 und 2006 (von 20 % auf 16,3 %) zurückgegangen. Interessanterweise wurde in der jüngsten Altersgruppe (16 bis 24 Jahre) seit 1998 ein kontinuierlicher Rückgang verzeichnet. Dies lässt darauf schließen, dass Cannabis bei jungen Menschen an Beliebtheit verloren hat⁽³⁹⁾.

In Frankreich, Spanien und Italien hat sich der Cannabiskonsum in den letzten Jahren (2002, 2003 und 2005) den Prävalenzraten des Vereinigten Königreiches angenähert, nachdem er zuvor eine zeitlang kontinuierlich zugenommen hatte. Auch hier zeichnen sich Hinweise

auf eine Stabilisierung der Lage ab: Frankreich meldete im Jahr 2005 einen Rückgang des Konsums, während in Spanien zwar bis 2006 ein leichter Anstieg zu verzeichnen war, die jüngsten Daten jedoch insgesamt darauf hindeuten, dass sich diese Tendenz abschwächen könnte. In der Tschechischen Republik, die hohe Prävalenzraten verzeichnet, sind anhand der vorliegenden Daten kaum Tendenzen auszumachen, obwohl die Angaben über junge Erwachsene den Schluss nahe legen, dass die Prävalenzraten leicht zurückgegangen sein könnten.

Was die Länder mit mittleren und niedrigeren 12-Monats-Prävalenzraten unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) betrifft, so belegen die Daten aus Dänemark und den Niederlanden einen leichten Rückgang, während die Konsumraten in Estland, Deutschland, Ungarn, der Slowakei und Norwegen offenbar kontinuierlich steigen⁽⁴⁰⁾. Dieser Anstieg ist jedoch in den meisten Fällen gering und den jüngsten Schätzungen zufolge weniger ausgeprägt.

Finnland und Schweden gehören nach wie vor zu den Ländern mit den niedrigsten Prävalenzraten des Cannabiskonsums. Obwohl die Prävalenzschätzungen einen Anstieg des Konsums ausweisen, gibt es keinen Hinweis auf eine Annäherung an die in Ländern mit höheren Prävalenzraten verzeichneten Werte. Der in Schweden zwischen 2000 und 2004 beobachtete Anstieg der 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen (von 1,3 % auf 5,3 %) ist zwar erheblich, jedoch schwer zu interpretieren, da methodische Änderungen des Erhebungsverfahrens vorgenommen wurden und die Prävalenzschätzungen der Jahre 2004, 2005 und 2006 auf eine stabile Situation hinweisen.

Cannabiskonsum unter Schülern

Wichtige Einblicke in die Muster und Tendenzen des Cannabiskonsums bieten auch die Daten aus den Schulumfragen. Diese belegen, dass der Cannabiskonsum in vielen EU-Ländern Ende der 90er Jahre und zu Beginn des 21. Jahrhunderts gestiegen ist.

Insgesamt ergibt sich aus den Daten der Schulumfragen dasselbe Bild wie aus den Erhebungen unter Erwachsenen. Die europaweit höchste Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- und 16-jährigen Schülern wurde in Belgien, der Tschechischen Republik, Irland, Spanien, Frankreich und dem Vereinigten Königreich und Spanien verzeichnet, die allesamt Raten zwischen 30 % und 44 % meldeten. Deutschland, Italien, die Niederlande, Slowenien und die Slowakei verzeichneten Raten von über 25 %. Dagegen wurden aus Griechenland, Zypern, Rumänien, Schweden, der Türkei und Norwegen Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz von unter 10 % gemeldet.

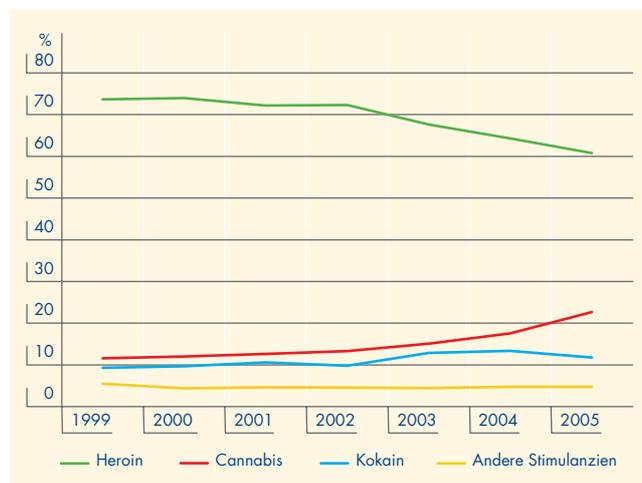
Die Analyse der Daten aus den ersten drei Erhebungen (1996 bis 2003) von ESPAD (Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen) zeigte hinsichtlich der Tendenzen bei der Lebenszeitprävalenz des

⁽³⁸⁾ Siehe auch Abbildung 4 im Jahresbericht 2004.

⁽³⁹⁾ Siehe Abbildung GPS-10 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁴⁰⁾ Siehe Abbildung GPS-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

Abbildung 4: Tendenzen bei den Konsummestern in Behandlungseinrichtungen (1999 bis 2005) – wichtigste Drogen, wegen derer Patienten eine Behandlung beantragen, in Prozent aller Anträge



Anmerkung: Auf der Grundlage der Daten aus 21 EU-Mitgliedstaaten: Bulgarien, Tschechische Republik, Dänemark, Deutschland, Irland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien, Zypern, Litauen, Luxemburg, Ungarn, Malta, Niederlande, Rumänien, Slowenien, Slowakei, Finnland, Schweden und Vereinigtes Königreich.

Fehlende Daten wurden für jedes Land aus dem durchschnittlichen EU-Trend anhand der für die einzelnen Jahre verfügbaren Daten interpoliert.

Weitere Informationen und ausführliche Angaben sind Abbildung TDI-3 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Cannabiskonsums unter Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern, die demzufolge in drei Gruppen eingeteilt werden können. In Irland und dem Vereinigten Königreich, wo Cannabis bereits seit langem konsumiert wird, ist die Lebenszeitprävalenz zwar hoch, blieb jedoch im Laufe der letzten zehn Jahre stabil. In den ost- und mitteleuropäischen Mitgliedstaaten sowie Dänemark, Spanien, Frankreich, Italien und Portugal ist die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums zwischen 1995 und 2003 erheblich gestiegen. In der dritten Gruppe von Mitgliedstaaten (Finnland und Schweden im Norden sowie Griechenland, Zypern und Malta im Süden) und in Norwegen sind die Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz unter Schülern auf relativ niedrigem Niveau (etwa 10 % und weniger) stabil geblieben. Die Daten aus der nächsten ESPAD-Erhebung werden voraussichtlich im nächsten Jahr vorgelegt.

Nur vier Länder (Italien, Polen, Schweden und das Vereinigte Königreich) haben im Jahr 2005 neue Daten aus Schulumfragen übermittelt, und Belgien berichtete über eine in der Region Flandern durchgeführte Erhebung. In Schweden blieb die Situation offenbar stabil, während in den anderen vier Erhebungen ein leichter Rückgang festgestellt wurde.

Cannabis: Daten zur Behandlungsnachfrage ⁽⁴¹⁾

Gesamtmuster der Behandlungsnachfrage

Bei den im Jahr 2005 insgesamt 326 000 gemeldeten Behandlungsnachfragen (hierzu sind Daten aus 21 Ländern verfügbar) wird Cannabis in rund 20 % der Fälle als Hauptgrund für die Aufnahme einer Therapie genannt. Damit steht Cannabis nach Heroin an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten Drogen. Die meisten Behandlungsnachfragen, bei denen Cannabis als Primärdroge genannt wird, verzeichnen in der Regel ambulante Behandlungseinrichtungen ⁽⁴²⁾.

Im Zusammenhang mit den Patienten von Drogenbehandlungseinrichtungen wird häufig über einen problematischen Konsum anderer Drogen neben der als Grund für die Behandlungsnachfrage genannten Primärdroge berichtet. Bei Cannabiskonsumenten ist dies jedoch seltener der Fall: Auf diese Patienten entfällt der größte Anteil derer, die lediglich eine Substanz (Cannabis) konsumieren. In manchen Fällen jedoch wird Cannabis in Kombination mit anderen Drogen konsumiert, zumeist mit Alkohol (37 %) und Amphetaminen oder Ecstasy (28 %). Nach Alkohol (38 %) wird Cannabis von den Personen, die sich einer Behandlung unterziehen, am zweithäufigsten als Sekundärdroge genannt ⁽⁴³⁾.

Steigende Behandlungsnachfrage

Von den etwa 130 000 neuen Behandlungsanfragen entfallen etwa 29 % auf Cannabispatienten. Der Anteil der Erstanfragen von Heroinpatienten ist nur wenig höher (35 %; Daten aus 22 Ländern verfügbar) ⁽⁴⁴⁾. Zwar ist es aufgrund der problematischen Datenlage kaum möglich, präzise Aussagen über die Entwicklungen zu machen, die Haupttendenzen bei der Behandlungsnachfrage von Cannabiskonsumenten sind jedoch durchaus auszumachen. Zwischen 1999 und 2005 hat sich die Gesamtzahl der neuen und insgesamt gemeldeten Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen nahezu verdreifacht. Den jüngsten Daten zufolge scheint sich dieser Aufwärtstrend jedoch nun zu stabilisieren. In allen Ländern (mit Ausnahme Litauens) ist der Anteil der Patienten, die wegen des Konsums von Cannabis als Primärdroge eine Behandlung in Anspruch nehmen, bei den Erstpazienten höher als bei den Patienten insgesamt ⁽⁴⁵⁾.

Im Zeitraum von 1999 bis 2005 ist der Anteil der Patienten, die sich wegen des Konsums von Cannabis als Primärdroge in Behandlung begeben, in allen Ländern, die Daten übermittelt haben, gestiegen (Abbildung 4). Dabei gibt es jedoch bemerkenswerte Unterschiede zwischen

⁽⁴¹⁾ Die Datenanalyse für die allgemeine Verteilung und die Tendenzen basiert auf der Zahl der Patienten, die sich in allen Behandlungseinrichtungen insgesamt in Behandlung begeben, während die Analyse für das Patientenprofil und die Drogenkonsummuster auf Angaben der ambulanten Behandlungseinrichtungen beruht.

⁽⁴²⁾ Siehe Abbildung TDI-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁴³⁾ Siehe Tabellen TDI-22 sowie TDI-23 (Teil i) und (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁴⁴⁾ Siehe Abbildung TDI-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁴⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-3 (Teil iii) und TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

den einzelnen Ländern: In Bulgarien, Litauen, Polen und Rumänien gaben weniger als 5 %, in Ungarn und Frankreich dagegen über 30 % aller Patienten, die sich in Behandlung begaben, Cannabis an. Was die übrigen Länder betrifft, so liegt der Anteil der Cannabispatienten in zwölf Ländern zwischen 5 % und 20 % und in sieben Ländern zwischen 21 % und 29 %. Auch bei den neuen Behandlungsnachfragen wurden erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt: In Bulgarien, Litauen, Luxemburg, Polen und Rumänien gaben weniger als 10 %, in Dänemark, Deutschland, Frankreich und Ungarn mehr als 50 % aller Erstpazienten Cannabis an ⁽⁴⁶⁾.

Für den Anstieg der Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen gibt es offensichtlich keine einfache Erklärung. Unklar ist nach wie vor, inwieweit die zunehmende Behandlungsnachfrage auf die steigende Prävalenz des intensiven Cannabiskonsums und der damit verbundenen Probleme in der Bevölkerung und eine erhöhte Wahrnehmung der Risiken des Cannabiskonsums zurückzuführen ist. Andere Faktoren können hier ebenfalls eine Rolle spielen. Hierzu gehören unter anderem die verbesserte Datenerhebung über ambulante Behandlungseinrichtungen, in denen die meisten Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen eingehen, sowie möglicherweise die Tatsache, dass problematischer Cannabiskonsum häufiger diagnostiziert und gemeldet wird. Darüber hinaus sollten zwei weitere mögliche Ursachen in Betracht gezogen werden: Die Diversifizierung des Behandlungsangebotes wie beispielsweise die Eröffnung von Behandlungseinrichtungen für Cannabiskonsumern in Frankreich Ende 2004 und der Anstieg der Zahl der Überweisungen aus Strafvollzugsanstalten. Was die erstgenannte Ursache betrifft, so haben mehrere Länder als Reaktion auf die steigende Nachfrage nach Behandlungen wegen Cannabisproblemen spezielle Programme für Jugendliche oder junge Menschen aufgelegt, deren Behandlungsangebot stärker auf Cannabiskonsumern zugeschnitten ist. In diesem Fall hat eine zunehmende Nachfrage zu einem erhöhten Angebot geführt, das wiederum eine Verstärkung der Nachfrage zur Folge gehabt haben könnte. Im Hinblick auf die zweite Ursache ist festzustellen, dass Überweisungen aus Strafvollzugsanstalten häufig in Verbindung mit Straftaten erfolgen, die im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum stehen. Forschungsergebnisse belegen, dass die meisten Straftäter, die aus Strafvollzugsanstalten in Behandlungseinrichtungen überwiesen werden, Cannabis als Primärdroge konsumieren. In diesem Fall dürfte ein Anstieg der Zahl der Überweisungen aus Strafvollzugsanstalten zur steigenden Nachfrage nach Behandlungen wegen Cannabisproblemen beigetragen haben.

Patientenprofile

Ungeachtet der Faktoren, die zu dem Anstieg der Nachfrage nach Behandlungen wegen

Cannabisproblemen geführt haben, stellt sich die Frage nach den Merkmalen der Personengruppe, die letztendlich eine Behandlung beantragen. Allerdings ist nicht davon auszugehen, dass diese kleine Gruppe repräsentativ für alle Cannabiskonsumern ist. Das Profil der Patienten, die sich in ambulante Behandlung begeben und Cannabis als Primärdroge angeben, weist zumeist die folgenden Merkmale auf: jung, männlich, in Ausbildung (im Gegensatz zu beschäftigt oder arbeitslos) und bei den Eltern wohnhaft (im Gegensatz zu eigenem Hausstand) ⁽⁴⁷⁾. Die Patienten, die sich wegen des Konsums von Cannabis als Primärdroge in Behandlung begeben, weisen einen höheren Anteil an Männern und ein niedrigeres Durchschnittsalter (24,5 Jahre) auf als Patienten, die wegen des Konsums anderer Drogen in Behandlung sind. Bei den Erstpazienten ist das Durchschnittsalter (23,8 Jahre) noch niedriger als bei den Cannabispatienten insgesamt; entsprechend unterziehen sich 67 % der 15- bis 19-jährigen und 80 % der unter 15-jährigen Erstpazienten wegen des Konsums von Cannabis einer Therapie. In den letzten drei Jahren gab es jedoch den Berichten zufolge Hinweise auf einen Anstieg des Alters der Patienten, die sich erstmals wegen Cannabisproblemen in Behandlung begeben ⁽⁴⁸⁾. Insgesamt können die Cannabispatienten in drei Gruppen eingeteilt werden, und zwar je nachdem, ob sie die Droge gelegentlich (34 %), einmal bzw. mehrmals wöchentlich (27 %) oder täglich konsumieren (39 %).

Diese Unterschiede im gemeldeten Drogenkonsum unter Cannabispatienten sind wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass diese auf unterschiedlichen Wegen in die Behandlung überwiesen werden. Möglicherweise könnte der Anstieg der Zahl der Überweisungen aus Strafvollzugsanstalten zum Teil mit den Patienten in Zusammenhang stehen, die sich in Behandlung begeben und niedrige Konsumraten aufweisen. Hinsichtlich der Häufigkeit des Cannabiskonsums bestehen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Der Anteil der täglichen Cannabiskonsumern an den Patienten insgesamt liegt den Berichten zufolge in der einen Hälfte der Länder bei über 30 % und in der anderen Hälfte bei unter 30 %. Der höchste Anteil regelmäßiger Cannabiskonsumern an den Patienten insgesamt wird aus den Niederlanden, Dänemark und Spanien gemeldet, während der Anteil der Gelegenheitskonsumenten in Ungarn, Deutschland und Italien am höchsten ist ⁽⁴⁹⁾. Wie im folgenden Abschnitt dargestellt, ist es darüber hinaus möglich, dass der Schwerpunkt der Maßnahmen zur Bekämpfung des intensiven Cannabiskonsums nicht auf der Behandlung, sondern auf der Prävention liegt. Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen der Länder können die gemeldeten Konsumraten insgesamt beeinflussen und zum Teil erklären, warum einige Länder mit hohen Prävalenzraten relativ niedrige Behandlungszahlen melden.

⁽⁴⁶⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil ii) und TDI-4 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁴⁷⁾ Siehe Tabellen TDI-13, TDI-14 sowie TDI-21 (Teil i) und (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁴⁸⁾ Siehe Tabellen TDI-10 (Teil i), (Teil ii) und (Teil ix) im *Statistical Bulletin 2007, 2006 und 2005*.

⁽⁴⁹⁾ Siehe Tabellen TDI-18 (Teil iii) und (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2007*.

Maßnahmen zur Bewältigung von Cannabisproblemen

Die Daten über die Behandlung von Cannabispatienten müssen im Zusammenhang mit den in Europa angebotenen Behandlungsformen betrachtet werden. Die breite Palette der Maßnahmen reicht von Kurzinterventionen bis hin zur stationären Behandlung. In einigen Programmen liegt der Schwerpunkt sowohl auf der Prävention und Schadensminimierung als auch auf der Behandlung von Drogenproblemen.

Die Ermittlung von Risikogruppen und die Frühintervention stellen anerkanntermaßen wichtige Elemente aller Drogenprogramme dar, und Lehrkräfte sind unter Umständen die ersten, denen Cannabisprobleme bei ihren Schülern auffallen. Deutschland, Italien und Polen haben Programme für Lehrer aufgelegt, um diesen zu vermitteln, wie sie mit Cannabiskonsumenten umgehen und gegebenenfalls professionelle Hilfe in Anspruch nehmen können.

Zu den Verfahren der Behandlung von Cannabispatienten gibt es keine tragfähigen Evidenzdaten, und die Forschungsarbeiten zu diesem Thema basieren in der Regel ausschließlich auf den Erfahrungen in Amerika und Australien. Innerhalb Europas sind die folgenden Konzepte zur Bewältigung von Cannabisproblemen am weitesten verbreitet: kurzfristige ambulante Behandlungsdienste, Beratung, schulbasierte Programme und aufsuchende Präventionsmaßnahmen. In der Regel basieren die Maßnahmen auf Konzepten der Kurzintervention, wobei eine Kombination aus motivierender Gesprächsführung und kognitiver Verhaltenstherapie zum Einsatz kommt. Zwar besteht kein allgemeiner Konsens darüber, welche Verfahren effektiv sind, jedoch weisen einige Studien darauf hin, dass dieser Ansatz sinnvoll sein kann. Eine europäische Initiative in diesem Bereich ist das Projekt INCANT, in dem Belgien, Frankreich, Deutschland, die Niederlande und die Schweiz zusammenarbeiten, um zu untersuchen, inwieweit die multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei Cannabiskonsumenten erfolgreich eingesetzt werden kann. Nach einer positiven Evaluierung der Pilotphase (Rigter, 2005) wurde dieses Projekt zu einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie ausgeweitet, in der die multidimensionale Familientherapie mit den klassischen Ansätzen für die Behandlung von Cannabispatienten verglichen wird.

Den Berichten zufolge gibt es in nur 13 Mitgliedstaaten spezialisierte Behandlungseinrichtungen für problematische Cannabiskonsumenten. Demzufolge ist anzunehmen, dass die meisten Cannabiskonsumenten Zielgruppe allgemeiner Drogen-, Gesundheits- oder Jugendprogramme sind. Man befürchtet, dass die Behandlung junger Cannabiskonsumenten im Rahmen allgemeiner Drogendienste ungeeignet ist, sofern die Patienten gemeinsam mit älteren, problematischen Konsumenten anderer Drogen behandelt werden. Zwar ist nicht geklärt, in welchem Maße dies ein Problem darstellt, jedoch muss

diese wichtige Frage bei der Planung von Dienstleistungen in diesem Bereich berücksichtigt werden.

In Frankreich werden seit dem Jahr 2005 in 250 Cannabisberatungscentren spezialisierte Dienstleistungen für Cannabiskonsumenten angeboten. Diese Zentren werden gegenwärtig jeden Monat von schätzungsweise 2 900 Patienten aufgesucht, von denen sich etwa ein Drittel (31 %) aus eigenem Antrieb in Behandlung begibt und ein weiteres knappes Drittel (31 %) von Dritten überwiesen wird, während etwas mehr als ein Drittel (38 %) die Einrichtung aufgrund eines Gerichtsbeschlusses aufsucht. Zu den weiteren Beispielen für spezielle Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten zählt das Jugendzentrum Maria Ungdom in Schweden, das ein Beratungsprogramm und daran anschließende Therapiesitzungen für junge problematische Cannabiskonsumenten anbietet. In Deutschland wird seit Januar 2006 in der Dresdener Forschungsambulanz für Jugendliche eine „Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen“ (CANDIS) entwickelt.

Fremdmotivierte Behandlungsmaßnahmen

Grundsätzlich ist eine Tendenz zu beobachten, Cannabiskonsumenten, die mit dem Strafvollzugssystem in Kontakt kommen, eher in Behandlungs- und Beratungseinrichtungen zu überweisen, statt strafrechtliche Sanktionen zu verhängen. Zwischen den wenigen Ländern, die den Berichten zufolge strukturierte Programme oder Dienstleistungen anbieten (Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Schweden), gibt es jedoch erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit und Struktur dieser Mechanismen.

Die Behandlungsmaßnahmen für die von den Gerichten überwiesenen Cannabiskonsumenten sind nicht die einzigen Maßnahmen. In einigen Ländern werden Intensivkurse für Gelegenheitskonsumenten angeboten. Beispielsweise berichten Deutschland, Österreich und Luxemburg über Kurse, die auf eine Änderung der Einstellung und Konsummuster von Cannabiskonsumenten abzielen ⁽⁵⁰⁾.

Neue Kommunikationsstrategien, um Cannabiskonsumenten zu erreichen

In Europa wird im Rahmen einer Reihe innovativer Programme versucht, neue Kommunikationsmittel zu nutzen, um Cannabiskonsumenten zu erreichen. In einigen Ländern (Deutschland, Vereinigtes Königreich) sind internetbasierte Kurzinterventionen entwickelt worden, die es Cannabiskonsumenten ermöglichen, ihren aktuellen Konsum zu bewerten und eine Selbsteinschätzung ihrer Probleme vorzunehmen. Ein Beispiel für diesen Ansatz ist das deutsche Projekt „Quit the Shit“ ⁽⁵¹⁾, das Konsumenten, die ihren Cannabiskonsum einstellen möchten, unterstützt. Im Rahmen einer Evaluierungsstudie wurde festgestellt, dass die Nutzer dieses Dienstes nach eigenen Angaben ihren

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/.

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>.

Cannabiskonsum im Hinblick sowohl auf die konsumierte Menge als auch auf die Anzahl der Tage, an denen sie die Droge konsumieren, reduziert haben.

Das dänische Projekt SMASH ist ein anonymes Hilfs- und Beratungsprojekt für junge Cannabiskonsumanten, das darauf abzielt, die schädlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums einzudämmen, Informationen zu vermitteln und junge Menschen beim Ausstieg aus dem Cannabiskonsum zu unterstützen ⁽⁵²⁾. Das Projekt basiert

auf der Bestellung von zwei SMS-Paketen. Das erste Paket (hashfacts) vermittelt Sachinformationen über den Cannabiskonsum, während das zweite Paket Unterstützung und Motivation für Konsumenten bietet, die versuchen, ihren Drogenkonsum einzustellen. Darüber hinaus wird den jungen Menschen eine persönliche Beratung durch Kurzmitteilungen angeboten, die ihnen dabei helfen sollen, ihren Cannabiskonsum einzustellen oder zu reduzieren. In Irland gibt es einen ähnlichen Dienst, bei dem der Schwerpunkt jedoch auf der Verbreitung von Informationen liegt.

Drogenkonsum unter Minderjährigen — EBDD-ausgewähltes Thema 2007

Im ausgewählten Thema zum Drogenkonsum unter sehr jungen Europäern (unter 15 Jahren) wird festgestellt, dass die Prävalenz des Drogenkonsums in dieser Altersgruppe niedrig ist und in erster Linie auf den experimentellen Konsum zurückzuführen ist. Ein regelmäßiger Drogenkonsum unter sehr jungen Menschen ist selten und betrifft häufig eine sehr problematische Teilgruppe der Bevölkerung.

Bei der Eindämmung des Drogenkonsums der unter 15-Jährigen konzentriert man sich weitgehend auf Strategien zur Prävention oder Frühintervention. Dem ausgewählten Thema zufolge erhalten jedoch

schätzungsweise etwa 4 000 sehr junge Menschen in Europa eine Drogenbehandlung. Auf die Bedürfnisse junger Menschen zugeschnittene Drogenbehandlungen sind nur in Ausnahmefällen verfügbar, jedoch haben die meisten europäischen Länder die Notwendigkeit solcher Programme erkannt.

In dem ausgewählten Thema wird auch untersucht, inwiefern sich die Erkenntnis der Zusammenhänge zwischen dem Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen in sehr jungem Alter und einer späteren Substanzabhängigkeit in der Gesundheitspolitik der europäischen Länder niedergeschlagen hat.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) verfügbar.

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>.



Kapitel 4

Amphetamine, Ecstasy und LSD

In vielen europäischen Ländern steht eine synthetische Droge an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen, obwohl es auf europäischer Ebene insgesamt derzeit mehr Kokainkonsumenten gibt. Der Konsum dieser Substanzen ist in der Allgemeinbevölkerung in der Regel gering, jedoch ist die Prävalenz unter Jugendlichen wesentlich höher, und auch in bestimmten sozialen Milieus oder Kulturgruppen kann der Konsum dieser Drogen besonders hoch sein. Weltweit gehören Amphetamine (Amphetamin und Methamphetamin) und Ecstasy zu den am häufigsten konsumierten illegalen synthetischen Drogen.

Amphetamin und Methamphetamin sind Stimulanzien, die auf das zentrale Nervensystem wirken. Von diesen beiden Drogen ist Amphetamin die in Europa wesentlich weiter verbreitete Substanz, während sich der signifikante Methamphetaminkonsum in Europa auf die Tschechische Republik zu beschränken scheint.

Amphetamin und Methamphetamin: Unterschiede und Ähnlichkeiten

Die am häufigsten auf dem illegalen Drogenmarkt gehandelten Amphetamine sind Amphetamin und Methamphetamin (und ihre Salze) – zwei eng verwandte synthetische Substanzen aus der Familie der Phenethylamine. Beide Substanzen sind Stimulanzien, die sich auf das zentrale Nervensystem auswirken, und weisen im Hinblick auf Wirkungsweise, bewirkte Verhaltensänderungen, Toleranz, Entzugserscheinungen und Auswirkungen bei längerem (chronischem) Konsum dieselben Merkmale auf. Amphetamin ist weniger stark als Methamphetamin, bei unkontrollierter Einnahme sind die Auswirkungen jedoch nahezu nicht zu unterscheiden.

Amphetamin und Methamphetamin werden in erster Linie in Pulverform vertrieben, jedoch wird auch „Ice“, das reine kristalline Hydrochlorid des Methamphetamin, konsumiert. Tabletten, die Amphetamin oder Methamphetamin enthalten, tragen zuweilen ähnliche Logos wie MDMA- oder andere Ecstasy-Tabletten.

Je nach der verfügbaren Form können Amphetamin und Methamphetamin geschluckt, geschnupft, inhaliert und injiziert werden, wobei die letztere Applikationsform weniger verbreitet ist. Im Gegensatz zum Sulfatsalz von Amphetamin ist Methamphetaminhydrochlorid, vor allem in kristalliner Form („Ice“), ausreichend flüchtig, um geraucht zu werden.

Quelle: EBDD: Drug profiles [Drogenprofile] (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Ecstasy gehört zu den synthetischen Substanzen, die chemisch mit dem Amphetamin verwandt sind, sich in ihrer Wirkung jedoch in gewisser Weise davon unterscheiden. Die bekannteste Droge der Ecstasy-Gruppe ist 3,4-Methylendioxy-Methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen (MDA, MDEA). Die Prävalenz des Ecstasykonsums in der EU steigt seit den 90er Jahren.

Historisch betrachtet ist Lysergsäurediethylamid (LSD) zwar die bei weitem bekannteste halluzinogene Substanz, die Gesamtkonsumraten waren jedoch niedrig und blieben über geraume Zeit recht stabil. In letzter Zeit gibt es Hinweise auf einen Anstieg der Verfügbarkeit und des Konsums natürlicher halluzinogener Substanzen, insbesondere halluzinogener Pilze.

Angebot und Verfügbarkeit ⁽⁵³⁾

Amphetamin

Die weltweite Produktion von Amphetamin wurde im Jahr 2005 auf 88 Tonnen geschätzt (UNODC, 2007). Die illegale Herstellung hat sich zwar auf andere Teile der Welt ausgeweitet, erfolgt jedoch weiterhin vorwiegend in West- und Mitteleuropa. Im Jahr 2005 wurden in Belgien, Bulgarien, Deutschland, Estland, Litauen, den Niederlanden und Polen illegale Amphetamin-Labors ausgehoben. Das in der EU sichergestellte Amphetamin stammt den Berichten zufolge in erster Linie aus Belgien, den Niederlanden und Polen sowie in geringerem Maße aus Estland und Litauen.

Weltweit wurden im Jahr 2005 12,9 Tonnen Amphetamin sichergestellt, größtenteils in West- und Mitteleuropa sowie in Ost- und Südostasien.

Innerhalb Europas wurden im Jahr 2005 bei schätzungsweise 40 300 Sicherstellungen 6,6 Tonnen Amphetamin beschlagnahmt. Bis 2004 entfielen die meisten Sicherstellungen sowie die größten innerhalb Europas beschlagnahmten Amphetaminmengen auf das Vereinigte Königreich. Trotz einiger Schwankungen sind auf europäischer Ebene sowohl die Gesamtzahl der Sicherstellungen von Amphetamin als auch die beschlagnahmten Mengen seit dem Jahr 2000

⁽⁵³⁾ Informationen über die Interpretation der Sicherstellungen und anderer Marktdaten finden Sie auf S. 38. Zur Zahl der Sicherstellungen und zu den sichergestellten Mengen von Amphetamin, Ecstasy und LSD sind für das Jahr 2005 nicht für alle Länder Daten verfügbar; weitere Informationen sind dem *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Internationale Maßnahmen gegen die Herstellung und Abzweigung von Grundstoffen

Auf internationaler Ebene wurden mehrere Initiativen eingeleitet, um die Abzweigung chemischer Grundstoffe für die Herstellung illegaler Drogen zu verhindern:

Der Schwerpunkt des Projekts *Cohesion* liegt auf Kaliumpermanganat (das zur Herstellung von Kokain verwendet wird) und Essigsäureanhydrid (das zur Herstellung von Heroin genutzt wird), während man sich im Rahmen des Projekts *Prism* mit synthetischen Grundstoffen befasst (¹). Alle unten genannten Daten stammen aus dem INCB-Bericht über Grundstoffe (INCB, 2007b).

Im Jahr 2005 wurden weltweit die größten Mengen Kaliumpermanganat sichergestellt, die dem INCB jemals gemeldet wurden: In 16 Ländern wurden 183 Tonnen beschlagnahmt, fast ausschließlich außerhalb Europas.

Auch von den 2005 weltweit sichergestellten 22 400 Litern Essigsäureanhydrid entfiel nur ein geringer Teil auf Europa.

Im Jahr 2005 wurden dem INCB Sicherstellungen von 41 Tonnen Ephedrin und Pseudoephedrin gemeldet. Der größte Teil der Sicherstellungen dieser zentralen Grundstoffe für die Herstellung von Methamphetamin entfiel auf China, während in den EU-Mitgliedstaaten (vor allem in Griechenland, Bulgarien, Rumänien und der Tschechischen Republik) und der Russischen Föderation insgesamt 1,7 Tonnen beschlagnahmt wurden.

Die weltweiten Sicherstellungen von 1-Phenyl-2-Propanon (P-2-P), das für die illegale Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin verwendet wird, beliefen sich im Jahr 2005 auf 2 900 Liter, von denen 1 700 Liter in europäischen Ländern (vor allem in Deutschland und den Niederlanden) beschlagnahmt wurden.

Der Anteil Europas an den weltweiten Sicherstellungen von 3,4-Methylendioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), das für die Herstellung von MDMA verwendet wird, ist im Jahr 2005 mit 5 100 Litern auf 38 % zurückgegangen (der größte Teil der Sicherstellungen entfiel auf Frankreich und die Niederlande). Die steigenden Sicherstellungen von 3,4-MDP-2-P in anderen Regionen weisen offenbar darauf hin, dass sich die illegale Herstellung von MDMA über Europas Grenzen hinweg ausbreitet.

(¹) Alle diese Grundstoffe sind in Tabelle I des Übereinkommens von 1988 aufgeführt.

gestiegen (⁵⁴). Im Jahr 2005 haben jedoch die meisten Berichtsländer eine sinkende Tendenz bei der Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin verzeichnet. Diese Angaben sollten jedoch überprüft werden, sobald die Daten für das Vereinigte Königreich für 2005 vorliegen.

Der durchschnittliche bzw. übliche Verkaufspreis von Amphetamin lag im Jahr 2005 zwischen 7 EUR pro Gramm

und 37,5 EUR pro Gramm, wobei die meisten europäischen Länder Preise zwischen 10 EUR und 20 EUR pro Gramm meldeten (⁵⁵). Im Zeitraum von 2000 bis 2005 gingen die durchschnittlichen inflationsbereinigten Amphetaminpreise in den meisten der 17 Länder, die ausreichende Daten zur Verfügung gestellt haben, zurück.

Die durchschnittliche bzw. typische Reinheit des gehandelten Amphetamins schwankte im Jahr 2005 erheblich, lag jedoch in den meisten europäischen Ländern zwischen 15 % und 50 % (⁵⁶).

Methamphetamin

Die weltweite Produktion von Methamphetamin wurde im Jahr 2005 auf 278 Tonnen geschätzt. Die größten Mengen Methamphetamin werden in Ost- und Südostasien sowie in Nordamerika hergestellt. In Europa ist die illegale Herstellung von Methamphetamin nach wie vor weitgehend auf die Tschechische Republik beschränkt (wo es unter dem Namen „Pervitin“ hergestellt wird), jedoch wurde auch aus Litauen, der Republik Moldau und der Slowakei über die Herstellung von Methamphetamin berichtet (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

Im Jahr 2005 sind die weltweiten Sicherstellungen von Methamphetamin auf schätzungsweise 17,1 Tonnen gestiegen. Die Hälfte davon entfiel auf Ost- und Südostasien (China, Thailand), ein Drittel auf Nordamerika (Vereinigte Staaten). Im selben Jahr wurden den Berichten aus 15 europäischen Ländern zufolge bei schätzungsweise 2 200 Sicherstellungen etwa 104 kg Methamphetamin beschlagnahmt (⁵⁷). Auf Norwegen und Schweden entfielen sowohl die meisten Sicherstellungen von Methamphetamin als auch die größten beschlagnahmten Mengen.

Der durchschnittliche bzw. übliche Verkaufspreis von Methamphetamin (der nur von einigen Ländern gemeldet wurde) lag im Jahr 2005 zwischen 5 EUR und 35 EUR pro Gramm. Die durchschnittliche bzw. typische Reinheit des gehandelten Methamphetamins lag den Berichten zufolge in den meisten Ländern zwischen 30 % und 65 % (⁵⁸).

Ecstasy

Die weltweite Produktion von Ecstasy wurde im Jahr 2005 auf 113 Tonnen geschätzt (UNODC, 2007). Weltweit bleibt Europa das Hauptzentrum für die Herstellung von Ecstasy, obwohl seine relative Bedeutung abzunehmen scheint, da sich die Ecstasy-Herstellung auf andere Teile der Welt, insbesondere auf Nordamerika, Ost- und Südostasien sowie Ozeanien ausgeweitet hat (CND, 2006; UNODC, 2006). Innerhalb Europas wird Ecstasy vor allem in den Niederlanden hergestellt (wobei aus diesem Land Hinweise auf einen Rückgang der Ecstasy-Produktion gemeldet

(⁵⁴) Siehe Tabellen SZR-11 und SZR-12 im *Statistical Bulletin 2007*.

(⁵⁵) Siehe Tabelle PPP-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

(⁵⁶) Siehe Tabelle PPP-8 im *Statistical Bulletin 2007*. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich hinter der gemeldeten durchschnittlichen Reinheit von Amphetamin große Unterschiede hinsichtlich der Reinheit der analysierten Stichproben verbergen können.

(⁵⁷) Da für das Vereinigte Königreich für das Jahr 2005 keine Daten vorlagen, wurden für die Ermittlung von Schätzwerten Daten aus dem Jahr 2004 herangezogen. Siehe Tabellen SZR-17 und SZR-18 im *Statistical Bulletin 2007*.

(⁵⁸) Siehe Tabellen PPP-4 und PPP-8 im *Statistical Bulletin 2007*.

wurden), gefolgt von Belgien. Das im Jahr 2005 in Europa sichergestellte Ecstasy stammt den Berichten zufolge aus diesen beiden Ländern sowie in geringerem Maße aus Polen und dem Vereinigten Königreich.

Von den schätzungsweise 5,3 Tonnen Ecstasy, die im Jahr 2005 weltweit sichergestellt wurden, entfiel nach wie vor der größte Teil auf West- und Mitteleuropa (38 %), gefolgt von Ozeanien (27 %) und Nordamerika (20 %).

In Europa wurden 2005 bei schätzungsweise 26 500 Sicherstellungen etwa 16,3 Millionen Ecstasy-Tabletten beschlagnahmt⁽⁵⁹⁾. Die größten Mengen Ecstasy wurden erneut im Vereinigten Königreich, Belgien, den Niederlanden und Deutschland sichergestellt. Die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy in Europa erreichte 2001 ihren Höchststand und steigt seit 2003 erneut an. Die insgesamt beschlagnahmten Ecstasymengen lagen zwischen 2000 und 2004 bei etwa 20 Millionen Tabletten jährlich. Für das Jahr 2005 belegen die verfügbaren Daten für die meisten Länder jedoch einen Rückgang der beschlagnahmten Ecstasymengen. Diese Angaben sollten jedoch überprüft werden, sobald die Daten für das Vereinigte Königreich für 2005 vorliegen.

Der durchschnittliche bzw. übliche Verkaufspreis von Ecstasy-Tabletten lag im Jahr 2005 zwischen unter 3 EUR pro Tablette und 15 EUR⁽⁶⁰⁾. Im Zeitraum von 2000 bis 2005 sanken die durchschnittlichen inflationsbereinigten Ecstasypreise in den meisten der 21 Länder, die ausreichende Daten zur Verfügung gestellt haben.

Insgesamt enthielten die meisten der im Jahr 2005 in Europa verkauften Ecstasy-Tabletten nach wie vor in der Regel als einzige psychoaktive Substanz MDMA oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz (MDEA, MDA). In zehn Mitgliedstaaten machten solche Tabletten mehr als 80 % aller analysierten Ecstasy-Tabletten aus. In einigen Ländern wurden jedoch davon abweichende Ergebnisse ermittelt: In Slowenien werden MDMA, MDEA und MDA häufiger in Kombination mit Amphetamin und/oder Methamphetamin nachgewiesen, während in Polen in den analysierten Tabletten häufiger Amphetamin und/oder Methamphetamin als einzige psychoaktive Substanz festgestellt werden. Der MDMA-Gehalt von Ecstasy-Tabletten variiert sowohl innerhalb der Länder als auch zwischen ihnen von Charge zu Charge erheblich (auch wenn sie das gleiche Logo tragen). Der durchschnittliche bzw. typische Gehalt an MDMA lag in den Berichtsländern im Jahr 2005 zwischen 2 mg und 130 mg pro Tablette, wobei die meisten Länder einen Durchschnittsgehalt zwischen 30 mg und 80 mg MDMA meldeten.

LSD

Nach einem mehrjährigen kontinuierlichen Rückgang wird seit 2003 ein Anstieg sowohl der Zahl der

Sicherstellungen von LSD als auch der beschlagnahmten Mengen verzeichnet⁽⁶¹⁾. Obwohl LSD in weit geringerem Umfang hergestellt und gehandelt wird als andere synthetische Drogen, wurden in Europa im Jahr 2005 bei schätzungsweise 800 Sicherstellungen 850 000 Einheiten LSD beschlagnahmt, wobei auf die Niederlande etwa 75 % der insgesamt sichergestellten Menge entfiel. Der durchschnittliche bzw. übliche Konsumentenpreis für eine LSD-Einheit lag zwischen 4 EUR und 30 EUR⁽⁶²⁾.

Prävalenz und Konsummuster in der Allgemeinbevölkerung und unter Jugendlichen

Was den jüngsten Konsum betrifft, ist Ecstasy gegenwärtig in 17 europäischen Ländern die am häufigsten konsumierte synthetische Droge, während in neun Ländern der stärkste Konsum synthetischer Drogen auf Amphetamine entfällt⁽⁶³⁾. Die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums ist tendenziell höher, da Ecstasy noch nicht so lange auf dem europäischen Markt für illegale Drogen erhältlich ist wie Amphetamin. Daten aus Schulerhebungen zeigen, dass der Konsum von Ecstasy, Amphetamin und anderen psychotropen Drogen (mit Ausnahme von Cannabis) unter Schülern vorwiegend auf einige wenige Schüler beschränkt ist. Beispielsweise sind bei Schülern, die Ecstasy probiert haben, die Prävalenzraten des Konsums von Kokain und halluzinogenen Drogen mehr als 20 Mal höher als unter den Schülern insgesamt⁽⁶⁴⁾ und etwa fünf Mal höher als unter den Schülern, die Cannabis konsumiert haben.

Innerhalb der EU ist der Konsum von Amphetaminen oder Ecstasy offenbar nur in einigen wenigen Ländern relativ hoch, namentlich in der Tschechischen Republik, Estland, dem Vereinigten Königreich und, in geringerem Maße, in Lettland und den Niederlanden.

Amphetamine

Neuesten Erhebungen in der erwachsenen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums in Europa zwischen 0,1 % und 3,6 %, mit Ausnahme Dänemarks und des Vereinigten Königreichs (England und Wales), wo der Anteil 6,9 % bzw. 11,5 % beträgt (wobei ein höherer früherer Konsum zum Tragen kommt, während der aktuelle Konsum eher dem Niveau der anderen Länder entspricht). Nach dem Vereinigten Königreich und Dänemark verzeichnen Norwegen (3,6 %), Deutschland und Spanien (3,4 %) die höchste Lebenszeitprävalenz. Durchschnittlich haben fast 3,5 % der erwachsenen Europäer mindestens einmal Amphetamine konsumiert⁽⁶⁵⁾. Der Konsum während der letzten zwölf

⁽⁵⁹⁾ Siehe Tabellen SZR-13 und SZR-14 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁶⁰⁾ Siehe Tabelle PPP-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁶¹⁾ Siehe Tabellen SZR-15 und SZR-16 im *Statistical Bulletin 2007*.

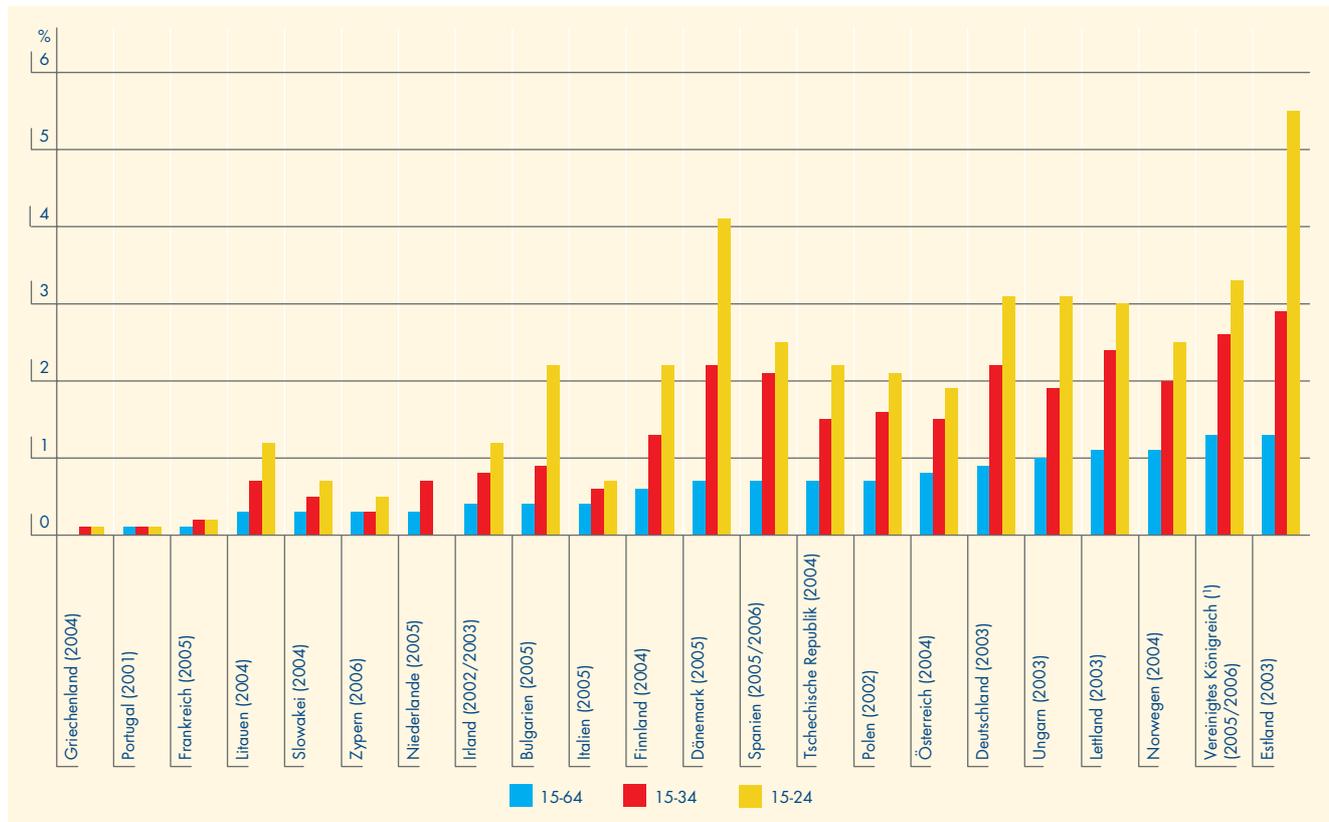
⁽⁶²⁾ Siehe Tabelle PPP-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁶³⁾ Die Erhebungsdaten zum „Amphetaminkonsum“ unterscheiden häufig nicht zwischen Amphetamin und Methamphetamin, beziehen sich aber in der Regel auf den Konsum von Amphetamin (Sulfat oder Dexamphetamin), da der Konsum von Methamphetamin wenig verbreitet ist.

⁽⁶⁴⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁶⁵⁾ Zur Berechnungsmethode siehe Fußnote 30.

Abbildung 5: 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter allen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) und unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren bzw. von 15 bis 24 Jahren)



(1) England und Wales.

Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Die Länderabfolge entspricht der Gesamtprävalenz (unter allen Erwachsenen). Weitere Informationen sind den Tabellen GPS-10, GPS-11 und GPS-18 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2006), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

Monate ist mit durchschnittlich 0,7 % (die Spanne reicht von 0 % bis 1,3 %) wesentlich niedriger. Die Daten aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass rund elf Millionen Menschen Amphetamine probiert und etwa zwei Millionen Europäer die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben dürften.

Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) liegt die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums den Berichten zufolge zwischen 0,2 % und 16,8 %. Nimmt man jedoch die aus dem Vereinigten Königreich (England und Wales) (16,8 %) und Dänemark (12,7 %) gemeldeten Werte aus, beträgt diese Spanne nur 0,2 % bis 5,9 %⁽⁶⁶⁾. Die Hälfte der Länder, die Daten zur Verfügung stellen, verzeichnet Prävalenzraten von unter 4 %, während die höchsten Raten nach dem Vereinigten Königreich und Dänemark in Norwegen (5,9 %), Deutschland (5,4 %) und Lettland (5,3 %) festgestellt wurden. Durchschnittlich haben 5,1 % der jungen erwachsenen Europäer Amphetamine probiert⁽⁶⁷⁾. Der Konsum während der letzten zwölf Monate liegt in dieser Altersgruppe zwischen 0,1 % und 2,9 %, wobei Estland (2,9 %), das Vereinigte Königreich (2,6 %) und Lettland (2,4 %) die höchsten Prävalenzraten melden (Abbildung 5). Bemerkenswert ist, dass der aus dem Vereinigten Königreich

und Dänemark gemeldete Konsum während der letzten zwölf Monate eher dem Niveau der anderen Länder entspricht. Schätzungsweise haben durchschnittlich 1,5 % der jungen erwachsenen Europäer in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert.

Lediglich Finnland konnte eine jüngere Schätzung des problematischen Amphetaminkonsums (definiert als injizierender bzw. langjähriger oder regelmäßiger Konsum) vorlegen: Hier lag die Zahl der problematischen Amphetaminkonsumenten im Jahr 2002 schätzungsweise zwischen 10 900 und 18 500 (3,1 bis 5,3 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) und war damit drei Mal so hoch wie die Zahl der problematischen Opioidkonsumenten.

Methamphetamin

Während in den letzten Jahren weltweit ein Anstieg des Methamphetaminkonsums zu beobachten war, ist die Prävalenz des Methamphetaminkonsums in Europa offenbar begrenzt. Da jedoch Anlass zur Sorge besteht, dass der Konsum dieser Droge in den Mitgliedstaaten zunehmen könnte, haben einige europäische Länder gewisse

⁽⁶⁶⁾ Siehe Tabelle GPS-9 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁶⁷⁾ Siehe Abbildung GPS-18 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

Vorsichtsmaßnahmen ergriffen. So wurde beispielsweise im Vereinigten Königreich beschlossen, Methamphetamin wieder als eine der schädlichsten Drogen einzustufen (Klasse A).

In der Vergangenheit konzentrierte sich der Methamphetaminkonsum in Europa auf die Tschechische Republik und, in geringerem Maße, die Slowakei. Jüngere Schätzungen des problematischen Methamphetaminkonsums wurden aus zwei Ländern (Tschechische Republik, Slowakei) gemeldet. Im Jahr 2005 war in der Tschechischen Republik die Zahl der Methamphetaminkonsumenten mit schätzungsweise 18 400 bis 24 000 (2,5 bis 3,2 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) fast doppelt so hoch wie die Zahl der problematischen Opioidkonsumenten. In der Slowakei lag die Zahl der Methamphetaminkonsumenten mit 6 000 bis 14 000 (1,5 bis 3,7 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) knapp unter der geschätzten Zahl der Opioidkonsumenten. In der Slowakei wird Methamphetamin inzwischen von Erstpatienten am häufigsten als Primärdroge angegeben, und auch in Ungarn wurde in einigen Teilgruppen ein hoher Konsum von Methamphetamin ermittelt.

Aus anderen Ländern Europas wird kein signifikanter Methamphetaminkonsum gemeldet. Hier sind jedoch zwei wichtige Einschränkungen vorzunehmen: In den meisten Erhebungen ist es nicht möglich, zwischen dem Konsum von Methamphetamin und dem Konsum von Amphetamin zu unterscheiden. Darüber hinaus wurde Methamphetamin gelegentlich in als Ecstasy verkauften Tabletten nachgewiesen und könnte somit unwissentlich konsumiert worden sein ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

Etwa 0,3 % bis 7,2 % aller erwachsenen Europäer haben Ecstasy probiert. Die Hälfte der Länder meldet Lebenszeitprävalenzraten von bis zu 2,5 %, wobei die höchsten Prävalenzraten aus dem Vereinigten Königreich (7,2 %), der Tschechischen Republik (7,1 %), Spanien (4,4 %) und den Niederlanden (4,3 %) berichtet werden. Die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums liegt zwischen 0,2 % und 3,5 % der Erwachsenen, wobei die Tschechische Republik (3,5 %), Estland (1,7 %) und das Vereinigte Königreich (1,6 %) die höchsten Raten verzeichnen. Die Hälfte der Länder meldet jedoch Prävalenzraten von bis zu 0,5 %. Schätzungsweise haben fast 9,5 Millionen Europäer (durchschnittlich 3 %) Ecstasy probiert und fast drei Millionen die Droge im Laufe der letzten zwölf Monate konsumiert.

Die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) liegt zwischen 0,5 % und 14,6 %, wobei die höchsten Raten aus der Tschechischen Republik (14,6 %), dem Vereinigten Königreich (13,3 %) und den Niederlanden (8,1 %) gemeldet werden ⁽⁶⁹⁾.

Durchschnittlich haben mehr als 5 % der jungen erwachsenen Europäer Ecstasy probiert.

In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums zwischen 0,4 % und 18,7 %, wobei die höchsten Zahlen aus der Tschechischen Republik (18,7 %), dem Vereinigten Königreich (10,7 %) und Ungarn (7,9 %) gemeldet werden ⁽⁷⁰⁾. Der Konsum in den letzten zwölf Monaten liegt in dieser Altersgruppe zwischen 0,3 % und 12 %, wobei den Berichten zufolge in der Tschechischen Republik (12,0 %) und Estland (6,1 %) die höchsten Raten festgestellt wurden (Abbildung 6).

In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen wurden bei Männern (0,3 % bis 23,2 %) höhere Lebenszeitprävalenzraten des Ecstasykonsums ermittelt als bei Frauen (0,3 % bis 13,9 %). Jüngste Schulumfragen belegen einen weitgehend gleichstarken Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums bei Schülern und Schülerinnen, obwohl mit zunehmendem Alter größere Unterschiede zwischen dem Konsum von Jungen und Mädchen festgestellt werden. Unter jungen Menschen können die Prävalenzraten mit zunehmendem Alter überproportional steigen. Die aus 16 Ländern verfügbaren Daten belegen beispielsweise, dass die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums unter den 17- bis 18-jährigen Schülern in den meisten Fällen wesentlich höher ist als unter jüngeren Schülern ⁽⁷¹⁾.

LSD

Die Lebenszeiterfahrung des LSD-Konsums liegt bei Erwachsenen zwischen 0,2 % und 5,5 %, wobei zwei Drittel der Länder Prävalenzraten zwischen 0,4 % und 1,7 % melden. Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) liegt die Lebenszeitprävalenz des LSD-Konsums zwischen 0,3 % und 7,6 %, während er in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen zwischen 0 % und 4,2 % beträgt. Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums dieser Droge ist niedrig und liegt in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen in nur sieben Ländern über 1 % (Bulgarien, Tschechische Republik, Estland, Italien, Lettland, Ungarn, Polen).

Tendenzen

Insgesamt gibt es in Europa nach wie vor Hinweise darauf, dass sich der Konsum von Amphetamin und Ecstasy stabilisiert oder sogar sinkt. Der Amphetaminkonsum unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist im Vereinigten Königreich (England und Wales) seit 1996 erheblich und in Dänemark und der Tschechischen Republik in geringerem Maße zurückgegangen. In anderen Ländern scheinen die Prävalenzraten weitgehend stabil zu bleiben, obwohl aus einigen Ländern ein geringfügiger Anstieg gemeldet wurde ⁽⁷²⁾.

⁽⁶⁸⁾ Siehe „Amphetamin und Methamphetamin: Unterschiede und Ähnlichkeiten“, S. 50.

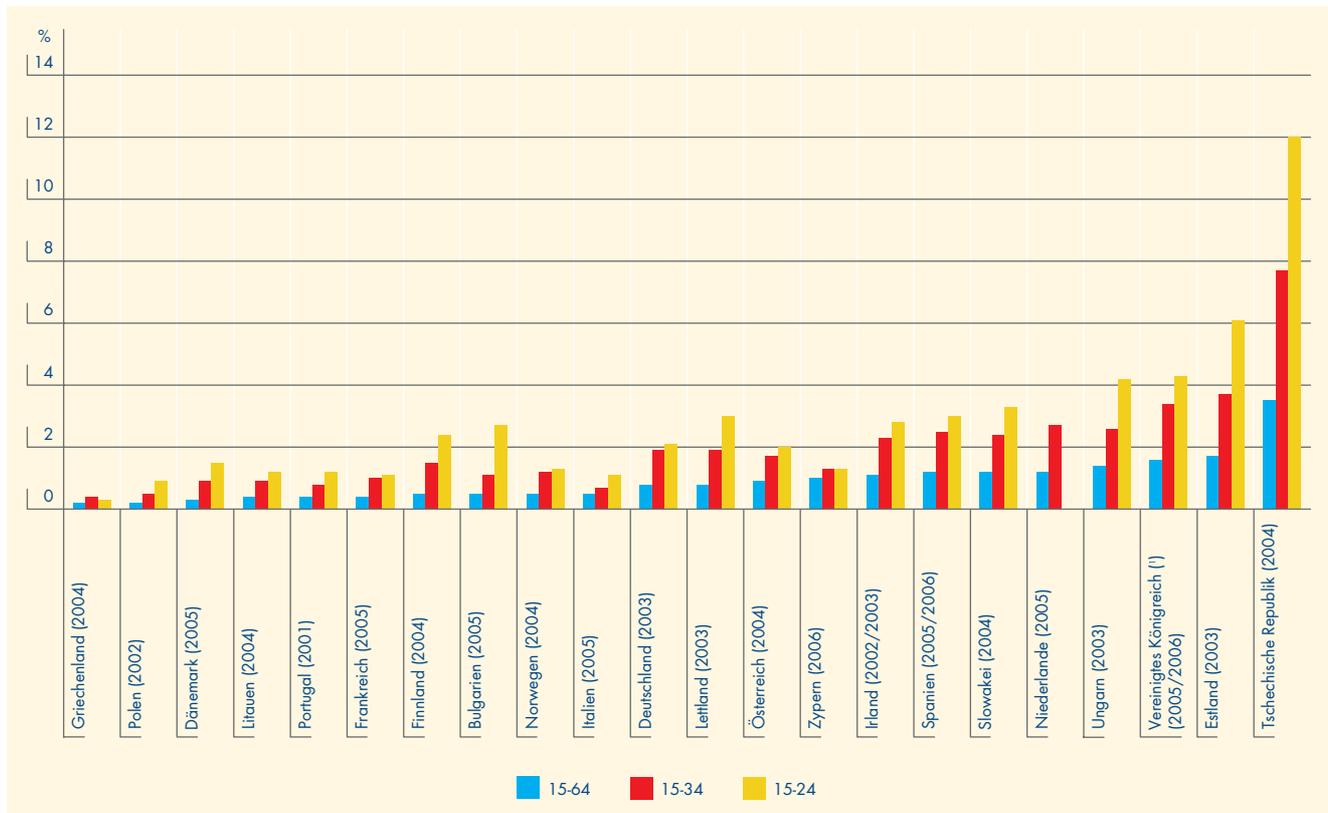
⁽⁶⁹⁾ Siehe Abbildung GPS-9 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷⁰⁾ Siehe Abbildung GPS-17 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷¹⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷²⁾ Siehe Abbildung GPS-8 im *Statistical Bulletin 2007*.

Abbildung 6: 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums unter allen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) und unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren bzw. von 15 bis 24 Jahren)



(1) England und Wales.

Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Die Länderabfolge entspricht der Gesamtprävalenz (unter allen Erwachsenen). Weitere Informationen sind den Tabellen GPS-10, GPS-11 und GPS-18 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2006), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

Beim Ecstasykonsum unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist ein weniger einheitliches Bild zu beobachten⁽⁷³⁾. Nach dem allgemeinen Anstieg des Ecstasykonsums in den 90er Jahren melden seit einigen Jahren mehrere Länder, darunter Spanien und das Vereinigte Königreich, die beide hohe Prävalenzraten aufweisen, eine gewisse Stabilisierung oder sogar einen leichten Rückgang des Konsums. In einigen Ländern beobachtet man einen Rückgang der Prävalenz in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen, nicht jedoch bei den 15- bis 34-Jährigen⁽⁷⁴⁾. Dies lässt darauf schließen, dass die Verbreitung der Droge in der jüngeren Altersgruppe zurückgeht. Angesichts der aus einigen Ländern (Spanien, Dänemark, Vereinigtes Königreich) gemeldeten Daten stellt sich die Frage, ob Amphetamine und Ecstasy durch Kokain als Primärdroge ersetzt werden⁽⁷⁵⁾.

Den im Jahr 2006 (Italien, Polen, Schweden, Flandern in Belgien) gemeldeten Daten zufolge, die aus neuen verfügbaren nationalen oder regionalen Schulumfragen stammen, wurde eine Stabilisierung oder sogar ein leichter

Rückgang der Lebenszeitprävalenz des Konsums von Amphetaminen und Ecstasy verzeichnet⁽⁷⁶⁾.

Freizeitsettings

Studien zum Drogenkonsum in Freizeitsettings wie beispielsweise bei Tanzveranstaltungen können wertvolle Einblicke in das Verhalten jener bieten, die regelmäßig und intensiv Stimulanzien konsumieren. Die Prävalenzraten des Drogenkonsums in diesen Settings sind in der Regel hoch, können jedoch nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden. Beispielsweise belegen Erhebungen unter den Besuchern ausgewählter Tanz- und Musiklokale einen hohen Ecstasykonsum und einen niedrigeren, aber noch immer hohen Amphetaminkonsum⁽⁷⁷⁾.

Im Vereinigten Königreich zeigt die jährliche Leserumfrage des Musikmagazins *Mixmag*, dessen Leserschaft regelmäßig Tanzlokale besucht, dass sich der Anteil der starken Ecstasykonsumenten (die in der Regel bei jedem Besuch mehr als vier Tabletten einnehmen) zwischen 1999 und 2003

⁽⁷³⁾ Siehe Abbildung GPS-21 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷⁴⁾ Siehe Abbildungen GPS-4 und GPS-15 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷⁵⁾ Siehe Abbildung GPS-20 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷⁶⁾ Siehe Abbildung EYE-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷⁷⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum in Freizeitsettings im *Jahresbericht 2006*.

von 16 % auf 36 % mehr als verdoppelt hat (McCambridge et al., 2005). Zwar ist fraglich, ob diese Stichprobe repräsentativ ist, jedoch untermauert dieses Ergebnis die allgemeine Befürchtung, dass die Zahl der eingenommenen Ecstasy-Tabletten bei einigen Konsumentengruppen steigt. Eine im Vereinigten Königreich durchgeführte Internetstudie belegt ebenfalls eine Intensivierung des Ecstasykonsums und des polyvalenten Drogenkonsums erfahrener Ecstasykonsumenten (Scholey et al., 2004). Bemerkenswert ist jedoch, dass Berichten aus Amsterdam zufolge sowohl der 12-Monats- als auch der 30-Tage-Konsum von Ecstasy zwischen 1998 und 2003 um 20 % zurückgegangen sind und die jeweils eingenommene durchschnittliche Menge Ecstasy in diesem Zeitraum ebenfalls gesunken ist (nationale Reitox-Berichte 2005). Eine im Jahr 2005 durchgeführte Erhebung unter Pub-Besuchern in Amsterdam hat ergeben, dass nur 3 % der Befragten bei ihrem nächtlichen Pub-Besuch Ecstasy eingenommen hatten.

Obwohl nach wie vor nur in begrenztem Maße Daten über den kombinierten Konsum von Drogen und Alkohol verfügbar sind, gibt die Tatsache, dass in Freizeitsettings wie Tanzlokalen häufig Alkohol in gesundheitsschädlichen Mengen und in Kombination mit Stimulanzien konsumiert wird, zunehmend Anlass zur Besorgnis.

Daten zur Behandlungsnachfrage

Die Zahl der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetaminen und Ecstasy ist relativ klein. Insgesamt ist diese Form des Drogenkonsums in den meisten der 21 Länder, für die Daten verfügbar sind, nur selten der Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer Drogenbehandlung⁽⁷⁸⁾. Solche Behandlungsnachfragen erfolgen zumeist wegen des Konsums von Amphetaminen als Primärdroge, während nur ein sehr kleiner Anteil im Zusammenhang mit dem Konsum von Ecstasy steht⁽⁷⁹⁾.

In einigen wenigen Ländern wurde ein nicht unerheblicher Anteil der Amphetamin- und Ecstasykonsumenten an den Patienten insgesamt festgestellt. Diese Länder können in drei Gruppen eingeteilt werden. Die Tschechische Republik und die Slowakei berichten über einen erheblichen Anteil von Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetaminen als Primärdroge (58 % bzw. 24 % aller Patienten), wobei diese zumeist auf ein primäres Methamphetaminproblem zurückzuführen sind. Den Berichten Schwedens, Finnlands und Lettlands zufolge begibt sich etwa ein Drittel aller Patienten wegen des Konsums von Amphetaminen als Primärdroge in Behandlung. In Irland, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Frankreich unterziehen sich zwischen 1 % und 5 % aller Patienten wegen des Konsums von Ecstasy als Primärdroge einer Behandlung⁽⁸⁰⁾.

In allen Ländern mit Ausnahme Griechenlands und Schwedens ist der Anteil der Erstpazienten, die sich wegen des Konsums von Amphetaminen und Ecstasy in Behandlung begeben, größer als der Anteil aller Patienten, die wegen des Konsums dieser Drogen behandelt werden⁽⁸¹⁾. Diese Feststellung, für die es mehrere mögliche Erklärungen gibt, steht im Einklang mit den Entwicklungsdaten: Von 1999 bis 2005 ist die Zahl der neuen Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Amphetaminen und Ecstasy als Primärdroge um mehr als 3 000 von 6 500 auf 10 000 gestiegen⁽⁸²⁾.

Die Patienten, die sich wegen des Konsums anderer Stimulanzien als Kokain in Behandlung begeben, sind durchschnittlich etwa 27 Jahre alt (bei den Erstpazienten liegt das Durchschnittsalter bei 26 Jahren) und haben die Droge mit durchschnittlich 19 Jahren erstmals konsumiert⁽⁸³⁾. Neben Cannabiskonsumenten sind Ecstasy-Patienten die jüngsten Drogenkonsumenten, die sich einer Behandlung unterziehen. In den Niederlanden ist der Anteil der Frauen an den in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten bei den Ecstasy-Patienten am höchsten. Bei den Amphetaminpatienten ist der Anteil der Frauen höher als bei anderen Drogen, wobei der höchste Anteil weiblicher ambulanter Patienten in der jüngsten Altersgruppe festgestellt wurde⁽⁸⁴⁾.

Amphetaminpatienten konsumieren die Droge in der Regel in Kombination mit anderen Substanzen, vor allem Cannabis und Alkohol. Den Berichten zufolge werden Amphetamine in einigen Ländern häufig injiziert⁽⁸⁵⁾. Eine interessante geografische Verteilung wird aus der Tschechischen Republik gemeldet: Hier leben die meisten Amphetaminkonsumenten außerhalb der Hauptstadt. Ähnliche Beobachtungen finden sich in den Berichten aus den USA, wo außerhalb der Großstädte mehr Behandlungsaufnahmen für Methamphetamin- und Amphetaminkonsumenten verzeichnet werden (Dasis, 2006).

Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenkonsums in Freizeitsettings

Maßnahmen zur Drogenprävention

Insgesamt wurde bei den Präventionskonzepten insofern eine Veränderung beobachtet, als nun zunehmend anerkannt wird, dass die Lebensführung entscheidenden Einfluss auf die Haltung gegenüber dem Drogenkonsum hat und die Notwendigkeit besteht, darauf hinzuwirken, dass Drogenkonsum nicht länger als normales und akzeptables Verhalten empfunden wird. Besonders wichtig ist ein solcher Ansatz bei Präventionsmaßnahmen in Settings, in denen traditionell Drogen konsumiert werden. Aufgrund der hohen Prävalenz des Drogenkonsums in Freizeitsettings wie

⁽⁷⁸⁾ Siehe Abbildung TDI-2 (Teil ii) und Tabelle TDI-5 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁷⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-113 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁸⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁸¹⁾ Siehe Tabellen TDI-4 (Teil ii) und TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁸²⁾ Siehe Abbildung TDI-1 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁸³⁾ Siehe Tabellen TDI-10, TDI-11 und TDI-102 bis TDI-109 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁸⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-21 und TDI-25 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-4, TDI-5 (Teil ii), TDI-24, TDI-116 und TDI-117 im *Statistical Bulletin 2007*.

Clubs, Bars und Tanzlokalen wurden diese Einrichtungen als geeignete Ziele von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage ermittelt. Die Notwendigkeit, weitere Präventionsmaßnahmen für Freizeitsettings zu erarbeiten, wird auch im EU-Drogenaktionsplan (2005-2008) erwähnt.

Ein Ansatz besteht darin, in Freizeitsettings Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen, das Botschaften zur Prävention und zuweilen auch zur Schadensminimierung vermittelt. Das Material wird in der Regel leserfreundlich gestaltet, trägt der Kultur der jugendlichen Zielgruppe Rechnung und wird manchmal von Mitarbeitern aufsuchender Dienste verteilt. Um junge Menschen zu erreichen, verfolgen die aufsuchenden Teams in der Regel einen nicht wertenden Ansatz: Sie betonen zwar, dass es am sichersten sei, keinerlei Drogen zu konsumieren, bieten jedoch auch Beratungen zur Schadensminimierung an (Belgien, Tschechische Republik, Portugal, Österreich).

Neben diesen Maßnahmen, die darauf abzielen, zu informieren und die Zielgruppe zum Verzicht auf Drogen zu bewegen, werden in immer mehr Mitgliedstaaten Konzepte erarbeitet, die eine bessere Regulierung von Freizeitsettings zum Gegenstand haben. Im Rahmen einiger dieser Ansätze, zu denen beispielsweise die Organisation ausdrücklich drogenfreier Veranstaltungen zählt, wurde versucht, der bei manchen verbreiteten Meinung entgegenzuwirken, der Drogenkonsum stelle eine Bereicherung ihrer Freizeitaktivitäten dar. In immer mehr Ländern (Belgien, Dänemark, Irland, Italien, Litauen, Niederlande, Schweden, Vereinigtes Königreich, Norwegen) zeigen die Kommunen offenbar Interesse an einem engeren Kontakt zur Freizeitindustrie sowie an der Entwicklung von Konzepten

zur Eindämmung der Verfügbarkeit von Drogen und zur Reduzierung der Gesundheitsrisiken in Tanzlokalen und anderen Settings. Beispielsweise werden derzeit in mehreren Ländern Leitlinien für eine sichere Clubszene erarbeitet, wie sie im Vereinigten Königreich ⁽⁸⁶⁾ eingeführt wurden.

Zu den am häufigsten eingesetzten Maßnahmen zur Eindämmung des Konsums von Ecstasy, Amphetamin und anderen psychotropen Drogen zählen gezielte öffentliche Informationskampagnen und in zunehmendem Maße auch Websites. Im Rahmen von Präventionsstrategien wurde das Internet genutzt, um niedrigschwelligem Kontakt zu jungen Menschen herzustellen, die Ecstasy, Amphetamine oder andere psychotrope Drogen konsumieren oder deren Konsum in Erwägung ziehen könnten. In vielen Mitgliedstaaten werden auf Websites Informationen und Präventionsbotschaften zur Verfügung gestellt, um die kritische Reflexion junger Menschen über ihr eigenes Konsumverhalten zu fördern. Auf diesen Websites werden beispielsweise Tipps für „kluges“ Ausgehen, geschützten Geschlechtsverkehr, Risiken im Straßenverkehr, gesunde Ernährung, Partytourismus und Rechtsfragen angeboten (Belgien) ⁽⁸⁷⁾.

Drogenbehandlung

Behandlungsdienste für die Konsumenten von Ecstasy, Amphetamin und anderen psychotropen Drogen werden in der Regel von Drogenbehandlungseinrichtungen für problematische Drogenkonsumenten oder von stärker spezialisierten Einrichtungen für die Konsumenten von Kokain und anderen Stimulanzien angeboten. Weitere Informationen über Drogenbehandlungsdienste in der EU sind Kapitel 2 und Kapitel 5 zu entnehmen.

⁽⁸⁶⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum in Freizeitsettings im *Jahresbericht 2006*.

⁽⁸⁷⁾ Links zu einigen dieser Websites sind verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>.



Kapitel 5

Kokain und Crack

Da der Kokainkonsum zugenommen hat, stellt er inzwischen ein zentrales Thema der europäischen Drogenpolitik dar. Angesichts der wachsenden Bedeutung dieses Themas werden die Muster des Kokainkonsums im ausgewählten Thema zu Kokain eingehend untersucht.

Angebot und Verfügbarkeit ⁽⁸⁸⁾

Herstellung und Handel

Kokain ist nach Cannabis die weltweit am häufigsten gehandelte Droge. Die weltweiten Sicherstellungen von Kokain sind 2005 weiter gestiegen und belaufen sich nun auf 756 Tonnen, wobei die größten Kokainmengen in Südamerika beschlagnahmt wurden, gefolgt von Nordamerika.

Kolumbien ist nach wie vor weltweit mit Abstand der größte Lieferant von illegalem Koka, gefolgt von Peru und Bolivien (UNODC, 2007). Der Großteil des in Europa sichergestellten Kokains stammt aus Südamerika und gelangt direkt oder über Zentralamerika, die Karibik oder Westafrika auf den europäischen Markt.

Nach wie vor wird Kokain vor allem über die Iberische Halbinsel nach Europa gebracht, wobei Portugal offenbar zunehmend an Bedeutung gewinnt. In andere Länder wird Kokain direkt eingeführt, wobei die Niederlande weiterhin eine entscheidende Rolle spielen. Sowohl Spanien als auch die Niederlande gelten als Hauptschlagplätze für Kokain. Importe aus Ländern außerhalb Europas werden auch aus mehreren anderen Ländern gemeldet, darunter aus Belgien, Deutschland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich. Auch im Hinblick auf die Verteilung scheint sich eine verstärkte Diversifizierung abzuzeichnen: Aus Ost- und Mitteleuropa werden verstärkte Aktivitäten gemeldet, und sowohl die Mitgliedstaaten als auch die Nachbarländer der EU werden nun zuweilen als sekundäre Transitländer genannt.

Sicherstellungen

Im Jahr 2005 wurden in Europa bei schätzungsweise 70 000 Sicherstellungen 107 Tonnen Kokain

beschlagnahmt. Die meisten Sicherstellungen von Kokain werden noch immer aus westeuropäischen Ländern gemeldet, insbesondere aus Spanien, auf das etwa die Hälfte der in Europa erfolgten Sicherstellungen und beschlagnahmten Mengen entfällt ⁽⁸⁹⁾. Im Zeitraum 2000 bis 2005 stiegen sowohl die Zahl der Sicherstellungen von Kokain als auch die beschlagnahmten Mengen auf europäischer Ebene insgesamt an ⁽⁹⁰⁾. Dies war in erster Linie auf deutliche Zunahmen in Spanien und Portugal zurückzuführen, wobei Portugal im Jahr 2005 die Niederlande als das Land mit der zweitgrößten Menge an Sicherstellungen von Kokain nach Spanien abgelöst hat.

Preis und Reinheit

Hinsichtlich des durchschnittlichen bzw. üblichen Verkaufspreises von Kokain gab es im Jahr 2005 große Unterschiede zwischen den europäischen Ländern: Er lag zwischen 45 EUR pro Gramm und 120 EUR pro Gramm, wobei die meisten Länder Preise von 50 EUR bis 80 EUR pro Gramm meldeten ⁽⁹¹⁾. Die inflationsbereinigten Durchschnittspreise von Kokain folgten im Zeitraum 2000 bis 2005 in den meisten der 19 Länder, die ausreichende Daten zur Verfügung gestellt haben, insgesamt einem Abwärtstrend.

Der durchschnittliche Reinheitsgrad des konsumierten Kokains reichte 2005 von 20 % bis zu 78 %, wobei die meisten Länder einen Reinheitsgrad zwischen 30 % und 60 % meldeten ⁽⁹²⁾. Die für den Zeitraum 2000 bis 2005 verfügbaren Daten belegen insgesamt einen Rückgang des durchschnittlichen Reinheitsgrads von Kokain in den meisten der 21 Berichtsländer.

Prävalenz und Muster des Kokainkonsums

Kokain ist derzeit nach Cannabis in vielen EU-Mitgliedstaaten und auf EU-Ebene insgesamt die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge. Vor kurzem in der EU und Norwegen durchgeführten nationalen demografischen Erhebungen zufolge haben schätzungsweise mehr als zwölf Millionen Europäer mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert (Lebenszeitprävalenz), das entspricht über 4 %

⁽⁸⁸⁾ Siehe „Interpretation der Sicherstellungen und anderer Marktdaten“, S. 38.

⁽⁸⁹⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2005 vorliegen. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2005 durch Daten aus dem Jahr 2004 ersetzt.

⁽⁹⁰⁾ Siehe Tabellen SZR-9 und SZR-10 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁹¹⁾ Siehe Tabelle PPP-3 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁹²⁾ Siehe Tabelle PPP-7 im *Statistical Bulletin 2007*.

aller Erwachsenen ⁽⁹³⁾. Die von den einzelnen Ländern gemeldeten Zahlen zur Lebenszeitprävalenz variieren zwischen 0,2 % und 7,3 %, wobei in drei Ländern Werte von über 5 % ermittelt wurden (Spanien, Italien, Vereinigtes Königreich) ⁽⁹⁴⁾.

Den Berichten zufolge haben in den letzten zwölf Monaten mindestens 4,5 Millionen Europäer (durchschnittlich 1,3 %) Kokain konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenz reicht von 0,1 % in Griechenland bis zu 3,0 % in Spanien, wobei Italien und das Vereinigte Königreich ebenfalls Prävalenzraten von über 2 % gemeldet haben ⁽⁹⁵⁾. Den auf Erhebungen basierenden Prävalenzschätzungen zufolge haben zwei Millionen Europäer (durchschnittlich 0,6 %) in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert ⁽⁹⁶⁾.

Wie andere illegale Drogen wird auch Kokain vor allem von jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren) konsumiert. Etwa 7,5 Millionen junge erwachsene Europäer (durchschnittlich 5,3 %) haben mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert, wobei fünf Länder (Deutschland, Italien, Dänemark, Spanien, Vereinigtes Königreich) Prävalenzraten von 5 % oder mehr melden ⁽⁹⁷⁾. Schätzungen zum jüngeren Kokainkonsum ⁽⁹⁸⁾ belegen, dass von den 3,5 Millionen (2,4 %) jungen Erwachsenen, die in den letzten zwölf Monaten Kokain eingenommen haben, 1,5 Millionen (1 %) die Droge in den letzten 30 Tagen konsumiert haben.

Unter Schülern sind die Gesamtprävalenzraten des Kokainkonsums wesentlich niedriger als die des Cannabiskonsums. In den meisten Ländern liegt die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern bei 2 % oder darunter und erreicht nur in Spanien und dem Vereinigten Königreich 6 % ⁽⁹⁹⁾. Die aus 16 Ländern verfügbaren Daten über 17- bis 18-jährige Schüler belegen für Spanien wesentlich höhere Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums in dieser älteren Altersgruppe, obwohl vorläufige Daten für dieses Land darauf schließen lassen, dass kürzlich ein Rückgang zu verzeichnen war ⁽¹⁰⁰⁾. In den meisten der anderen 15 Länder ist die Lebenszeitprävalenz bei den älteren Schülern zwar höher, jedoch sind die Unterschiede nicht so ausgeprägt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzraten des Kokainkonsums wesentlich niedriger sind.

Der Kokainkonsum ist nicht auf bestimmte soziale Gruppen beschränkt, jedoch liegen die Prävalenzraten des Konsums sozial integrierter junger Menschen in Freizeitsettings zuweilen über den in Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung ermittelten Werten. Studien,

die in mehreren europäischen Ländern in Tanzlokalen durchgeführt wurden, belegen eine Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums zwischen 10 % und 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Hinsichtlich der Muster des Kokainkonsums gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen von Konsumenten. Von sozial integrierten Konsumenten wird die Droge in der Regel geschnupft. Viele von ihnen konsumieren auch andere Substanzen, darunter Alkohol, Tabak, Cannabis und andere Stimulanzien als Kokain ⁽¹⁰²⁾. Diese Form des polyvalenten Drogenkonsums kann mit erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden sein.

Der Konsum von Crack ist in Europa nach wie vor insgesamt relativ wenig verbreitet und konzentriert sich auf marginalisierte und ausgegrenzte Teilgruppen in einigen Städten. Jedoch entfällt auf Kokainraucher ein erheblicher Anteil der Behandlungsnachfragen, obwohl sie noch immer in der Minderzahl sind. Unter Kokainkonsumenten, die keine anderen Drogen injizieren, ist der injizierende Kokainkonsum offenbar nur wenig verbreitet. Dies gilt auch für die in Behandlung befindlichen Patienten (siehe unten). Jedoch wurde in zunehmendem Maße über injizierende Heroinkonsumenten berichtet, die auch Kokain oder Mischungen aus Kokain und Heroin injizieren.

Prävalenzschätzungen für den problematischen Kokainkonsum ⁽¹⁰³⁾ sind nur für drei Länder verfügbar (Spanien, Italien, Vereinigtes Königreich). Die Schätzungen der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums in diesen Ländern liegen zwischen drei und sechs Fällen je 1 000 Erwachsene (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) ⁽¹⁰⁴⁾.

Tendenzen des Kokainkonsums

Die im Jahresbericht 2006 genannten Anzeichen für eine Stabilisierung des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen werden durch die jüngsten Daten nicht gestützt. In allen Ländern, die Daten aus jüngsten Erhebungen übermittelt haben, wurde ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen ermittelt. Allerdings könnte sich in Spanien und dem Vereinigten Königreich (England und Wales), den Mitgliedstaaten mit den höchsten Prävalenzraten, eine gewisse Stabilisierung abzeichnen. Aus Italien und Dänemark wurde ebenfalls ein erheblicher Anstieg gemeldet (Abbildung 7).

Im Zuge der Analyse der Daten aus Ländern, für die längere Zeitreihen vorliegen und die höhere Prävalenzraten

⁽⁹³⁾ Zur Berechnungsmethode siehe Fußnote 30.

⁽⁹⁴⁾ Siehe Tabelle GPS-8 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁹⁵⁾ Siehe Tabelle GPS-10 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁹⁶⁾ Siehe Tabelle GPS-12 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁹⁷⁾ Siehe Tabelle GPS-9 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁹⁸⁾ Siehe Tabellen GPS-11 und GPS-13 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽⁹⁹⁾ Siehe Tabelle EYE-3 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁰⁰⁾ Siehe Tabelle EYE-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

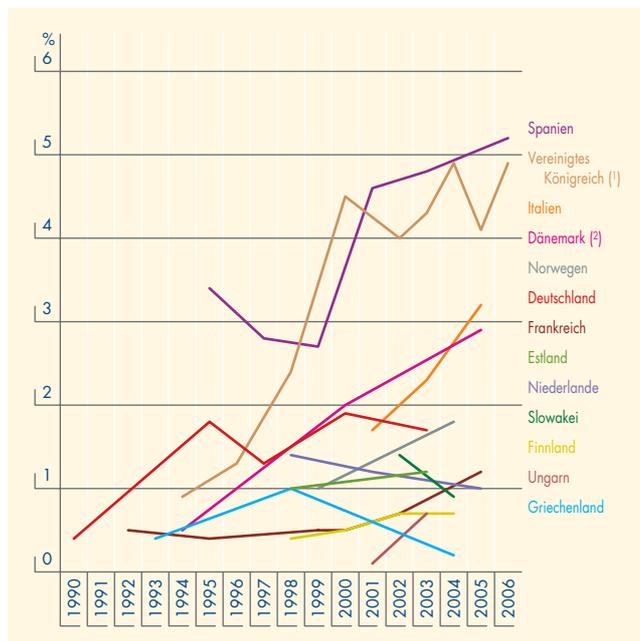
⁽¹⁰¹⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum in Freizeitsettings im *Jahresbericht 2006*.

⁽¹⁰²⁾ Siehe Abbildung 15 im *Jahresbericht 2006*.

⁽¹⁰³⁾ Definiert als der langfristige und/oder regelmäßige und/oder injizierende Kokainkonsum.

⁽¹⁰⁴⁾ Siehe Tabelle PDU-2 im *Statistical Bulletin 2007* und das ausgewählte Thema zu Kokain.

Abbildung 7: 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



(1) England und Wales.

(2) In Dänemark bezeichnet der Wert für 1994 den Konsum „harter Drogen“.

Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Weitere Informationen sind Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reintox-Berichte (2006), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

aufweisen, können Tendenzen innerhalb von Teilgruppen der Bevölkerung ermittelt werden. Sowohl in Spanien als auch im Vereinigten Königreich war bei Männern ein stärkerer Anstieg der Prävalenz zu verzeichnen als bei Frauen. Die aus Spanien gemeldete Zunahme der 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums seit 2001 ist eher auf erhöhte Konsumraten in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen als bei den 15- bis 34-Jährigen insgesamt zurückzuführen.

Man geht davon aus, dass in einigen europäischen Ländern andere Stimulanzien durch Kokain „ersetzt“ worden sein könnten⁽¹⁰⁵⁾. Die Daten aus den Erhebungen unter jungen Menschen in Tanzlokalen sind mit Vorsicht zu interpretieren, da es sich hier um eine sehr selektive Stichprobe handelt. Ungeachtet dessen können sie ein Schlaglicht auf das Verhalten regelmäßiger Drogenkonsumenten werfen. Die in den Niederlanden durchgeführten Studien zeigen, dass in einer Reihe von Kommunen Kokain Ecstasy bei Club-Besuchern als die am häufigsten konsumierte stimulierende Droge abgelöst hat und in einigen Gruppen auf größere Akzeptanz stößt.

Kokain: Daten zur Behandlungsnachfrage

Nach Opioiden und Cannabis wird Kokain in Europa am häufigsten als Grund für eine Drogentherapie genannt. Den Berichten zufolge wurde im Jahr 2005 bei etwa 48 000 Behandlungsnachfragen Kokain als Primärdroge angegeben; das entspricht etwa 13 % aller gemeldeten Behandlungsnachfragen in der EU⁽¹⁰⁶⁾. Ferner wird Kokain von etwa 15 % aller ambulanten Patienten als Sekundärdroge genannt⁽¹⁰⁷⁾. Hinter dieser Gesamtzahl verbergen sich große Unterschiede zwischen den Ländern: In den meisten Ländern sind die Anteile der Kokainpatienten an allen in Behandlung befindlichen Patienten gering, während diese Anteile in den Niederlanden (35 %) und Spanien (42 % im Jahr 2004) hoch sind. Bei den Erstpatienten ist der Anteil der Kokainpatienten höher: Etwa 22 % aller neuen Behandlungsnachfragen (33 000 Fälle, auf der Grundlage der Daten aus 22 Ländern) stehen den Berichten zufolge im Zusammenhang mit Kokain.

Die in den Vorjahren gemeldete zunehmende Tendenz bei der Zahl der Patienten, die eine Behandlung wegen des Konsums von Kokain beantragen, setzt sich fort. Im Zeitraum 1999 bis 2005 ist der Anteil der Erstpatienten, die sich wegen des Konsums von Kokain in Behandlung begeben, von 11 % auf 24 % aller Erstpatienten und die Zahl der gemeldeten Fälle von 13 000 auf 33 000 gestiegen⁽¹⁰⁸⁾. Eine ausführlichere Analyse der Tendenzen in der Behandlungsnachfrage wegen des Konsums dieser Droge erfolgt im ausgewählten Thema zu Kokain.

Den in Europa erhobenen Daten zufolge geben Drogenkonsumenten, die sich wegen des Konsums von Kokain als Primärdroge in Behandlung begeben, in erster Linie Kokainpulver (85 %) und nur in 15 % der Fälle Crack als Primärdroge an. Fast alle gemeldeten Kokainbehandlungen finden in ambulanten Einrichtungen statt (94 %)⁽¹⁰⁹⁾. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Daten zur Behandlungsnachfrage in stationären Einrichtungen und hausärztlichen Praxen nicht vollständig sind.

Mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren sind Kokainpatienten den Berichten zufolge nach den Opioidkonsumenten die ältesten Patienten, die sich wegen Drogenproblemen in ambulanten Einrichtungen in Behandlung begeben⁽¹¹⁰⁾. Kokainpatienten sind vorwiegend männlich, wobei in dieser Gruppe die Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen höher sind als bei allen anderen Drogenpatienten (das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beläuft sich auf fast 5:1 bei den Patienten insgesamt und auf 6:1 bei den Erstpatienten)⁽¹¹¹⁾. Die meisten Kokainkonsumenten, die sich in ambulanter Behandlung befinden, haben im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Konsum dieser Droge begonnen⁽¹¹²⁾.

⁽¹⁰⁵⁾ Siehe Kapitel 4 in diesem Bericht.

⁽¹⁰⁶⁾ Siehe Abbildung TDI-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁰⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-22 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2006*.

⁽¹⁰⁸⁾ Siehe Abbildung TDI-1 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁰⁹⁾ Siehe Tabellen TDI-24 und TDI-115 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹¹⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-10 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹¹¹⁾ Siehe Tabelle TDI-21 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹¹²⁾ Siehe Tabelle TDI-11 (Teil i) bis (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2007*.

Kokainbehandlung

Das Angebot spezieller Maßnahmen für problematische Kokain- und Crack-Konsumenten ist in Europa noch immer begrenzt, und wie oben festgestellt stammen die meisten Berichte über Kokainbehandlungen aus Spanien und den Niederlanden. Aber auch in den Ländern mit signifikant hohen Zahlen von Kokainkonsumenten besteht offenbar ein zunehmendes Interesse daran, spezialisierte Dienste anzubieten. Es ist nicht überraschend, dass in Ländern mit niedrigen Prävalenzraten spezielle Behandlungsdienste für Kokainkonsumenten keine politische Priorität darstellen. Im Gegensatz zur Opioidbehandlung, deren Zielgruppe relativ homogen ist, steht man bei der Kokainbehandlung in Europa vor der schwierigen Aufgabe, Maßnahmen für ein breiteres Spektrum von Konsumenten anzubieten. Die meisten ambulanten Patienten, die Kokain als Primärdroge konsumieren, geben an, die Droge zu schnupfen, während die Droge von den übrigen Patienten überwiegend geraucht oder inhaliert und nur von relativ wenigen Patienten (unter 10 %) injiziert wird. Unter den Erstpazienten ist der Anteil der injizierenden Konsumenten sogar noch geringer (5 %) ⁽¹¹³⁾. Etwa 16 % der Kokainpatienten geben an, die Droge in Kombination mit Opioiden zu konsumieren. In einigen Ländern konsumieren viele Patienten, die sich wegen Opioidproblemen in Behandlung befinden, zumindest gelegentlich auch Kokain.

Daher sind die Behandlungseinrichtungen häufig gezwungen, Dienste für drei Bevölkerungsgruppen anzubieten, die mit einfachen Worten wie folgt charakterisiert werden können: erstens sozial stärker integrierte Kokainkonsumenten, in deren Vergangenheit unter Umständen ein regelmäßiger polyvalenter „Freizeitkonsum“ von Drogen wie beispielsweise Alkohol stattgefunden hat, zweitens Kokainkonsumenten, die eventuell auch Opioidprobleme haben, und drittens marginalisierte und problematische Crack-Konsumenten.

Diese drei Gruppen haben wahrscheinlich unterschiedliche Bedürfnisse, für die die Behandlungsdienste unterschiedliche Konzepte anbieten müssen. Den Berichten zufolge findet die Kokainbehandlung in Europa zumeist in ambulanten Einrichtungen statt, die häufig auf die Bedürfnisse von Opioidkonsumenten zugeschnitten sind. Es ist fraglich, wie attraktiv derartige Dienste für relativ gut integrierte Kokainkonsumenten sind, die durch ihren Freizeitkonsum der Droge Probleme entwickelt haben. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass sich ein Teil dieser Gruppe entweder an allgemeine medizinische Einrichtungen wie Hausärzte und Beratungsstellen oder, wenn ihnen dies möglich ist, an private Spezialkliniken wendet.

Im Gegensatz zur Opioidbehandlung sind die pharmakologischen Alternativen bei der Kokainbehandlung begrenzt, obwohl durchaus Medikamente verschrieben werden können, die geeignet sind, die Symptome zu lindern. Derzeit ist kein pharmakologischer Wirkstoff verfügbar, der den Konsumenten beim Ausstieg aus dem Kokainkonsum

helfen kann. Allerdings könnte es künftig einige mögliche Entwicklungen in dieser Richtung geben. In Europa liegt der Schwerpunkt auf dem Angebot psychosozialer Maßnahmen, die zumeist auf kognitiv-verhaltensorientierten Ansätzen basieren. Eine gründliche und ausführliche Analyse der Möglichkeiten der Kokainbehandlung ist dem ausgewählten Thema zu Kokain und einer von der EBDD erstellten Übersicht über die Fachliteratur (EMCDDA, 2007b) zu entnehmen.

Aufgrund der niedrigen Prävalenzraten des Crack-Konsums und der Tatsache, dass diese Droge nur in einem stark begrenzten Gebiet konsumiert wird, hat man in Europa weitaus weniger Erfahrung mit Maßnahmen, die den Bedürfnissen dieser Gruppe von Drogenkonsumenten entsprechen. Es gibt umfassende Literatur über die in den USA beobachteten Crack-Probleme, unklar ist jedoch, inwieweit diese Ergebnisse unmittelbar auf die Situation in Europa übertragbar sind. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern meldet das Vereinigte Königreich relativ hohe Prävalenzraten des problematischen Crack-Konsums und hat Leitlinien für die in diesem Bereich tätigen Anbieter erarbeitet, denen zufolge eine Crack-Behandlung im Rahmen eines strukturierten Drogenbehandlungsprogramms erfolgen sollte, das auch auf Abstinenz und Schadensminimierung ausgerichtete Maßnahmen umfasst (NTA, 2002). Im Rahmen einer kürzlich vorgenommenen Evaluierung der angebotenen Dienste im Vereinigten Königreich wurde über einige positive Ergebnisse im Hinblick auf die Crack-Patienten stationärer Behandlungseinrichtungen berichtet (Weaver, 2007).

Risiko- und Schadensminimierung

Kokainkonsumenten, die die Droge in ihrer Freizeit konsumieren, laufen zum einen Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Zum anderen stellt für sie das Zusammenwirken des Kokainkonsums mit anderen Drogen oder vorhandenen Herzkreislaufproblemen ein Risiko dar. Die meisten europäischen Länder berichten, dass Kokainkonsumenten aus unterschiedlichen Quellen wie Websites, Hotlines und anderen Medien Informationen über Kokain und die mit dem Kokainkonsum verbundenen Risiken beziehen können. Bemerkenswert ist die Meldung der Europäischen Vereinigung der Drogennotrufdienste (FESAT), dass in den Jahren 2005 und 2006 die Zahl der Anrufe im Zusammenhang mit Kokain zugenommen hat ⁽¹¹⁴⁾.

Darüber hinaus kann ein Zusammenhang zwischen Kokainkonsum und hochriskantem Sexualverhalten oder Tätigkeiten in der Sexindustrie hergestellt werden. Studien zufolge besteht unter Umständen für Frauen, die Crack konsumieren, eine besonders große Gefahr, da diese zu hochriskantem Sexualverhalten bereit sein könnten, um an Geld oder Drogen zu gelangen. In einigen Ländern zielen die Maßnahmen zur Schadensminimierung und die aufsuchenden Programme speziell auf Prostituierte ab und sind sowohl auf das sexuelle Risikoverhalten als auch auf das Risikoverhalten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum ausgerichtet.

⁽¹¹³⁾ Siehe Tabellen TDI-17 (Teil ii) und (Teil vi) sowie Tabelle TDI-110 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>.

Die Gruppe der Crack-Konsumenten ist zwar klein, jedoch besteht für sie ein besonders hohes Problefrisiko. Darüber hinaus sind sie unter Umständen besonders schwer zu bewegen, sich an Behandlungseinrichtungen und andere Dienste zu wenden. In einigen Städten, in denen besonders große Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Crack beobachtet werden, wurden Schadensminimierungsprogramme aufgelegt, die aufsuchende Maßnahmen, Krisenintervention, Hilfe bei akuten medizinischen Problemen und Überweisungen an strukturierte Dienste umfassen. In Wien werden beispielsweise von ambulanten Diensten Räume zur Verfügung gestellt, in denen Kokain- und Crack-Konsumenten, die häufig unter Angstzuständen leiden, einen sicheren Rückzugsort finden. Darüber hinaus bieten diese Dienste eine medizinische Grundversorgung an und überweisen die

Konsumenten an andere Einrichtungen. In den Ländern, die Drogenkonsumräume für injizierende Drogenkonsumenten anbieten, stehen diese teilweise auch Crack-Konsumenten offen. Beispielsweise werden in Deutschland sowohl in Frankfurt als auch in Hamburg spezielle Einrichtungen für Crack-Raucher angeboten.

Konzepte zur Schadensminimierung für injizierende Kokainkonsumenten unterscheiden sich in der Regel nicht von den Maßnahmen für andere injizierende Drogenkonsumenten (siehe Kapitel 8). Aus einigen Studien geht jedoch hervor, dass die Konsumenten von Stimulanzien mehr injizieren und dementsprechend möglicherweise stärker gefährdet sind. Darüber hinaus bestehen spezielle Risiken im Zusammenhang mit dem injizierenden Konsum von Crack, wenn dieses falsch zubereitet wird.

Kokain und Crack: ein zunehmend wichtiges Thema im Bereich der öffentlichen Gesundheit — EBDD-ausgewähltes Thema 2007

In den letzten Jahren gab es Anzeichen dafür, dass der Kokainkonsum in Europa ein wachsendes Problem darstellt. Dieses ausgewählte Thema zeigt, dass in einigen europäischen Ländern der Kokainkonsum, die Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Kokain und auch die Sicherstellungen der Droge stark zugenommen haben. Zudem wird untersucht, inwieweit der Kokainkonsum gravierende Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben kann. Besonderes Augenmerk liegt

dabei auf den gesundheitlichen Folgen des Kokainkonsums, die in den vorhandenen Berichtssystemen häufig nicht ausreichend berücksichtigt werden. In dem ausgewählten Thema werden die Herausforderungen, die mit dem Angebot einer effektiven Behandlung der Kokain- und Crack-Abhängigkeit verbunden sind, ausführlich beleuchtet. Die Bereitstellung solcher Behandlungen hat sich als besonders schwierig erwiesen, da es sehr unterschiedliche Gruppen von Kokainkonsumenten mit vielfältigen Bedürfnissen gibt.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) verfügbar.



Kapitel 6

Opioidekonsum und injizierender Drogenkonsum

Angebot und Verfügbarkeit von Heroin ⁽¹¹⁵⁾

In Europa wird importiertes Heroin traditionell in zwei Formen konsumiert: als das allgemein verfügbare braune Heroin (Heroinbase), das vor allem aus Afghanistan eingeführt wird, und als das weniger verbreitete und teurere weiße Heroin (in Salzform), das in der Regel aus Südostasien stammt, wobei dieses immer seltener wird. In geringen Mengen werden Opioide auch innerhalb Europas produziert. Dies war jedoch im Jahr 2005 hauptsächlich auf Produkte aus selbstangebautem Mohn (z. B. Mohnstroh, Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten) beschränkt, die in einigen osteuropäischen Ländern (Lettland, Litauen und Polen) in kleinem Maßstab hergestellt wurden.

Herstellung und Handel

Das in Europa konsumierte Heroin wird vor allem in Afghanistan hergestellt, auf das nach wie vor bei weitem der größte Teil des illegalen Opiums entfällt, gefolgt von Myanmar. Im Jahr 2006 wurden schätzungsweise 6 610 Tonnen Opium hergestellt, davon 92 % in Afghanistan. Dieser Anstieg um 43 % gegenüber der Schätzung für das Jahr 2005 ist auf eine erhebliche Vergrößerung der Anbaufläche zurückzuführen. Das weltweite Produktionspotenzial von Heroin ist von 472 Tonnen im Jahr 2005 auf schätzungsweise 606 Tonnen im Jahr 2006 gestiegen. (UNODC, 2007). Die Daten über die Sicherstellungen von Opioiden und die ausgehobenen Labors deuten darauf hin, dass das in Afghanistan hergestellte Opium in zunehmendem Maße vor der Ausfuhr zu Morphin oder Heroin verarbeitet wird (CND, 2007).

Heroin gelangt über zwei große Drogenhandelsrouten nach Europa. Die traditionell wichtige Balkanroute ist die kürzeste Route und spielt weiterhin eine wesentliche Rolle im Heroinschmuggel. Nach dem Transit durch Pakistan, den Iran und die Türkei gabelt sich die Route in einen südlichen und einen nördlichen Teil: Die südliche Route führt durch Griechenland, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien (FYROM), Albanien, Italien, Serbien, Montenegro und Bosnien und Herzegowina, während die nördliche Route durch Bulgarien, Rumänien, Ungarn, Österreich, Deutschland und die Niederlande führt, wobei die Niederlande als ein zweiter wichtiger Umschlagplatz

für den Weitertransport in andere westeuropäische Länder dienen. Seit Mitte der 90er Jahre wird Heroin zunehmend (jedoch in geringerem Umfang als über die Balkanrouten) entlang der „Seidenstraße“ über die Zentralasiatischen Republiken, das Kaspische Meer und die Russische Föderation, Weißrussland oder die Ukraine nach Estland, Lettland, in einige skandinavische Länder sowie nach Deutschland und Bulgarien geschmuggelt. Neben diesen Hauptrouten haben sich aber auch Länder der Arabischen Halbinsel (Oman, Vereinigte Arabische Emirate) zu Transitregionen für Heroinlieferungen aus Südwest- und Südostasien entwickelt (INCB, 2006), wobei ein Teil dieser für die illegalen Märkte Europas und in geringerem Maße für Nordamerika bestimmten Lieferungen über Ostafrika (Äthiopien, Kenia, Mauritius) und manchmal auch über Westafrika (Nigeria) geschmuggelt wird (INCB, 2007a). Darüber hinaus gibt es Berichte, denen zufolge Heroin aus Südwestasien über Süd- und Ostasien (Indien, Bangladesh, Sri Lanka, China) nach Europa geschmuggelt wurde.

Sicherstellungen

Im Jahr 2005 wurden weltweit 342 Tonnen Opium, 32 Tonnen Morphin und 58 Tonnen Heroin sichergestellt. Nach wie vor entfiel der Großteil des weltweit sichergestellten Heroins (54 %) auf Asien (China, Afghanistan, Iran, Pakistan), gefolgt von Europa (38 %) (UNODC, 2007).

Bei schätzungsweise 52 000 Sicherstellungen wurden in den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern und Norwegen etwa 16,8 Tonnen Heroin beschlagnahmt. Dabei entfielen weiterhin die meisten in Europa vorgenommenen Sicherstellungen auf das Vereinigte Königreich (auf der Grundlage der Daten für das Jahr 2004), gefolgt von Spanien, Deutschland und Griechenland, während in der Türkei (gefolgt vom Vereinigten Königreich, Italien und den Niederlanden) mit etwa der Hälfte der 2005 sichergestellten Gesamtmenge die größten Heroinmengen beschlagnahmt wurden ⁽¹¹⁶⁾. Die Sicherstellungen von Heroin sind zwischen 2000 und 2003 insgesamt zurückgegangen und steigen den verfügbaren Daten zufolge seitdem an. Die Gesamtmenge des in den EU-Mitgliedstaaten sichergestellten Heroins schwankte im Zeitraum von 2000 bis 2005, wobei ein leichter Abwärtstrend beobachtet wurde. Aus der Türkei dagegen wird für denselben Zeitraum ein erheblicher Anstieg der beschlagnahmten Heroinmengen gemeldet ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Siehe „Interpretation der Sicherstellungen und anderer Marktdaten“, S. 38.

⁽¹¹⁶⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2005 vorliegen. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2005 durch Daten aus dem Jahr 2004 ersetzt.

⁽¹¹⁷⁾ Siehe Tabellen SZR-7 und SZR-8 im *Statistical Bulletin 2007*.

Preis und Reinheit

Hinsichtlich Preis und Reinheit von Heroin sind aufgrund fehlender konsistenter Daten nur schwer Tendenzen auszumachen. Die Schätzungen basieren daher auf einer begrenzten Zahl von Ländern (¹¹⁸). Die meisten Länder meldeten für braunes Heroin einen durchschnittlichen bzw. üblichen Straßenhandelspreis zwischen 35 EUR und 80 EUR pro Gramm. Zwischen 2000 und 2005 gingen die durchschnittlichen inflationsbereinigten Heroinpreise offenbar in den meisten der 18 Länder, die vergleichbare Daten zur Verfügung gestellt haben, zurück. Den Berichten zufolge schwankte die durchschnittliche bzw. typische Reinheit von braunem Heroin auf Straßenhandelsebene erheblich, wobei die meisten Länder Werte zwischen 15 % und 50 % meldeten. Der Reinheitsgrad von weißem Heroin war, sofern verfügbar, tendenziell höher (30 % bis 70 %). Die durchschnittliche Reinheit von Heroinprodukten schwankt in den meisten der 18 Berichtsländer seit dem Jahr 2000.

Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums

Die Daten in diesem Abschnitt wurden vom EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum abgeleitet, der in erster Linie Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums und des Konsums von Opioiden umfasst, wobei in einigen Ländern auch die Konsumenten von Amphetaminen eine wichtige Komponente bilden (¹¹⁹). Die Zahl der problematischen Opioidkonsumenten ist schwer zu schätzen, und es sind komplexe Analysen erforderlich, um aus den verfügbaren Datenquellen Prävalenzschätzungen zu gewinnen. Darüber hinaus beziehen sich die meisten Studien auf bestimmte geografisch eingegrenzte Gebiete wie Städte oder Bezirke, und eine Extrapolation auf nationale Schätzungen ist somit kaum möglich.

Die Schätzungen werden zudem dadurch erschwert, dass die Muster des problematischen Drogenkonsums in Europa zunehmend unterschiedliche Formen annehmen. Beispielsweise hat der polyvalente Drogenkonsum in den meisten Ländern nach und nach zugenommen, während andere Länder, in denen traditionell Probleme mit Opioiden (nahezu ausschließlich Heroinprobleme) vorherrschten, inzwischen von einer Hinwendung zu anderen Drogen wie beispielsweise Kokain berichten.

Jüngste Schätzungen der Prävalenz des problematischen Opioidkonsums auf nationaler Ebene liegen in etwa zwischen einem und sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Gesamtprävalenz des problematischen Drogenkonsums wird dagegen auf ein bis acht Fälle je 1 000 Einwohner geschätzt. Einige der niedrigsten gut dokumentierten Schätzungen liegen aus den neuen EU-Mitgliedstaaten vor. Eine Ausnahme bildet Malta,

das eine relativ hohe Prävalenz meldet (5,8 bis 6,7 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) (Abbildung 8).

Aus den begrenzten verfügbaren Daten kann eine durchschnittliche Prävalenz des problematischen Opioidkonsums zwischen vier und fünf Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren errechnet werden. Dies entspricht etwa 1,5 Millionen (1,3 bis 1,7 Millionen) problematischen Opioidkonsumenten in der EU und Norwegen. Diese Schätzungen sind jedoch bei weitem nicht tragfähig, und es sind umfassendere Daten erforderlich.

Tendenzen des problematischen Opioidkonsums im Zeiterlauf

Das Fehlen verlässlicher und konsistenter historischer Daten erschwert die Auswertung der Tendenzen des problematischen Drogenkonsums im Zeiterlauf. Die ermittelten Tendenzen sind somit mit Bedacht zu interpretieren. Die Berichte einiger Länder lassen den Schluss zu, dass sich der problematische Opioidkonsum in den letzten Jahren etwas stabilisiert hat. Daten aus wiederholten Schätzungen des problematischen Opioidkonsums für den Zeitraum 2001 bis 2005 liegen nur aus acht Ländern vor und belegen eine relativ stabile Entwicklung, wobei nur ein Land (Österreich) einen deutlichen Anstieg verzeichnet (¹²⁰).

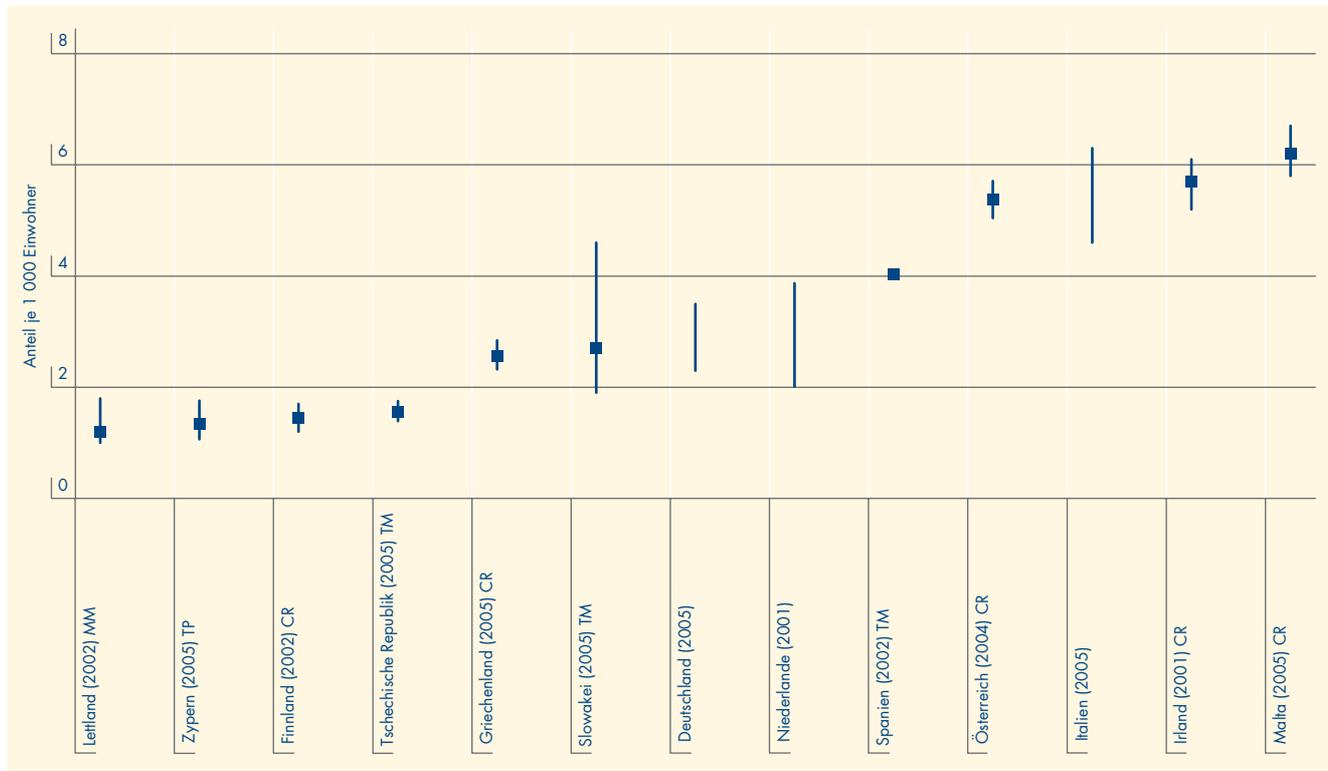
Zwar ist die Prävalenz des Opioidkonsums insgesamt relativ stabil, jedoch gibt es Hinweise auf eine Zunahme der Sicherstellungen von Heroin (siehe oben), die möglicherweise mit einer erhöhten Verfügbarkeit von Heroin auf dem europäischen Markt im Zusammenhang steht. Darüber hinaus wird zunehmend über den Konsum von Opioiden berichtet, die aus dem legalen Handel abgezweigt werden. In Italien weisen die anhand der Daten zur Behandlungsnachfrage vorgenommenen Schätzungen für die Inzidenz des Heroinkonsums darauf hin, dass diese bis 1998 rückläufig war, seitdem jedoch wieder ansteigt, und im Jahr 2005 etwa 30 000 neue Heroinkonsumenten verzeichnet wurden. In Österreich ist der Anteil der unter 25-Jährigen an den Erstpatienten in Substitutionsbehandlung gestiegen. Dies deutet darauf hin, dass eine zunehmende Zahl junger Menschen Probleme entwickelt, die auf die Abzweigung und den unkontrollierten Konsum verschriebener Opiode zurückzuführen sind. Auch die Tschechische Republik, in der zunächst eine rückläufige Entwicklung beobachtet worden war, meldet nun einen Anstieg des injizierenden Konsums einer abgezweigten Substanz (in diesem Falle Buprenorphin), und die aus Belgien verfügbaren Informationen belegen eine Zunahme des illegalen Konsums von Methadon. Jüngste Beobachtungen niedrigschwelliger Dienste in Frankreich geben Anlass zu Besorgnis über den illegalen, zum Teil injizierenden Konsum von Buprenorphin und über

¹¹⁸ Siehe Tabellen PPP-2 und PPP-6 im *Statistical Bulletin 2007*.

¹¹⁹ Obwohl der problematische Drogenkonsum von der EBDD als „injizierender bzw. langjähriger oder regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/ oder Amphetaminen“ definiert wird, beziehen sich die Schätzungen zum problematischen Drogenkonsum vor allem auf den Konsum von Heroin. Für die wenigen Länder, die über einen problematischen Konsum von Amphetaminen berichten, sind gut dokumentierte Schätzungen verfügbar. Schätzungen zum problematischen Kokainkonsum liegen kaum vor, und der Indikator zum problematischen Drogenkonsum stellt, wenn man von einigen wenigen Ländern mit hohen Prävalenzraten absieht, für diese Droge eine weniger zuverlässige Messgröße dar.

¹²⁰ Siehe Abbildung PDU-4 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2007*.

Abbildung 8: Schätzungen der Prävalenz des problematischen Opioidkonsums (Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren), 2001 bis 2005



Anmerkung: Das Symbol bezeichnet eine Punktschätzung, ein Balken ein Unsicherheitsintervall, das entweder ein 95%-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse sein kann (ausführliche Informationen sind Tabelle PDU-3 zu entnehmen). Aufgrund der verschiedenen Schätzmethoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. Ist keine Methode angegeben, bezeichnet die dargestellte Linie ein Intervall zwischen dem niedrigsten und dem höchsten geschätzten Wert. Schätzmethoden: CR = Capture-Recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); TP = Truncated Poisson; MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator). Weitere Informationen sind den Tabellen PDU-1, PDU-2 und PDU-3 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Knotenpunkte.

den Konsum junger Menschen, die ihren problematischen Drogenkonsum nicht mit Heroin, sondern mit Buprenorphin begonnen haben. Darüber hinaus wird über die Besorgnis erregende Entstehung neuer Teilgruppen junger und ausgegrenzter injizierender Drogenkonsumenten berichtet. In Finnland scheint bei den neuen Behandlungsnachfragen wegen Opioidkonsums Heroin ebenfalls weitgehend durch Buprenorphin abgelöst worden zu sein, das in zunehmendem Maße in Berichten über Todesfälle durch Überdosierung erwähnt wird.

Injizierender Drogenkonsum

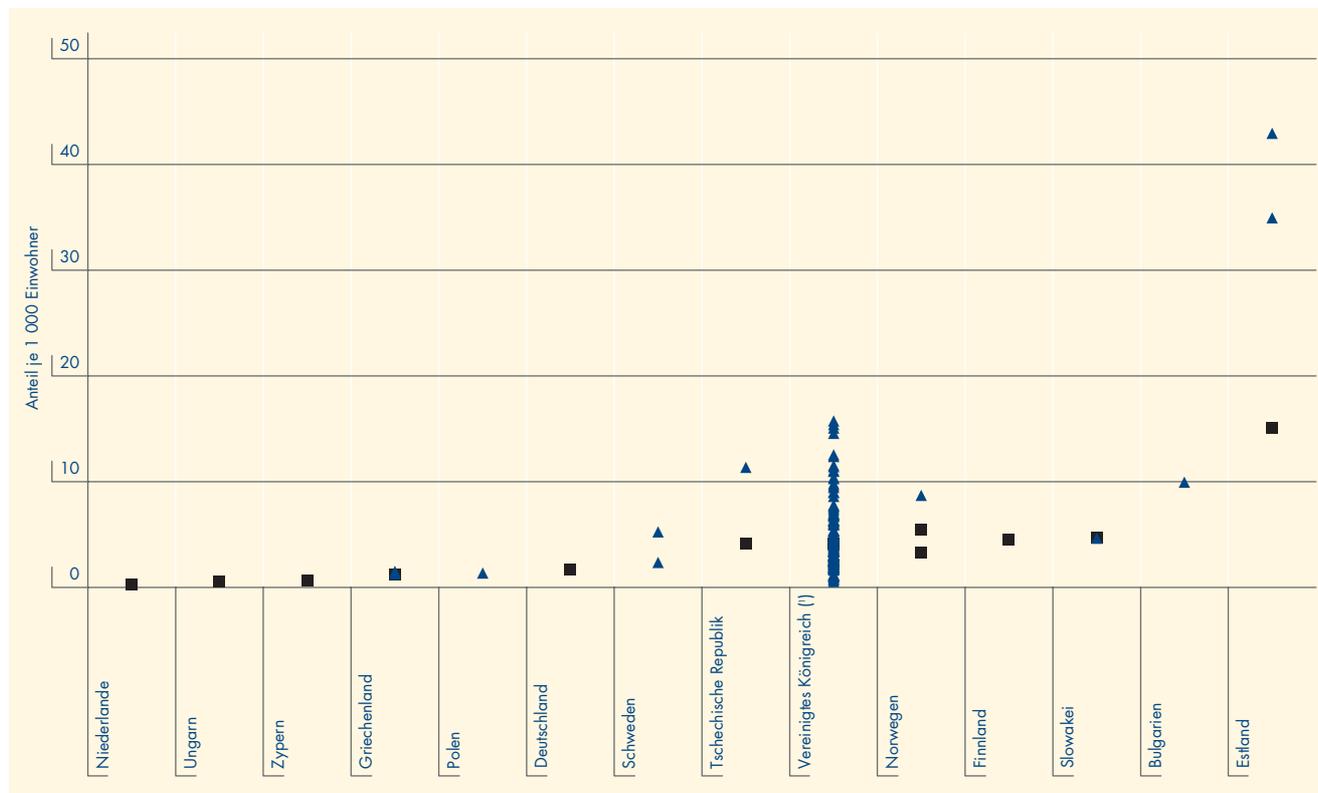
Bei injizierenden Drogenkonsumenten (IDU) ist das Risiko gesundheitlicher Probleme wie durch Blut übertragbarer Infektionen (z. B. HIV/Aids und Hepatitis) oder Überdosen hoch. Nur wenige Länder sind derzeit in der Lage, Schätzungen für die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen, obwohl diese für die öffentliche Gesundheit von großer Bedeutung sind (Abbildung 9). Die Verbesserung der Überwachung dieser speziellen Bevölkerungsgruppe stellt daher im Rahmen des Aufbaus eines Systems der Gesundheitsüberwachung eine wichtige Aufgabe dar.

Indirekte Schätzungen der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums

Die meisten verfügbaren Schätzungen für den injizierenden Drogenkonsum wurden entweder von den Raten der durch eine Überdosis bedingten Todesfälle oder den Daten über Infektionskrankheiten (wie HIV) abgeleitet. Den Berichten zufolge bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Für den Zeitraum 2001 bis 2005 liegen die nationalen Schätzungen in der Regel zwischen 0,5 und sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Eine Ausnahme bildet Estland, das mit 15 Fällen je 1 000 Einwohner eine wesentlich höhere Schätzung meldet. Was die übrigen Länder betrifft, die Daten zur Verfügung stellen konnten, wurden mit vier bis fünf Fällen je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren die höchsten Schätzungen aus der Tschechischen Republik, der Slowakei, Finnland und dem Vereinigten Königreich gemeldet, während die niedrigsten Werte aus Zypern, Ungarn und den Niederlanden vorgelegt wurden, wo weniger als ein Fall je 1 000 Einwohner verzeichnet wurde.

Die Extrapolation der begrenzten verfügbaren Daten lässt auf eine durchschnittliche Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums (aktuelle injizierende Drogenkonsumenten)

Abbildung 9: Schätzungen aus nationalen und subnationalen Studien zur Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums (Anteil je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) 2001 bis 2005



(!) Regionale Schätzungen für England für den Zeitraum 2004/2005.

Anmerkung: Schwarzes Quadrat = Stichprobe mit nationaler Erfassung; blaues Dreieck = Stichprobe mit subnationaler Erfassung.

Das Muster der subnationalen Prävalenzschätzungen ist stark davon abhängig, ob und an welchen Orten in einem Land Studien durchgeführt wurden. Aufgrund der verschiedenen Methoden und Datenquellen der einzelnen Studien können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden.

Weitere Einzelheiten sind den Tabellen PDU-1, PDU-2 und PDU-3 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Knotenpunkte.

von drei bis vier Fällen je 1 000 Erwachsene schließen, ist jedoch mit Bedacht zu interpretieren. Eine solche Prävalenzrate würde bedeuten, dass in der EU und Norwegen etwa 1,1 Millionen (0,9 bis 1,3 Millionen) injizierende Drogenkonsumenten leben. Dabei handelt es sich vorwiegend um injizierende Opioidkonsumenten, es ist jedoch durchaus möglich, dass auch andere Drogen injiziert werden: Einige Länder berichten über ein signifikantes Problem im Zusammenhang mit dem injizierenden Konsum von Amphetamin oder Methamphetamin (Tschechische Republik, Slowakei, Finnland, Schweden).

Aus den Daten zur Behandlungsnachfrage abzuleitende Tendenzen des injizierenden Drogenkonsums

Aufgrund des Datenmangels ist es nur schwer möglich, Schlussfolgerungen hinsichtlich der Tendenzen des injizierenden Drogenkonsums zu ziehen. Einigen Aufschluss über diese Form des Drogenkonsums geben jedoch die Daten über Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begeben. Die Behandlungsnachfragen von Opioidkonsumenten können beispielsweise Hinweise auf Konsummuster in der Allgemeinbevölkerung geben. Der Anteil der IDU an den Heroinkonsumenten, die sich in

Behandlung begeben (2001 bis 2005), lässt hinsichtlich der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern erkennen. Insgesamt deuten diese Daten auf einen Rückgang des injizierenden Drogenkonsums hin: In Dänemark, Irland, Griechenland, Ungarn, dem Vereinigten Königreich und der Türkei wurden sinkende Prävalenzraten beobachtet. In einigen Ländern (in Spanien, den Niederlanden und Portugal) ist der Anteil der injizierenden Heroinkonsumenten an allen Heroinpacienten relativ klein. Dies ist jedoch keineswegs in allen Berichtsländern der Fall. Beispielsweise wird Heroin in einigen neuen Mitgliedstaaten vorwiegend injiziert. Es ist darauf hinzuweisen, dass bei nicht injizierenden Heroinkonsumenten unter Umständen andere Entwicklungen stattfinden.

Behandlung der Opioidabhängigkeit

Erhaltungstherapie

Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung von Heroin- oder Opioidabhängigen liegen inzwischen relativ belastbare Evidenzdaten vor, die durch Daten aus

Qualitätssicherung und Substitutionsbehandlung

Die Wirksamkeit jeder einzelnen Leistung ist von der Qualität der angebotenen Betreuung abhängig. Es wurden Bedenken hinsichtlich der schlechten Qualität einiger Substitutionsprogramme geäußert, da die Maßnahmen sich zu sehr auf Verschreibungen konzentrieren und das Angebot einer umfassenderen sozialen und medizinischen Unterstützung zu wenig Berücksichtigung findet. Zu den Kritikpunkten gehören darüber hinaus: mangelnde klinische Überwachung, schlechte Verschreibungspraktiken, die eine Abzweigung von Drogen in den illegalen Markt ermöglichen, und die Tatsache, dass niedrigdosierte Behandlungsprogramme nicht den klinischen Evidenzdaten zur *Effectiveness* Rechnung tragen (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

In vielen Ländern hat man diese Bedenken ernst genommen, und aus Dänemark, Deutschland und dem Vereinigten Königreich wird berichtet, dass derzeit Überprüfungen vorgenommen werden, um die Qualität der angebotenen Betreuung zu verbessern. In Dänemark wurde vor kurzem ein dreijähriges Projekt abgeschlossen, in dem die Auswirkungen umfassenderer psychosozialer Betreuung in der Substitutionsbehandlung dokumentiert und die Qualitätssicherungsverfahren überprüft wurden.

In Deutschland wurden kürzlich zwei Studien zur Untersuchung der Verfahren der Substitutionstherapie durchgeführt: Die COBRA-Studie befasste sich mit den Möglichkeiten für eine Verbesserung der Betreuung, während im Rahmen des Projekts ASTO eine Untersuchung von Aspekten der Qualitätssicherung vorgenommen und auf dieser Grundlage ein neues Handbuch für Arztpraxen ausgearbeitet wurde. Im Vereinigten Königreich

wurde vor kurzem in England ein Audit durchgeführt, um die Verschreibungs- und klinische Behandlungspraxis zu analysieren und zu bewerten, inwieweit diese den vorhandenen Behandlungsleitlinien entsprechen.

Die Verfügbarkeit nationaler klinischer Leitlinien, Standards und Behandlungsprotokolle ist für die Gewährleistung der Qualität der Substitutionsbehandlung von großer Bedeutung. Den Berichten zufolge werden gegenwärtig in Dänemark, Irland, Ungarn, Portugal, dem Vereinigten Königreich und Norwegen nationale klinische Leitlinien und Behandlungsprotokolle ausgearbeitet oder überprüft. Die Slowakei hat im Jahr 2004 einen Leitfaden für die Durchführung methadongestützter Therapien herausgegeben. In den Niederlanden erfolgen Erhaltungstherapien nun zunehmend nach Maßgabe medizinischer Behandlungsstandards, und die Verabreichung von Methadon wird in der ersten Behandlungsphase überwacht. In Österreich wurden im Jahr 2005 zwei Erlasse erarbeitet, in denen mit Blick auf die Verbesserung der Substitutionsbehandlung der Rahmen für die medikamentengestützte Therapie sowie Maßnahmen zum überwachten Konsum festgelegt und Regelungen für in diesem Bereich tätige Ärzte getroffen wurden.

Nationale Überwachungssysteme für die Berichterstattung über Patienten in Substitutionsprogrammen liefern ebenfalls wertvolle Informationen für die Beurteilung der Qualität und Verfügbarkeit von Diensten. Derzeit gibt es den Berichten zufolge in 17 Mitgliedstaaten solche Systeme. In Belgien und Luxemburg sind nationale Substitutionsregister in Vorbereitung, und in der Tschechischen Republik wird das vorhandene Register gegenwärtig auf alle Gesundheitseinrichtungen ausgeweitet.

Studien über Behandlungsergebnisse und kontrollierten Versuchen untermauert werden (ein Überblick ist Gossop, 2006 zu entnehmen). Diese Daten belegen, dass die Substitutionstherapie positive Ergebnisse zeitigt: Verringerung des Konsums illegaler Drogen, Eindämmung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen, sinkende Kriminalität und Verbesserung des Sozialverhaltens. Substitutionsprogramme umfassen in der Regel neben der Verschreibung auch andere Maßnahmen, die eine Verhaltensänderung unterstützen sollen. Grundsätzlich besteht in diesem Bereich Einigkeit darüber, dass die Einbettung dieser Programme in den breiteren Rahmen der medizinischen Versorgung und sozialen Betreuung ein bewährtes Verfahren darstellt.

Verschreibungspraxis für Substitutionsbehandlungen in Europa

In den vergangenen 15 Jahren ist das Angebot von Therapien für Heroinabhängige in der EU erheblich erweitert worden. Den verfügbaren Daten zufolge ist dies in erster Linie darauf zurückzuführen, dass das Angebot von Substitutionsbehandlungen in den EU-15-Mitgliedstaaten seit 1993 um mehr als das Siebenfache gestiegen ist.

Mit Ausnahme von fünf Ländern (Tschechische Republik, Frankreich, Lettland, Finnland, Schweden) ist grundsätzlich Methadon die am weitesten verbreitete Substitutionsdroge

und kommt in 72 % aller Substitutionsbehandlungen zum Einsatz ⁽¹²¹⁾. In der Regel erfolgen methadongestützte Therapien in spezialisierten ambulanten Einrichtungen. In einigen Ländern werden sie jedoch auch in hausärztlichen Praxen oder, nachdem die Patienten stabilisiert wurden, in gemeindebasierten Betreuungseinrichtungen durchgeführt. Für die Abgabe von Methadon gibt es unterschiedliche Verfahrensweisen: Zuweilen ist es ausschließlich in spezialisierten Einrichtungen verfügbar, die auch die Applikation überwachen, in einigen Ländern, wie beispielsweise dem Vereinigten Königreich, spielen aber auch Apotheken eine wichtige Rolle, während manche Länder auch eine Take-home-Verordnung erlauben.

In den letzten Jahren bestand in der gesamten EU ein Interesse an zusätzlichen pharmakologischen Wirkstoffen für die Behandlung der Drogenabhängigkeit, und insbesondere Buprenorphin findet zunehmend Verbreitung. Slowenien gehört seit 2005 und Malta seit Mai 2006 zu den europäischen Ländern, die eine buprenorphingestützte Erhaltungstherapie in spezialisierten Einrichtungen gestatten ⁽¹²²⁾, und derzeit sind Bulgarien, Ungarn, Polen und Rumänien die einzigen Länder, in denen diese Behandlungsoption nicht verfügbar ist.

Ein Grund für das Interesse am Einsatz von Buprenorphin liegt darin, dass diese Substanz für die ambulante Behandlung geeigneter ist als Methadon. Dieses komplexe

⁽¹²¹⁾ Siehe Tabellen HSR-7, HSR-9 und HSR-11 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹²²⁾ Siehe Abbildung HSR-1 und Tabelle HSR-8 im *Statistical Bulletin 2007*.

Verfahren für die Genehmigung für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln in Europa

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) ist für die wissenschaftliche Beurteilung von Anträgen auf Erteilung der europäischen Genehmigung für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln zuständig. Für im Rahmen des zentralisierten Verfahrens zugelassene Arzneimittel wird eine einzige Genehmigung für das Inverkehrbringen erteilt, die in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union gültig ist.

Die Sicherheit sämtlicher zugelassener Arzneimittel wird überwacht. Diese Überwachung erfolgt durch das EU-Netz der nationalen Arzneimittelagenturen, in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Gesundheitswesens und den Pharmaunternehmen selbst.

Die EMA veröffentlicht für jedes im zentralisierten Verfahren zugelassene Arzneimittel, für das eine Genehmigung für das Inverkehrbringen erteilt wurde, einen Europäischen Öffentlichen Beurteilungsbericht (EPAR). Diese Berichte werden gemeinsam mit einer in allen Amtssprachen der EU verfügbaren Zusammenfassung für die Öffentlichkeit auf der Website der EMA (<http://www.ema.europa.eu/>) veröffentlicht. Die EMA arbeitet zudem mit der EBDD und Europol zusammen, um die Ermittlung neuer Bedrohungen durch Drogen in Europa nach Maßgabe des Beschlusses des Rates zu unterstützen (siehe Kapitel 7).

Thema wird im ausgewählten Thema zu Buprenorphin im Jahresbericht 2005 eingehend erörtert. In den meisten Ländern darf Buprenorphin nur von speziell ausgebildeten, zugelassenen Ärzten verschrieben werden und unterliegt entsprechend seinem kontrollierten Status nach Maßgabe der internationalen Übereinkommen (Anhang III des Übereinkommens gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen aus dem Jahr 1988) bestimmten Regelungen.

Buprenorphin wird in Form von Sublingualtabletten in Verkehr gebracht, und obwohl es als zu injizierende Substanz nicht sehr beliebt ist, gibt es Berichte darüber, dass die Tabletten aufgelöst und injiziert werden. Der potenzielle Missbrauch von Buprenorphin wird durch die Berichte einiger Länder über die Abzweigung der Droge für den illegalen Markt untermauert. Um den illegalen Buprenorphinkonsum einzudämmen, wurde ein neues Präparat entwickelt, das eine Kombination aus Buprenorphin und Naloxon enthält. Dieses Präparat wurde im Jahr 2006 unter dem Namen Suboxone für den europäischen Markt zugelassen.

Im Januar 2007 führten die Niederlande die heroingestützte Behandlung als mögliche Therapie für Opioidabhängige ein und erhöhten die Zahl der Therapieplätze auf etwa 1 000. Die Niederlande und das Vereinigte Königreich sind somit die einzigen zwei europäischen Länder, in denen diese Behandlungsoption verfügbar ist. Insgesamt kommt die heroingestützte Behandlung in Europa nur bei sehr wenigen Patienten zur Anwendung und ist in der Regel extrem chronischen Fällen vorbehalten, in denen sich andere therapeutische Maßnahmen als erfolglos erwiesen

haben. Die Wirksamkeit von Heroin als Substitutionsmittel wurde sowohl in Spanien (March et al., 2006) als auch in Deutschland (Naber und Haasen, 2006) in experimentellen Forschungsstudien untersucht. Beide Studien berichteten über positive Behandlungsergebnisse und zeigten, dass dieser Ansatz ein geeignetes Behandlungsverfahren für sozial ausgegrenzte Opioidkonsumenten mit schwerwiegenden Problemen darstellen könnte, bei denen andere Behandlungsformen nahezu wirkungslos geblieben sind. Diese und frühere Untersuchungen über die Verschreibung von Heroin haben die Diskussion über die Notwendigkeit, dieses Behandlungsverfahren verstärkt anzubieten, angestoßen.

Behandlungsdaten

Die EBDD erhebt zwei Arten von Informationen, um die Behandlung in Europa darzustellen. Der Indikator Behandlungsnachfrage basiert auf der Beobachtung der charakteristischen Merkmale der Patienten, die sich in Europa in Behandlung begeben. Darüber hinaus sind die Mitgliedstaaten gehalten, Daten über die Gesamtstruktur und Verfügbarkeit von Diensten zur Verfügung zu stellen.

Daten zum Indikator Behandlungsnachfrage

Die Daten aus der Überwachung der Patienten, die sich in Europa in Behandlung begeben, geben nicht nur Aufschluss über die allgemeine epidemiologische Situation im Hinblick auf die Konsummuster und Tendenzen, sondern auch über die relative Nachfrage und die Verfügbarkeit unterschiedlicher Behandlungsformen. Die Interpretation der verfügbaren Daten gestaltet sich daher insofern schwierig, als ein Anstieg der Zahl der wegen eines bestimmten Drogenproblems behandelten Patienten zum einen auf eine wachsende Nachfrage nach Behandlungsdiensten und zum anderen auf eine zunehmende Verfügbarkeit eines bestimmten Dienstes hinweisen kann. Um die Analyse dieser Daten zu erleichtern, wird zwischen neuen Behandlungsnachfragen einerseits und den Behandlungsnachfragen insgesamt unterschieden. Dabei geht man davon aus, dass die neuen Behandlungsnachfragen besser für die Beobachtung der Veränderungen in den breiten Konsummustern geeignet sind, während die Behandlungsnachfragen insgesamt die Nachfrage im gesamten Behandlungssektor besser zum Ausdruck bringen.

Die verfügbaren Daten zum Indikator Behandlungsnachfrage erfassen nicht alle in Drogenbehandlung befindlichen Patienten, deren Zahl wesentlich größer ist, sondern lediglich die Patienten, die im Berichtsjahr eine Behandlung beantragen. Derzeit (im Jahr 2007) wird jedoch ein Pilotprojekt durchgeführt, das darauf abzielt, die europäische Datenerhebung auf in fortlaufender Behandlung befindliche Patienten auszuweiten⁽¹²³⁾ und den Erfassungsgrad der Berichterstattung durch die nationalen Systeme zu bewerten.

In vielen Ländern werden nach wie vor Opiode, vor allem Heroin, von den meisten Patienten, die sich in Behandlung begeben, als Primärdroge angegeben. In etwa 40 % der 326 000 im Jahr 2005 insgesamt zum Indikator

⁽¹²³⁾ Siehe <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1420> (Meeting Report 2006).

Behandlungsnachfrage gemeldeten Fälle wurden Opiode als Primärdrugs erfasst, wobei etwa 46 % dieser Patienten angaben, die Droge zu injizieren ⁽¹²⁴⁾.

Einige Länder melden einen signifikanten Anteil von Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit anderen Opioiden als Heroin. In Finnland geben den Berichten zufolge 41 % der Drogenpatienten andere Opiode, vor allem Buprenorphin, als Primärdrugs an, und in Frankreich konsumieren 7,5 % aller Patienten Buprenorphin. Im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden konsumieren 4 % der Patienten Methadon als Primärdrugs. In Spanien, Lettland und Schweden begeben sich zwischen 5 % und 7 % der Drogenpatienten wegen des primären Konsums anderer Opiode als Heroin oder Methadon in Behandlung, wobei die Art der Opiode nicht näher spezifiziert wird ⁽¹²⁵⁾. In Ungarn, wo seit langem Produkte aus selbstangebautem Mohn konsumiert werden, stehen etwa 4 % der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Opium.

Die meisten Opioidkonsumenten werden von ambulanten Behandlungseinrichtungen gemeldet. In Schweden jedoch werden 71 % der Opioidpatienten von stationären Einrichtungen gemeldet, was darauf hinweist, dass die Dienste in diesem Land anders strukturiert sind. Auch im Vereinigten Königreich beantragt ein geringer Anteil (3 %) der Opioidpatienten eine stationäre Behandlung ⁽¹²⁶⁾. In den wenigen Ländern, die Daten zur Behandlungsnachfrage in niedrighschwelligsten Diensten zur Verfügung stellen, beantragt ein signifikanter Anteil der Drogenpatienten wegen des Konsums von Opioiden als Primärdrugs eine Behandlung ⁽¹²⁷⁾.

Den Datenreihen aus dem Indikator Behandlungsnachfrage zufolge steigt der relative Anteil der Behandlungsnachfragen von Patienten, die keine Opiode konsumieren, und auch die tatsächlichen Zahlen der Erstpatienten, die wegen des Konsums von Opioiden eine Behandlung beantragen, gehen in vielen Ländern zurück: Die absolute Zahl der gemeldeten neuen Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Heroin als Primärdrugs sank von 80 000 Fällen im Jahr 1999 auf 51 000 im Jahr 2005 ⁽¹²⁸⁾.

Ausmaß der Drogensubstitutionsbehandlungen

In den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen wurden im Jahr 2005 schätzungsweise mindestens 585 000 Drogensubstitutionsbehandlungen durchgeführt. Diese Schätzung basiert auf der in den meisten Ländern stattfindenden Behandlungsüberwachung und bietet einen Überblick über die Verfügbarkeit von Behandlungsdiensten. Die geschätzten Zahlen sind wahrscheinlich als Mindestwerte zu verstehen, da davon auszugehen ist, dass bei manchen Behandlungsformen nicht alle Fälle gemeldet werden. Dies könnte beispielsweise bei Therapien der Fall sein, die von Allgemeinärzten oder in Haftanstalten durchgeführt werden.

Die große Mehrheit der in Behandlung befindlichen Patienten (97 %) wird von den EU-15-Mitgliedstaaten gemeldet, auf die auch die meisten Behandlungsnachfragen (80 %) in der Datenreihe zum Indikator Behandlungsnachfrage entfallen. Dies entspricht einem Anstieg um mehr als das Siebenfache seit 1993. Damals wurde die Zahl der Substitutionsbehandlungen auf etwa 73 000 geschätzt (Farrell, 1995). Die Daten belegen, dass die Patientenzahlen in der EU und Norwegen von 2003 bis 2005 um etwa 15 % gestiegen sind, wobei die höchsten Zuwächse in Deutschland (geschätzter Anstieg um 8 300 Fälle), Frankreich (5 706), Italien (6 234), Portugal (4 168) und dem Vereinigten Königreich (41 500) verzeichnet wurden ⁽¹²⁹⁾. Eine Stabilisierung der Zahl der Patienten in Substitutionsbehandlung wurde im Jahr 2005 aus den Niederlanden (122 Fälle je 100 000 Einwohner) und Luxemburg (355 Fälle je 100 000 Einwohner) gemeldet.

Der stärkste relative Anstieg wurde im Zeitraum 2003 bis 2005 auch (aber nicht nur) in einigen neuen Mitgliedstaaten beobachtet. Erhebliche Zunahmen (über 40 %) wurden unter anderem aus Bulgarien, Estland, Griechenland, Litauen, Rumänien und Norwegen gemeldet. Damit ging in vielen dieser Länder eine geografische Ausweitung der Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen einher. Das Angebot von Substitutionsbehandlungen ist nicht in allen Mitgliedstaaten gestiegen: In Ungarn, Polen und der Slowakei ist die Situation den Berichten zufolge relativ stabil geblieben, während die Patientenzahl im hochschwelligsten Methadonprogramm Lettlands tatsächlich von 67 auf 50 zurückgegangen ist. In zwei Ländern, in denen in der Vergangenheit ein umfangreiches Angebot vorhanden war (Spanien und Malta), ist dieses in der letzten Zeit gesunken, was möglicherweise auf die Gesamtnachfrage in diesen Ländern zurückzuführen ist.

Die Zusammenhänge zwischen wiederholten Behandlungsnachfragen, der Zahl der Erhaltungstherapien und der Prävalenz des problematischen Opioidkonsums sind komplex. Das Ausmaß, in dem Patienten wiederholt Behandlungen beantragen, und die Zahl der Patienten in Drogenerhaltungsprogrammen sind von den historischen Entwicklungen der Inzidenz und Prävalenz des Opioidkonsums sowie von der Organisation und Art der Behandlungsdienste abhängig. Für einige Länder kann der Anteil der Patienten in Erhaltungstherapie an den problematischen Opioidkonsumenten anhand der Prävalenzschätzungen für den Opioidkonsum berechnet werden.

Für die EU-Länder, die für 2005 Schätzungen des problematischen Opioidkonsums vorgelegt haben, wurde das Ausmaß der Substitutionsbehandlung unter problematischen Opioidkonsumenten berechnet (Abbildung 10). Die Ergebnisse belegen signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern, wobei die Raten zwischen unter 10 %

⁽¹²⁴⁾ Daten aus etwa 20 Ländern verfügbar; siehe Abbildung TDI-2 und Tabelle TDI-5 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹²⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-114 im *Statistical Bulletin 2007*.

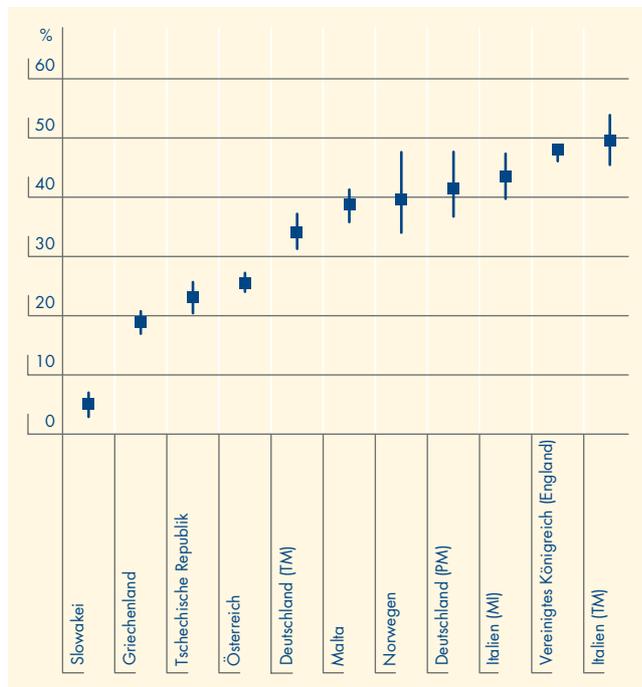
⁽¹²⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹²⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-119 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹²⁸⁾ Siehe Tabelle TDI-1 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹²⁹⁾ Siehe Tabelle HSR-7 im *Statistical Bulletin 2007*.

Abbildung 10: Anteil der Patienten in opioidgestützter Erhaltungstherapie an der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten, 2005



Anmerkung: Diese Daten sind nur für neun Länder verfügbar. Das Symbol bezeichnet eine Punktschätzung, ein Balken ein Unsicherheitsintervall infolge der Schätzverfahren. Für die Schätzung der Zahl der Opioidkonsumenten werden unterschiedliche Methoden herangezogen: TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); PM = Police Multiplier (Polizei-Multiplikator); MI = Multivariate Indicator. Ist keine Methode angegeben, bezeichnet die dargestellte Linie ein Intervall zwischen dem niedrigsten und dem höchsten geschätzten Wert. Weitere Einzelheiten sind der Abbildung HSR-3 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Knotenpunkte.

(Slowakei) und etwa 50 % (Italien) der Opiatkonsumenten liegen. Die Daten zeigen jedoch, dass es notwendig ist, die Verfügbarkeit von Behandlungsoptionen in allen Ländern zu prüfen, um sicherzustellen, dass das Angebot groß genug ist, um dem geschätzten Bedarf zu entsprechen.

Trotz der in jüngster Zeit beobachteten gewissen Zunahme der Substitutionsbehandlungen in den baltischen und mitteleuropäischen Staaten ist die Zahl dieser Behandlungen im Vergleich zur geschätzten Zahl der Opioidkonsumenten in diesen Mitgliedstaaten nach wie vor klein. Die einzige Ausnahme bildet hier Slowenien. Aus einer Schätzung aus Estland geht hervor, dass in den vier großen Ballungszentren nur für 5 % der Heroinkonsumenten Substitutionsprogramme zur Verfügung stehen und dieser Anteil auf Landesebene bei nur 1 % liegt.

Behandlungsnachfragen wegen Opioidkonsums

Der Anteil der Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Opioiden als Primärdroge lässt gewisse Rückschlüsse auf die relative Prävalenz des problematischen Konsums illegaler Opiode zu, der eine (weitere) Behandlung erforderlich macht. Andererseits spielen hier jedoch auch die Organisation der Behandlungsdienste und des Meldesystems eine Rolle.

Die einzelnen Länder verzeichnen unterschiedliche Anteile von Patienten, die sich wegen des Konsums von Opioiden in Behandlung begeben. Den jüngsten verfügbaren Daten zufolge entfallen in 12 Ländern 40 % bis 70 %, in sieben Ländern weniger als 40 % und in sechs Ländern über 70 % aller Behandlungsnachfragen auf Opioidkonsumenten ⁽¹³⁰⁾.

Der prozentuale Anteil der Anträge im Zusammenhang mit Heroin an allen Behandlungsnachfragen ist von 74 % im Jahr 1999 auf 61 % im Jahr 2005 zurückgegangen. Bulgarien und das Vereinigte Königreich melden als einzige Länder keine rückläufige Entwicklung ⁽¹³¹⁾.

Der absolute Rückgang der neuen Behandlungsnachfragen wegen Opioidkonsums, vor allem im Zusammenhang mit dem Heroinkonsum, wird durch die Entwicklung der Zahl der Heroinpatienten, die erstmals eine Behandlung beantragen, bestätigt: Mit Ausnahme Bulgariens und Griechenlands ist der Anteil der neuen Behandlungsanträge wegen des Konsums von Heroin als Primärdroge an allen Erstpatienten in den letzten sieben Jahren in allen Ländern zurückgegangen. Zwischen 1999 und 2005 ist der prozentuale Anteil der neuen Heroinpatienten an allen Erstpatienten von 70 % auf 37 % gesunken.

Patienten, die eine Behandlung beantragen

Die Patienten, die eine Behandlung wegen Opioidproblemen beantragen, sind im Vergleich zu den Patienten, die sich wegen des Konsums anderer Drogen in Behandlung begeben, tendenziell relativ alt ⁽¹³²⁾ und leben unter schlechteren sozialen Bedingungen. Im Zusammenhang mit Opioidpatienten werden in den Berichten hohe Arbeitslosenraten, ein niedriges Bildungsniveau und Obdachlosenraten zwischen 10 % und 18 % genannt.

Die meisten Patienten (60 %) geben an, im Alter von unter 20 Jahren erstmals Opiode konsumiert zu haben. Ein Erstkonsum im Alter von über 25 Jahren ist sehr selten ⁽¹³³⁾. Zwischen dem Erstkonsum und der ersten Behandlungsnachfrage vergehen durchschnittlich sieben bis acht Jahre: Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum liegt bei 22 Jahren, das Durchschnittsalter bei der ersten Behandlungsnachfrage bei 29 bis 30 Jahren. Die Patienten,

⁽¹³⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-5 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹³¹⁾ Siehe Abbildung TDI-3 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹³²⁾ Siehe Tabelle TDI-10 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹³³⁾ Siehe Tabellen TDI-11, TDI-107 und TDI-109 im *Statistical Bulletin 2007*.

die Anträge auf stationäre Behandlung stellten, waren in der Regel ein wenig älter als die ambulanten Patienten, und die Daten lassen auf eine kurze Zeitspanne zwischen der ersten Behandlung und nachfolgenden Therapien schließen.

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt bei ambulanten Opioidpatienten 3:1 und bei stationären Patienten 4:1. Dabei wurden jedoch Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt: In den südeuropäischen Ländern ist der Anteil der Männer an den Patienten in der Regel höher.

Die Opioidpatienten, die europaweit eine Behandlung in Anspruch nehmen und bei denen die Applikationsform bekannt ist, sind durchschnittlich zu 58 % injizierende Drogenkonsumenten (bei den Erstpatienten liegt dieser Anteil bei 53 %). Den höchsten Anteil injizierender Drogenkonsumenten melden Rumänien, die Tschechische

Republik und Finnland, während die niedrigsten Anteile in den Niederlanden, Dänemark und Spanien festgestellt wurden ⁽¹³⁴⁾.

Die meisten Opioidpatienten sind polyvalente Drogenkonsumenten und konsumieren Opioide in Kombination mit einer Sekundärdrugs. Dabei handelt es sich vorwiegend um andere Opioide (35 %), Kokain (23 %) und Cannabis (17 %) ⁽¹³⁵⁾.

Den Berichten einiger Länder zufolge ist die Opioidabhängigkeit häufig mit anderen psychiatrischen Störungen verbunden. Diese Beobachtung wurde auch in zahlreichen klinischen Studien gemacht, die darauf hinweisen, dass schwere Depressionen, Angststörungen sowie antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei Opioidkonsumenten relativ weit verbreitet sind (Mateu et al., 2005).

⁽¹³⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-4 und TDI-5 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹³⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-23 im *Statistical Bulletin 2007*.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 7

Neue und sich abzeichnende Tendenzen beim Drogenkonsum und Maßnahmen betreffend neue Drogen

Durch sich abzeichnende Tendenzen beim Drogenkonsum werden häufig die zuvor verbreiteten Tendenzen aufgenommen, erweitert oder ersetzt, und es stellt sich die Frage, warum psychoaktive Substanzen konsumiert werden. Daher müssen sich abzeichnende Tendenzen beim Drogen- und Alkoholkonsum nicht nur im Zusammenhang mit Veränderungen der Regierungspolitik, sondern auch in ihrem Verhältnis zueinander und im breiteren Kontext der aktuellen Modetrends und soziokulturellen Veränderungen von Freizeitbeschäftigungen begriffen werden.

Durch die Entwicklungen im Bereich der Informationstechnologie und Kommunikationsmedien, insbesondere durch das Internet, sind Kanäle entstanden, die die Verbreitung neuer Trends erleichtern und Möglichkeiten der Meinungsäußerung über den Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken bieten.

Neue oder sich verändernde Muster des Drogenkonsums zeichnen sich in der Regel auf lokaler oder Stadtebene ab, und in nur sehr wenigen Mitgliedstaaten gibt es beispielsweise Überwachungssysteme, mit denen sich das Ausmaß tödlicher und nicht-tödlicher Vergiftungen durch den Konsum neuer oder aufkommender psychoaktiver Substanzen bemessen lässt. Die zusammengetragenen Informationen über entstehende Tendenzen beim Drogenkonsum in Europa ermöglichen zwangsläufig nur einen bruchstückhaften Überblick und werden durch Triangulation von Daten aus den unterschiedlichsten Quellen bewertet.

In diesem Kapitel werden die jüngsten Entwicklungen im Bereich des illegalen Konsums psychoaktiver Substanzen dargestellt, die nicht routinemäßig von den zentralen Drogenindikatoren erfasst werden und erst vor kurzem von politischen Entscheidungsträgern als mögliches Problem erkannt oder von den Medien aufgegriffen wurden.

Piperazine: neue psychoaktive Substanzen

Die signifikanteste Entwicklung der letzten Jahre im Bereich der neuen psychoaktiven Substanzen ist die Verbreitung verschiedener neuartiger Piperazinderivate, von denen einige zwischen 2004 und 2006 auf den europäischen Markt gelangt sind.

Bei dieser Gruppe synthetischer Substanzen handelt es sich um Derivate der Ausgangsverbindung Piperazin. Zu ihnen gehören unter anderem BZP (1-Benzylpiperazin) und mCPP (1-(3-Chlorphenyl)piperazin). Diese beiden Substanzen sind

bei Anbietern chemischer Substanzen sowie im Internet weithin erhältlich, und die illegale Herstellung beschränkt sich in erster Linie auf Tabletten oder Kapseln.

BZP

Im Rahmen von Studien wurden die physiologischen und subjektiven Wirkungen von BZP und Amphetaminen verglichen. Dabei stellte man fest, dass die Stärke von BZP etwa ein Zehntel der Stärke von Dexamphetamin beträgt.

In den letzten Jahren begannen zahlreiche Händler mit der aggressiven Vermarktung BZP-haltiger Produkte als legaler Alternative zu Ecstasy und boten diese – teilweise unter dem Namen „Ecstasy“ – in Printmedien, auf Websites, in speziellen Shops sowie an Ständen in Clubs und bei Festivals an. BZP wird in unterschiedlichen Kombinationen mit anderen Piperazinen vertrieben, wobei einige der Verbindungen, vor allem die Kombination aus BZP und TFMP (1³⁶) dieselbe Wirkung erzielen sollen wie Ecstasy. Diese Produkte werden in der Regel ausdrücklich als piperazinhaltig gekennzeichnet, jedoch häufig fälschlich als „natürlich“ oder „pflanzlich“ dargestellt.

Die in der EU über die entstehenden Tendenzen beim Drogenkonsum erhobenen Daten zeigen, dass diese unter Umständen die entsprechenden Verbrauchertrends in den legalen Märkten widerspiegeln. Beispielsweise könnte der Verkauf rein synthetischer Substanzen wie BZP unter dem Deckmantel eines „natürlichen“ oder „pflanzlichen“ Produkts auf das größere Interesse der Verbraucher an Naturprodukten abzielen. Darüber hinaus wird die Wahrnehmung von BZP als sichere Substanz durch die Tatsache gefördert, dass die Produkte häufig nicht auf der Straße, sondern durch spezielle Einzelhändler oder in Fachgeschäften verkauft werden.

BZP wurde in 14 EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Deutschland, Irland, Griechenland, Frankreich, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Spanien, Schweden, Finnland, Vereinigtes Königreich) und in Norwegen nachgewiesen.

Es gibt einige Belege für die Gesundheitsrisiken von BZP, das offenbar eine geringe Sicherheitsmarge aufweist, wenn es in der Freizeit konsumiert wird. Aus dem Vereinigten Königreich wurde über Fälle berichtet, in denen BZP-Vergiftungen klinisch überwacht wurden. Dabei wurde BZP in der toxikologischen Analyse als einzige konsumierte psychoaktive Substanz nachgewiesen, und

^[136] 1-(3-Trifluoromethylphenyl)piperazin.

die Konsumenten litten an schweren Nebenwirkungen, die in einigen Fällen zu medizinischen Notfällen führten. Es konnten jedoch keine Todesfälle unmittelbar auf BZP zurückgeführt werden. Im März 2007 reagierte die EU auf die zunehmende Besorgnis über den Konsum von BZP, indem sie die Durchführung einer formalen Bewertung der mit dieser Substanz verbundenen gesundheitlichen und sozialen Risiken forderte ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

mCPP erzeugt ähnliche stimulierende und halluzinogene Wirkungen wie Ecstasy (MDMA). Tabletten, die mCPP enthalten, sehen häufig aus wie Ecstasy und werden fast immer als solches gehandelt. Zuweilen wird auch eine Kombination beider Drogen nachgewiesen. Es ist davon auszugehen, dass mCPP beigemischt wird, um eine Verstärkung oder Veränderung der Wirkung des MDMA zu erzielen.

Seit 2004 wurde mCPP in 26 Mitgliedstaaten (die einzige Ausnahme bildet Zypern) und in Norwegen nachgewiesen. Damit ist es die in der EU am weitesten verbreitete neue psychotrope Substanz seit im Jahr 1997 die Überwachung im Rahmen des Frühwarnsystems eingeführt wurde.

Innerhalb der Europäischen Union wurde bisher über keine schweren Vergiftungen oder Todesfälle im Zusammenhang mit mCPP berichtet. Es gibt kaum Belege dafür, dass mit dieser Substanz ein besonders hohes Risiko einer akuten Vergiftung verbunden ist; allerdings ist die chronische Toxizität (bei Langzeitkonsum) bisher noch nicht festgestellt.

Sexualstraftaten unter Einsatz von Drogen

Seit den 80er Jahren wird in den Medien und in der medizinischen Literatur zunehmend über Sexualstraftaten berichtet, bei denen dem Opfer heimlich Drogen in ein Getränk gemischt werden, um es gefügig zu machen. Gerichtsmedizinische Beweise für diese Art Verbrechen sind jedoch gemeinhin schwer zu erbringen. Gerichtsmedizinische Studien zeigen, dass in Fällen angeblicher Sexualstraftaten oftmals hohe Konzentrationen von Alkohol und verschreibungspflichtigen Benzodiazepinen nachgewiesen werden (in über 80 % der Fälle in Frankreich und in 30 % der Fälle im Vereinigten Königreich). Da Drogen wie GHB jedoch nur innerhalb eines engen Zeitfensters nachweisbar sind, ist ihre Beteiligung in Fällen angeblicher Straftaten, die nicht unverzüglich gemeldet werden, nur schwer zu beweisen. Die verfügbaren gerichtsmedizinischen Evidenzdaten aus den seit dem Jahr 2000 (im Vereinigten Königreich, Frankreich, den Vereinigten Staaten und Australien) durchgeführten Studien zeigen, dass die heimliche Verabreichung von Drogen im Zusammenhang mit Sexualstraftaten offenbar wenig verbreitet ist, wobei es durchaus möglich ist, dass die tatsächliche Inzidenz infolge der nicht oder verspätet gemeldeten Fälle höher ist.

GHB

Der freie Verkauf von GHB ⁽¹³⁸⁾ über das Internet wurde eingeschränkt, seitdem diese Substanz im März 2001 in Anhang IV des Übereinkommens der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe aufgenommen wurde. Somit sind alle EU-Länder verpflichtet, GHB im Rahmen ihrer Rechtsvorschriften über psychotrope Substanzen zu kontrollieren. Zu therapeutischen Zwecken wird GHB in Frankreich und Deutschland in der Anästhesie und in Österreich und Italien im Rahmen des Alkoholentzugs eingesetzt. Im Juni 2005 empfahl der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der EMEA die Erteilung einer Genehmigung für das Inverkehrbringen des Arzneimittels Xyrem (mit dem wirksamen Bestandteil GHB) zur Behandlung der Narkolepsie mit Kataplexie bei erwachsenen Patienten (EMA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB kann aus den Grundstoffen Gamma-Butyrolacton (GBL) und 1,4-Butandiol (1,4-BD) einfach hergestellt werden. Diese Lösungsmittel werden in der Industrie weithin eingesetzt und sind im Handel frei verfügbar. Angesichts des potenziellen Missbrauchs dieser Grundstoffe haben einige Länder beschlossen, eine oder beide Substanzen im Rahmen ihrer Drogengesetzgebung oder anderer Rechtsvorschriften zu kontrollieren (Italien, Lettland, Schweden). Da GBL in den meisten Mitgliedstaaten nicht kontrolliert wird und über Online-Anbieter chemischer Substanzen einfach zu beziehen ist, sind einige GHB-Konsumenten offenbar dazu übergegangen, GBL zu konsumieren. Qualitative Analysen von Online-Foren zum Thema GHB und Drogen im Vereinigten Königreich, in Deutschland und den Niederlanden lassen darauf schließen, dass die Konsumenten GBL von Anbietern chemischer Substanzen beziehen, die GBL für verschiedene legale Verwendungszwecke vertreiben.

Prävalenz und Konsummuster

Alle verfügbaren Datenquellen zeigen, dass die Gesamtprävalenz des GHB-Konsums niedrig ist und signifikante Prävalenzraten lediglich in bestimmten Teilgruppen der Bevölkerung festgestellt werden. Im Rahmen einer im Vereinigten Königreich durchgeführten Interneterhebung stellte man fest, dass GHB häufiger zuhause (67 %) konsumiert wird als in Nachtlokalen (26 %) (Sumnall et al., 2007). Bei einer im Jahr 2005 durchgeführten Umfrage unter 408 Pub-Besuchern in Amsterdam wurden unter den Besuchern von Homosexuellen-Bars und In-Cafés signifikant höhere Lebenszeitprävalenzschätzungen des GHB-Konsums festgestellt (17,5 % bzw. 19 %) als unter den Gästen in normalen Lokalen und Cafés sowie in Studentenkneipen und -cafés (5,7 % bzw. 2,7 %) (Nabben et al., 2006).

Tendenzen

Aufgrund des Datenmangels ist eine Bewertung der Tendenzen beim GHB-Konsum kaum möglich. Allerdings

⁽¹³⁷⁾ Siehe <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>.

⁽¹³⁸⁾ Der Terminus GHB schließt den möglichen Konsum von GBL oder 1,4-BD ein.

⁽¹³⁹⁾ Siehe „Verfahren für die Genehmigung für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln in Europa“, S. 70.

Das Internet als Informationsquelle für sich abzeichnende Tendenzen beim Drogenkonsum

Im Jahr 2004 gab mehr als ein Drittel der jungen Menschen in der EU an, sich gegebenenfalls im Internet über Drogen zu informieren (Eurobarometer, 2004). Wenn junge Menschen online nach Informationen über Drogen suchen, stellt sich die Frage, inwieweit die ihnen zugänglichen Daten objektiv und korrekt sind. Es gibt zahlreiche Websites, die sich mit Drogenthemen befassen. Einige von ihnen werden von der Regierung unterstützt, andere werden von Lobbygruppen, Verbraucherorganisationen oder Interessenvereinigungen betrieben. Mit dem Internet wurde jedoch nicht nur eine Quelle für Informationen über Drogen geschaffen, sondern auch ein Marktplatz für sowohl legale als auch illegale Drogen, auf dem über Websites illegale Drogen und legale Alternativen angeboten werden. Indem Online-Drogenhändler das Marketingpotenzial des Internet nutzen und Online-Vertriebsstrategien verfolgen, die sowohl den Bedürfnissen der Konsumenten als auch den sich verändernden rechtlichen und marktspezifischen Gegebenheiten hervorragend entgegenkommen, sind sie zunehmend in der Lage, neue Formen des Drogenkonsums oder neue Produkte zu verbreiten.

Im Rahmen des Projekts E-POD (*European perspectives on drugs* [Europäische Drogenperspektiven]) untersucht die EBDD Möglichkeiten, das Internet als Informationsquelle für sich abzeichnende Tendenzen beim Drogenkonsum zu nutzen. Darüber hinaus beginnt man auf EU-Ebene, im Internet zuverlässige Informationen über Themen im Zusammenhang mit der öffentlichen Gesundheit bereitzustellen: Das neue Portal der EU zur öffentlichen Gesundheit bietet Zugang zu einer Reihe europäischer Quellen, darunter auch zu drogenspezifischen Informationen (¹⁾).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>.

weisen die verfügbaren Evidenzdaten darauf hin, dass der Konsum von GHB auf einige kleine Teilgruppen der Bevölkerung beschränkt ist. Entsprechend den Daten aus Umfragen, die in Tanzlokalen in Belgien, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich durchgeführt wurden, könnte der Konsum von GHB in den Jahren 2000 bis 2003 seinen Höchststand erreicht haben und seitdem zurückgehen. Unklar ist jedoch, inwieweit diese Ergebnisse auf andere Teilgruppen übertragbar sind. Es ist darauf hinzuweisen, dass die telefonischen Drogen-Hotlines in Finnland im Jahr 2005 erstmals über Anrufe zum Thema GBL berichtet haben (FESAT, 2005).

Gesundheitsrisiken

Das größte Gesundheitsrisiko im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB ist offenbar das hohe Risiko eines Bewusstseinsverlusts, insbesondere wenn die Droge mit Alkohol oder anderen Sedativa kombiniert wird. Der Konsum von GHB kann auch andere Probleme mit sich bringen, darunter Koma, Absinken der Körpertemperatur, Hypotonie, Halluzinationen, Übelkeit, Erbrechen, Bradykardie und Atemdepression. Nach längerem Konsum wurde die Entwicklung einer physischen Abhängigkeit

von GHB beobachtet. Die mögliche Verunreinigung durch Lösungsmittel oder Schwermetalle birgt weitere Gesundheitsrisiken.

Seit 1993 haben fünf Mitgliedstaaten und Norwegen der EBDD durch GHB bedingte Todesfälle gemeldet: Dänemark und Italien (jeweils ein Fall), Finnland und Norwegen (jeweils drei Fälle) sowie Schweden und das Vereinigte Königreich (etwa 40 durch GHB verursachte Todesfälle).

In Amsterdam war die Zahl der nicht-tödlichen Notfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB im Jahr 2005 mit 76 Fällen wie bereits in den Vorjahren höher als die Zahl der Notfälle, die mit dem Konsum von halluzinogenen Pilzen (70 Fälle), Ecstasy (63 Fälle), Amphetamin (drei Fälle) und LSD (ein Fall) in Verbindung gebracht wurden. Verglichen mit anderen Substanzen war bei den GHB-Fällen überdurchschnittlich häufig (84 %) eine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich. Die Zahl der mit GHB in Zusammenhang stehenden Anfragen bei der nationalen Giftnformationszentrale der Niederlande ist im Jahr 2005 gegenüber 2004 um 27 % gestiegen (241 der insgesamt 1 383 Anfragen hatten GHB zum Gegenstand).

Risikominderung

Die Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB werden zumeist im Rahmen nationaler oder gemeindebasierter Projekte durchgeführt, die sich auf Nachtlokale konzentrieren, und umfassen in aller Regel Mitarbeiterschulungen und die Verbreitung von Informationen über die Risiken des GHB-Konsums (Deutschland, Frankreich, Niederlande, Österreich, Vereinigtes Königreich). Im Zentrum stehen dabei Empfehlungen, welche Vorsichtsmaßnahmen in Nachtlokalen ergriffen werden können, um dem unbeabsichtigten Konsum von mit GHB versetzten Getränken vorzubeugen, und welche Maßnahmen im Falle einer möglichen Überdosis angezeigt sind. Um auf Vorfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB oder anderen Drogen reagieren zu können, werden bei Großveranstaltungen zunehmend Teams eingesetzt, die bei Drogen- und Alkoholproblemen erste Hilfe leisten.

Neue psychoaktive Substanzen

Mit dem Beschluss 2005/387/JI des Rates vom 10. Mai 2005 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen wird ein System zum raschen Austausch von Informationen über neue psychoaktive Substanzen eingeführt, die eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung und die Gesellschaft darstellen können. In diesem Zusammenhang wurde der EBDD und Europol eine zentrale Rolle bei der Einführung eines Frühwarnsystems zur Ermittlung neuer psychoaktiver Substanzen übertragen, wobei auch die jeweiligen Netze – die nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netztes und die nationalen Europol-Stellen – stark in die Zusammenarbeit einbezogen wurden (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>.

Ketamin

Ketamin wird in der EU beobachtet, seit im Jahr 2000 erstmals Besorgnis über den Missbrauch dieser Substanz aufkam (EMCDDA, 2002). Auf nationaler Ebene wird Ketamin in fast der Hälfte der EU-Mitgliedstaaten nicht im Rahmen der Arzneimittelgesetzgebung, sondern durch die Drogengesetzgebung kontrolliert. In Schweden und im Vereinigten Königreich wurde Ketamin im Jahr 2005 bzw. 2006 in die Liste der Suchtstoffe aufgenommen. In einer kürzlich durchgeführten kritischen Untersuchung zu Ketamin kam die WHO zu dem Schluss, dass internationale Kontrollen Probleme hinsichtlich der Verfügbarkeit der Substanz für den Einsatz in der Humanmedizin in abgelegenen Regionen der Welt sowie in der Veterinärmedizin nach sich ziehen würden, da es keinen geeigneten Ersatzstoff gibt (WHO, 2006). Nach dieser Untersuchung forderte die Suchtstoffkommission der Vereinten

Nationen die Mitgliedstaaten in einem Resolutionsentwurf zur Reaktion auf die Bedrohung durch den Missbrauch und die Abzweigung von Ketamin auf, die Einführung eines Systems von Vorsichtsmaßnahmen in Erwägung zu ziehen, die von den Regierungsstellen einzusetzen wären, um die zeitnahe Aufdeckung von Ketamin-Abzweigungen zu erleichtern.

Über den Konsum von Ketamin liegen kaum epidemiologische Daten vor. Allerdings wurden bei einer kürzlich durchgeführten Schulumfrage im Vereinigten Königreich Lebenszeitprävalenzraten von unter 0,5 % festgestellt. Darüber hinaus sind einige Daten aus Erhebungen unter den Besuchern von Tanzlokalen verfügbar. Im Rahmen der unterschiedlichen Erhebungen in dieser stark gefährdeten Bevölkerungsgruppe wurden Lebenszeitprävalenzraten des Ketaminkonsums zwischen 7 % in einer tschechischen Studie und 21 % in einer ungarischen Stichprobe ermittelt.



Kapitel 8

Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Die der EBDD und dem Europäischen Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV, 2006) zur Verfügung gestellten Daten zeigen, dass in den meisten Ländern der Europäischen Union Ende 2005 niedrige HIV-Infektionsraten unter injizierenden Drogenkonsumenten festgestellt wurden. Dies könnte zumindest teilweise auf die erhöhte Verfügbarkeit von Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen wie Substitutionsbehandlungen sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen zurückzuführen sein, jedoch könnten auch andere Faktoren wie beispielsweise der in mehreren Ländern beobachtete Rückgang des injizierenden Drogenkonsums eine wichtige Rolle gespielt haben. Da jedoch die HIV-Übertragungsraten unter IDU in mehreren Ländern und Regionen der EU im Jahr 2005 wahrscheinlich nach wie vor hoch waren⁽¹⁴⁰⁾, besteht durchaus die Notwendigkeit, für eine verbesserte Reichweite und Wirksamkeit lokaler Präventionsmaßnahmen zu sorgen.

Die Überwachung drogenbedingter Infektionskrankheiten unter IDU konzentriert sich in Europa derzeit auf HIV/ Aids und Virushepatitis (Typ B und C). Sie umfasst zwei komplementäre Systeme: Die Fallberichterstattung (oder „Meldungen“: absolute Zahlen der neu gemeldeten Fälle) und die „Seroprävalenz-Überwachung“ (oder „Sentinel-Überwachung“: prozentualer Anteil der positiven Tests an IDU-Stichproben) (Abbildung 11)⁽¹⁴¹⁾. Beide Systeme sind gewiss nicht perfekt und zudem gibt es zwischen den einzelnen Ländern Unterschiede hinsichtlich der Datenverfügbarkeit. Während die im Rahmen dieser beiden Systeme gewonnenen Daten für sich genommen mit Bedacht zu interpretieren sind, ergeben sie jedoch gemeinsam ein vollständigeres Bild der jüngsten epidemiologischen Tendenzen.

Indikatoren der HIV-Inzidenz und -Prävalenz

Berichtsdaten über HIV-Fälle

Einen wichtigen Indikator für die Zahl (Inzidenz) der Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten stellen Fallberichte über neu diagnostizierte HIV-Infektionen dar. Bei der Interpretation dieser Daten ist eine Reihe

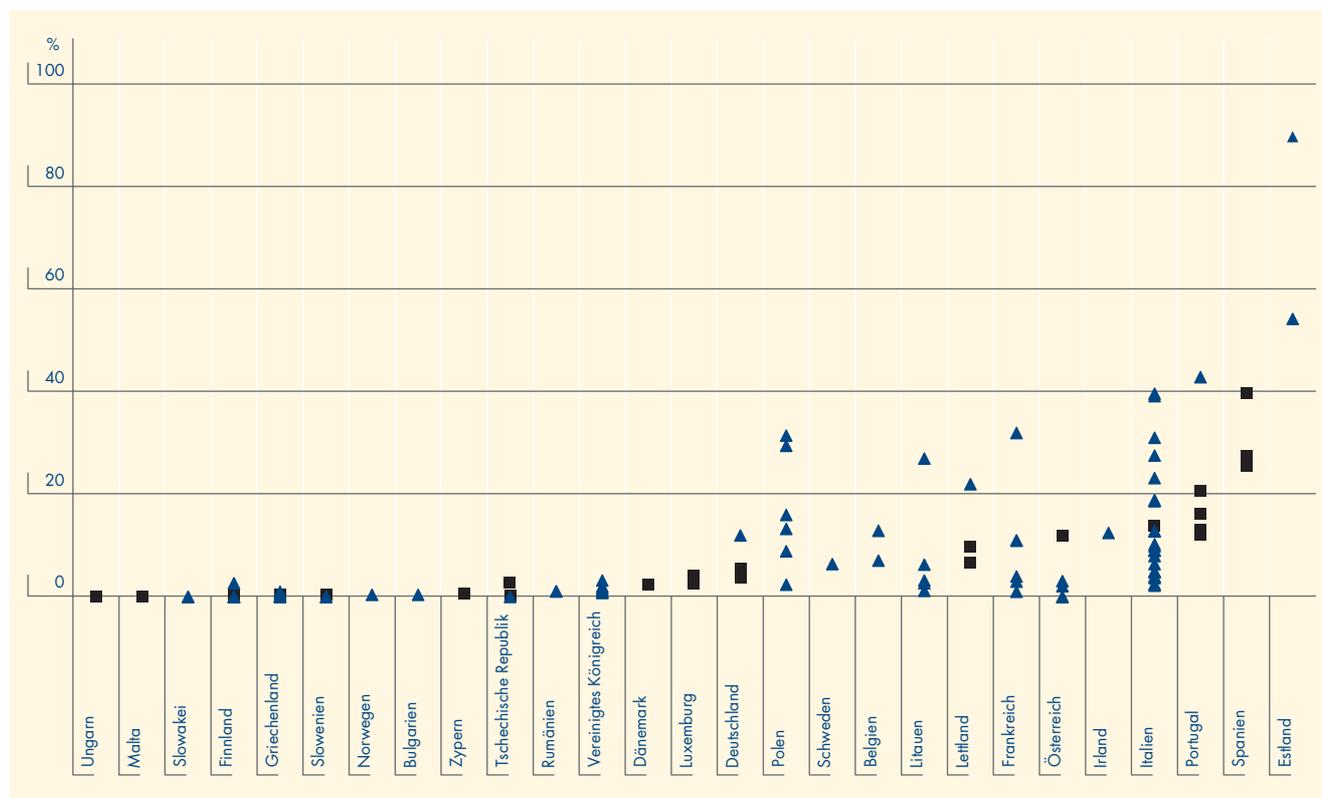
von Überlegungen zu berücksichtigen: Infektionen unter IDU werden unter Umständen nicht diagnostiziert, weil die Konsumenten keinen Kontakt zu Gesundheitsdiensten haben, neue Infektionen werden nicht unbedingt mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht, und die Zahl der ermittelten Fälle könnte durch unterschiedliche Test- und Berichterstattungsraten in den einzelnen Ländern oder im Zeitverlauf beeinflusst werden.

Den verfügbaren Daten zufolge wurden bis 2005 in den meisten Ländern niedrige Infektionsraten unter IDU festgestellt. Diese Analyse ist jedoch nur bedingt aussagekräftig, da aus mehreren Ländern, die hohe Prävalenzraten verzeichnen, keine jüngeren Daten aus der Fallberichterstattung verfügbar sind (Estland, Spanien, Italien, Österreich). In 19 Mitgliedstaaten, von denen die meisten bisher keine großen HIV-Epidemien unter IDU beobachtet haben, lagen die Raten der gemeldeten Fälle von Infektionen bei IDU im Jahr 2005 unter fünf Fällen je 1 Million Einwohner. Höhere Zahlen wurden aus Irland und Luxemburg gemeldet, wo 16 bzw. 15 neue Fälle je 1 Million Einwohner verzeichnet wurden. In Portugal, das von allen Ländern, in denen Daten zu HIV-Infektionen unter IDU verfügbar sind, die höchste Rate meldete (85 neue Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2005), hat sich die Lage offenbar stabilisiert. Zwischen 2000 und 2003 waren die Raten in diesem Land zurückgegangen⁽¹⁴²⁾. In Lettland, Litauen und vermutlich auch in Estland sind die Raten der gemeldeten Neuinfektionen unter IDU stark gesunken, seitdem die Epidemien in diesen Ländern in den Jahren 2001 und 2002 ihren Höchststand erreicht hatten. Im Vergleich zu den meisten anderen Ländern sind die Raten in den baltischen Staaten jedoch nach wie vor hoch. In Lettland ist die Rate von 283 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2001 auf 49 Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2005 gesunken. In Litauen stieg die Zahl der Fälle im Jahr 2002 nach einem HIV-Ausbruch unter Haftinsassen stark an (109 Fälle je 1 Million Einwohner), sank jedoch anschließend auf 25 Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2005. In Estland wurde zwar ein starker Rückgang der HIV-Infektionen verzeichnet, jedoch meldet das Land noch immer die höchste Rate neuer HIV-Infektionen in der EU. Zwar stehen für Estland keine spezifischen Daten über IDU zur Verfügung, jedoch ist davon auszugehen, dass der injizierende Drogenkonsum in diesem Land nach wie vor

⁽¹⁴⁰⁾ Siehe Abbildung INF-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁴¹⁾ Die Stichproben der in diesem Bereich durchgeführten Prävalenzstudien sind zum Teil begrenzt. In diesem Abschnitt werden jedoch ausschließlich Studien mit Stichproben von mehr als 50 Personen und statistisch signifikanten Tendenzen ($p < 0,05$) im Zeitverlauf berücksichtigt.

⁽¹⁴²⁾ Die in Portugal in den Jahren 2004 (HIV-Fälle) und 2005 (Aids-Fälle) verzeichneten Zuwächse sind unter Umständen darauf zurückzuführen, dass nach den Diskussionen über die Änderung der obligatorischen Meldung von HIV-Fällen im Jahr 2005 diesem Thema in Fachkreisen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt wurde und HIV-Fälle verstärkt gemeldet wurden.

Abbildung 11: Schätzungen aus nationalen und subnationalen Studien zur HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, 2004/2005

Anmerkung: Schwarzes Quadrat = Stichprobe mit nationaler Erfassung; blaues Dreieck = Stichprobe mit subnationaler (einschließlich lokaler oder regionaler) Erfassung. In den Schätzungen für Spanien und Schweden wurden Daten aus dem Jahr 2006 berücksichtigt; die Daten für Irland und Lettland stammen aus dem Jahr 2003; die Daten für die Slowakei aus dem Zeitraum 2003/2004.

Die Länder sind nach zunehmender Prävalenz angeordnet, basierend auf dem Durchschnitt der nationalen oder, sofern diese nicht verfügbar sind, subnationalen Daten.

Vergleiche zwischen den einzelnen Ländern sind aufgrund der verschiedenen Milieus und/oder Erhebungsmethoden mit Vorsicht zu interpretieren; die nationalen Strategien der Stichprobenerhebung können voneinander abweichen. Weitere Informationen sind Abbildung INF-3 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen. Alle im Bericht erfassten Stichproben umfassen mehr als 50 Personen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen, Einzelheiten zu den Studien sowie Daten für den Zeitraum vor 2004 sind Tabelle INF-8 Teil (i) und Teil (ii) sowie Tabelle INF-0 Teil (i) im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

einen der wichtigsten Übertragungswege für HIV-Infektionen darstellt.

HIV-Prävalenz bei jungen und neuen injizierenden Drogenkonsumenten

Die Schlussfolgerungen aus den verfügbaren Daten aus der Fallberichterstattung können durch die Analyse der HIV-Infektionsraten in Stichproben unter neuen IDU (die seit weniger als zwei Jahren injizieren) und jungen IDU (unter 25 Jahren) untermauert werden. Da bei diesen Gruppen davon auszugehen ist, dass sie sich erst vor kurzem infiziert haben, stellen diese Daten einen Ersatzindikator für die HIV-Inzidenz dar. In diesen Teilgruppen (aus den unten dargestellten Prävalenzstudien) bestätigt die hohe HIV-Infektionsrate (über 5 % im Zeitraum 2004 bis 2005) die Hinweise auf die jüngste hohe Inzidenz unter IDU in Portugal (nationale Daten), Litauen und Estland (auf regionaler oder Stadtebene erhobene Daten) sowie in einer der drei Städte, über die aus Polen berichtet wurde⁽¹⁴³⁾. Dabei ist zu bedenken, dass diese Teilstichproben in der Regel begrenzt sind und aus einigen Ländern keine HIV-Seroprevalenzdaten über junge und neue IDU zur Verfügung gestellt wurden.

Tendenzen bei der HIV-Prävalenz

Die zunehmenden HIV-Prävalenzraten in wiederholten Stichproben von IDU können auch auf bereits länger bestehende HIV-Infektionen hinweisen. Allerdings besteht die hier Möglichkeit, dass eine sinkende Mortalität unter infizierten IDU oder zurückgehende Zahlen nicht infizierter IDU erhebliche Störfaktoren darstellen. Die meisten verfügbaren Zeitreihen für die EU zeigen eine stabile Prävalenz. Dies lässt den Schluss zu, dass die Mortalitätszahl infizierter IDU durch die Zahl der IDU, die sich mit HIV infizieren, aufgewogen wird. Dennoch werden einigen Zeitreihenuntersuchungen zufolge seit 2001 in neun Ländern in verschiedenen Regionen steigende Raten verzeichnet, wobei allerdings häufig gleichzeitig in anderen Regionen stabile oder abnehmende Tendenzen festgestellt werden, so dass eine Ermittlung von Gesamttendenzen kaum möglich ist. Zu diesen Ländern gehören wiederum Lettland (Anstieg auf nationaler Ebene) und Litauen (Anstieg in einer Stadt), aber auch Österreich (Anstieg auf nationaler Ebene), das Vereinigte Königreich (Anstieg in England und Wales, jedoch auf niedrigem Niveau) sowie einige Länder, die noch sehr geringe Prävalenzraten (unter 1 %) verzeichnen. Insgesamt

⁽¹⁴³⁾ Siehe Tabellen INF-9 und INF-10 im *Statistical Bulletin 2007*. Im Jahresbericht werden lediglich Stichproben von mindestens 50 Personen berücksichtigt.

besteht angesichts dieser steigenden HIV-Prävalenzraten auf lokaler oder nationaler Ebene keine Veranlassung, sich mit dem Angebot von Präventionsmaßnahmen für IDU zufrieden zu geben.

Sinkende Prävalenzraten werden dagegen aus Griechenland (sowohl auf nationaler Ebene als auch in einer Region), Spanien (sowohl auf nationaler Ebene als auch in einer Region) und Finnland (auf nationaler Ebene) gemeldet. Darüber hinaus berichten vier neue Mitgliedstaaten über dauerhaft niedrige Prävalenzraten (allen verfügbaren Daten zufolge unter 1 %): Bulgarien (Sofia, jedoch mit steigender Prävalenz), Ungarn (auf nationaler Ebene), Slowenien (zwei Städte, jedoch steigende Prävalenz) und die Slowakei (zwei Städte).

Die über 90 Zeitreihen aus wiederholten HIV-Prävalenzmessungen, die im Zeitraum 2001 bis 2005 in IDU-Stichproben in 22 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen durchgeführt wurden, zeigen für die Regionen häufiger eine abnehmende als eine zunehmende Tendenz. Die Daten lassen darauf schließen, dass insbesondere in Gebieten, in denen hohe Prävalenzraten verzeichnet worden waren, die HIV-Infektionen unter IDU nun wahrscheinlich zurückgehen und möglicherweise die politischen Strategien zur Prävention und Schadensminimierung Wirkung zeigen ⁽¹⁴⁴⁾.

Schätzungen für die EU

Den verfügbaren Fallberichterstattungs- und Seroprävalenzdaten sowie den Schätzungen zur Zahl der IDU und problematischen Drogenkonsumenten (siehe Kapitel 6) zufolge gibt es in der EU etwa 100 000 bis 200 000 Personen, die mit HIV infiziert sind und mindestens einmal in ihrem Leben Drogen injiziert haben. Die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Fälle unter injizierenden Drogenkonsumenten liegt in der EU derzeit bei etwa 3 500 jährlich.

Aids-Inzidenz und Zugang zu HAART

Da die seit 1996 verfügbare hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) dem Ausbruch von Aids bei HIV-Infizierten wirksam vorbeugt, sind die Aids-Inzidenzdaten als Indikator für die Übertragung von HIV weniger geeignet als in der Vergangenheit. Schätzungen der WHO zufolge ist der Erfassungsgrad von HAART in den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern und Norwegen mit mindestens 75 % hoch ⁽¹⁴⁵⁾. Allerdings sind keine spezifischen Daten für IDU verfügbar. Die Aids-Inzidenzdaten sind nach wie vor wichtig, da sie einen Indikator für die Gesamtraten der symptomatischen Erkrankungen sowie für die Einführung und Verfügbarkeit von HAART darstellen.

Portugal verzeichnet erneut die höchste Aids-Inzidenz unter IDU und meldet mit schätzungsweise 36 neuen Fällen je

1 Million Einwohner im Jahr 2005 gegenüber 30 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2004 als einziges Land einen Anstieg gegenüber dem Vorjahr. Darüber hinaus ist die Aids-Mortalität (die höchstwahrscheinlich in engem Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum steht) zwischen 1997 und 2002 insgesamt nicht zurückgegangen. Dies deutet darauf hin, dass in diesem Zeitraum der Zugang zu HAART möglicherweise unzureichend war ⁽¹⁴⁶⁾. Was die baltischen Staaten betrifft, so verzeichnete Lettland einen Rückgang der Aids-Inzidenz von 26 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2004 auf 23 neue Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2005, während Estland 2005 zwar keine spezifischen Daten über IDU zur Verfügung stellte, jedoch einen Anstieg zwischen 2003 und 2004 meldete (von vier auf 13 Fälle je 1 Million Einwohner) ⁽¹⁴⁷⁾.

Infektionen mit Hepatitis B und C

Während HIV-Infektionen unter IDU in der EU im Wesentlichen auf einige Länder mit hohen Prävalenzraten beschränkt sind, werden für die Virushepatitis und insbesondere für Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) in weitaus mehr Ländern höhere Prävalenzraten festgestellt.

Für die Jahre 2004 und 2005 wurden in 60 Studien aus 17 Ländern (sechs der 28 Länder haben keine Daten übermittelt) bei IDU-Stichproben HCV-Antikörper-Prävalenzraten von über 60 % festgestellt ⁽¹⁴⁸⁾. Unter den in diesen Stichproben erfassten jungen IDU (unter 25 Jahren) wurde in sieben Ländern eine hohe Prävalenz (von über 40 % in mindestens einer Stichprobe) ermittelt. Unter neuen IDU, für die aus vielen Ländern keine Daten verfügbar sind, wurden in Polen und im Vereinigten Königreich ebenfalls hohe Prävalenzraten festgestellt ⁽¹⁴⁹⁾. Nur fünf Länder berichteten über Studien mit Prävalenzraten von unter 25 %.

Den verfügbaren Daten und den Schätzungen zur Zahl der IDU und problematischen Drogenkonsumenten (siehe Kapitel 6) zufolge leben in der EU etwa eine Million Menschen, die mit HIV infiziert sind und mindestens einmal in ihrem Leben Drogen injiziert haben.

Bei der Prävalenz der Marker für das Hepatitis-B-Virus (HBV) gibt es zwischen den einzelnen Ländern größere Unterschiede als bei der Prävalenz der HCV-Marker. Dies ist möglicherweise auf die unterschiedliche Impfprävalenz zurückzuführen. Die vollständigste Datenreihe liegt für den Antikörper gegen das Hepatitis-B-Core-Antigen (Anti-HBc) vor, der auf Infektionen in der Vergangenheit hinweist. Im Zeitraum 2004/2005 wurden aus sechs Ländern Prävalenzraten von über 40 % gemeldet.

Für Hepatitis B und C wurden im Zeitverlauf unterschiedliche Tendenzen ermittelt. Bei Hepatitis B ist der Anteil der

⁽¹⁴⁴⁾ Siehe Tabellen INF-8, INF-9 und INF-10 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁴⁵⁾ Siehe Abbildung INF-14 im *Statistical Bulletin 2006*.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugiesische Nationale Koordinierungsstelle für HIV/Aids-Infektionen, Gesundheitsministerium, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Siehe Abbildung INF-1 im *Statistical Bulletin 2007*. Die Daten für die beiden letzten Jahre sind um Meldeverzögerungen korrigierte Schätzungen und können sich somit im Zeitverlauf ändern (Quelle: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Siehe Tabellen INF-11, INF-12 und INF-13 im *Statistical Bulletin 2007*. Im Jahresbericht werden lediglich Stichproben von mindestens 50 Personen berücksichtigt.

⁽¹⁴⁹⁾ Siehe Abbildung INF-6 (Teil vii) im *Statistical Bulletin 2007*.

Gesundheit in Haftanstalten trägt auch zur öffentlichen Gesundheit bei

Zu den größten Herausforderungen, denen man sich in den letzten 20 Jahren im Bereich der öffentlichen Gesundheit gegenüber sah, zählen das Wiederaufleben übertragbarer Krankheiten wie Tuberkulose, das Aufkommen und die rasche Verbreitung von HIV/Aids sowie die scheinbar unkontrollierbare Pandemie des problematischen Konsums psychotroper Drogen. Die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen leiden unverhältnismäßig stark unter dieser Situation. Insbesondere unter Haftinsassen sind Drogenprobleme und Infektionskrankheiten stark verbreitet. Darüber hinaus wird der Drogenkonsum häufig in der Haftanstalt fortgesetzt. Zuweilen beginnen die Haftinsassen auch während ihrer Haftzeit, Drogen zu konsumieren. Zudem sind hier hochriskante Verhaltensweisen unter Umständen stark verbreitet. Somit besteht in Haftanstalten ein erhöhtes Risiko, sich mit möglicherweise lebensbedrohlichen Krankheiten zu infizieren. Andererseits können sie jedoch auch die Gelegenheit bieten, eine besonders wichtige Zielgruppe zu erreichen.

Mit einigen wenigen Ausnahmen (Frankreich, Vereinigtes Königreich – England und Wales –, Norwegen) ist die Gesundheit in Haftanstalten grundsätzlich nicht Gegenstand des Gesundheitssystems, sondern liegt in der Verantwortung des Strafvollzugs- oder Sicherheitssystems. Durch die damit verbundene Isolierung der Gesundheit in Haftanstalten von allgemeinen gesundheitspolitischen Strategien werden Unabhängigkeit, Qualität, Zugänglichkeit und Umfang der erbrachten Gesundheitsleistungen geschmälert.

Der schlechte Gesundheitszustand von Häftlingen kann sich auf die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung auswirken, wenn Drogenkonsumenten nach ihrer Haftentlassung wieder Kontakt zu ihren Familien und anderen Personen aufnehmen. Folglich können die Diagnose schwerer übertragbarer Krankheiten wie HIV-Infektionen und Tuberkulose sowie angemessene Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung erheblich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerungsgruppen beitragen, aus denen die Haftinsassen stammen und zu denen sie zurückkehren werden. Für Drogenabhängige können Behandlungsprogramme in Haftanstalten eine Chance darstellen, nicht nur ihren Gesundheitszustand zu verbessern, sondern auch die Wahrscheinlichkeit künftiger Straftaten zu verringern.

Um unser Wissen über die Gesundheitssituation in Haftanstalten und die einschlägigen Maßnahmen zu verbessern, unterstützt die Europäische Kommission im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit das Projekt Gesundheit in Haftanstalten des WHO-Regionalbüros für Europa bei der Errichtung einer Datenbank für die Zusammenstellung relevanter Indikatoren zur Gesundheit in Haftanstalten und anderer gesundheitsrelevanter Faktoren. Gemeinsam mit dem WHO-Regionalbüro für Europa und dem *European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison* [Europäisches Netz für die Drogen- und Infektionsprävention in Haftanstalten] (ENDIPP) beteiligt sich die EBDD an der Entwicklung dieser Datenbank (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>.

IDU an allen gemeldeten Fällen offenbar insgesamt zurückgegangen, was möglicherweise auf eine zunehmende Wirksamkeit von Impfprogrammen zurückzuführen ist. Hinsichtlich des Anteils von IDU an allen gemeldeten Fällen von Hepatitis-C-Infektionen ist keine allgemeine Tendenz erkennbar (150). Da jedoch die Größe dieses Anteils zwischen den einzelnen Ländern stark variiert, ist davon auszugehen, dass bei der Übertragung von Hepatitis C Unterschiede bestehen. Die Kenntnis der Faktoren, die für die unterschiedlichen Infektionsraten in den einzelnen Ländern verantwortlich sind, dürfte für die Konzeption verbesserter Präventions- und Schadensminimierungsstrategien in diesem Bereich von großer Bedeutung sein.

Prävention von Infektionskrankheiten

In den letzten zehn Jahren entstand auf EU-Ebene ein Konsens über die erforderlichen Kernelemente einer wirksamen Reaktion auf Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumenten. In Europa sind aus mehreren Komponenten bestehende Präventionsstrategien stark verbreitet und umfassen die folgenden Maßnahmen: Zugang zu angemessener Drogenbehandlung, insbesondere zu Substitutionsbehandlung, Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, Information und Verbreitung von Präventionsmaterial, Schulungen über Risikominderung unter anderem in Form von Peer-Education-Maßnahmen, freiwillige Beratungs- und Testprogramme für

Infektionskrankheiten, Impfungen und Behandlung von Infektionskrankheiten.

Unabhängig davon, welches Gewicht die einzelnen Maßnahmen in den unterschiedlichen politischen Strategien der Länder haben, besteht eindeutig Einigkeit darüber, dass ein koordiniertes und umfassendes gesundheitspolitisches Konzept für die Eindämmung der Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten von entscheidender Bedeutung ist.

Um dem Problem der nicht diagnostizierten HIV-Infektionen zu begegnen, wurde in diesem Jahr ein neuer Leitfaden veröffentlicht (WHO/UNAIDS, 2007). Um die Bereitschaft zu freiwilligen HIV-Tests zu fördern, wird ein proaktiverer Ansatz für Gesundheitsdienstleister vorgeschlagen, demzufolge diese verstärkt HIV-Tests und -Beratungen empfehlen sollen. Dies gilt insbesondere für Einrichtungen, die auf die am stärksten gefährdeten Gruppen wie beispielsweise injizierende Drogenkonsumenten zugeschnitten sind. Im Zuge ihrer Untersuchungen zu diesem Thema hat die EBDD festgestellt, dass regelmäßige freiwillige medizinische Untersuchungen, einschließlich Tests und Beratungen zu HIV und anderen Infektionen, insbesondere für injizierende Drogenkonsumenten angeboten werden sollten.

Für die Prävention von Hepatitis A und B sind Impfungen von großer Bedeutung. Einige Länder bieten Hepatitis-B-Impfungen für die Allgemeinbevölkerung

(150) Siehe Abbildungen INF-8 und INF-11 im *Statistical Bulletin 2007*.

an, während andere speziell auf besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen abzielen. In Norwegen wurden verstärkt Impfungen gegen Hepatitis A und B vorgenommen, nachdem epidemische Ausbrüche dieser Leberinfektionen den Schluss zuließen, dass sich der injizierende Drogenkonsum auf kleinere Kommunen ausgeweitet hatte.

Die hohe Prävalenz von Hepatitis-C-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten zeigt eindeutig, dass die Notwendigkeit besteht, wirksamere Maßnahmen zur Eindämmung dieser Krankheit zu entwickeln, gegen die keine Impfung möglich ist. Eine Reihe von Ländern hat spezielle Programme zur Hepatitis-C-Prävention aufgelegt. Darüber hinaus werden in diesem Bereich derzeit einige interessante Konzepte entwickelt, wie beispielsweise die Kampagne „stop hepC“, die seit 2003 in Oslo durchgeführt wird und versucht, Drogenkonsumenten bereits vor oder zumindest kurz nach Beginn des injizierenden Drogenkonsums zu erreichen.

Drogenbehandlungs- und Schadensminimierungsdienste müssen zudem Maßnahmen erarbeiten, um den mit dem Sexualverhalten ihrer Klientel verbundenen Risiken zu begegnen. Neben dem injizierenden Drogenkonsum kann auch das Sexualverhalten von Drogenkonsumenten ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion darstellen – sei es durch eine Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit, den Zusammenhang zwischen manchen Drogen und hochriskantem Sexualverhalten, durch Sexarbeit oder durch den Handel mit Sex gegen Drogen. Weibliche Drogenkonsumenten sind unter Umständen besonders gefährdet. Allerdings besteht auch Besorgnis über die Interaktion zwischen Drogenkonsum und hochriskantem Sexualverhalten unter einigen Gruppen von Männern, die Sex mit Männern haben. Neben der Gefahr einer HIV-Infektion besteht für Drogenkonsumenten unter Umständen auch ein höheres Risiko, sich mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren. Bei der Diagnose solcher unerkannter Erkrankungen können die Drogenbehandlungsdienste eine wichtige Rolle spielen. Beispielsweise wurden in einer vor kurzem in Malta durchgeführten Studie nicht diagnostizierte Infektionen mit humanen Papillomviren unter den in einer ambulanten Behandlungseinrichtung getesteten Frauen festgestellt.

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme

Die Einbindung von Programmen für den Austausch oder die Ausgabe von Nadeln und Spritzen in das Dienstleistungsangebot von Drogendiensten, das gemeinsame Angebot von Risikoauflärung und Beratungsdiensten sowie die Überweisung von Drogenkonsumenten in Behandlungseinrichtungen sind in der EU stark verbreitet. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme gelten in drei von vier EU-Ländern und in Norwegen als vorrangige Maßnahme zur Bekämpfung der Verbreitung von Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumenten⁽¹⁵¹⁾. Über die Ausgabe sauberer Nadeln und Spritzen berichten alle Länder mit Ausnahme Zyperns, wo diese Maßnahme im Jahr 2006 von

einer Sachverständigengruppe empfohlen wurde, um einer möglichen Zunahme der Infektionen durch den injizierenden Drogenkonsum entgegenzuwirken. Die meisten Drogendienste geben inzwischen zusammen mit den sauberen Spritzen auch anderes steriles Zubehör wie Alkoholtupfer und Trockentücher, Wasser, Filter und Kocher aus. Zwar wird die Ausgabe steriler Spritzbestecke im Rahmen von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen grundsätzlich inzwischen nicht mehr kontrovers diskutiert, jedoch stellen diese Programme nicht in allen Ländern eine Priorität dar. In manchen Ländern gilt der Verkauf über Apotheken als weitgehend ausreichend.

Zwischen den Ländern bestehen Unterschiede hinsichtlich Art und Umfang des Angebots steriler Spritzenbestecke. In der Regel sind die Spritzenausgabestellen in spezialisierten Drogendiensten angesiedelt. Ergänzend dazu gibt es mit Ausnahme von drei Ländern in allen Staaten mobile Dienste, die marginalisierte injizierende Drogenkonsumenten in den entsprechenden Stadtteilen erreichen können. In zehn Ländern⁽¹⁵²⁾ werden neben den verfügbaren Nadel- und Spritzenaustauschdiensten auch Automaten für den Verkauf von Spritzen bereitgestellt. Über den damit erzielten Umsatz liegen jedoch kaum Daten vor, und es gibt keine Untersuchungen über die Wirksamkeit dieses Angebots. Wie Spanien und Deutschland bietet nun auch Luxemburg Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Haftanstalten an. In Deutschland beschränkt sich dieses Angebot allerdings auf eine einzige Haftanstalt in Berlin.

Aufgrund der flächendeckenden Verfügbarkeit örtlicher Apotheken kann durch ihre Einbindung in Spritzenaustauschprogramme deren Reichweite erheblich verbessert und das Angebot der spezialisierten Drogendienste ergänzt werden. Beispielsweise wurden in Schottland im Jahr 2004 über ein Netz von 116 teilnehmenden Apotheken 1,7 Millionen Spritzen ausgegeben, während sich in Portugal über 1 300 Apotheken an dem Programm beteiligten und 1,4 Millionen Spritzen verteilten⁽¹⁵³⁾. Acht europäische Länder (Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, die Niederlande, Portugal, Slowenien und das Vereinigte Königreich) berichten über formal organisierte Apotheken-Netze für den Austausch oder die Ausgabe von Spritzen.

In den Ländern, in denen Drogenkonsumenten ihre Spritzenbestecke zu einem großen Teil in Apotheken erhalten, könnten diese eine wichtigere Rolle im Rahmen anderer Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Drogenkonsumenten spielen und unter anderem Informationen über das mit dem Sexualverhalten und dem injizierenden Drogenkonsum verbundene Risiko von Infektionskrankheiten verbreiten, Tests und Beratungsdienste durchführen oder Überweisungen in Behandlungseinrichtungen vornehmen. Den Berichten zufolge werden derzeit nur in Frankreich, Portugal und im Vereinigten Königreich Anstrengungen unternommen, um Apotheker zu einer Beteiligung an Spritzenaustauschprogrammen zu

⁽¹⁵¹⁾ Siehe Abbildung 11 im *Jahresbericht 2006*.

⁽¹⁵²⁾ Siehe Tabelle HSR-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁵³⁾ Siehe Tabelle HSR-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

motivieren und die bereits teilnehmenden Apotheken zu unterstützen.

Hinsichtlich der geografischen Reichweite von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen sowie des ausgegebenen Zubehörs gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Jedoch stützen sich diese Programme in immer mehr Ländern auf landesweite Netze. Die folgenden Länder melden auf nationaler Ebene eine gute Reichweite der Nadel- und Spritzenaustauschprogramme: Luxemburg und Malta (zwei kleine Länder), Italien (in etwa 70 % aller lokalen Gesundheitsbezirke sind Nadel- und Spritzenaustauschprogramme allgemein oder weit verbreitet), Tschechische Republik (in allen 77 Bezirken und in der Hauptstadt Prag sind Austauschprogramme verfügbar) und Finnland (die Kommunen sind gesetzlich verpflichtet, einschlägige Dienste zur Prävention von Infektionskrankheiten, darunter auch Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, anzubieten). In Portugal erstreckt sich die Reichweite der von Apotheken und aufsuchenden Diensten getragenen Nadel- und Spritzenaustauschprogramme schätzungsweise auf etwa 50 % des Hoheitsgebiets, und in Dänemark werden in zehn der 13 Regionen Nadel- und Spritzenaustauschprogramme durchgeführt. In allen österreichischen Städten mit einer signifikanten Drogenszene gibt es mindestens eine Ausgabestelle für Nadeln und Spritzen, und in Bulgarien sind in zehn Städten mit einem relativ hohen problematischen Drogenkonsum einschlägige Dienste verfügbar. In Estland nahmen im Jahr 2005 schätzungsweise 37 % der IDU Kontakt zu Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen auf, während in der Slowakei und Rumänien ein wesentlich kleinerer Anteil der Zielgruppe erreicht wurde (20 % bzw. 10 % bis 15 %).

Zwischen 2003 und 2005 berichteten mehrere Länder über einen Anstieg der Zahl der im Rahmen spezieller Nadel- und Spritzenaustauschprogramme insgesamt ausgetauschten oder ausgegebenen Spritzen (Bulgarien, Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Österreich, Slowakei und Finnland) ⁽¹⁵⁴⁾.

Spezialisierte Dienste, die Nadel- und Spritzenaustauschprogramme anbieten, können auch andere wichtige Aufgaben zur Förderung der öffentlichen Gesundheit übernehmen. So können sie beispielsweise das Risikoverhalten ihrer Klientel bewerten und entsprechende Sensibilisierungsmaßnahmen durchführen, Drogenkonsumenten motivieren, sich testen oder impfen zu lassen, und als Anlaufpunkte für die Vermittlung an Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung und Drogenbehandlungsdienste fungieren. Zwar ist unklar, inwieweit diese Dienste derartige Leistungen anbieten, die

Notwendigkeit der Entwicklung solcher Leistungen wird jedoch durch die Ergebnisse eines kürzlich in England durchgeführten nationalen Audit bestätigt. In diesem Auditbericht wurde festgestellt, dass das Bewusstsein der Zielgruppe für Infektionskrankheiten sehr gering ist und dass die Drogendienste einen proaktiveren Ansatz im Hinblick auf das Angebot von Beratung, Tests und Impfungen verfolgen könnten.

Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität

Drogenbedingte Todesfälle

Der von der EBDD herangezogenen Definition zufolge bezeichnet der Begriff drogenbedingte Todesfälle jene Fälle, in denen der Tod unmittelbar durch den Konsum einer oder mehrerer Drogen verursacht wurde. In der Regel treten drogenbedingte Todesfälle kurz nach der Einnahme der Substanz(en) ein. Diese Fälle werden unter anderem auch als „Überdosis“, „Vergiftung“, „drogeninduzierte Todesfälle“ oder „akute drogenbedingte Todesfälle“ bezeichnet ⁽¹⁵⁵⁾. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in einer Gemeinde ist davon abhängig, wie viele Menschen Drogen konsumieren, bei denen das Risiko einer Überdosierung besteht (insbesondere Opioide). Darüber hinaus spielen unter anderem die folgenden Faktoren eine wichtige Rolle: der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten, die Prävalenz des polyvalenten Drogenkonsums sowie die Verfügbarkeit und die Strategien der Behandlungs- und Notfalldienste.

Zwar hat sich die Vergleichbarkeit der europäischen Daten in den letzten Jahren verbessert, jedoch sind angesichts der erheblichen Qualitätsunterschiede in der Berichterstattung der einzelnen Länder direkte Vergleiche nach wie vor mit Bedacht anzustellen. Das Ausmaß drogenbedingter Todesfälle kann durch die Zahl der berichteten Fälle, durch Bevölkerungsdaten und durch die proportionale Mortalität ausgedrückt werden. Ungeachtet der Qualitätsunterschiede in der Berichterstattung der einzelnen Länder können unter Umständen Tendenzen in Zahl und Merkmalen der Fälle von Überdosierungen ermittelt werden, sofern die Methodik im Zeitverlauf unverändert bleibt.

Zwischen 1990 und 2004 meldeten die EU-Mitgliedstaaten jährlich 6 500 bis über 9 000 solcher Todesfälle, insgesamt also über 122 000 Fälle. Diese Zahlen sind als Mindestschätzungen zu betrachten ⁽¹⁵⁶⁾.

Mit Raten zwischen drei bis fünf ⁽¹⁵⁷⁾ und über 50 Todesfällen (durchschnittlich 18,3) je 1 Million Einwohner verzeichnen die europäischen Länder sehr unterschiedliche Mortalitätsraten im Zusammenhang mit drogenbedingten

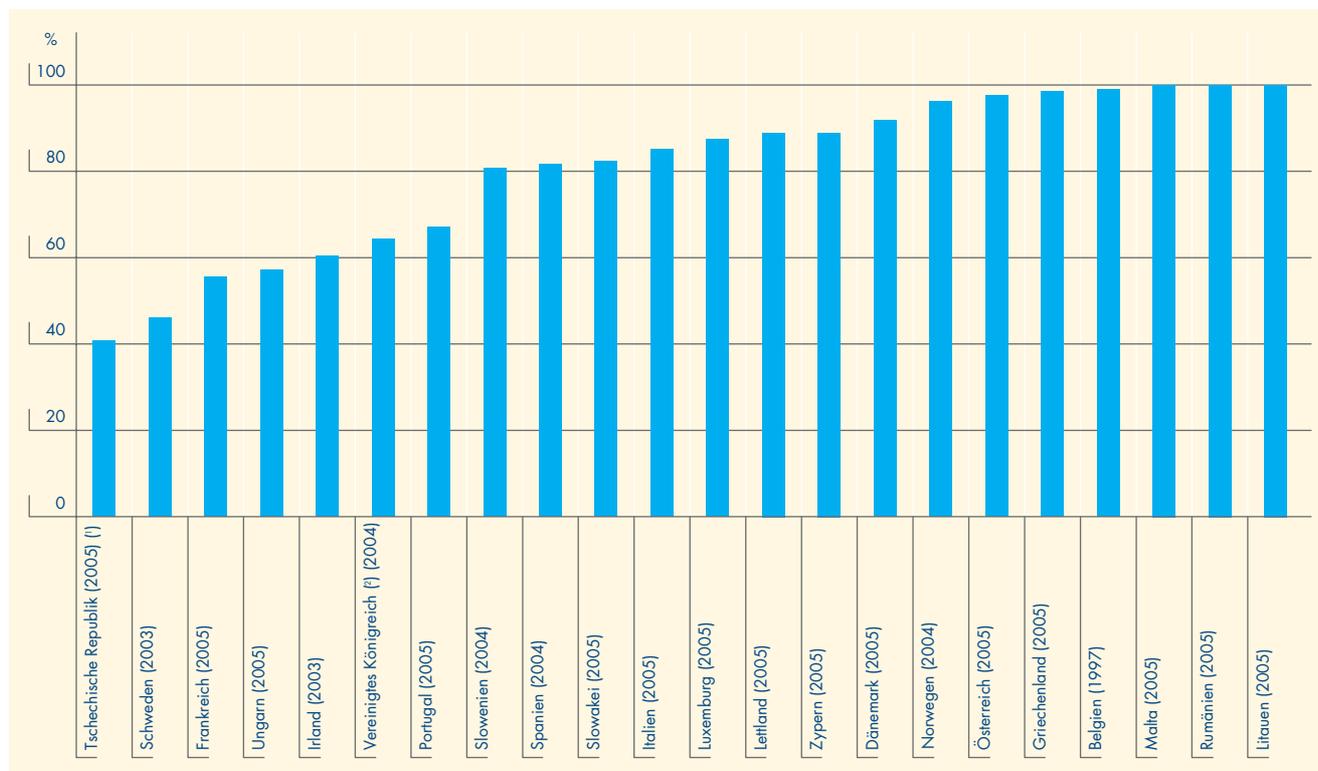
⁽¹⁵⁴⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁵⁵⁾ Die meisten nationalen Falldefinitionen stimmen mit der Definition der EBDD überein oder entsprechen ihr weitgehend. Allerdings werden in einigen Ländern noch immer Fälle einbezogen, die auf psychoaktive Arzneimittel zurückzuführen sind oder nicht durch eine Überdosierung verursacht wurden, wobei diese in der Regel einen begrenzten Teil der Todesfälle darstellen (siehe methodische Anmerkung „Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues“ [Zusammenfassung zu drogenbedingten Todesfällen: Definitionen und methodische Fragen] im *Statistical Bulletin 2007* und das „DRD Standard Protocol, version 3.1“ [DRD-Standardprotokoll, Version 3.1]).

⁽¹⁵⁶⁾ Siehe Tabellen DRD-2 (Teil i), DRD-3 und DRD-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁵⁷⁾ In Frankreich lag die Rate im Jahr 2005 bei 0,9 Todesfällen je 1 Million Einwohner, was teilweise darauf zurückzuführen sein könnte, dass nicht alle Fälle gemeldet wurden. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Rate im Jahr 1994, als die Zahl der Todesfälle durch Überdosierung zu sinken begann, etwa zehn Mal höher war.

Abbildung 12: Anteil der akuten drogenbedingten Todesfälle, bei denen Opiode nachgewiesen wurden



(1) Für die Tschechische Republik wurde statt der nationalen Definition die Definition der EBDD für akute drogenbedingte Todesfälle gemäß Auswahl D herangezogen. Die nationale Definition schließt Vergiftungen durch psychoaktive Arzneimittel ein, die den größten Teil der Fälle ausmachen (156 von 218 Fällen).
 (2) Definition des Office of national statistics.
 Anmerkung: In einigen Ländern implizieren die „nationalen Definitionen“ der drogenbedingten Todesfälle eine begrenzte Anzahl von Todesfällen, die indirekt mit Drogen in Verbindung stehen.
 Daten für 2005 bzw. für das letzte Jahr, in dem Daten zur Verfügung standen. Weitere Informationen sind Tabelle DRD-1 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2006), auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder Spezialregistern.

Todesfällen, wobei aus elf europäischen Ländern Raten von mehr als 20 Todesfällen je 1 Million Einwohner gemeldet wurden. Unter Männern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren sind die Mortalitätsraten in der Regel drei Mal so hoch (durchschnittlich 61 Todesfälle je 1 Million Einwohner). Im Zeitraum 2004-2005 waren 4 % aller Todesfälle unter Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren drogenbedingte Todesfälle, wobei ihr Anteil in neun Ländern bei über 7 % lag (158).

Neben Überdosierungen gibt es auch andere, indirekt mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehende Ursachen für Todesfälle unter Drogenkonsumenten. Im Jahr 2003 wurden beispielsweise 1 400 Aids-Todesfälle gemeldet, die mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht wurden (159). Dabei dürfte es sich jedoch um eine Unterschätzung handeln. Die Zahl der Todesfälle aufgrund anderer Ursachen, die in indirektem Zusammenhang zum Drogenkonsum stehen (z. B. Hepatitis, Gewalt, Selbstmord oder Unfälle), ist schwerer zu beurteilen. Man geht davon aus, dass zumindest in einigen europäischen Städten schätzungsweise 10 % bis 20 % der Todesfälle unter jungen Erwachsenen mittelbar oder unmittelbar mit dem

Opioidkonsum in Verbindung gebracht werden könnten (Bargagli et al., 2006) (siehe unten). Darüber hinaus sollten die Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Formen des Drogenkonsums (z. B. Kokain) berücksichtigt werden, die jedoch schwerer zu beziffern sind.

Die Ermittlung der Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem problematischen Drogenkonsum auf nationaler oder europäischer Ebene setzt Verbesserungen bei der Datenerhebung und -analyse voraus. Ein auf dieses Ziel ausgerichteter Versuch auf nationaler Ebene wird im nationalen Bericht der Niederlande erwähnt. Durch Extrapolation der Daten aus einer lokalen Studie wurde eine Schätzung der Rate der mittelbar und unmittelbar auf den problematischen Drogenkonsum zurückzuführenden Mortalität vorgenommen, wobei regionale Unterschiede berücksichtigt wurden. Zwar müssen hier weitere methodische Arbeiten geleistet werden, jedoch ist diese Form von Studien neben der Bemessung des Ausmaßes der mittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführenden Todesfälle durchaus geeignet, die mögliche Dunkelziffer von Todesfällen durch Überdosierungen zu verringern.

(158) Siehe Tabelle DRD-5 im *Statistical Bulletin 2007*.
 (159) Siehe EuroHIV (2006). Es ist zu beachten, dass sich diese Zahl auf die westlichen und zentralen Gebiete der Europäischen Region der WHO bezieht, die auch einige Drittländer umfassen, sowie auf die Gesamtzahl der Todesfälle in Estland, Lettland und Litauen (östliches Gebiet).

Akute opioidbedingte Todesfälle

Heroinbedingte Todesfälle ⁽¹⁶⁰⁾

Eine Überdosierung mit Opioiden ist eine der häufigsten Todesursachen bei jungen Menschen in Europa, vor allem unter Männern in städtischen Gebieten. Bei den meisten in der EU gemeldeten akuten drogenbedingten Todesfällen, die auf illegale Substanzen zurückzuführen sind, spielen Opiode, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, eine Rolle (Abbildung 12). Auf sie entfallen 46 % bis 100 % dieser Todesfälle. In Europa stehen die meisten opioidbedingten Todesfälle in Zusammenhang mit Heroin, obwohl häufig auch andere Substanzen als mögliche Todesursache nachgewiesen werden, insbesondere Alkohol, Benzodiazepine, andere Opiode und, in einigen Ländern, Kokain. Im Jahr 2006 wurde in neun Ländern ⁽¹⁶¹⁾ eine freiwillige Datenerhebung über die Substanzen durchgeführt, die bei drogenbedingten Todesfällen eine Rolle spielen. Dabei wurde bestätigt, dass in der Regel bei Opioid-Überdosierungen mehrere Drogen nachgewiesen werden (in 60 % bis 90 % der Fälle) und diese somit als „Todesfälle durch polyvalenten Drogenkonsum“ betrachtet werden könnten.

In der Mehrzahl der Todesfälle durch Opioid-Überdosierungen sind Männer betroffen (59 % bis 100 %), wobei in der Tschechischen Republik, Polen und der Slowakei die höchsten und in Italien, Litauen und Luxemburg die niedrigsten Anteile von Frauen verzeichnet werden. Die meisten Opfer einer Überdosis stehen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, wobei das Durchschnittsalter in den meisten Ländern bei Mitte 30 liegt ⁽¹⁶²⁾. Das niedrigste Durchschnittsalter der Opfer von Überdosierungen wird aus Bulgarien, Estland, Lettland und Rumänien, das höchste aus Polen, Finnland und dem Vereinigten Königreich gemeldet. Für die Altersgruppe unter 15 Jahren werden nur sehr wenige Todesfälle durch Überdosierungen gemeldet, wobei in den Berichten möglicherweise nicht alle drogenbedingten Todesfälle in dieser Altersgruppe erfasst werden. Zwar wurden einige drogenbedingte Todesfälle von Erwachsenen im Alter von über 65 Jahren verzeichnet, jedoch entfallen in nur sieben Ländern mehr als 5 % der Fälle auf diese Altersgruppe. In mehreren Mitgliedstaaten, die der EU seit 2004 beigetreten sind, könnten das vergleichsweise niedrige Durchschnittsalter zum Todeszeitpunkt und der hohe Anteil tödlicher Überdosierungen unter den unter 25-Jährigen darauf schließen lassen, dass die Heroinkonsumenten in diesen Ländern im Durchschnitt jünger sind ⁽¹⁶³⁾.

In vielen Mitgliedstaaten ist zu beobachten, dass die Opfer tödlicher Überdosierungen älter werden, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass weniger junge Menschen Heroin konsumieren. Diese Tendenz ist in allen EU-15-Mitgliedstaaten festzustellen, wobei jedoch in Österreich und Luxemburg in den letzten Jahren ein Rückgang des Durchschnittsalters der Opfer tödlicher

Überdosierungen verzeichnet wurde. In den übrigen Mitgliedstaaten ist die Tendenz weniger deutlich, und aufgrund der geringen Zahl der Fälle sind die Daten schwer zu interpretieren ⁽¹⁶⁴⁾.

Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon und Buprenorphin

Die Forschungen belegen zwar, dass Substitutionstherapien das Risiko einer tödlichen Überdosierung verringern, jedoch werden jedes Jahr einige Fälle im Zusammenhang mit dem Missbrauch von Substitutionsmitteln gemeldet. Aus der Beobachtung der Zahl der mit Methadon und Buprenorphin in Verbindung gebrachten Todesfälle und der jeweiligen Begleitumstände können wichtige Informationen für die Qualitätssicherung von Substitutionsprogrammen und für Präventions- und Schadensminimierungsmaßnahmen gewonnen werden.

Den Berichten mehrerer Länder zufolge wurde bei einem erheblichen Anteil der drogenbedingten Todesfälle Methadon nachgewiesen, wobei jedoch nicht immer festgestellt werden kann, inwieweit Methadon als Todesursache eine Rolle gespielt hat, und auch andere Substanzen beteiligt gewesen sein können. Dänemark berichtete, dass Methadon (allein oder in Kombination mit anderen Substanzen) in 43 % der drogenbedingten Todesfälle (89 von 206 Fällen im Jahr 2005) die Ursache der Vergiftung war. Deutschland gab an, dass im Jahr 2005 255 Fälle (von insgesamt 1 477) mit „Substitutionsmitteln“ in Verbindung gebracht wurden (wobei in 75 Fällen ausschließlich Substitutionsmittel und in 180 Fällen Substitutionsmittel in Kombination mit anderen Suchtstoffen nachgewiesen wurden), gegenüber 345 Fällen im Jahr 2004. Aus dem Vereinigten Königreich wurden 280 Fälle (von 1 972 entsprechend der „Drug Strategy Definition“ verzeichneten Fällen) gemeldet, bei denen Methadon „erwähnt“ wurde (2004). In Norwegen wurden bei 55 Autopsien Spuren von Methadon nachgewiesen. Spanien (nationaler Reitox-Bericht 2005) berichtete über wenige Fälle tödlicher Überdosierungen, die ausschließlich mit Methadon in Verbindung gebracht wurden (2 % aller Fälle), jedoch über zahlreiche opioidbedingte (42 %) und kokainbedingte (20 %) Todesfälle, in denen auch Methadon nachgewiesen wurde. Andere Länder meldeten keine oder nur sehr wenige Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon.

Die Tatsache, dass es offenbar nur selten zu Todesfällen infolge einer Vergiftung durch Buprenorphin kommt, wird auf die pharmakologischen Eigenschaften dieser agonistisch-antagonistisch wirksamen Droge zurückgeführt. Dennoch wurden aus den europäischen Ländern einige Todesfälle gemeldet. In den nationalen Berichten 2006 und 2005 nannten lediglich Frankreich und Finnland Todesfälle, die mit dieser Substanz in Verbindung gebracht wurden. In Finnland wurde 2005 bei 83 drogenbedingten Todesfällen

⁽¹⁶⁰⁾ Da es sich bei den meisten der an die EBDD gemeldeten Fälle um Überdosen von Opioiden handelt, werden die allgemeinen Merkmale akuter drogenbedingter Todesfälle für die Darstellung der opioidbedingten Todesfälle herangezogen.

⁽¹⁶¹⁾ Tschechische Republik, Dänemark, Deutschland, Lettland, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal und Vereinigtes Königreich.

⁽¹⁶²⁾ Siehe Tabelle DRD-1 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁶³⁾ Siehe Abbildung DRD-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁶⁴⁾ Siehe Abbildungen DRD-3 und DRD-4 im *Statistical Bulletin 2007*.

Abbildung 13: Gesamttendenzen hinsichtlich akuter drogenbedingter Todesfälle, 1996 bis 2005, für alle Mitgliedstaaten, für die Daten verfügbar sind



(1) Die Angabe für das Jahr 2005 ist vorläufig und basiert auf einem Vergleich der Daten aus 2004 und 2005 lediglich der Länder, die für beide Jahre Daten übermittelt haben.

Anmerkung: Die indizierte Veränderung wurde auf der Grundlage der Länder berechnet, die für das angegebene Jahr und das Vorjahr Daten übermittelt haben. Die Zahl der Todesfälle in den einzelnen Ländern sowie Anmerkungen zur Methodik sind Tabelle DRD-2 im *Statistical Bulletin 2007* zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2006), auf der Grundlage von allgemeinen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern.

(gegenüber 73 im Jahr 2004) Buprenorphin nachgewiesen. Dabei wurde die Droge in der Regel in Kombination mit Benzodiazepinen, Sedativa oder Alkohol eingenommen oder injiziert. Aus Frankreich wurden im Jahr 2005 nur zwei tödliche Überdosen gemeldet, bei denen Buprenorphin nachgewiesen wurde (gegenüber vier im Jahr 2004). In diesen beiden Ländern ist Buprenorphin die am häufigsten eingesetzte Substitutionsdroge, wobei jedoch in Frankreich mit schätzungsweise 70 000 bis 85 000 Patienten wesentlich mehr Menschen eine Buprenorphintherapie erhalten. Neben Frankreich und Finnland wurden im Jahr 2004 aus drei weiteren Ländern (jeweils nur zwei oder drei Fälle je Land) Todesfälle gemeldet, die mit Buprenorphin in Verbindung gebracht wurden. Im Vereinigten Königreich wurde im Rahmen einer Studie eingehend nach Todesfällen geforscht, bei denen Buprenorphin erwähnt wurde. Dabei wurden für den Zeitraum 1980 bis 2002 nur 43 Fälle festgestellt, wobei häufig Kombinationen mit Benzodiazepinen oder anderen Opioiden nachgewiesen wurden (Schifano et al., 2005).

Akute Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen als Opioiden

Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy und Amphetaminen

Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy sind selten, lösten jedoch erhebliche Besorgnis aus, als sie vor einigen Jahren erstmals gemeldet wurden, da häufig völlig unerwartet sozial integrierte junge Menschen betroffen sind. Die begrenzten verfügbaren Daten aus den nationalen Reitox-Berichten 2006 weisen darauf hin, dass die Zahl der ecstasybedingten Todesfälle gegenüber den Vorjahren weitgehend unverändert geblieben ist. Insgesamt wurden in Europa 78 Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy gemeldet ⁽¹⁶⁵⁾.

Todesfälle in Verbindung mit Amphetaminen werden ebenfalls nur selten gemeldet. In der Tschechischen Republik wurden jedoch in den Jahren 2004 und 2005 16 bzw. 14 Todesfälle mit Pervitin (Methamphetamin) in Verbindung gebracht. Dies stand im Einklang mit einem Anstieg der geschätzten Zahl problematischer Pervitinkonsumenten und der Behandlungsnachfragen. Aus Finnland wurden 65 Todesfälle im Zusammenhang mit Amphetaminen gemeldet, wobei allerdings nicht näher angegeben wurde, inwiefern diese als Todesursache eine Rolle gespielt haben.

Todesfälle in Verbindung mit Kokain

Todesfälle infolge einer Überdosierung von Kokain sind schwerer zu ermitteln als opioidbedingte Todesfälle und werden häufig nicht auf die Toxizität des Kokains selbst, sondern auf das Zusammenwirken mehrerer Ursachen zurückgeführt ⁽¹⁶⁶⁾. In Studien wurde festgestellt, dass die meisten kokainbedingten Todesfälle im Zusammenhang mit dem chronischen Konsum der Droge stehen und häufig auf durch den Langzeitkonsum von Kokain bedingte kardiovaskuläre und neurologische Probleme zurückzuführen sind. Dies gilt besonders für Konsumenten, bei denen eine entsprechende Prädisposition gegeben ist oder bestimmte Risikofaktoren vorliegen. In Europa werden in Berichten über Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain in der Regel auch andere Substanzen (einschließlich Alkohol und Opioiden) genannt. Dies ist ein Beleg für den gemeinsamen Konsum von Kokain und anderen Drogen.

Die Länder, die Daten zur Verfügung gestellt haben, meldeten in ihren nationalen Berichten 2006 und 2005 jeweils insgesamt mehr als 400 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain. Es besteht eindeutig die Notwendigkeit, die gesundheitlichen Folgen und die Mortalität im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum weiter zu untersuchen.

Entwicklungstendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen

Aus den nationalen Tendenzen bei drogenbedingten Todesfällen können Rückschlüsse auf die Entwicklungen

⁽¹⁶⁵⁾ Je nach Land beziehen sich die Angaben für Ecstasy und Kokain auf 2004 oder 2005.

⁽¹⁶⁶⁾ Eine ausführliche Darstellung der Todesfälle im Zusammenhang mit dieser Droge ist dem ausgewählten Thema zu Kokain zu entnehmen.

sowohl der Muster des problematischen Drogenkonsums in den einzelnen Ländern als auch der entsprechenden Maßnahmen gezogen werden. Die für die EU verfügbaren Daten weisen auf einige allgemeine Tendenzen bei drogenbedingten Todesfällen hin. Was die langfristige Entwicklung betrifft, so wurde in den EU-15-Mitgliedstaaten und Norwegen in den 80er und frühen 90er Jahren eine drastische Zunahme der drogenbedingten Todesfälle beobachtet, die möglicherweise mit der Verbreitung des Heroinkonsums und des injizierenden Heroinkonsums einherging⁽¹⁶⁷⁾. Zwischen 1990 und 2000 stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle weniger schnell, aber kontinuierlich an.

Seit 2000 berichten viele EU-Länder über einen Rückgang der Zahl der drogenbedingten Todesfälle, was möglicherweise auf die bessere Verfügbarkeit von Behandlungen und vermehrte Maßnahmen zur Schadensminimierung zurückzuführen ist, wobei jedoch auch eine mögliche sinkende Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums oder eine verminderte Verfügbarkeit von Heroin eine wichtige Rolle spielen könnten. Auf europäischer Ebene ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle 2001 um 6 %, 2002 um 1 % und 2003 um 5 % gesunken. Die Berichte für 2004 und die vorläufigen Daten für 2005 weisen jedoch darauf hin, dass sich der Rückgang der Zahl der drogenbedingten Todesfälle seit dem Jahr 2003 nicht fortgesetzt hat.

In den Berichten einiger Länder über drogenbedingte Todesfälle zeichnet sich neuerdings eine beunruhigende Entwicklung ab. Nach einem drastischen Anstieg der Zahl der drogenbedingten Todesfälle im Zeitraum 1999 bis 2001 folgte in den zwei bis drei nächsten Jahren ein deutlicher Rückgang. In den Jahren 2004 und 2005 jedoch wurde erneut eine Zunahme der gemeldeten Todesfälle beobachtet⁽¹⁶⁸⁾. Dieses Muster beschreibt insgesamt die in den letzten Jahren verzeichneten Tendenzen bei drogenbedingten Todesfällen in Irland, Griechenland, Portugal, Finnland und Norwegen und in geringerem Maße die Entwicklungen in den Niederlanden, in Österreich und im Vereinigten Königreich. In Italien wurde in den letzten beiden Jahren ein leichter Anstieg verzeichnet, nachdem die Zahl der drogenbedingten Todesfälle über mehrere Jahre hinweg gesunken war⁽¹⁶⁹⁾. Für diesen jüngsten Anstieg wurden mehrere mögliche Ursachen genannt, darunter der polyvalente Drogenkonsum unter Opioidkonsumenten sowie eine möglicherweise zunehmende Verfügbarkeit von Heroin.

Zwischen den EU-15-Mitgliedstaaten und den Ländern, die der EU seit 2004 beigetreten sind, bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Tendenzen bei drogenbedingten Todesfällen. In den EU-15-Mitgliedstaaten wurde seit 1996 insgesamt ein Rückgang beobachtet, der zwischen 2000 und 2002 sehr ausgeprägt war und auf eine langfristig sinkende Zahl junger Opioidkonsumenten hindeutet. In jüngster Zeit wurden jedoch aus diesen

Komorbidität und das Projekt Isadora

Problematischer Drogenkonsum ist häufig mit psychiatrischen Störungen verbunden. Zwar findet auf europäischer Ebene keine systematische Erhebung von Daten zur Komorbidität statt, jedoch belegen die Ergebnisse lokaler Forschungsarbeiten, die in mehreren europäischen Ländern durchgeführt wurden, dass zwischen 30 % und 90 % der Patienten in Drogenbehandlung eine psychiatrische Komorbidität aufweisen. Zu den bei Drogenabhängigen am häufigsten diagnostizierten Störungen gehören Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen sowie Stimmungs- und Essstörungen. Darüber hinaus werden auch Schizophrenie und Suizidneigung genannt. Den Berichten zufolge ist Komorbidität unter Heroinkonsumenten besonders verbreitet, vor allem unter jenen, die seit langem Drogen konsumieren, mehrere Methadontherapien abgebrochen haben und deren soziale und Lebensbedingungen sich verschlechtert haben. Analog dazu ist Drogenabhängigkeit unter Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weit verbreitet.

Das europäische Projekt Isadora („*Integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction*“ [Integrierte Dienste für die Doppeldiagnose und optimale Suchtentwöhnung]) wurde 2005 nach einer dreijährigen Forschungsphase abgeschlossen⁽¹⁾. Mit dem Ziel der Ermittlung der wichtigsten institutionellen und individuellen Risikofaktoren für Komorbidität wurden im Rahmen des Projekts an sieben Orten Europas 352 Patienten aus Einrichtungen der akuten Psychiatrie untersucht. Den Ergebnissen zufolge sind schlechte Prognosen und uneinheitliche Verfahren der Doppeldiagnose nicht nur auf die Merkmale der Patienten zurückzuführen, sondern auch darauf, dass die Leistungserbringung nicht aus einer Hand erfolgt, was häufig eine ineffiziente Aufteilung der Betreuung auf unterschiedliche Dienste zur Folge hat. Zu den Ergebnissen des Projekts Isadora zählt ein umfassendes Schulungshandbuch zur Dualdiagnose.

(1) <http://isadora.advsh.net/>.

Ländern unterschiedliche Tendenzen gemeldet. In den neuen Mitgliedstaaten war bis 2002 ein drastischer Anstieg zu beobachten, in den Jahren 2003 und 2004 war jedoch ein Rückgang zu verzeichnen.

Ein Anstieg des Anteils der drogenbedingten Todesfälle wurde in Griechenland bei Drogenkonsumenten unter 30 Jahren und in Estland, Luxemburg und Österreich sowie in geringerem Maße in Lettland und den Niederlanden bei Drogenkonsumenten unter 25 Jahren beobachtet. In den meisten Ländern ging jedoch der Anteil der jungen Drogenkonsumenten an den Fällen von Überdosierung zurück⁽¹⁷⁰⁾.

Darüber hinaus sind bei drogenbedingten Todesfällen Unterschiede zwischen den Anteilen von Männern und Frauen zu beobachten⁽¹⁷¹⁾. Weitere Einzelheiten sind dem

⁽¹⁶⁷⁾ Siehe Abbildung DRD-8 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁶⁸⁾ Siehe Tabelle DRD-2 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁶⁹⁾ Siehe Abbildung DRD-11 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁷⁰⁾ Siehe Abbildung DRD-9 im *Statistical Bulletin 2007*.

⁽¹⁷¹⁾ Siehe Abbildung DRD-6 im *Statistical Bulletin 2007*.

ausgewählten Thema zum Drogenkonsum von Männern und Frauen im Jahresbericht 2006 zu entnehmen.

Gesamt mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten

Informationen über die Gesamt mortalität (unmittelbar und mittelbar durch den Drogenkonsum verursacht) unter problematischen Drogenkonsumenten beziehen sich in der Regel auf Opioidkonsumenten, während Daten über die Mortalität im Zusammenhang mit anderen Formen des Drogenkonsums weitgehend fehlen. Diese gewinnen jedoch im Bereich der öffentlichen Gesundheit zunehmend an Bedeutung, beispielsweise im Zusammenhang mit regelmäßigen, aber sozial integrierten Kokainkonsumenten.

Im Rahmen von Forschungsstudien unter Opioidkonsumenten in verschiedenen europäischen Settings wurde für diese Gruppe eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hohe Mortalität ermittelt. Bei einer im Rahmen eines EBDD-Projekts durchgeführten Gemeinschaftsstudie wurde die Mortalität unter in Behandlung befindlichen Opioidkonsumenten in acht europäischen Ländern bzw. Städten untersucht und festgestellt, dass die Mortalitätsrate unter Opioidkonsumenten wesentlich höher ist als unter den Angehörigen derselben Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung (siehe EBDD, 2006). Bei einer in der Tschechischen Republik durchgeführten Kohortenstudie zur Mortalität wurde festgestellt, dass die standardisierte Sterblichkeitsrate unter den Konsumenten von Stimulanzien vier bis sechs Mal und unter den Opioidkonsumenten neun bis zwölf Mal höher war als in der Allgemeinbevölkerung (nationale Reitox-Berichte, 2005). Eine französische Kohortenstudie unter Personen, die wegen des Konsums von Heroin, Kokain oder Crack festgenommen worden waren, ergab bei Männern eine fünf Mal höhere und bei Frauen eine 9,5 Mal höhere Mortalität als in der Allgemeinbevölkerung, wobei allerdings auch eine rückläufige Tendenz festgestellt wurde (nationale Reitox-Berichte, 2005). Weitere Daten über die Mortalität unter Drogenkonsumenten werden aus Kohortenstudien erwartet, die derzeit in mehreren europäischen Ländern (Bulgarien, Spanien, Malta, Österreich, Polen, Rumänien, Schweden, Vereinigtes Königreich, Norwegen) durchgeführt werden.

Jüngste Studien aus den Niederlanden und Norwegen zeigten keinerlei Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Risiko einer tödlichen Überdosierung (Cruts et al., im Druck; Ødegård et al., 2006, zitiert im nationalen Bericht Norwegens). Mit dem zunehmenden Alter der Opioidkonsumenten kommen jedoch zu den Todesfällen durch externe Ursachen wie Selbstmord und Gewalt unter Umständen auch Todesfälle aufgrund chronischer Krankheiten hinzu. Die schlechten Lebensbedingungen der Drogenkonsumenten sowie ihre psychischen Probleme können ebenfalls erheblich zu der hohen Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe beitragen.

In einigen Studien wurde festgestellt, dass Selbstmord eine Ursache für tödliche Überdosierungen unter Drogenkonsumenten darstellt. In Schottland handelte es sich

im Jahr 2005 bei 30 % aller gemeldeten drogenbedingten Todesfälle um Selbstmorde sowie Todesfälle, deren nähere Umstände unbestimmt waren, während im Jahr 2003 13 % aller drogenbedingten Todesfälle Selbstmorde darstellten (Scottish Executive, 2005). Man geht davon aus, dass mit dem Substanzmissbrauch verbundene Probleme auf unterschiedliche Weise zum suizidalen Verhalten beitragen: weit verbreitete Risikofaktoren, Substanzmissbrauch unter Menschen, die zu hochriskantem Verhalten neigen.

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Da die relative Bedeutung von Überdosierungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zunehmend erkannt wird, rücken auch entsprechende Präventionsmaßnahmen ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Zwar können Bemühungen im Zusammenhang mit Behandlungs- und anderen Diensten durchaus zu einer Reduzierung der drogenbedingten Todesfälle beitragen, jedoch besteht erhebliches Potenzial für die Entwicklung von Maßnahmen, die speziell auf das Risiko von Überdosierungen zugeschnitten sind. Zudem gibt es in Europa noch immer keinen umfassenden Ansatz für die Prävention von Überdosierungen.

Die Mitgliedstaaten haben in den letzten Jahren die Verfügbarkeit von Drogentherapien zunehmend verbessert und sind nun in der Lage, verstärkt Kontakt zu schwerer erreichbaren problematischen Drogenkonsumenten herzustellen (siehe auch Kapitel 2 und Kapitel 6). Dies gilt insbesondere für Mitgliedstaaten, in denen es bereits vor längerer Zeit Heroinepidemien gab. Die leichtere Zugänglichkeit der Behandlungsdienste und die größere Vielfalt der Konzepte, einschließlich der Substitutionsbehandlung, sorgen für einen verstärkten Verbleib in der Behandlung und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Verringerung der drogenbedingten Todesfälle und der Mortalität. Mehrere Länder haben die Zugangsschwellen zu Erhaltungstherapien abgesenkt, und offensichtlich ändert sich die Grundhaltung zu einer Erleichterung des Zugangs zu und der Wiederaufnahme von methadongestützten Erhaltungstherapien (die erwiesenermaßen zu einer Erhöhung der Überlebensrate beitragen). Darüber hinaus zeigen Untersuchungen hochschwelliger Programme, dass strenge Zulassungskriterien und Behandlungsregelungen dazu führen, dass verstärkt disziplinarische Entlassungen vorgenommen werden und das Risiko von Todesfällen unter den Entlassenen höher ist als unter den in Behandlung verbleibenden Drogenkonsumenten (Fugelstad et al., 2007). In Italien wird derzeit eine Längsschnittstudie über die Wirksamkeit von Behandlungen für Heroinabhängige durchgeführt, in deren Rahmen die Zusammenhänge zwischen dem Verbleib in der Behandlung und der Mortalität untersucht werden (Bargagli et al., 2006).

In den ersten Wochen nach einer Haftentlassung oder nach Abschluss einer Behandlung besteht für Patienten, die einen Opioidentzug hinter sich haben, im Falle eines Rückfalls ein erhöhtes Risiko einer Überdosierung, da die Opioidtoleranz nicht mehr so hoch ist wie vor dem Entzug.

Daher stellen die Information der Haftinsassen bzw. Patienten über die mit einer Wiederaufnahme des Drogenkonsums verbundenen Risiken und die Erörterung von Strategien zur Risikominderung wichtige Schadensminimierungsmaßnahmen dar. Eine kontinuierliche Betreuung durch soziale Unterstützungs- und Behandlungsdienste kann in diesem Zusammenhang insbesondere für ehemalige Häftlinge eine wichtige Rolle spielen.

Im Rahmen der Prävention von Überdosierungen werden zudem Schulungen für Drogenkonsumenten durchgeführt, in denen diese die stabile Seitenlage erlernen und erfahren, wie sie besser auf Notfallsituationen reagieren können. Zudem setzt man auf die Zusammenarbeit mit Polizei, ambulanten Behandlungsdiensten und den Drogenkonsumenten selbst, um zu erreichen, dass im Falle einer Überdosierung frühzeitig der medizinische Notfalldienst verständigt wird. Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass der gleichzeitige Konsum anderer Drogen, insbesondere von Alkohol und Sedativa, das Risiko einer tödlichen Überdosierung von Opioiden erhöhen kann und somit der polyvalente Drogenkonsum ein wichtiges Thema für entsprechende Maßnahmen darstellt. In einigen experimentellen Studien wurde die Möglichkeit untersucht, Drogenkonsumenten Opioid-Antagonisten zur Verfügung zu stellen. Beispielsweise wurde in einem schottischen Pilotprojekt Naloxon an Drogenkonsumenten, ihre Familien und Freunde ausgegeben. Dieser Ansatz ist in Europa bisher noch wenig verbreitet, könnte jedoch durchaus Erfolg versprechend sein. Die Verfügbarkeit von Opioid-Antagonisten in ambulanten Diensten, Behandlungseinrichtungen oder anderen Settings, in denen das Risiko einer Überdosierung von Opioiden besteht, ist zwar weiter verbreitet, stellt aber noch keine gängige Praxis dar. Da diese Drogen, wenn sie zeitnah verabreicht werden, einen hohen Wirkungsgrad haben, besteht eindeutig die Notwendigkeit, ihre Verfügbarkeit im Rahmen der Prüfung von Maßnahmen zur Prävention von Überdosierungen in Betracht zu ziehen.

Ein recht kontrovers diskutierter Ansatz ist die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen, d. h. von speziellen Einrichtungen für den Drogenkonsum, in denen unter

Umständen auch medizinische und andere Dienste verfügbar sind. Drogenkonsumräume wurden in den letzten Jahresberichten des INCB kritisiert, werden jedoch von einigen EU-Mitgliedstaaten als probater Bestandteil ihrer Maßnahmen im Hinblick auf einige Formen des hochgradig problematischen Drogenkonsums betrachtet. Zugunsten der Drogenkonsumräume wird unter anderem vorgebracht, dass sie Überdosierungen vorbeugen, andere mit dem injizierenden Drogenkonsum verbundene Risiken eindämmen, eine Möglichkeit zur Verbreitung von Informationen bieten und als Anlaufstelle für die Vermittlung an Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, Behandlungseinrichtungen und andere Drogendienste dienen können. Drogenkonsumräume gelten zuweilen auch als eine Möglichkeit, um die mit dem Drogenkonsum verbundenen Störungen der öffentlichen Ordnung einzudämmen. Derzeit gibt es in der EU und Norwegen mehr als 70 Drogenkonsumräume: etwa 40 in den Niederlanden, 25 in Deutschland, sechs in Spanien und jeweils einen in Luxemburg und Norwegen.

In ganz Europa kommen in Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle informations-, aufklärungs- und kommunikationsorientierte Strategien zum Einsatz. Den Berichten zufolge haben mehrere Länder spezielles Informationsmaterial erarbeitet und an Drogenkonsumenten, ihre Freunde und Familien sowie an die Polizei ausgegeben. Neben Erste-Hilfe-Kursen für die Mitarbeiter von Drogendiensten und für die Drogenkonsumenten selbst finden jedoch in Europa offenbar zunehmend auch Maßnahmen Verbreitung, in deren Rahmen Bewertungen des Risikos einer Überdosierung und Beratungen zum Umgang mit diesem Risiko durchgeführt werden. Derartige Maßnahmen werden beispielsweise in den Berichten aus Rumänien, den Niederlanden und Malta erwähnt. Im Jahr 2005 wurde in Schottland ein Aktionsplan zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in die Wege geleitet. Dieser umfasst eine DVD zur Sensibilisierung für das Risiko einer Überdosierung, neue Forschungsarbeiten zur Untersuchung der Verzögerungen bei Hilferufen und ein nationales Forum zur Ermittlung von Tendenzen und zur Feststellung von Bereichen, in denen weitere Maßnahmen erforderlich sind.



Literatur

- Aveyard, P., Markham, W. A., Lancashire, E., et al. (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils“, *Social science and medicine* 58, S. 1767-1780.
- Bargagli, A. M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G., et al. (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population“, *Substance use and misuse* 41, S. 1861-1879.
- Binnie, I., Kinver, A., und Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation“, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C. H., Berndt, D., Brinales, J., et al. (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science“, *Addictive behaviours* 25, S. 955-964.
- Bühler, A., und Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T., und Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D. D., und Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth“, *Journal of abnormal child psychology* 33, S. 363-374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Suchtstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Suchtstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P., und Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., und Van Laar, M. (im Druck), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004“, *The DASIS Report*, Ausgabe 27.
- Dishion, T. J., und Dodge, K. A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change“, *Journal of abnormal child psychology* 33, S. 395-400.
- EBDD (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2004), „An overview of cannabis potency in Europe“, *Insights* Nr. 6, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2005), *Jahresbericht 2005: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2006), *Jahresbericht 2006: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2007a), „Drogen und Kriminalität – ein komplexer Zusammenhang“, *Drogen im Blickpunkt* Nr. 16, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=18945>).
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic“, Technical report (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion“, Doc. Ref. EMA/CHMP/195488/2005 (<http://www.emea.europa.eu>).
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs“, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), „Die öffentliche Meinung in der Europäischen Union“, *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_de.pdf).

- EuroHIV (Europäische Epidemiologische Aids-Beobachtungsstelle) (2006), *HIV/Aids Surveillance in Europe, end-year report 2005*, Nr. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Europäische Kommission, Luxemburg.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005“ (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. R. F., et al. (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination“, *Prevention science* 6, S. 151-175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M., und Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings“, *Addiction* 102, S. 406-412.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use“, Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J., und Stewart, D. (2001), „NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake“, National Addiction Centre, London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns“, Briefing 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Vereinte Nationen: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Vereinte Nationen: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Vereinte Nationen: International Narcotics Control Board, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy“, *Drugs: education, prevention and policy* 13, S. 389-391.
- Jones L., Sumnall H., Burrell K., McVeigh J., und Bellis, M. A. (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EBDD, Lissabon (nicht veröffentlicht).
- Kouvonen, P., Skretting, A., und Rosenqvist, P. (Hrsg.) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E., und Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors“, *Drug and alcohol dependence* 84, S. 167-174.
- Lohrmann, D. K., Alter, R. J., Greene, R., und Younoszai, T. M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use“, *Journal of drug education* 35, S. 233-253.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues“ (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G. M., Hart, H., und van de Wijngaart, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation“, *Journal of advanced nursing*, 57, S. 422-431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J., et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season“, A report for the Afghan drugs interdepartmental unit of the United Kingdom Government.
- March, J. C., Oviedo-joekes, E., Perea-Milla, E., Carrasco F., und das PEPSA-Team (2006), „Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, S. 203-211.
- Mateu, G., Astals, M., und Torrens, M. (2005), „Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento“, in: Miranda, J. J. F., und Melich, M. T. (Hrsg.), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, S. 111-121.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A., und Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom“, *Addiction* 100, S. 1140-1149.
- Nabben, T., Benschop, A., und Korff, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., und Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der

- Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- National Reitox-Berichte (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Parkin, S., und McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches“, *Drugs: education, prevention and policy* 7, S. 293-310.
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures“, *Addiction* 101, S. 315-322.
- Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights“, in *Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, S. 117-124.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) und <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>.
- Schifano, F., et al. (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980-2002“, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, S. 343-348.
- Schifano, P., Bargagli, A. M., Belleudi, V., et al. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement“, *European addiction research* 12, S. 121-127.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T., et al. (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study“, *Addictive behaviours* 29, S. 743-752.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B., et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C., und Hellwich, W. K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen“, *Sucht* 52, Sonderheft 1, S. 7-43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S., et al. (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project“, *Addiction* 101, S. 813-823.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C., et al. (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales“, *British journal of general practice* 55, S. 444-451.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J., und Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)“, unveröffentlichte wissenschaftliche Arbeit, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Vereinigtes Königreich
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- UNODC und Regierung Marokkos (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services“, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006“, 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities“, Weltgesundheitsorganisation, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren, P., und Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden“, *Journal of analytical toxicology* 28, S. 67-70.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht 2007: Stand der Drogenproblematik in Europa

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2007 — 95 S. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-286-7

Wie kann ich EU-Veröffentlichungen erhalten?

Alle kostenpflichtigen Veröffentlichungen des Amtes für Veröffentlichungen sind über den EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu> erhältlich, bei dem Sie über eine Verkaufsstelle Ihrer Wahl bestellen können.

Das Verzeichnis unseres weltweiten Verkaufstellennetzes können Sie per Fax anfordern: (352) 29 29-42758.

Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine der dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Die EBDD, die 1993 gegründet wurde und ihren Sitz in Lissabon hat, ist die zentrale Informationsstelle zur Drogen- und Drogensuchtproblematik in Europa.

Die EBDD sammelt, analysiert und verbreitet objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik. Dabei vermittelt sie ihren Zielgruppen einen fundierten Einblick in die Drogenproblematik auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle sind eine wichtige Informationsquelle für ein breites Publikum wie politische Entscheidungsträger und ihre Berater, Fachkräfte und Forscher im Drogenbereich sowie ganz allgemein für die Medien und die Öffentlichkeit.

Mit dem Jahresbericht bietet die EBDD einen jährlichen Überblick über die Drogenproblematik in der EU und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren.