



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

ISSN 1609-6088

JAHRESBERICHT 2006

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2006

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 spanischer, tschechischer, dänischer, deutscher, estnischer, griechischer, englischer, französischer, italienischer, lettischer, litauischer, ungarischer, niederländischer, polnischer, portugiesischer, slowakischer, slowenischer, finnischer, schwedischer, bulgarischer, rumänischer, 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, 2006

ISBN 92-9168-252-7

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2006

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>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkung	9
Übersicht: Die Drogenproblematik in Europa	11
Kapitel 1	
Politische und rechtliche Entwicklungen	17
Kapitel 2	
Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa	27
Kapitel 3	
Cannabis	37
Kapitel 4	
Amphetamine, Ecstasy und andere psychotrope Drogen	47
Kapitel 5	
Kokain und Crack	58
Kapitel 6	
Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum	66
Kapitel 7	
Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle	75
Kapitel 8	
Verbesserung der Überwachung des problematischen und multiplen Drogenkonsums	88
Literaturangaben	95



Vorwort

Dies ist der 11. Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, der in diesem Jahr in 23 europäischen Sprachen verfügbar ist. Blickt man auf die Berichte zurück, die die Beobachtungsstelle im Laufe der Jahre veröffentlicht hat, kann man kaum umhin, mit Erstaunen die wachsende Fülle an Detailinformationen zur Kenntnis zu nehmen, die inzwischen zur Verfügung steht – ein Maß für die zunehmende Komplexität der Situation sowohl im Hinblick auf den Konsum illegaler Drogen in Europa als auch die Art und Weise, wie Europa sich dem Drogenproblem stellt.

Heute stehen uns für unsere Analyse deutlich mehr Informationen zur Verfügung. Der diesjährige Bericht stützt sich auf Daten aus den 25 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen und, sofern verfügbar, Daten aus Bulgarien, Rumänien und der Türkei. Dabei ist nicht nur die Anzahl der Länder gestiegen, die Informationen bereitstellen, sondern auch das Volumen vergleichbarer Informationen aus den einzelnen Ländern hat stetig zugenommen. Diese Informationen vermitteln uns ein sehr viel genaueres Bild der Drogensituation in Europa und der ihr inhärenten Dynamik als je zuvor. Aufgabe der EBDD ist es, diese Vielschichtigkeit zu untersuchen und dabei mögliche gemeinsame Erfahrungen zusammenzuführen und Unterschiede zu beleuchten. Verstärkte Bemühungen im Bereich der Datenerhebung und die Zusammenarbeit im Rahmen der Tätigkeiten der Beobachtungsstelle haben in den Mitgliedstaaten die Einsicht bewirkt, dass die Probleme der Nachbarn von heute schon morgen zum Problem im eigenen Land werden können. Dieses Bewusstsein findet seinen Ausdruck in der neuen Drogenstrategie der Europäischen Union. Hier und in den zugehörigen Aktionsplänen wird der Konsensus zur Deutung von Datenerhebung und gemeinsamer Nutzung von Daten deutlich. Ebenfalls unterstrichen wird die Notwendigkeit, bewährte Vorgehensweisen zu ermitteln und zu verbreiten und die Bedeutung der Zusammenarbeit und koordinierter Maßnahmen als Reaktion auf die Bedrohung, die Drogen für die Gesundheit, das Wohlergehen und die Sicherheit unserer Bürger darstellen.

Die Betrachtung der zur Verfügung stehenden Informationen führt uns darüber hinaus erneut die Notwendigkeit fortgesetzter Wachsamkeit und die Gefahr der Selbstzufriedenheit vor Augen. In dem vorliegenden Bericht werden Warnsignale im Hinblick auf drogenbedingte HIV-Infektionen und drogenbedingte Todesfälle gegeben. Dies soll jedoch weder die enormen

Anstrengungen, die europaweit unternommen wurden, um derartige Probleme in Angriff zu nehmen, noch die greifbaren Fortschritte schmälern, die bereits erzielt wurden. Die politischen Entscheidungsträger in Europa mussten schwierige Entscheidungen treffen, denen im Wesentlichen eine sorgfältige Prüfung der vorliegenden Fakten vorausgegangen war. Einem solchen politischen Blickwinkel kann man nur Beifall zollen. In der weltweiten Debatte über das Drogenproblem fehlt es nicht an Rhetorik, wenn es um die Notwendigkeit eines ausgewogenen und faktengestützten Konzepts geht. In Europa hat diese Rhetorik – vielleicht mehr, als irgendwo anders auf der Welt – reale Erfolge gezeitigt. Trotz der Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten bezüglich der Ausprägung ihrer Drogenprobleme und ihrer Maßnahmenschwerpunkte besteht Einigkeit darüber, wie wichtig die gemeinsame Nutzung von Informationen und die Zusammenarbeit sind, um das Angebot an Drogen zu verringern, und darüber, dass Maßnahmen zur Angebotsreduzierung mit Maßnahmen zur Nachfragereduzierung einhergehen müssen. Überdies ist man sich zunehmend einig, dass konkrete Entscheidungen darüber, welche Programme und Maßnahmen dem Interesse der Bürger am besten dienen, sich auf Fakten stützen müssen. Dieser europäische Ansatz manifestiert sich nicht nur in der neuen Europäischen Drogenstrategie, sondern auch in den nationalen Drogenstrategien der Mitgliedstaaten, der stärkeren und einheitlicheren Stimme Europas in dieser Problematik und den Tätigkeiten der EBDD, wenn wir uns bemühen, unseren Teil dazu beizutragen, faktengestützte Entscheidungen auf politischer Ebene zu ermöglichen, indem wir die über die Drogenproblematik in Europa verfügbaren Informationen unvoreingenommen und streng wissenschaftlich analysieren.

Der Drogenkonsum ist eine vielschichtige Problematik, die keine einfachen Schlussfolgerungen zulässt. Eine Schlussfolgerung kann jedoch aus der europäischen Erfahrung zweifelsfrei gezogen werden: Wir haben gelernt, dass Zusammenarbeit nicht nur funktioniert, sondern absolut unerlässlich ist, um wirksame Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen zu formulieren, vor die uns der Konsum illegaler Drogen stellt.

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 (ECDC) 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 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/?nodeid=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 2004 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorliegen). 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 2006 (<http://stats06.emcdda.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://datapfiles06.emcdda.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:

- Europäische Drogenpolitik: Erweiterung über illegale Drogen hinaus?;
- Drogenkonsum und Maßnahmen zur Bewältigung von Drogenproblemen: Unterschiede zwischen den Geschlechtern;
- Entwicklungen des Drogenkonsums in Freizeitsettings.

Die ausgewählten Themen sind ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues06.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 Drogenproblematik in Europa

Ein neuer europäischer Rahmen für Koordinierung und Zusammenarbeit

Auch wenn die Gestaltung der nationalen Drogenpolitik weiterhin Vorrecht der einzelnen europäischen Mitgliedstaaten bleibt, wird doch der Nutzen, den eine Zusammenarbeit auf europäischer Ebene bieten kann, jetzt nachdrücklich anerkannt. Beleg hierfür sind verschiedene neuere Entwicklungen zur Förderung von Koordinierung und Zusammenarbeit. Dazu zählen zwei neue EG-Verordnungen über Ausgangsstoffe und ein Beschluss des Rates über neue Drogen, die 2005 in Kraft getreten sind. Neue Rechtsinstrumente in den Bereichen Geldwäsche und Einzug von Vermögenswerten erlauben zudem ein energischeres Vorgehen gegen den Drogenhandel. Eine Entwicklung ist aber für die Gestaltung der europäischen Zusammenarbeit und der künftigen Maßnahmen für eine Antwort auf den Drogengebrauch von besonderer Bedeutung: die neue EU-Drogenstrategie für die Jahre 2005 bis 2012 mit den beiden begleitenden Aktionsplänen. Der erste dieser Aktionspläne führt etwa 100 konkrete Maßnahmen auf, deren Umsetzung durch die EU-Mitgliedstaaten bis 2008 geplant ist. Bestandteil der Strategie ist auch ein kontinuierliches Evaluierungsprogramm mit jährlichen Fortschrittsberichten und je einer Folgenabschätzung am Ende der beiden Aktionspläne.

Diese Strategie lässt sich als europäischer Konsens verstehen, wie der Drogenproblematik zu begegnen ist. Sie engagiert sich ausdrücklich für ein ausgewogenes Konzept mit Maßnahmen auf der Angebots- und der Nachfrageseite, akzeptiert die Notwendigkeit, die Wirksamkeit der Maßnahmen zu belegen, und sieht zudem eine systematische Evaluierung der Fortschritte vor. Zwar gibt es in der Drogenpolitik der europäischen Mitgliedstaaten noch immer deutliche Unterschiede, die häufig auf die Besonderheiten der nationalen Drogenlage und die Art der jeweiligen Reaktionen zurückzuführen sind. Die neue Drogenstrategie deutet aber darauf hin, dass die politische Drogendebatte in Europa zunehmend durch die Einigung auf einen gemeinsamen Aktivitätsrahmen gekennzeichnet ist. So enthalten praktisch alle Strategien zur Nachfragesenkung Elemente von Prävention, Therapie und Schadensminderung, auch wenn deren Gewichtung je nach Land verschieden ist. Über einige Optionen wird noch immer heftig diskutiert – in der Regel aber vor dem Hintergrund einer breiten Übereinstimmung, wenn es um die Grundlagen der europäischen Antwort auf die Drogenproblematik geht.

Drogenkonsum und Drogenhandel: ein Unterschied von wachsender Bedeutung

Eine anhaltende Tendenz, die durch die diesjährigen neuen Daten wieder belegt wird, ist der Wandel in der nationalen

Drogengesetzgebung, die zunehmend zwischen den Straftatbeständen des Drogenbesitzes für den persönlichen Bedarf und denen des Drogenhandels unterscheidet. Ganz allgemein wird der Handel härter geahndet, während für den Besitz weniger Freiheitsstrafen verhängt werden. Diese Entwicklung entspricht dem europaweiten Trend, die drogentherapeutischen Möglichkeiten zu erweitern und Maßnahmen zu fördern, durch die Menschen mit Drogenproblemen aus der Strafverfolgung herausgenommen und Therapie- und Rehabilitierungsoptionen zugeführt werden. Bei den Ländern, die den Drogenbesitz für den Eigenbedarf rechtlich vom Drogenhandel abgrenzen, stellt sich die Frage, ob rechtlich auch explizit geregelt werden muss, welche Drogenmenge die Obergrenze des Eigenbedarfs bildet. Hier herrscht derzeit keine Einigkeit, so dass in Europa von der Ausgabe allgemeiner operativer Leitlinien bis zur Festlegung gesetzlicher Grenzwerte verschiedene Ansätze verfolgt werden.

Heroinkonsum: ein wichtiger Teil des Gesamtbilds

Die Daten des vorgelegten Berichts zeigen, dass die herkömmliche Betrachtungsweise mit dem Heroin- und injizierenden Drogenkonsum als zentralen Elementen der gesamteuropäischen Drogenproblematik erweitert werden muss. Dies liegt an der wachsenden Bedeutung des polyvalenten Drogenkonsums und des Konsums von Stimulanzien sowie an den zunehmenden Auswirkungen des weit verbreiteten Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit. Dennoch bleiben Opioide (überwiegend Heroin) mit etwa 60 % aller 2004 registrierten Therapienachfragen in vielen Ländern die Drogen, deretwegen sich Konsumenten am häufigsten behandeln lassen wollen. Über die Hälfte davon (53 %) hat die Droge nach eigenen Angaben injiziert.

Nahezu 25 % der Opioidtherapien werden von Personen im Alter von 35 Jahren oder darüber nachgefragt, während nur 7 % der Patienten, die eine Erstbehandlung beantragen, jünger als 20 Jahre sind. Dabei ist zu beachten, dass die Daten zur Behandlungsnachfrage sich auf die Zahl der Patienten beziehen, die im Berichtsjahr eine Therapie beantragt haben, aber nicht die Personen einschließen, die bereits behandelt werden; die Gesamtzahl der behandelten Patienten liegt deshalb deutlich höher. Für Europa insgesamt bedeutet die erhebliche Zunahme der Drogensubstitutionsbehandlungen in den letzten Jahren, dass das Therapiesystem eine wachsende und alternde Gruppe von Personen mit Heroinproblemen betreut, die wahrscheinlich noch für viele weitere Jahre betreut werden müssen und beträchtliche Ressourcen in Anspruch nehmen.

Das in Europa konsumierte Heroin stammt hauptsächlich aus Afghanistan. In Europa werden weiterhin die weltweit größten Heroinmengen sichergestellt, und da

die Sicherstellungen in den südosteuropäischen Ländern (insbesondere in der Türkei) zunehmen, hat diese Region West- und Mitteleuropa hinsichtlich des beschlagnahmten Volumens überholt. Die steigende Tendenz bei der Sicherstellung von Heroin unterstreicht nicht nur, welchen Wert koordinierte Maßnahmen zur Bekämpfung des Handels auf der breiteren europäischen Ebene haben, sondern gibt auch Anlass zu der wichtigen Frage, was die zunehmende Heroinproduktion für den europäischen Markt bedeutet. Bei der mittleren Reinheit sind keine klaren Trends erkennbar; die inflationsbereinigte fünfjährige Preisentwicklung (1999 bis 2004) zeigt aber in den meisten Ländern nach unten. Auch wenn Heroin in Europa leichter verfügbar und billiger ist, gibt es keine Hinweise, dass der Gesamtkonsum dadurch beeinflusst wird. Die Gesamtindikatoren deuten darauf hin, dass in einer wahrscheinlich stabilen Lage die Inzidenz des Heroinerstkonsums rückläufig ist – wobei jetzt zumindest in einigen Ländern für einen erheblichen Anteil der Personen mit Opioidproblemen Substitutionsbehandlungen bereitgestellt werden. Bei den Erstbehandlungen ist die Zahl von Patienten mit gravierenden Opioidproblemen in den meisten Ländern rückläufig. Allerdings waren in diesem Bereich schon epidemische Konsumwellen zu beobachten, so dass Selbstgefälligkeit fehl am Platze ist.

Der diesjährige Bericht enthält beunruhigende Indikatoren, nach denen die Zahl der drogenbedingten Todesfälle, die seit 2000 im Allgemeinen gesunken ist, 2004 in den meisten Ländern wieder etwas zugenommen hat. Noch ist unklar, ob diese kleinen Änderungen eine langfristige Verschiebung ankündigen, aber es muss daran erinnert werden, dass drogenbedingte Todesfälle eine der gravierenden Auswirkungen des Konsums illegaler Drogen auf die öffentliche Gesundheit darstellen. Auch wenn der sinkende Anteil drogenbedingter Todesfälle bei jungen Erwachsenen darauf hindeutet, dass die Zahl der injizierenden Heroinerstkonsumenten rückläufig ist, lassen die verfügbaren Schätzungen der Drogenmortalität (Überdosen und andere Ursachen) für verschiedene Städte vermuten, dass derzeit 10 bis 23 % der Gesamtmortalität von Erwachsenen im Alter von 15 bis 49 Jahren auf den Konsum von Opioiden zurückzuführen ist.

Injizieren: injektionsbedingte Gesundheitsprobleme als ständige Begleiter

In vielen Ländern ist das Injizieren von Drogen nahezu gleichbedeutend mit Heroinkonsum. Es gibt aber auch Ausnahmen: Einige EU-Länder melden ein signifikantes Ausmaß von injizierendem Stimulanzienkonsum, und zwar überwiegend bei schwer Amphetaminabhängigen. Nach den verfügbaren Daten scheint das Injizieren von Drogen aber langfristig in etwa den Verhältnissen beim Heroin zu folgen und insgesamt rückläufig zu sein. Allerdings bleiben die Raten des injizierenden Konsums in vielen neuen Mitgliedstaaten hoch. Wichtig ist hier aber der Vorbehalt, dass nur wenige nationale oder subnationale Schätzungen zum injizierenden Drogenkonsum verfügbar sind. Außerdem haben jüngere Regionalstudien zum injizierenden Konsum eine leichte Zunahme festgestellt. Den

umfassendsten Einblick in dieses Verhalten gewährt die Überwachung von Heroinkonsumenten bei ihrer Behandlung. Der injizierende Anteil in diesem Bereich ist in einigen Ländern dramatisch zurückgegangen, in anderen aber nicht. Von den alten Mitgliedstaaten melden insbesondere Dänemark, Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien und das Vereinigte Königreich bei den behandelten injizierenden Heroinkonsumenten abnehmende Quoten.

Der Zusammenhang zwischen dem Injizieren von Drogen und Gesundheitsproblemen ist allgemein bekannt, und bei injizierenden Konsumenten ist nicht nur das Risiko von Überdosen und ernsten Infektionen erhöht, sondern auch das von Blutvergiftungen und Thrombosen. Die HIV-Infektion ist das Gesundheitsrisiko, das Reaktionen des europäischen Gesundheitswesens auf diese Art des Drogenkonsums herausforderte, und nahezu alle Länder haben jetzt Maßnahmen eingeleitet, die neue Infektionen verhindern sollen. Nadeln und Spritzen beispielsweise, deren Austausch früher kontrovers diskutiert wurde, sind jetzt in praktisch allen Mitgliedstaaten verfügbar, wobei allerdings Ausmaß und Flächendeckung von Land zu Land sehr verschieden sind. Die meisten Länder melden geringe Raten bei neu diagnostizierten HIV-Infektionen, die auf injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen sind, und nach Schätzungen liegt die HIV-Infektionsrate bei injizierenden Konsumenten unter 5 %. Aber auch hier sind zwei wichtige Vorbehalte zu beachten: Erstens übermitteln Spanien und Italien, zwei der größten Länder mit besonders großer AIDS-Inzidenz unter den injizierenden Drogenkonsumenten, derzeit keine Daten zu den nationalen HIV-Fällen, und zweitens wird gemeldet, dass sich die HIV-Übertragung europaweit in speziellen injizierenden Gruppen fortsetzt, und dass es in einigen der untersuchten Bevölkerungsgruppen sogar Hinweise auf eine Zunahme gibt.

Erheblich negativer ist das Bild bei den Raten für Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV), die bei injizierenden Konsumenten nahezu durchweg auf hohem Niveau bleiben. Auf die Behandlung von HCV-bedingten Gesundheitsproblemen bei injizierenden und ehemals injizierenden Konsumenten dürfte noch für viele Jahre ein erheblicher Anteil der Gesundheitskosten entfallen. Wer hier zu dem Ergebnis kommt, der injizierende Drogenkonsum gehe langsam zurück, und Europa habe auf die Herausforderung der epidemischen HIV-Verbreitung in den 90er Jahren gut reagiert, ist ernsthaft in Gefahr, die durch dieses Verhalten noch immer verursachten Gesundheitsbedrohungen auf die leichte Schulter zu nehmen. Hohe Quoten von endemischen HCV-Infektionen, die fortgesetzte Übertragung zwischen injizierenden Drogenkonsumenten, die beobachtete erhöhte Inzidenz in einigen Gruppen und die große Hochrisikogruppe injizierender Konsumenten in einigen neuen Mitgliedstaaten sprechen alle für die Notwendigkeit, den injizierenden Drogenkonsum und die damit verbundenen Gesundheitsprobleme auch weiterhin als ernste Herausforderung für das europäische Gesundheitswesen und als einen kritischen Bereich der Drogenpolitik und der wissenschaftlichen Wachsamkeit einzustufen.

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 begleitenden Statistical Bulletin.)

Cannabis

Lebenszeitprävalenz: mindestens 65 Millionen oder einer von fünf europäischen Erwachsenen.

Prävalenz während der letzten 12 Monate: 22,5 Millionen europäische Erwachsene oder ein Drittel der Personen mit Cannabiserfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: 12 Millionen Europäer.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten 12 Monate:

Gesamtspanne: 0,8 % bis 11,3 %
Typische Spanne: 2,8 % bis 7,5 % (15 Länder).

Kokain

Lebenszeitprävalenz: mindestens 10 Millionen oder mehr als 3 % der europäischen Erwachsenen.

Prävalenz während der letzten 12 Monate: 3,5 Millionen europäische Erwachsene oder ein Drittel der Personen mit Kokainerfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: über 1,5 Millionen.
Ländervariation der Prävalenz während der letzten 12 Monate:

Gesamtspanne: 0,1 % bis 2,7 %
Typische Spanne: 0,3 % bis 1,2 % (18 Länder).

Ecstasy

Lebenszeitprävalenz: etwa 8,5 Millionen europäische Erwachsene.

Prävalenz während der letzten 12 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 12 Monate:

Gesamtspanne: 0,0 % bis 3,5 %
Typische Spanne: 0,3 % bis 1,5 % (15 Länder).

Amphetamine

Lebenszeitprävalenz: nahezu 10 Millionen oder rund 3 % der europäischen Erwachsenen.

Prävalenz während der letzten 12 Monate: 2 Millionen oder ein Fünftel der Personen mit Amphetaminerfahrung.
Prävalenz während der letzten 30 Tage: unter 1 Million.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten 12 Monate:

Gesamtspanne: 0,0 % bis 1,4 %
Typische Spanne: 0,2 % bis 1,1 % (16 Länder).

Opioid

Problematischer Opioidkonsum zwischen 1 und 8 Fälle je 1 000 Erwachsene (15-64 Jahre).

Nahezu 7 000 akute drogenbedingte Todesfälle; in rund 70 % davon konnten Opioid nachgewiesen werden (Daten von 2003).

Hauptdroge in etwa 60 % aller Drogentherapieanfragen. Über eine halbe Million Opioidkonsumenten haben im Jahr 2003 eine Substitutionsbehandlung erhalten.

Kokain: Hinweise auf Stabilität bei der zweithäufigsten illegalen Droge in Europa

Nach Schätzungen des Kokainkonsums (Prävalenz während der letzten 12 Monate) liegt diese Droge etwas vor Amphetaminen und Ecstasy und ist damit die illegale Droge, die in Europa am zweithäufigsten konsumiert wird. Trotzdem ist das allgemeine Bild nach einer Phase, in der die Zahl der Konsumenten kräftig zugenommen hat, eines der Stabilisierung. Der starke Anstieg der Kokainprävalenz, der von der Mitte bis Ende der 90er Jahre in Spanien und im Vereinigten Königreich zu beobachten war, ist seit 2000 bzw. 2001 ausgelaufen. In einigen anderen Ländern lässt sich zwar noch eine moderate Zunahme des Kokainkonsums beobachten, dramatische Zuwächse werden aber nicht gemeldet. Insgesamt bleibt die Kokainlage in Europa sehr heterogen, und der signifikante Kokainkonsum ist auf wenige, hauptsächlich westeuropäische Länder beschränkt.

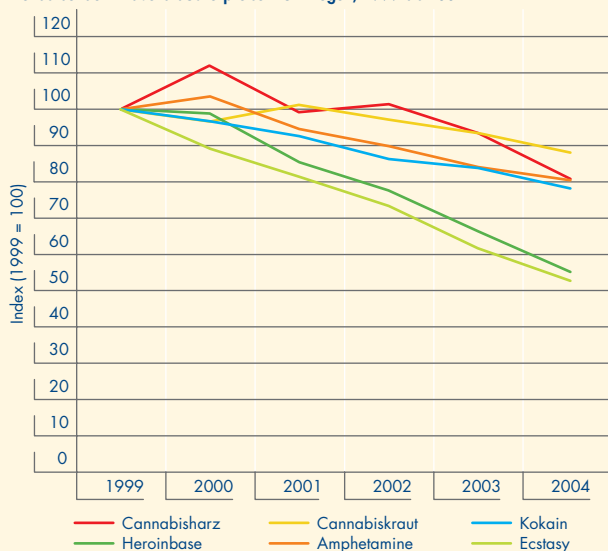
Aus den Hinweisen auf einen stabilisierten Kokainkonsum zu schließen, dass sich auch das Ausmaß der Probleme stabilisieren wird, die mit dem Konsum dieser Droge verbunden sind, wäre falsch. In Europa hat der Kokainkonsum ein historisches Maximum erreicht, und Untersuchungen lassen ein übliches Muster erkennen, dass nämlich die Zunahme drogenbedingter Probleme der Zunahme der Prävalenz mit einigen Jahren Abstand folgt. Es dauert nämlich einige Zeit, bis sich intensive und regelmäßige Muster für den Drogenkonsum entwickelt haben und die Probleme sichtbar werden. Dies könnte jetzt in den europäischen Ländern beginnen, in denen Kokain inzwischen weit verbreitet ist. Sowohl die Niederlande als auch Spanien melden, dass mindestens eine von vier Behandlungsnachfragen in Zusammenhang mit Kokain steht, und in Gesamteuropa haben sich die kokainbezogenen Behandlungserstnachfragen von 1999 bis 2004 etwa verdoppelt. Auch wenn der Crackkonsum in Europa sehr begrenzt ist, deuten Problembereiche aus einigen Städten darauf hin, dass sich die Lage verschlechtern könnte.

Bei der toxikologischen Analyse von Todesfällen, die Opioiden zugeschrieben werden, lässt sich häufig Kokain nachweisen, und in einer Reihe von Ländern ist der begleitende Kokainkonsum zu einer anerkannten Komplikation bei der Behandlung von Heroinproblemen geworden. Trotz begrenzter Daten werden in den nationalen Berichten für 2005 über 400 Todesfälle gemeldet, die sich ursächlich auf Kokainkonsum zurückführen ließen, und in allen Ländern mit hoher Prävalenz scheinen die kokainbedingten Todesfälle zuzunehmen. Bei dieser Zahl handelt es sich mit großer Sicherheit um eine Unterschätzung, und in welchem Ausmaß der Kokainkonsum zu Todesfällen infolge kardiovaskulärer Probleme beiträgt, ist unbekannt. Die Botschaft ist eindeutig: Wenn Europa einen durch den Konsum dieser Droge bedingten Kostenanstieg im Gesundheitswesen vermeiden möchte, darf die Stabilisierung des Kokaingesamtverbrauchs über zwei Punkte nicht hinwegtäuschen – wir müssen lernen, kokainbezogene Probleme besser zu

Drogenkonsum in Europa billiger als je zuvor

Dieser Bericht enthält erstmals eine Fünfjahresanalyse der Straßenpreise von illegalen Drogen. Die Daten wurden inflationsbereinigt, um eine genauere Bewertung zu ermöglichen, wie sich die Straßenpreise illegaler Drogen im Verlauf der Zeit entwickeln. Bei Daten zu Straßenpreisen sind Erhebung und Deutung gleichermaßen schwierig. Der Preis der gekauften Substanz hängt nicht nur von Reinheit, Menge und Art ab, sondern auch von geografischen Faktoren (Erwerb in einer Großstadt oder nahe einer frequentierten Route für den Drogentransit). Auch sind die Drogenpreise je nach Land sehr unterschiedlich und unterliegen zeitlichen Schwankungen, die etwa auf ein knapperes Angebot zurückzuführen sind.

Trends bei den Endverbraucherpreisen für Drogen, 1999 bis 2004



Die verfügbaren Daten deuten aber trotz dieser Verzerrungen darauf hin, dass die Kosten für den Drogenerwerb in Europa insgesamt gefallen sind. In den meisten Ländern war der vorherrschende Fünfjahrestrend ein Rückgang des Straßenpreises für Cannabis, Heroin, Amphetamin, Ecstasy und Kokain (siehe nachstehende Abbildung). Auch wenn historische Daten für Straßenpreise weitgehend fehlen oder sich, wenn sie verfügbar sind, nur schwer interpretieren lassen, stützt dieser neuere Trend beunruhigenderweise die Vermutung, dass die Preise schon längerfristig gefallen sein könnten. So deuten beispielsweise die Daten für einige Länder mit hoher Prävalenz darauf hin, dass Kokain und Ecstasy in den späten 80er und frühen 90er Jahren erheblich teurer waren, als sie es jetzt sind.

Hinweis: Die Trends ergeben sich aus den verfügbaren Daten zu den nationalen Straßenpreisen der einzelnen Drogen in den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen; der gesamteuropäische Trend wurde durch Gewichtung mit der Einwohnerzahl der Länder ermittelt. Die Preise wurden mit den nationalen Inflationsraten bereinigt (Basisjahr 1999), und für alle Indexreihen gilt Basis 1999 = 100.

Viele Länder konnten diese Daten nicht liefern, weil sie schwer zu ermitteln und häufig unzuverlässig und unvollständig sind. Länder, bei denen Drogenpreisdaten für zwei oder mehr aufeinander folgende Jahre fehlen, wurden bei der Trendberechnung nicht berücksichtigt: Trendgrundlage bei Heroinbase sind 9 Länder, bei Amphetaminen 9, bei Kokain 13, bei Ecstasy 13, bei Cannabiskraut 13 und bei Cannabischarz 14.

Außerdem wurden bei fehlenden Daten für 2004 (11 Fälle) die Preise von 2003 verwendet; bei fehlenden Daten für 1999 (ein Fall) die Preise von 2000. Fehlten Daten für andere Jahre (12 Fälle), wurden sie aus den benachbarten Jahren interpoliert.

Weitere Einzelheiten zu den Preisen im Jahr 2004 enthalten die Tabellen PPP-1, PPP-2, PPP-3 und PPP-4 des Statistical Bulletin.

Quellen: Preisdaten: nationale REITOX-Knotenpunkte.

Inflations- und Bevölkerungsdaten:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

identifizieren und zu verstehen, und wir müssen in die Entwicklung wirksamer Maßnahmen investieren.

Reaktionen auf eine komplexere europäische Drogenproblematik

Ein Leitmotiv, das diesen Bericht durchzieht, ist die wachsende Notwendigkeit, sensibel auf die komplexe und mehrdimensionale Natur der heutigen Drogenproblematik zu reagieren. Wenn es um Prävention, Therapie und Schadensminderung geht, müssen wir unsere Kenntnisse zu bewährten Verfahrensweisen und wissenschaftlich fundierten Maßnahmen noch erweitern. Unter den für 2004 gemeldeten ca. 380 000 Behandlungsnachfragen war Cannabis in 15 % aller Fälle der Hauptgrund für die Überweisung zur Behandlung. Damit ist Cannabis die Droge, die nach Heroin am häufigsten gemeldet wird. Die Behandlungsdienste befassen sich auch mit weiteren, durch Stimulanzien und polyvalenten Drogenkonsum verursachten Problemen, wobei sich der Konsum illegaler Drogen und Alkoholprobleme erheblich überschneiden. Leider wissen wir auf Bevölkerungsebene noch nicht genug über die Folgen für die öffentliche Gesundheit, die sich aus dem regelmäßigen und anhaltenden Konsum dieser Drogenarten ergeben, und

das Gleiche gilt für den wahrscheinlichen Interventionsbedarf ihrer Konsumenten. Die europäische Evidenzbasis zu Drogenhilfemaßnahmen ist im Bereich des illegalen Opioidkonsums noch am solidesten und unterstützt dort die Entwicklung und Ausrichtung der Dienste. Dem wachsenden Konsens über Leitlinien, was wahrscheinlich eine angemessene politische Intervention bei problematischem Heroinkonsum darstellt, steht ein wachsender Klärungsbedarf gegenüber, wie wir auf die heterogenere europäische Drogenproblematik reagieren können.

Das Erfordernis, polyvalenten Drogenkonsum genauer zu definieren und besser zu verstehen

Eine Schlüsselfrage ist die notwendige Reaktion auf Probleme, die durch den Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen verursacht werden. Der polyvalente Drogenkonsum wird deshalb zunehmend als ein zentraler Bereich der Dienstentwicklung eingestuft. Allerdings bleibt die Definition des Konzeptes vage, und in gewisser Hinsicht dürften nahezu alle Drogenkonsumenten als polykonsumptiv gelten. Auch für die Drogenbeobachtung, die sich in der Regel auf Verhaltensmaße beim Konsum einer individuellen Indexdroge stützt, stellt der polyvalente

Drogenkonsum eine beträchtliche Herausforderung dar. Die Entwicklung eines besseren konzeptionellen Rahmens, mit dem sich die verschiedenen Ausprägungen des polyvalenten Drogenkonsums beschreiben lassen, ist deshalb als erster Schritt zum Verständnis der Folgen dieses Verhaltens dringend geboten. Im diesjährigen Bericht werden analytische Fragen vorgestellt, die geklärt werden müssen, will Europa der Herausforderung gerecht werden, die Erfordernisse einer wachsenden Zahl von Menschen zu verstehen, deren Probleme sich aus dem Konsum eines Drogenspektrums und nicht aus der Abhängigkeit von einer Einzelsubstanz ergeben.

Zurück in die Zukunft: die Vorwegnahme von Bedrohungen und Herausforderungen

Wie immer versucht auch der diesjährige Bericht, sich abzeichnende Trends als Vorboten künftiger Probleme zu identifizieren. Nun ist eine solche Analyse naturgemäß spekulativ, und deshalb ist dabei Vorsicht geboten. Methamphetamin ist eine Droge, die erkennbar mit gravierenden Problemen für die öffentliche Gesundheit verbunden ist. Während die Methamphetaminprobleme weltweit weiterhin zunehmen, ist die Droge in Europa auf wenige Länder beschränkt, die damit traditionell Schwierigkeiten haben. Auch wenn die verfügbaren Daten für verlässliche Trendprognosen nicht ausreichen, berichten jetzt mehr Länder über Sicherstellungen oder den Konsum der Droge, wobei sie nachdrücklich auf die Notwendigkeit verweisen, besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen intensiver zu überwachen.

Im Jahr 2006 hat die EBDD einen Fachbericht über halluzinogene Pilze veröffentlicht, und dieses Thema wird auch in unserem Jahresbericht wieder angesprochen. Verfügbarkeit und Konsum von halluzinogenen Pilzen scheinen seit den späten 90er Jahren zugenommen zu

haben, sind aber weitgehend unbemerkt geblieben. In den meisten Fällen dürfte der Konsum dieser Drogen experimentell sein, und es gibt nur wenige Berichte über Probleme. Das wachsende Bewusstsein bei politischen Entscheidungsträgern über die Verfügbarkeit halluzinogener Pilze hat jedoch die Einführung einiger Maßnahmen zur Verstärkung der Kontrolle veranlasst.

Psilocybin und Psilocin sind zwei psychoaktive Inhaltsstoffe halluzinogener Pilze, die durch ein internationales Übereinkommen kontrolliert werden. Der Umstand, dass Pilze in vielen Ländern natürlich vorkommen, stellt die Drogengesetzgebung aber vor komplexere Probleme, die in Europa unterschiedlich behandelt werden. Allgemeiner wird die Beobachtung auftauchender Substanzen, die eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellen können und deshalb kontrolliert werden müssen, durch den neuen Beschluss (2005/387/JI) des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen unterstützt. Ein Beispiel für die Notwendigkeit von Frühwarninformationen ist die rapide Verbreitung von mCPP (1-3-Chlorphenylpiperazin) im Jahr 2005. Das Auftauchen von mCPP beleuchtet den Umstand, dass die Produzenten von illegalen Drogen ständig nach Innovationen in Form neuer Chemikalien suchen, die auf den Markt gebracht werden können – in diesem Fall wahrscheinlich in der Absicht, die Wirkung von MDMA (Ecstasy) zu potenzieren oder zu modifizieren. Auf eine solche Innovation muss reagiert werden, weil nicht bekannt ist, ob diese Substanzen schwere gesundheitliche Störungen verursachen können. Das durch den Beschluss des Rates eingerichtete Frühwarnsystem stellt deshalb einen wichtigen Interventionsmechanismus in einem Prozess dar, in dem die Gesundheit junger Europäer von jenen gefährdet wird, die ihre Profitinteressen unter Umgehung des bestehenden Drogenkontrollsystems verfolgen wollen.



Kapitel 1

Politische und rechtliche Entwicklungen

Nationale Drogenstrategien

Im Berichtszeitraum wurden in fünf Ländern nationale Drogenstrategien und Aktionspläne verabschiedet (Tabelle 1). Lettland verabschiedete für den Zeitraum 2005 bis 2008 seine erste nationale Drogenstrategie, während in der Tschechischen Republik, Spanien, Luxemburg und Rumänien neue nationale Drogenstrategien und Pläne beschlossen wurden.

Darüber hinaus verabschiedete Finnland eine Drogenstrategie für die Gefängnisverwaltung (2005/2006), während im Vereinigten Königreich in den Vereinbarungen über gemeinwirtschaftliche Dienste (Public Service Agreements – PSA) neue Ziele für die Drogenpolitik festgelegt wurden, die darauf abstellen, die von illegalen Drogen verursachten Schäden für den Einzelnen, die Familien und die Gemeinschaft einzudämmen.

Im Berichtszeitraum wurden in Italien, Österreich, Polen, Portugal, Schweden und Norwegen nationale Drogenstrategien erarbeitet (Tabelle 2).

Einige Länder, die vor einiger Zeit (seit 1998) erstmals nationale Drogenstrategien und Aktionspläne umgesetzt haben, formulieren derzeit ihre Strategien bzw. Pläne neu und legen dabei einen stärkeren Schwerpunkt auf die Festlegung von Zielen, die klarer sind und eher verwirklicht werden können. Beispielsweise ist dem luxemburgischen Bericht zufolge der neue Aktionsplan für den Zeitraum 2005 bis 2009 einfach, klar strukturiert und ergebnisorientiert, legt Ziele für Maßnahmen fest und bestimmt Zuständigkeiten, Mittel, voraussichtliche Ergebnisse sowie Fristen für deren Umsetzung und

Tabelle 1: Länder, die 2005 neue Drogenstrategien verabschiedet haben

Land	Dokument	Zeitraum
Tschechische Republik	Nationale Drogenstrategie Aktionsplan	2005-2009 2005-2006
Spanien	Aktionsplan	2005-2008
Lettland	Nationale Drogenstrategie	2005-2008
Luxemburg	Nationale Strategie und Drogenaktionsplan	2005-2009
Rumänien	Nationale Drogenstrategie	2005-2012

Tabelle 2: Länder, deren Drogenstrategien 2005 in Vorbereitung waren

Land	Dokument	Zeitraum
Italien	Aktionsplan	2004-2008
Österreich	Nationale Strategie	
Portugal	Nationaler Strategieplan und Aktionsplan	2005-2008
Schweden	Aktionsplan	
Norwegen	Aktionsplan	

Evaluierung. In Belgien richteten die Gesundheitsbehörden der Französischen Gemeinschaft und der Wallonischen Region eine Sachverständigengruppe ein, die einen „konzertierten Plan für Prävention, Hilfe und Betreuung im Bereich der Drogensucht“ erarbeiten soll. Die Gruppe empfahl „die Festlegung klarerer Prioritäten und Ziele durch die Regierungen“, „eine eindeutige Definition der Grundprinzipien einer gemeinsamen Drogenpolitik“ und die „Bestimmung der zeitlichen Abfolge der ausgewählten Strategien“. Der Aktionsplan 2005/2006 der Tschechischen Republik verfolgt eine ähnliche Richtung: Er legt konkrete Ziele sowie die dafür erforderlichen Maßnahmen fest und bestimmt die Zuständigkeiten einzelner Minister sowie die Bedingungen und Indikatoren für die Realisierung der Ziele in den einzelnen Bereichen.

Evaluierung der nationalen Drogenstrategien

Viele europäische Länder erneuern ihre nationalen Drogenstrategien automatisch, indem sie einen zyklischen Prozess in Gang setzen, in dem die Ergebnisse der abgeschlossenen Strategie oder ihrer Evaluierung den Input für die nachfolgende Strategie liefern (EBDD, 2004a).

Im Jahr 2005 berichteten Irland, Luxemburg, Ungarn und Rumänien über einen solchen Prozess. Die ungarische Strategie zur Bekämpfung der Drogenproblematik wurde extern vom niederländischen Trimbos-Institut evaluiert und war damit die erste nationale Drogenstrategie, die von ausländischen Sachverständigen bewertet wurde. Im Zuge dieser Evaluierung, deren Schwerpunkt auf den mittelfristigen Ergebnissen der Drogenstrategie lag, wurde eine Reihe von Empfehlungen für künftige Drogenstrategien und für die

Verbesserung der Koordinierungsstruktur im Bereich der Drogenpolitik erarbeitet. Hier sind Ähnlichkeiten zu der im Jahr 2004 vorgenommenen Evaluierung der portugiesischen nationalen Drogenstrategie 1999 und des Aktionsplans 2001-2004 festzustellen, die extern vom portugiesischen Nationalen Institut für öffentliche Verwaltung und intern vom Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit (IDT) durchgeführt wurde. Ungarn und Portugal sind die beiden ersten europäischen Länder, die eine externe Bewertung ihrer nationalen Drogenstrategien in Auftrag gegeben haben.

Im Jahr 2005 wurde im Rahmen der Halbzeitbewertung der irischen Drogenstrategie 2001-2008, die auf der Grundlage eines öffentlichen Konsultationsverfahrens und der Analyse der wichtigsten nationalen und EU-Daten durchgeführt wurde, die Empfehlung ausgesprochen, die Schwerpunkte „neu auszurichten“, um neuen Entwicklungen in den Bereichen Drogentherapie, polyvalenter Drogenkonsum und Kokainkonsum Rechnung zu tragen sowie der Verbreitung von HIV und Hepatitis C entgegen zu wirken. Darüber hinaus wurde empfohlen, der Einführung und Umsetzung verschiedener zentraler Maßnahmen während des verbleibenden Strategiezeitraums „neuen Schub zu verleihen“. In Rumänien wurde die nationale Drogenstrategie 2003/2004 unter Mitwirkung aller mit der Drogenproblematik befassten staatlichen Einrichtungen evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluierung bilden die Grundlage für die neue nationale Drogenstrategie 2005-2012. In Luxemburg wurden 87 % der im nationalen Drogenaktionsplan 2000-2004 festgelegten Maßnahmen innerhalb der vorgesehenen Fristen durchgeführt. Aus dem Bericht geht hervor, dass die nicht umgesetzten Maßnahmen (z. B. ein Programm für die kontrollierte Ausgabe von Heroin) vor allem aus politischen Gründen verzögert wurden. Die bisher nicht durchgeführten Maßnahmen wurden in den neuen Aktionsplan übernommen.

Darüber hinaus legen die Berichte über das vergangene Jahr den Schluss nahe, dass die nationalen Drogenstrategien beginnen, spürbare Wirkung zu entfalten. Noch kann zwar nicht endgültig festgestellt werden, dass die Gesamtziele einer Eindämmung von Nachfrage und Angebot erreicht wurden, zweifellos wurden aber im Rahmen der nationalen Drogenstrategien wichtige spezifische Ziele erreicht.

Die Evaluierung der im Jahr 1999 verabschiedeten portugiesischen Drogenstrategie führt die zunehmende Verfügbarkeit von Drogentherapien, den Rückgang von drogenbedingten Todesfällen und HIV-Prävalenz sowie die steigende Zahl polizeilicher Meldungen wegen Drogenhandels auf diese Strategie zurück. Andererseits wurde jedoch auch festgestellt, dass das Alter, in dem junge Menschen erstmals mit Drogen experimentieren, immer weiter sinkt, und die Zahl der drogenbedingten Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Substanzen als Opioiden steigt. In Spanien stellte man im Zuge der Evaluierung der nationalen Drogenstrategie (2003) fest, dass zwar das Ziel, den Drogenkonsum einzudämmen, nicht erreicht wurde, jedoch gute Ergebnisse in den Bereichen Unterstützung und Schadensminimierung sowie zufrieden stellende Fortschritte in anderen Bereichen wie

Forschung, Bildung, internationale Zusammenarbeit und Angebotsreduzierung erzielt wurden. Darüber hinaus hat das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz einen Aktionsplan 2005-2008 verabschiedet, um Mittel bereitzustellen und Initiativen durchzuführen, die darauf abzielen, die nationale Drogenstrategie mit neuem Schwung voranzutreiben. In Griechenland werden infolge des nationalen Aktionsplans 2002-2006 in zunehmendem Maße unterschiedliche Therapieprogramme mit größerer Reichweite angeboten.

In Schweden gewann das Thema Drogen infolge des nationalen Drogenaktionsplans 2002-2005 auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene in der politischen Agenda an Bedeutung. In den meisten schwedischen Kommunen gibt es nun Drogenaktionspläne, und der Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen den im Drogenbereich tätigen Akteuren wird höhere Priorität eingeräumt, was Verbesserungen in diesen Bereichen zur Folge hat. Darüber hinaus wurden die für Drogenabhängige verfügbaren Therapieformen weiterentwickelt und der Zugang zu diesen Behandlungen verbessert. Im Vereinigten Königreich räumte die *Audit Commission* zwar Fortschritte bei der Drogentherapie ein, wies jedoch darauf hin, dass in Reintegrations- und Rehabilitationseinrichtungen für Drogenkonsumenten Verbesserungsbedarf in den Bereichen Wohnen und soziale Betreuung sowie bei anderen Hilfsdiensten besteht. Künftig werden die von der Regierung hinsichtlich der Ziele der Drogenstrategie erzielten Fortschritte anhand der in den PSA festgelegten Zielsetzungen sowie des *Drug Harm Index* (DHI) bewertet. Mit diesem Index werden die durch den problematischen Konsum illegaler Drogen verursachten Schäden bemessen.

Schließlich wird die Evaluierung in den neuen nationalen Drogenstrategien als zentrales Element festgelegt. In Lettland wird der Koordinierungsrat für Drogenkontrolle und Eindämmung der Drogensucht die bei der Programmdurchführung erzielten Fortschritte jährlich evaluieren, und in Luxemburg soll im Jahr 2009 eine abschließende externe Evaluierung der Ergebnisse durchgeführt werden.

Öffentliche Ausgaben im Drogensektor

Obwohl die Ausgaben häufig über unterschiedliche Zeiträume hinweg erfasst werden und es keine gemeinsame Definition der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor gibt, lassen die verfügbaren Schätzungen darauf schließen, dass die Ausgaben im Drogensektor in mehreren Ländern gestiegen sind, darunter in der Tschechischen Republik, Dänemark, Luxemburg, Österreich und Polen.

Angaben über die im Jahr 2004 getätigten Ausgaben im Drogensektor enthalten unter anderem die Berichte aus der Tschechischen Republik (11 Mio. EUR), Spanien (302 bis 325 Mio. EUR), Zypern (2,8 Mio. EUR), Polen (51 Mio. EUR) und Norwegen (46 Mio. EUR). Zwei Länder berichteten über in jüngerer Zeit bereitgestellte Mittel zur Bekämpfung des Drogenproblems: Luxemburg

(6 Mio. EUR im Jahr 2005) und das Vereinigte Königreich (2 Mrd. EUR im Zeitraum 2004/2005).

In der Slowakei betragen die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor im Jahr 2004 insgesamt 14,5 Mio. EUR, wobei auf die Strafverfolgung etwa 8,4 Mio. EUR und auf die soziale Betreuung und Gesundheitsversorgung 6,1 Mio. EUR entfielen.

In Schweden lagen die Ausgaben für die Drogenpolitik im Jahr 2002 schätzungsweise bei etwa 0,9 Mrd. EUR (niedrigere Schätzung 0,5 Mrd. EUR, höhere Schätzung 1,2 Mrd. EUR). Im Vergleich der Schätzungen für das Jahr 2002 mit den Angaben für das Jahr 1991 wird deutlich, dass die öffentlichen Ausgaben für die Drogenpolitik erheblich gestiegen sind.

In Irland wird in der im Juni 2005 veröffentlichten Halbzeitbewertung der nationalen Drogenstrategie festgestellt, dass „eine Bemessung der Ausgaben für die Beurteilung der Kosteneffizienz der einzelnen Komponenten der Strategie unerlässlich ist“ und binnen kurzem mit der Schätzung der polizeilichen Ausgaben begonnen wird. In Portugal finanziert das Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit (IDT) Forschungen zur Entwicklung und Erprobung eines Modells für die Schätzung der Kosten des Drogenmissbrauchs, und in Belgien wurde Ende 2005 ein Follow-up der im Jahr 2004 durchgeführten Studie über die öffentlichen Ausgaben eingeleitet. Obwohl nur wenige dieser interessanten Daten vorliegen, wird doch deutlich, dass Untersuchungen über die Ausgaben im Drogensektor in einigen Mitgliedstaaten einen immer wichtigeren Bestandteil der politischen Agenda bilden.

Rechtliche und politische Entwicklungen auf EU-Ebene

Aktionspläne

Auf EU-Ebene schaffen zwei im Jahr 2005 verabschiedete Aktionspläne unmittelbar oder mittelbar einen neuen Bezugsrahmen für die Entwicklung der EU-Drogenpolitik in den nächsten Jahren. Zunächst verabschiedete der Rat im Juni 2005 nach Prüfung des Vorschlags der Kommission vom Februar 2005 den EU-Drogenaktionsplan 2005-2008. Dieser trägt der Abschlussbewertung der Kommission über die EU-Drogenstrategie und den EU-Drogenaktionsplan (2000-2004) in vollem Umfang Rechnung. Der neue Aktionsplan orientiert sich an der Struktur und den Zielen der EU-Drogenstrategie (2005-2012) und nennt etwa 100 konkrete Maßnahmen, die von der EU und ihren Mitgliedstaaten bis Ende 2008 durchzuführen sind.

Die Evaluierung bildet einen wesentlichen Bestandteil des neuen EU-Drogenaktionsplans und wird als ein kontinuierlicher, inkrementeller und partizipativer Prozess begriffen. Die Kontinuität wird dadurch gewährleistet, dass die Europäische Kommission mit Unterstützung der EBDD und von Europol eine jährliche Überprüfung der erzielten Fortschritte vornimmt. Die Evaluierung ist insofern ein

inkrementeller Prozess, als in jeder jährlichen Überprüfung die Ergebnisse des Vorjahres mit denen des vorletzten Jahres in Zusammenhang gebracht werden. Der partizipative Charakter des Evaluierungsprozesses entsteht durch die Einbeziehung einer Lenkungsgruppe für die Evaluierung, die mit der Festlegung der Methodik, der Ergebnisse und des vorläufigen Zeitplans betraut ist. Wie bei der Evaluierung des EU-Aktionsplans (2000-2004) wird die Lenkungsgruppe wieder aus Vertretern der einschlägigen Kommissionsdienststellen, der EBDD und von Europol sowie Vertretern der Mitgliedstaaten bestehen. Darüber hinaus werden auch konsultative Anhörungen für Vertreter der Zivilgesellschaft durchgeführt. Gegen Ende der Laufzeit des Drogenaktionsplans 2005-2008 wird mit Blick auf die Unterbreitung des Vorschlags für einen neuen Aktionsplan für den Zeitraum von 2009 bis 2012 erstmals eine europaweite Folgenabschätzung vorgenommen, auf deren Grundlage der neue Aktionsplan erarbeitet werden soll. Im Jahr 2012 wird die Kommission schließlich die Strategie und die Aktionspläne einer Abschlussbewertung unterziehen.

Dieser EU-Drogenaktionsplan ist auch Bestandteil des Aktionsplans zur Umsetzung des Haager Programms, in dem die im Bereich des Raums der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts in der Europäischen Union im Zeitraum von 2005 bis 2010 zu erreichenden Ziele festgelegt wurden. Dieser Aktionsplan wurde von der Kommission im Mai 2005 vorgelegt und vom Rat im Juni 2005 angenommen.

Der EU-Aktionsplan 2005-2008 entspricht dem umfassenden, ausgewogenen und multidisziplinären Konzept der EU zur Bewältigung des Drogenproblems, in dem alle Bereiche der Drogenpolitik abgedeckt sind: Koordinierung, Nachfrage- und Angebotsreduzierung, internationale Zusammenarbeit, Information, Forschung und Evaluierung.

Reduzierung des Drogenangebots

Zwei wichtige Maßnahmen der EU im Bereich der Reduzierung des Drogenangebots wurden mit den beiden im Jahr 2004 angenommenen EG-Verordnungen über Grundstoffe ergriffen, die am 18. August 2005 in Kraft traten. Die Kontrolle chemischer Grundstoffe ist ein wichtiger Aspekt der Angebotsreduzierung, da diese Substanzen für die Herstellung von Drogen unerlässlich sind. In der EU werden in diesem Zusammenhang zwei Maßnahmenbereiche abgedeckt: Zum einen die Regulierung des Handels mit bestimmten Stoffen zwischen der EU und Drittländern und zum anderen die Regulierung des Handels innerhalb des Binnenmarkts.

Um Artikel 12 des Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Substanzen von 1988 über den Handel mit Vorprodukten nachzukommen, wurde bereits im Jahr 1990 eine erste Verordnung angenommen, in der Maßnahmen gegen die Abzweigung bestimmter Stoffe zur unerlaubten Herstellung von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen festgelegt wurden (¹). Diese wurde im Dezember 2004 durch eine neue Verordnung mit einem erweiterten

(¹) Verordnung (EWG) Nr. 3677/90 des Rates vom 13. Dezember 1990, ABl. L 357 vom 20.12.1990, S. 1.

Anwendungsbereich ersetzt, die auch auf die Bekämpfung der Herstellung synthetischer Drogen abzielt ^(?).

Zwei Jahre später, im Jahr 1992, wurde eine Richtlinie des Rates ^(?) angenommen, die dieses System ergänzt. Darin wurden die entsprechenden Regelungen für den Binnenmarkt (die Herstellung und das Inverkehrbringen bestimmter Stoffe, die zur unerlaubten Herstellung von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen verwendet werden) und Kontrollmaßnahmen festgelegt. Diese Richtlinie wurde durch eine neue Verordnung ersetzt, die am 11. Februar 2004 angenommen wurde ^(*). Infolge der EU-Erweiterung beschloss der Gemeinschaftsgesetzgeber, die Richtlinie aus dem Jahr 1992 durch eine Verordnung zu ersetzen, da „jede Änderung jener Richtlinie und ihrer Anhänge nationale Umsetzungsmaßnahmen in 25 Mitgliedstaaten auslösen würde“. Durch dieses neue Instrument werden einheitliche Maßnahmen zur innergemeinschaftlichen Kontrolle und Überwachung bestimmter, häufig zur unerlaubten Herstellung von Suchtstoffen oder psychotropen Substanzen verwendeter Stoffe eingeführt, um zu verhindern, dass derartige Stoffe abgezweigt werden. Insbesondere werden die Mitgliedstaaten verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um ihre zuständigen Behörden in die Lage zu versetzen, ihre Kontroll- und Überwachungsaufgaben wahrzunehmen. Darüber hinaus trat am 18. August 2005 eine Verordnung mit Durchführungsvorschriften zu diesen beiden Verordnungen in Kraft ^(*).

Diese Maßnahmen im Bereich der Kontrolle der Grundstoffe ergänzen eine andere Komponente der Haupttätigkeiten der EU zur Angebotsreduzierung. Die EU nutzte die durch den Vertrag von Maastricht eröffneten Möglichkeiten und entwickelte einen Rechtsrahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels und zur Verbesserung der Zusammenarbeit bei der Strafverfolgung. Seit 1995/96 wurden in diesem Bereich mehrere Gemeinsame Maßnahmen angenommen. In jüngerer Zeit verabschiedete der Rat einen Rahmenbeschluss zur Harmonisierung der Mindeststrafen im Bereich des Drogenhandels und einen Beschluss über neue psychoaktive Substanzen (siehe Abschnitt „Maßnahmen betreffend neue Drogen“, Seite 55).

Neben diesen Rechtsinstrumenten wurde ein Rahmenprogramm für die polizeiliche und justizielle Zusammenarbeit in Strafsachen angenommen und durchgeführt. AGIS ist ein Rahmenprogramm, das die Zusammenarbeit von Polizei-, Justiz- und anderen zuständigen Behörden der EU-Mitgliedstaaten und der Kandidatenländer in Strafsachen und bei der Kriminalitätsbekämpfung unterstützen soll. Seit seiner Einführung im Jahr 2003 hat es zur Finanzierung zahlreicher Projekte beigetragen. Die organisierte Drogenherstellung und der organisierte Drogenhandel im internationalen Rahmen sowie die Abzweigung von Vorprodukten für Suchtstoffe werden im Rahmen der Tätigkeitsbereiche und

Themen des Arbeitsprogramms und der Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen für das Jahr 2006 (die im Januar 2006 abgeschlossen wurde) erwähnt.

Geldwäsche und Einziehung von Vermögenswerten

Auch bei den Rechtsinstrumenten im Bereich Geldwäsche und Einziehung von Vermögenswerten gab es einige Änderungen. Mit der Richtlinie 91/308/EWG des Rates zur Verhinderung der Nutzung des Finanzsystems zum Zwecke der Geldwäsche ^(*), die im Jahr 1991 auf der Rechtsgrundlage für den Binnenmarkt angenommen und im Jahr 2001 geändert wurde, sollten die Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten in diesem Bereich harmonisiert werden. Als einer der Erwägungsgründe für diese Richtlinie wurde die Möglichkeit genannt, dass ein fehlendes Vorgehen der Europäischen Gemeinschaft gegen die Geldwäsche die Mitgliedstaaten veranlassen könnte, Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die die Errichtung und Vollendung des Binnenmarktes verzögern könnten. Dieser Möglichkeit sollte mit der Richtlinie vorgebeugt werden. Im Juni 2004 legte die Kommission einen Vorschlag für eine neue Richtlinie vor, die neben der Geldwäsche auch die Finanzierung des Terrorismus einbeziehen sollte. Da sich die Beschränkung des Geltungsbereichs der Richtlinie auf die Erlöse aus dem Drogenhandel bald als zu eng erwiesen hatte, schlug die Kommission vor, das Spektrum der Straftaten zu erweitern. Diese neue Richtlinie wurde im Oktober 2005 angenommen. Sie enthält eine präzise Definition schwerer Straftaten und bezieht auch das Waschen von Erlösen aus solchen Straftaten ein, einschließlich der Finanzierung des Terrorismus.

Darüber hinaus nahm der Rat am 24. Februar 2005 einen Rahmenbeschluss über „die Einziehung von Erträgen, Tatwerkzeugen und Vermögensgegenständen aus Straftaten“ an. Mit diesem Rahmenbeschluss soll sichergestellt werden, dass alle Mitgliedstaaten über effiziente Vorschriften für die Einziehung von Tatwerkzeugen und Erträgen aus Straftaten verfügen, die mit einer Freiheitsstrafe von mehr als einem Jahr bedroht sind. Die bis dahin in diesem Bereich bestehenden EU-Rechtsvorschriften wurden als unzureichend bewertet. Ziel des neuen Rahmenbeschlusses ist die Sicherstellung einer effizienten grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Bezug auf die Einziehung. Die Einziehungsregelung wird auf andere Vermögensgegenstände aus Straftaten erweitert, wenn die Straftat im Rahmen einer kriminellen Vereinigung verübt wurde und von einem der anderen EU-Rahmenbeschlüsse erfasst ist. In diesem Zusammenhang wird auch der Rahmenbeschluss 2004/757/JI des Rates zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels genannt. Die Mitgliedstaaten treffen

^(?) Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004, ABl. L 22 vom 26.1.2005, S. 1.

^(?) Richtlinie 190/92/EWG des Rates vom 14. Dezember 1992, ABl. L 370 vom 19.12.1992, S. 76.

^(*) Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004, ABl. L 47 vom 18.2.2004, S. 1.

^(*) Verordnung (EG) Nr. 1277/2005 der Kommission vom 27. Juli 2005, ABl. L 202 vom 3.8.2005, S. 7.

^(*) Richtlinie 91/308/EWG des Rates vom 10. Juni 1991 zur Verhinderung der Nutzung des Finanzsystems zum Zwecke der Geldwäsche, ABl. L 166 vom 28.6.1991, S. 77.

die erforderlichen Maßnahmen, um diesem Rahmenbeschluss bis spätestens 15. März 2007 nachzukommen.

Öffentliches Gesundheitswesen

Die Nachfragereduzierung ist integraler Bestandteil des ausgewogenen europäischen Konzepts zur Bewältigung des Drogenproblems. Im Zuge der Durchführung des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) wählte die Kommission 2005 einige Projekte aus dem Bereich der Drogenbekämpfung für eine Finanzierung im Rahmen des Ziels der „Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten durch Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Faktoren in allen Politiken und Tätigkeiten“ aus. Das erste dieser beiden Projekte trägt den Titel EU-Dap 2 und befasst sich mit der Überprüfung der Effektivität des schulbezogenen Programms zur Suchtprävention EU-Dap, das auf eine langfristige Reduzierung des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums abzielt. Das zweite Projekt, IATPAD, hat die Verbesserung des Zugangs von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen zu Therapien zum Gegenstand. Einige der anderen horizontalen Projekte zielen auf die Drogenprävention ab und sollten ebenfalls mitfinanziert werden, beispielsweise das Projekt „PEER-Drive clean!“, ein innovatives Projekt, das junge Menschen zwischen 18 und 24 Jahren dazu bewegen soll, nicht unter Alkohol- oder Drogeneinfluss zu fahren. Diese Projekte wurden für eine Finanzierung ausgewählt und werden finanzielle Unterstützung erhalten, sofern die Verhandlungen mit der Europäischen Kommission erfolgreich sind und die Finanzhilfvereinbarung unterzeichnet wird (?).

EBDD-Gründungsverordnung

Schließlich nahm die Kommission am 31. August 2005 einen neuen Vorschlag für die Neufassung der EBDD-Gründungsverordnung an. Die neue Verordnung ist ein wichtiges Instrument, das die Arbeit der EBDD erleichtert, da darin neue Aufgaben festgelegt werden. Insbesondere gestattet sie der EBDD die Berücksichtigung neuer Praktiken beim Drogenkonsum und die Beobachtung sich abzeichnender Tendenzen beim Polykonsum, einschließlich des kombinierten Konsums legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen, die Entwicklung von Instrumenten, die den Mitgliedstaaten und der Gemeinschaft das Follow-up und die Bewertung ihrer jeweiligen Drogenbekämpfungsmaßnahmen und -strategien erleichtern, und die Zusammenarbeit mit Drittländern wie beispielsweise den Kandidatenländern für einen EU-Beitritt oder den westlichen Balkanländern. Darüber hinaus sieht der Vorschlag mehrere Änderungen hinsichtlich des Wissenschaftlichen Ausschusses und des Verwaltungsrats vor. Rechtsgrundlage des Vorschlags ist Artikel 152 EG-Vertrag. Somit muss er nun vom Rat und vom Europäischen Parlament im Rahmen des Mitentscheidungsverfahrens angenommen werden.

Neue einzelstaatliche Rechtsvorschriften

In einigen Ländern wurden im Berichtszeitraum erhebliche Änderungen an den Rechtsvorschriften im Drogenbereich vorgenommen, die sowohl Drogendelikte im Zusammenhang mit dem Besitz und Handel als auch die entsprechenden Strafen betreffen.

In Rumänien wurde durch ein neues Gesetz und ein neues Strafgesetzbuch eine Differenzierung zwischen Verbrechen- und Vergehenstatbeständen (wobei Vergehen nun vor allem durch gemeinnützige Arbeit und Tagessätze geahndet werden), zwischen Konsumenten und Abhängigen sowie zwischen hochriskanten und weniger riskanten Drogen eingeführt. Bei Drogendelikten ist es nun möglich, einen Strafverzicht zuzulassen und den Vollzug von Sanktionen auszusetzen. Die Behandlung Drogenabhängiger kann nun im Rahmen eines integrierten Hilfsprogramms erfolgen, das von einem Fallmanager überwacht wird. Für Delikte im Zusammenhang mit der Bereitstellung eines Ortes für den Drogenkonsum, der Tolerierung des Drogenkonsums an einem solchen Ort und der Anstiftung zum Drogenkonsum wurden verschärfte Gefängnisstrafen eingeführt. Die Strafen für die illegale Verabreichung hochriskanter Drogen sowie für die Aushändigung toxischer chemischer Inhalate an Minderjährige wurden ebenfalls verschärft.

In Bulgarien wurde im Juni 2004 das neue Gesetz zur Kontrolle von Suchtstoffen und Grundstoffen verabschiedet. Darin werden die Aufgaben der staatlichen Einrichtungen bei der Kontrolle der aufsichtsrechtlichen Verfahren im Drogenbereich, der Durchführung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch und -handel sowie bei Forschungsmaßnahmen festgelegt. In einer ergänzenden Änderung wurde die Straffreiheit für Abhängige, die im Besitz einer einzigen Dosis waren, abgeschafft (siehe untenstehende Ausführungen).

In der Slowakei werden im neuen Strafgesetzbuch die Straftatbestände im Zusammenhang mit dem Besitz von Drogen für den persönlichen Gebrauch und für den Drogenhandel neu definiert. Im Gegensatz zu dem bis dahin geltenden Straftatbestand des Besitzes für den persönlichen Gebrauch (definiert als nicht mehr als eine Dosis) wurden mit § 171 zwei neue Straftatbestände für den Besitz für den persönlichen Gebrauch eingeführt, die von der Zahl der Dosen abhängig sind (Einzelheiten hierzu sind unten stehenden Ausführungen zu entnehmen). Für diese beiden Straftatbestände wurden ferner zwei neue Sanktionen eingeführt: überwachter Hausarrest und gemeinnützige Arbeit. Der Besitz von mehr als zehn Dosen fällt unter § 172, der in Abhängigkeit von den erschwerenden Umständen Gefängnisstrafen zwischen vier Jahren und lebenslanglich vorsieht. Darüber hinaus wurde das Alter der Strafmündigkeit von 15 auf 14 Jahre gesenkt.

In Litauen kann der Besitz von Drogen mit der Absicht, diese zu verkaufen, nicht mehr mit Polizeigewahrsam von bis zu 90 Tagen bestraft werden. Dieser Straftatbestand zieht nun eine erheblich schärfere Mindeststrafe nach sich, namentlich eine Gefängnisstrafe, wobei jedoch

(?) Weitere Informationen sind der Website http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm zu entnehmen.

das Mindeststrafmaß von fünf auf zwei Jahre verringert wurde. Die Höchststrafe für den Diebstahl einer großen Menge Drogen oder den Diebstahl durch eine organisierte Gruppe wurde auf 15 Jahre angehoben.

In Italien wurden vor kurzem (Februar 2006) folgende Änderungen der Rechtsvorschriften vorgenommen: Umklassifizierung der Drogen in zwei statt sechs Hauptgruppen (alle Stoffe ohne therapeutischen Nutzen werden in einer Gruppe zusammengefasst, wobei nicht mehr zwischen harten und weichen Drogen unterschieden wird); Definition der Grenze zwischen persönlichem Gebrauch und Handel; Ausweitung der Strafen auf Hausarrest und gemeinnützige Arbeit; verbesserter Zugang zu Alternativen zu Gefängnisstrafen. Darüber hinaus hat nun jeder Drogenkonsument das Recht, Art und Ort seiner Behandlung sowie die Einrichtung, die seinen Status als Drogenabhängiger bestätigt, frei zu wählen. Diese Leistungen werden nicht mehr ausschließlich vom öffentlichen Sektor erbracht.

Im Vereinigten Königreich wurde mit dem Drogengesetz 2005 eine Reihe erheblicher Änderungen an den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften vorgenommen, darunter die Klärung der Klassifizierung von psilocin- bzw. psilocybinhaltigen Pilzen als Drogen der Klasse A und die Einführung der Annahme einer Handelsabsicht, wenn eine bestimmte Menge kontrollierter Drogen gefunden wird. Ferner ist es der Polizei nun erlaubt, Drogenstraftäter nicht erst im Falle einer Verhaftung, sondern bereits bei der Festnahme zu testen und von positiv getesteten Personen zu verlangen, sich einer Untersuchung auf Drogenkonsum zu unterziehen. Darüber hinaus müssen die Gerichte bei der Urteilsfindung erschwerende Umstände (wie den Verkauf von Drogen in der Nähe einer Schule) berücksichtigen. Die Gerichte können für Personen, die Drogenpäckchen geschluckt haben, Polizeigewahrsam von bis zu acht Tagen (statt wie zuvor vier Tage) anordnen. Schließlich kann ein Gericht oder eine Jury Schlussfolgerungen daraus ziehen, dass sich eine Person ohne triftigen Grund weigert, sich einer Leibesvisitation oder einer Röntgen- bzw. Ultraschalluntersuchung zu unterziehen.

Insgesamt ist europaweit die Tendenz zu beobachten, Haftstrafen für Straftaten im Zusammenhang mit dem persönlichen Gebrauch zu reduzieren oder abzuschaffen und zugleich die Sanktionen für Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot zu verschärfen ⁽⁸⁾.

Mengen

In mehreren Ländern wurden im Berichtszeitraum Rechtsvorschriften zu Grenzwerten für Drogenmengen erlassen.

In Belgien erklärte das Verfassungsgericht Artikel 16 des Gesetzes aus dem Jahr 2003 für nichtig. Anschließend verabschiedeten der Justizminister und der Generalstaatsanwalt eine neue gemeinsame Direktive über Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis. Darin wird bestimmt, dass der Besitz einer geringen Menge

Cannabis für den persönlichen Gebrauch (nicht mehr als 3 Gramm oder eine Pflanze) bei einem Erwachsenen lediglich eine einfache polizeiliche Erfassung nach sich zieht, sofern keine erschwerenden Umstände vorliegen.

In der Slowakei spielt in den auf Drogendelikte anwendbaren Bestimmungen des neuen Strafgesetzbuchs die Drogenmenge eine zentrale Rolle. In § 171 werden im Zusammenhang mit dem Besitz für den persönlichen Gebrauch zwei Straftatbestände eingeführt: Der Besitz von bis zu drei Dosen kann mit einer Haftstrafe von bis zu drei Jahren geahndet werden, während für den Besitz einer „größeren Menge“ (nicht mehr als zehn Dosen) eine Haftstrafe von bis zu fünf Jahren verhängt werden kann. Der Besitz darüber hinausgehender Mengen fällt zwangsläufig unter § 172. Dieser erlaubt eine Haftstrafe von 4 bis 10 Jahren, sofern keine erschwerenden Umstände vorliegen, und Haftstrafen von 10 bis 15 Jahren für den Besitz einer größeren Menge (mit einem Straßenhandelswert, der das Zehnfache des „Basisbetrags“ von 8 000 SKK – etwa 200 EUR – übersteigt), von 15 bis 20 Jahren für den Besitz einer erheblichen Menge (definiert als mehr als das Hundertfache des Basisbetrags) und von 20 bis 25 Jahren oder lebenslange Haft für den Besitz einer großen Menge von Drogen (definiert als mehr als das Fünfhundertfache des Basisbetrags).

Zwischen 2002 und 2005 führte das Max-Planck-Institut in Deutschland eine Evaluierung von § 31 Buchstabe a des deutschen Betäubungsmittelgesetzes durch, der es erlaubt, bei Vergehen im Zusammenhang mit dem Besitz „geringer Menge(n)“ von Betäubungsmitteln von einer Strafverfolgung abzusehen. Die Evaluierung ergab, dass es in der Praxis bei der Durchführung von Artikel 31 Buchstabe a erhebliche Unterschiede zwischen den 16 Bundesländern gibt, was zum Teil auf die unterschiedlichen Auslegungen des Adjektivs „gering“ zurückzuführen ist (Schäfer und Paoli, 2006). Im März 2005 nahm das Land Berlin eine Änderung seiner „Cannabisrichtlinie“ vor, der zufolge nun der Besitz von bis zu 10 Gramm Cannabis unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr strafrechtlich verfolgt wird. In Einzelfällen kann diese Menge auf bis zu 15 Gramm erhöht werden.

Der Gesundheitsminister Litauens änderte die Empfehlungen hinsichtlich der Definition kleiner, großer und sehr großer Mengen von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen und legte neue Mengenwerte fest. Das Drogengesetz 2005 des Vereinigten Königreichs sieht nun die Annahme einer Handelsabsicht vor, wenn bestimmte Mengen kontrollierter Drogen gefunden werden. Diese Mengen wurden im Frühjahr 2006 in entsprechenden Vorschriften festgelegt.

In Bulgarien wird mit dem Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Strafgesetzbuchs (neu: SG 26/04) § 354 Buchstabe a Absatz 3 außer Kraft gesetzt, in dem die Straffreiheit von Drogenabhängigen, bei denen eine einzige Dosis gefunden wird, vorgesehen war. Gründe für diese Maßnahme waren unter anderem Schwierigkeiten bei der Festlegung der Menge einer Einzeldosis und die erwiesene Tatsache, dass diese Ausnahmeregelung vor Gericht von Drogenhändlern missbräuchlich geltend gemacht wurde.

⁽⁸⁾ Siehe Jahresbericht 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/de/page013-de.html>) und das Themenpapier der EBDD „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ [Illegaler Drogenkonsum in der EU: legislative Ansätze] (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

Italien hatte die Mengen für die Festlegung der Grenze zwischen persönlichem Gebrauch und Handel im Jahr 1993 aufgehoben und führte im Februar 2006 neue Grenzwerte ein, die auf der Menge des in der Droge enthaltenen Wirkstoffs basieren. Diese Grenzwerte wurden in einem speziellen Erlass des Gesundheitsministeriums vom April 2006 festgelegt.

Wie bereits Untersuchungen in der Europäischen Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung (ELDD) belegen, spielen die Drogenmengen in der Drogengesetzgebung der einzelnen Staaten eine unterschiedliche Rolle⁽⁹⁾. In einigen Ländern (z. B. in der Slowakei) sind die Grenzwerte der Mengen, die für bestimmte Straftatbestände ausschlaggebend sind, eindeutig definiert, während in anderen Ländern (z. B. im Vereinigten Königreich) die Mengen lediglich Leitlinien darstellen, die eine widerlegbare Vermutung einer Handelsabsicht begründen. Zuweilen wird auch anhand der Mengen zwischen einzelnen Straftatbeständen unterschieden (z. B. Besitz oder Handel) oder das Strafmaß für ein bestimmtes Delikt festgelegt. Zwar verweisen viele Länder in ihren Rechtsvorschriften auf eine Menge, jedoch wird diese auf unterschiedliche Weise (Gewicht, Wert) oder gar nicht definiert. Die jüngsten, offenbar gegenläufigen Maßnahmen in Italien und Bulgarien zeigen erneut, dass in Europa kein eindeutiger Konsens zu diesem Thema herrscht.

Strafstatistiken

Die Beobachtung der gegen Drogenstraftäter verhängten Strafen wurde in mehreren Ländern diskutiert oder eingeführt, wobei in einigen Fällen bereits Maßnahmen auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse eingeleitet wurden.

In Irland wurde die Einrichtung einer zentralen Stelle für kriminalstatistische Erhebungen genehmigt, die im Einklang mit der nationalen Drogenstrategie Statistiken über Festnahmen, strafrechtliche Verfolgungen und die Art der verhängten Strafen führt.

Nach Maßgabe des deutschen Betäubungsmittelgesetzes hat die Staatsanwaltschaft unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit, bei Drogenbesitz ohne gerichtliche Zustimmung von der Strafverfolgung abzusehen. Obwohl hierzu Empfehlungen und Leitlinien vorliegen, gibt es zwischen den Vorschriften der einzelnen Bundesländer starke Diskrepanzen. Im Rahmen der oben genannten Studie über diese Unterschiede, die im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführt wurde, wurden über 1 800 Fälle in sechs Bundesländern untersucht (Schäfer und Paoli, 2006).

In einigen Bundesländern Österreichs gab es Bestrebungen für eine Vereinheitlichung der Vollzugspraxis von § 12 und § 35 Absatz 4 des Suchtmittelgesetzes, in denen vereinfachte Verfahren für die Zurücklegung polizeilicher Anzeigen im Falle des Erwerbs oder Besitzes geringer

Mengen Cannabis festgelegt werden. Andere Strafstatistiken belegen, dass die Anwendung der Zurücklegung von Anzeigen als gesetzlich vorgeschriebene Alternative zur Bestrafung im Jahr 2004 zugenommen hat. Jedoch stieg die Zahl der Anzeigen und Verurteilungen weiter an, während die Zahl der Verfahrenseinstellungen leicht rückgängig war.

In Rumänien wurden Strafstatistiken untersucht, um den Erfolg der sozialen Reintegration von Drogenkonsumenten zu überprüfen, die neben dem Drogenkonsum andere Straftaten begangen haben. In den meisten Fällen wurde die Strafe zur Bewährung ausgesetzt. Seit 2004 ist zu beobachten, dass die Gerichte seltener Zwangstherapien anordnen, wobei die Einbeziehung von Bewährungshelfern und somit deren Beitrag zur sozialen Rehabilitation von Drogenkonsumenten effektiv zurückgegangen ist.

Statistiken über die Verhängung oder Vermeidung von Strafen vermitteln ein weitaus genaueres Bild von der Durchführung der Drogenpolitik eines Landes als Gesetzestexte (siehe EBDD, 2002a). Zwar erheben alle Mitgliedstaaten Statistiken über Festnahmen, jedoch führen nicht alle umfassende Strafstatistiken. Dennoch geht aus den Berichten hervor, dass die Länder entsprechend dem zunehmenden Trend zu einer Evaluierung politischer Instrumente verstärkt an einer Beobachtung der Durchführung der Drogenpolitik interessiert sind⁽¹⁰⁾. Die Erhebung und Analyse von Strafstatistiken war im Jahr 2006 Gegenstand einer EBDD-Expertensitzung.

Drogenkriminalität

Maßnahme 25.1 des EU-Drogenaktionsplans 2005-2008 sieht die Festlegung einer gemeinsamen Definition der „Drogenkriminalität“ durch den Rat bis 2007 vor. Grundlage hierfür soll ein Vorschlag der Kommission sein, der auf der Basis der von der EBDD vorzulegenden Studien erarbeitet werden soll.

Zwar liegt bisher noch keine in der gesamten EU gültige Definition der Drogenkriminalität vor, jedoch werden mit diesem Begriff in der Regel vier Kategorien von Straftaten bezeichnet: Straftaten, die unter dem Einfluss von Drogen begangen werden; Straftaten, die begangen werden, um den Drogenkonsum zu finanzieren; Straftaten, die im Rahmen illegaler Drogenmärkte begangen werden; Straftaten in Form von Verstößen gegen die Drogengesetzgebung. Routinemäßig werden in der EU ausschließlich Daten über die letztgenannten Straftaten erhoben.

Zu den ersten drei Kategorien von Straftaten sind in der EU kaum oder nur lückenhafte Daten vorhanden. Einige der verfügbaren Daten stammen aus lokalen Ad-hoc-Studien, die für Extrapolationen ungeeignet sind, andere beziehen sich lediglich auf eine bestimmte Kategorie der Drogenkriminalität.

(9) Siehe den ELDD-Rechtsbericht „The role of the quantity in the prosecution of drug offences“ [Die Rolle der Mengen in der strafrechtlichen Verfolgung von Drogendelikten] und Tabelle 1 des Themenpapiers der EBDD „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ [Illegaler Drogenkonsum in der EU: legislative Ansätze] (beide verfügbar unter <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5175>).

(10) Siehe „Nationale Politiken: Bewertung der Rechtsvorschriften“ (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page021-de.html>).

Berichte über die Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität

In der Tschechischen Republik wurden 2005 das zweite Jahr in Folge in regionalen Polizeidienststellen Erhebungen über die Drogenkriminalität durchgeführt. Im Jahr 2004 wurden schätzungsweise 62 % der Straftaten im Zusammenhang mit der Drogenherstellung oder dem Drogenhandel, 25 % der Betrugsdelikte, 21 % der Straftaten in Verbindung mit der Veruntreuung von Geld oder Eigentum und 20 % der einfachen Diebstähle von Drogenkonsumenten verübt, um ihren eigenen Konsum zu finanzieren (nationaler Bericht der Tschechischen Republik).

Eine im Jahr 2004 in Finnland unter 15- bis 16-Jährigen durchgeführte Erhebung zeigte, dass etwa 7 % der Personen, die im Laufe der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert haben, ihren Konsum illegal finanziert haben, und zwar mehr als die Hälfte durch den Verkauf von Drogen und die übrigen vorwiegend durch Diebstähle (Kivivuori et al., 2005, zitiert im nationalen Bericht Finnlands).

In Irland wurde in zwei Studien, die 1996 und 2000/2001 von der Garda Research Unit anhand einer Stichprobe polizeibekannter Drogenkonsumenten durchgeführt wurden, festgestellt, dass im Jahr 1996 66 % und im Zeitraum 2000/2001 28 % der aufgedeckten Straftaten von Drogenkonsumenten verübt wurden (Keogh, 1997; Furey und Browne, 2003, zitiert im nationalen Bericht Irlands). Die Erhebung 2000/2001 führte ferner zu dem Ergebnis, dass 23 % der aufgedeckten Diebstähle und 37 % der aufgedeckten Einbruchsdiebstähle von Opioidkonsumenten begangen wurden.

Daten über „Berichte“⁽¹¹⁾ über Drogendelikte sind in allen europäischen Ländern verfügbar, zu denen in diesem Bericht Analysen angestellt werden. Diese „Berichte“ machen die Unterschiede sowohl in der nationalen Gesetzgebung als auch bei der Anwendung und Durchsetzung der Gesetze deutlich und geben Aufschluss über die Prioritäten und die von den Strafjustizbehörden für die Verfolgung bestimmter Straftaten bereitgestellten Ressourcen. Darüber hinaus bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede in den Informationssystemen im Bereich der Drogendelikte, insbesondere im Hinblick auf Melde- und Erfassungsmethoden, d. h. darauf, was wann wie erfasst

wird. Da aufgrund dieser Unterschiede Vergleiche zwischen den EU-Ländern kaum möglich sind⁽¹²⁾, bietet es sich an, eher Trends zu vergleichen als absolute Zahlen.

Im Verlauf des Fünfjahreszeitraums 1999 bis 2004 hat sich die Anzahl der „Berichte“ über Drogendelikte in den meisten EU-Ländern insgesamt erhöht [tatsächlich in allen Berichtsländern mit Ausnahme Italiens und Portugals, wobei in Estland, Litauen⁽¹³⁾, Ungarn⁽¹⁴⁾ und Polen ein besonders starker Anstieg – auf das Doppelte oder mehr – zu verzeichnen war]. Im Jahr 2004 setzte sich diese steigende Tendenz in den meisten Berichtsländern fort⁽¹⁵⁾, obwohl einige Länder – die Tschechische Republik, Griechenland, Lettland, Luxemburg, Portugal, Slowenien (seit 2001), die Slowakei, Finnland und Bulgarien – im Vorjahr einen Rückgang gemeldet hatten⁽¹⁶⁾.

In den meisten EU-Mitgliedstaaten bezieht sich die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte⁽¹⁷⁾ auf Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch⁽¹⁸⁾. Dieser Anteil bewegte sich im Jahr 2004 zwischen 61 % aller Drogendelikte in Polen und 90 % in Österreich. In der Tschechischen Republik, Luxemburg, den Niederlanden und der Türkei beziehen sich die meisten der gemeldeten Drogendelikte auf den Drogenhandel oder Drogenschmuggel, wobei sich der Anteil zwischen 48 % aller Drogendelikte in Luxemburg und 93 % in der Tschechischen Republik bewegt.

Im selben Fünfjahreszeitraum ist die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch in allen Berichtsländern insgesamt gestiegen. Lediglich Italien, Portugal, Slowenien, Bulgarien und die Türkei meldeten eine rückläufige Entwicklung⁽¹⁹⁾. Der Anteil dieser Straftaten an den Drogendelikten insgesamt ist in diesem Zeitraum in fast allen Berichtsländern ebenfalls gestiegen, wobei sich die Zunahme der Delikte im Allgemeinen langsam vollzog, mit Ausnahme Zyperns, Polens und Finnlands, die eine deutlich steigende Tendenz zu verzeichnen hatten. In Luxemburg, Portugal, Bulgarien und der Türkei ist jedoch der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. Drogenbesitz insgesamt zurückgegangen⁽²⁰⁾.

In den meisten Mitgliedstaaten ist Cannabis die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten⁽²¹⁾ in Verbindung

⁽¹¹⁾ 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. Genaue Definitionen zu jedem Land sind den methodological notes on definitions of 'reports' for drug law offences [methodische Anmerkungen zur Definition des Begriffs „Berichte“ über Drogendelikte] im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

⁽¹²⁾ Eine ausführlichere Erörterung methodischer Fragen ist den methodological notes on definitions of 'reports' for drug law offences [methodische Anmerkungen zur Definition des Begriffs „Berichte“ über Drogendelikte] im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

⁽¹³⁾ Der Anstieg in Litauen ist auf die Verabschiedung des neuen Strafgesetzbuches im Mai 2003 zurückzuführen.

⁽¹⁴⁾ Der Anstieg in Ungarn ist in erster Linie auf eine Änderung des Strafgesetzbuches und der Strafprozessordnung zurückzuführen.

⁽¹⁵⁾ Daten über „Berichte“ über Drogendelikte waren für den Zeitraum von 1999 bis 2004 in allen Ländern mit Ausnahme Zyperns, der Slowakei, Bulgariens, Rumäniens, der Türkei und Norwegens verfügbar (jedoch in einigen Fällen nicht für jedes Jahr). Für das Jahr 2004 lagen in allen Ländern mit Ausnahme Irlands, des Vereinigten Königreichs und Norwegens Daten vor.

⁽¹⁶⁾ Siehe Tabelle DLO-1 und Abbildung DLO-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁾ In fast allen Ländern waren Aufschlüsselungen nach der Art der Straftat verfügbar (jedoch nicht in allen Fällen für jedes einzelne Jahr zwischen 1999 und 2004). Ausnahmen bildeten Dänemark, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, die Slowakei und Rumänien.

⁽¹⁸⁾ Siehe Tabelle DLO-2 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹⁾ Siehe Tabelle DLO-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁾ Siehe Tabelle DLO-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²¹⁾ In fast allen Ländern waren Aufschlüsselungen der Straftaten nach der involvierten Substanz verfügbar (jedoch nicht in allen Fällen für jedes einzelne Jahr zwischen 1999 und 2004). Ausnahmen bildeten Dänemark, Estland, Lettland, Ungarn, Finnland, Rumänien und Norwegen.

stehende illegale Droge ⁽²²⁾. In diesen Ländern machten die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis im Jahr 2004 zwischen 34 % und 87 % der gesamten Drogendelikte aus. In der Tschechischen Republik und Litauen standen die meisten Drogendelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen (50 % bzw. 31 % aller Drogendelikte), während in Luxemburg die Mehrheit (43 %) der Drogendelikte mit Kokain in Verbindung gebracht wurde.

Im Zeitraum 1999 bis 2004 ist die Zahl der „Berichte“ über Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis in den meisten Berichtsländern insgesamt gestiegen, während in Italien und Slowenien eine rückläufige Entwicklung zu verzeichnen war ⁽²³⁾. Im selben Zeitraum nahm der Anteil der Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis in Deutschland, Spanien, Frankreich, Litauen, Luxemburg, Portugal, dem Vereinigten Königreich und Bulgarien zu, während er in Irland und den Niederlanden insgesamt stabil blieb und in Belgien, Italien, Österreich, Slowenien und Schweden zurückging ⁽²⁴⁾. Zwar ist Cannabis in allen Berichtsländern (mit Ausnahme der Tschechischen Republik und Bulgariens sowie – bezogen auf einige Jahre – Belgiens) häufiger mit Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. Drogenbesitz in Verbindung zu bringen als mit anderen Drogendelikten, jedoch ist der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit Cannabiskonsum in

mehreren Ländern seit 1999 – namentlich in Italien, Zypern (2002 bis 2004), Österreich, Slowenien und der Türkei (2002 bis 2004) – und in den meisten Berichtsländern im Laufe des letzten Jahres (2003 bis 2004) zurückgegangen. Dies deutet möglicherweise darauf hin, dass sich die Strafverfolgungsbehörden in diesen Ländern in geringerem Maße mit Cannabiskonsumenten befassen ⁽²⁵⁾.

Im selben Fünfjahreszeitraum sind in den meisten Berichtsländern die Anzahl der „Berichte“ und/oder der Anteil der Drogendelikte im Zusammenhang mit Heroin zurückgegangen. Ausnahmen bilden hier Belgien, Österreich, Slowenien und Schweden, die einen Aufwärtstrend bei der Zahl der „Berichte“ im Zusammenhang mit Heroin ⁽²⁶⁾ und/oder beim Anteil der mit Heroin in Verbindung gebrachten Drogendelikte ⁽²⁷⁾ verzeichneten.

Bei Drogendelikten im Zusammenhang mit Kokain ist eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten: Sowohl die Zahl der „Berichte“ ⁽²⁸⁾ über Straftaten im Zusammenhang mit Kokain als auch der Anteil dieser Straftaten an allen Drogendelikten ⁽²⁹⁾ sind in den meisten Ländern seit 1999 gestiegen. Bulgarien berichtet als einziges Land von einem Abwärtstrend bei den mit Kokain in Verbindung gebrachten Straftaten (sowohl der Zahlen als auch der Anteile an den Drogendelikten insgesamt).

Europäische Drogenpolitik: Erweiterung über illegale Drogen hinaus? In: *EBDD-Jahresbericht 2006: ausgewählte Themen*

In Europa beginnt man, den Gegenstand der Drogenpolitik über illegale Drogen hinaus auf andere Suchtmittel oder auch Verhaltensweisen auszuweiten. Dies geht aus der Drogenpolitik einiger Mitgliedstaaten und den EU-Drogenstrategien hervor. Die Forschungen befassen sich zunehmend mit dem Thema Sucht oder Suchtverhalten, ohne die betreffenden Substanzen zu berücksichtigen. Das ausgewählte Thema über die zunehmende Aufmerksamkeit, die in nationalen Strategien zur Bekämpfung illegaler Drogen oder in politischen Dokumenten legalen Substanzen oder dem Thema Sucht als solches gezollt wird, soll erste Einblicke in dieses in der Europäischen Union neu auftretende Phänomen gewähren.

Zwar wird in den Drogenstrategien nicht immer auf legale Drogen oder Suchterkrankungen Bezug genommen, jedoch wird in dem ausgewählten Thema die Feststellung getroffen, dass Präventionsprogramme und in einigen Ländern auch Behandlungsmaßnahmen sowohl für legale als auch für illegale Drogen geeignet sind und schwerpunktmäßig auf Kinder und junge Menschen abzielen. Offenbar findet mehr und mehr eine schrittweise strategische oder institutionelle Einbeziehung legaler Drogen in politische Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung illegaler Drogen statt.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung („European drug policies: extended beyond illicit drugs?“, in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) oder im Internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) verfügbar.

⁽²²⁾ Siehe Tabelle DLO-3 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²³⁾ Siehe Abbildung DLO-2 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁴⁾ Siehe Tabelle DLO-6 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁵⁾ Siehe Abbildung DLO-3 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁶⁾ Siehe Abbildung DLO-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁷⁾ Siehe Tabelle DLO-7 im Statistical Bulletin 2006. Es ist darauf hinzuweisen, dass in Schweden der Anteil der mit Heroin in Verbindung gebrachten Straftaten im Zeitraum 1999-2003 zurückgegangen ist.

⁽²⁸⁾ Siehe Abbildung DLO-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁹⁾ Siehe Tabelle DLO-8 im Statistical Bulletin 2006.



Kapitel 2

Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa

Prävention

Die Erfahrungen in einigen Mitgliedstaaten legen den Schluss nahe, dass auf den Einzelnen abzielende Drogenpräventionsmaßnahmen unter Umständen wirksamer sind, wenn sie von Regulierungsmaßnahmen für legale Suchtmittel unterstützt werden, die geeignet sind, den Zugang Jugendlicher zu diesen Substanzen einzuschränken und deren gesellschaftliche Akzeptanz zu schwächen. Folglich sind milieubezogene Präventionsstrategien, die auf die normativen und kulturellen Rahmenbedingungen des Substanzmissbrauchs einwirken, in Teilen Europas auf dem Vormarsch. Unterstützt werden sie durch erste Maßnahmen auf EU-Ebene, namentlich die Richtlinie über die Tabakwerbung und die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (siehe den Abschnitt über milieubezogene Strategien im ausgewählten Thema zum Drogenkonsum in Freizeitsettings).

Die Aufgabe von Medienkampagnen wird zunehmend eher in der Sensibilisierung (indem die Grundlagen der milieubezogenen Strategien untermauert und der breiten Bevölkerung erläutert und nahe gebracht werden) als in der Herbeiführung einer Verhaltensänderung gesehen. In diesem Zusammenhang wird in einer vor kurzem in Deutschland durchgeführten Untersuchung der internationalen Literatur (Bühler und Kröger, 2005, zitiert im nationalen Bericht Deutschlands) die Empfehlung ausgesprochen, Medienkampagnen als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige Maßnahme zur Verhaltensänderung einzusetzen.

Prävention im Gesundheitswesen

Während die Gesundheitsförderung – als Rahmenbedingung für die Prävention – darauf abzielt, die Menschen zu gesunder Lebensführung und zur Schaffung gesunder Lebensbedingungen anzuhalten, wird in den Berichten einiger Mitgliedstaaten (Italien, Niederlande und Slowakei) und Norwegens zunehmend der neue Begriff der „Prävention im Gesundheitswesen“ verwendet. Die Prävention im Gesundheitswesen umfasst eine Reihe von Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit gefährdeter Bevölkerungsgruppen, darunter auch Maßnahmen zur Drogenprävention. Diese Maßnahmen sind besonders auf die Bedürfnisse junger Menschen zugeschnitten, deren Problemverhalten, einschließlich des Drogenkonsums, stark von ihrer (sozialen und persönlichen)

Vulnerabilität und ihren Lebensumständen beeinflusst wird. Da selektive und indizierte Präventionsstrategien auf soziale und persönliche Risikobedingungen abzielen, stehen sie somit natürlich in Zusammenhang mit anderen gesundheitspolitischen (psychiatrische Strategien zur Bewältigung von Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen usw. bei Jugendlichen), sozialpolitischen (Bereitstellung von Freizeiteinrichtungen und Unterstützung gefährdeter Jugendlicher oder benachteiligter Familien) und bildungspolitischen (Verringerung der Zahl der Schulabbrecher) Maßnahmen für Jugendliche. Daher zielt die Prävention im Gesundheitswesen auf sämtliche Vulnerabilitätsfaktoren ab, die für die Lösung von Drogenproblemen erforderlich sind, indem Dienstleister und Sektoren eingebunden werden, die sich normalerweise kaum mit Drogen befassen würden.

Universale schulbasierte Prävention

Im Rahmen der schulbasierten Prävention gewinnen programmorientierte Präventionsansätze zunehmend an Bedeutung. Die programmorientierte Prävention impliziert die standardisierte Erbringung von Leistungen im Rahmen einer bestimmten Zahl von Sitzungen mit exakt definierten Inhalten und ausführlichem Lehr- und Lernmaterial. Dies erleichtert die Beobachtung und Evaluierung, verbessert die Präzision, Genauigkeit und Kohärenz der Maßnahmen und führt somit zu qualitativ hochwertigen Leistungen. Folglich führen heute mehr Mitgliedstaaten als in der Vergangenheit eine Beobachtung von schulbasierten Präventionsmaßnahmen durch (die Tschechische Republik, Griechenland, Spanien, Irland, Italien, Zypern, Ungarn, die Niederlande und das Vereinigte Königreich). Die erste europäische Studie zur Prävention des Drogenmissbrauchs (*European Drug Abuse Prevention Trial* – www.eudap.net) zeitigte viel versprechende Ergebnisse. Das von der Europäischen Kommission finanzierte Projekt wurde in sieben Ländern in neun regionalen Zentren und an 143 Schulen mit 7 000 Schülern (3 500 in einer Versuchsgruppe und 3 500 in einer Kontrollgruppe) durchgeführt und einer Gegenevaluierung unterzogen. Aus der Studie geht hervor, dass bei Schülern der Versuchsgruppe die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, um 26 %, die Wahrscheinlichkeit, häufig betrunken zu sein, um 35 % und die Wahrscheinlichkeit des Cannabiskonsums um 23 % unter den entsprechenden Werten der Kontrollgruppe lag ⁽³⁰⁾. Darüber hinaus wird nun bei der Durchführung schulbasierter Präventionsmaßnahmen stärkeres Augenmerk

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/.

auf strengere technische Leitlinien und eine verbesserte Reichweite gelegt (z. B. in Frankreich und Irland).

Polizeipräsenz an Schulen

Die Rolle der Polizei in der schulbasierten Prävention wird kontrovers diskutiert. In Belgien empfiehlt die Französische Gemeinschaft, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Schulbehörden durchgeführt und keine Polizeikräfte in Präventionsprogramme einbezogen werden sollten. Auch im Vereinigten Königreich wurde in einem Strategiepapier (ACPO Drugs Committee, 2002) die Empfehlung ausgesprochen, die Polizei solle ausschließlich in ihren Zuständigkeitsbereichen (Sicherheit, Straftaten, öffentliche Ordnung) tätig werden und nicht in die spezifische Drogenerziehung einbezogen werden. In diesem Zusammenhang führt Portugal sein schulbasiertes Polizeiprogramm *Escola Segura* (Sichere Schule) fort. Im Schuljahr 2004/2005 wurden insgesamt 320 Polizeibeamte für die Arbeit in und um Schulen abgestellt, um dort Tag und Nacht für eine bürgernahe Polizeiarbeit zu sorgen und durch ihre Präsenz Straftaten vorzubeugen. In Frankreich besuchen Fachleute, die von den Strafverfolgungsbehörden in der Kontaktaufnahme mit Jugendlichen oder Erwachsenen ausgebildet wurden, auf Anfrage Schulen oder andere Einrichtungen. Ungeachtet der Empfehlungen, die Drogenerziehung nicht uniformierten Polizeibeamten zu übertragen, da dies in manchen Fällen kontraproduktiv sein kann, ist es jedoch in mehreren Mitgliedstaaten noch immer üblich, Polizeikräfte an Schulen einzusetzen.

Selektive Prävention

Da mittlerweile die meisten Mitgliedstaaten selektive Präventionsansätze anerkennen und erarbeiten, zielen die Präventionsstrategien zunehmend auf gefährdete Gruppen ab. Beispielsweise berichten Deutschland, Griechenland, Luxemburg, Österreich, Finnland und das Vereinigte Königreich über Programme für jugendliche Straftäter.

In mehreren Ländern (z. B. Polen und der Slowakei) rücken gefährdete Gruppen verstärkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit. In Schweden befassen sich die meisten neuen Programme mit gefährdeten Vorschulkindern und Schülern mit Verhaltensauffälligkeiten. Die Zahl der Gemeinden, in denen diese Programme durchgeführt werden, hat sich nahezu verdoppelt. Darüber hinaus entwickelt Norwegen eine nationale Strategie zur Frühintervention bei problematischem Drogen- und Alkoholkonsum, deren Präventionsansatz speziell auf Risikogruppen ausgerichtet sein wird. Nicht abstinenzorientierte Ansätze sind geeignet, nicht nur dem Konsum entgegenzuwirken, sondern auch bei Gruppen, die bereits erstmals Drogen konsumiert haben, den Einstieg in den Drogenkonsum zu verhindern. Daher hat Polen ein landesweites Programm aufgelegt, um gefährdeten Kindern oder Kindern, die erst seit kurzem Drogen nehmen, einen anderen Umgang mit Drogen zu vermitteln. Das konkrete Ziel des polnischen Programms ist die Unterstützung von Familien bei der Lösung von Drogenproblemen. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, dass der selektive Präventionsansatz den

Schwerpunkt nicht auf den Drogenkonsum legt und diesen nicht stigmatisiert, sondern sich stattdessen auf die Vulnerabilität im weitesten Sinne konzentriert.

In einigen Mitgliedstaaten werden selektive Präventionsstrategien auch zunehmend auf bestimmte ethnische Gruppen ausgerichtet, wobei vier Länder (Belgien, Deutschland, Italien und Luxemburg) über neue Projekte in diesem Bereich berichten. In Italien liegt der Schwerpunkt vieler Projekte nun auf dem Schutz von Kindern, Müttern, Migrantenfamilien und Angehörigen ethnischer Minderheiten. In Luxemburg liegt dem Bericht zufolge besonderes Augenmerk auf jungen Menschen und der größten Migrantengemeinde, wobei sprachliche und soziokulturelle Besonderheiten im Vordergrund stehen.

Selektive Prävention in Schulen

Jugendliche, bei denen die Gefahr eines Schulabbruchs besteht und/oder die Verhaltensprobleme zeigen, sind zunehmend die Zielgruppe selektiver Drogenprävention. In Italien zielen beispielsweise 15 % der Präventionsmaßnahmen auf gefährdete Teilgruppen von Schülern ab (selektive und indizierte Prävention). Die wichtigsten Teilgruppen, auf die selektive Präventionsmaßnahmen in Schulen abzielen, sind Schüler mit gestörtem Sozialverhalten und schulischen oder familiären Problemen, Migrantenkinder und Angehörige ethnischer Minderheiten. Tatsächlich sind die schulischen Leistungen und die Teilnahme am Unterricht gute Indikatoren für Drogenprobleme, und ihre Beobachtung ermöglicht frühzeitige und zielorientierte Maßnahmen.

In mehreren Mitgliedstaaten stehen Schulabbrüche im Zentrum von Drogenpräventionsprogrammen. Das Projekt HUP im dänischen Kreis Storstrom zielt darauf ab, die durchschnittliche Schulabschlussquote von 75 % auf das landesweite Ziel von 95 % zu steigern, und konzentriert sich dabei auf gefährdete Schüler. Über ähnliche Projekte berichten Irland, Portugal (47 Projekte), Rumänien (ein Projekt) und Norwegen (Broschüren für Lehrer). Die Verringerung der Schulabbruchquoten in den Gebieten der LDTF [*Local drug task force* (Taskforce für Drogenbekämpfung)] um 10 % gegenüber dem Zeitraum 2005/2006 ist ein offizielles Ziel der nationalen Strategie Irlands. In Malta sind die am stärksten gefährdeten Schüler die Zielgruppe selektiver Präventionsprogramme, während in Frankreich und der Slowakei in Schulen Beratungsdienste angeboten werden, an die sich die Schüler entweder selbst wenden oder an die sie überwiesen werden.

Familienbasierte Prävention

Da immer mehr jüngere Kinder zu Drogen greifen, gewinnt die Verbesserung und Verstärkung der familienbasierten Prävention zunehmend an Bedeutung. Auf Kinder im vorpubertären Alter hat die Familie größeren Einfluss als die Peer-Gruppe. Die Rolle der Familie bei der Vermittlung von Normen und der Unterstützung der Kinder ist für die Prävention wichtiger als die Bereitstellung von Informationen über Suchtmittel.

In der EU werden zunehmend zielorientierte und auf die Bedürfnisse der Zielgruppen ausgerichtete

familienbasierte Präventionsmaßnahmen durchgeführt. Mehrere Mitgliedstaaten (Deutschland, Spanien, Irland, Italien und das Vereinigte Königreich) haben erkannt, dass es für die Einrichtungen zuweilen schwierig sein kann, Problemfamilien zu erreichen. Aus diesem Grund wurde im Vereinigten Königreich die Initiative FRANK erarbeitet, ein Maßnahmenpaket, das die Drogen- und Alkohol-Aktionsteams sowie im Bereich der Prävention tätige Ärzte dabei unterstützen soll, Kontakt zu den Familien herzustellen. In mehreren anderen Mitgliedstaaten werden derzeit Präventionsprogramme für gefährdete Familien durchgeführt. Im Rahmen dieser Programme werden unterschiedliche Methoden genutzt, um gefährdete Familien anzusprechen (z. B. Angebot von Lebensmitteln, finanzielle Anreize oder Kinderbetreuung), die größtenteils auf dem von Karol Kumpfer entwickelten *Strengthening Families Program* [Programm zur Stärkung von Familien] (Kumpfer et al., 1996) basieren.

Das *Strengthening Families Program* (SFP) wird derzeit in Spanien (Palma de Mallorca und Barcelona), den Niederlanden (zwei Städte, Evaluierungsstudie) und Schweden (zwei Städte) durchgeführt. In Irland und Italien finden Schulungsmaßnahmen statt, und in Italien soll das Programm auf mehrere Städte ausgeweitet werden. Norwegen führt im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie eine Evaluierung des ähnlich gearteten Programms MST durch. Diese selektiven familienbasierten Programme weisen in allen Mitgliedstaaten ähnliche Merkmale auf.

Programme für vernachlässigte Kinder und Jugendliche aus dysfunktionalen Familien werden in Polen und einigen Bundesländern Österreichs realisiert. Diese Programme werden in lokalen gemeindebasierten Einrichtungen wie sozialtherapeutischen Gemeinschaftsräumen, Erziehungseinrichtungen, Jugendclubs und Präventionszentren durchgeführt.

Einige Länder legen den Schwerpunkt zunehmend auf die Kinder von Alkoholikern (Belgien, Deutschland, Österreich). Die übrigen Länder konzentrieren sich noch immer ausschließlich auf die Kinder von Drogenkonsumenten.

Gemeindebasierte Prävention

Die meisten selektiven Präventionsprogramme werden auf Gemeindeebene durchgeführt. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass die beteiligten sozialen Dienste in der Regel auf dieser Ebene koordiniert werden. In Ländern, in denen die Gemeinden die erforderlichen Kompetenzen und den Willen haben, lokale Normen durchzusetzen, bieten sich diese jedoch als natürliche Basis für milieubezogene Strategien an. Gemeindebasierte selektive Prävention ist in den skandinavischen Ländern sowie in Belgien, den Niederlanden, Polen und dem Vereinigten Königreich weit verbreitet, wird aber auch in Ländern, die diesen Ansatz in der Vergangenheit weniger genutzt haben, in zunehmendem Maße eingesetzt (Frankreich, Italien, Ungarn, Portugal).

Durch die Schaffung gemeindebasierter Normen hinsichtlich der Verfügbarkeit und des Konsums

legaler Drogen sowie durch die Optimierung lokaler Dienstleistungen stellen lokale milieubezogene Präventionsstrategien einen guten Ausgangspunkt für wirksame Drogenpräventionsprogramme dar.

Qualitätskontrolle in der Prävention

Die Qualitätskontrolle in der Prävention gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass in vielen Mitgliedstaaten die Kompetenzen und Zuständigkeiten für die Prävention auf lokaler Ebene angesiedelt sind (in Dänemark, Italien, den Niederlanden, Polen, Portugal und Slowenien) und/oder die Verantwortung für Drogenpräventionsprogramme Nichtregierungsorganisationen (NRO) oder teilweise unabhängigen Vereinigungen übertragen wurden (Belgien, Deutschland, Frankreich, Ungarn und Finnland). Dementsprechend berichten einige Mitgliedstaaten über Strategien für die Bereitstellung gemeinsamer Qualitätskriterien, Standards und fachlicher Beratungsdienste auf lokaler Ebene, die Schulen oder Gemeinden dabei unterstützen, schulbasierte Maßnahmen zu entwickeln (Belgien, Dänemark, Niederlande und Vereinigtes Königreich), geeignete Präventionsprogramme durchzuführen und die Einhaltung von Mindestqualitätskriterien zu gewährleisten (Dänemark, Frankreich, Litauen, Ungarn, Slowakei, Vereinigtes Königreich, Rumänien und Norwegen).

Griechenland und Österreich spielen eine Vorreiterrolle bei der Festlegung von Bestimmungen für die Zulassung von Präventionsdiensten oder Mitarbeitern von Präventionsprogrammen.

Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung

Zwei wichtige EU-Instrumente bilden den Hintergrund für die Datenerhebungen der EBDD über Maßnahmen zur Schadensminimierung und Behandlung im Zusammenhang mit der Bewältigung des Drogenproblems:

- die EU-Drogenstrategie 2005-2012 und ihr erster Aktionsplan 2005-2008, die den Rahmen für die einzelstaatlichen politischen Strategien darstellen und ausführliche Empfehlungen für Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Drogenprävention und zur Verbesserung der Reichweite und Qualität von Diensten zur Behandlung und Schadensminimierung beinhalten;
- die Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 ⁽³¹⁾, die weitere spezifische Empfehlungen für Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit sowie zur Gewährleistung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus enthält, deren Durchführung von den Mitgliedstaaten in Erwägung gezogen werden sollte; diese Empfehlung wurde als Ziel 14 in den EU-Drogenaktionsplan aufgenommen und hat damit zusätzliches Gewicht erhalten.

⁽³¹⁾ Empfehlung des Rates 2003/488/EG.

Um den Stand der Umsetzung der Strategie beurteilen zu können, muss festgestellt werden, in welchem Umfang Dienstleistungen erbracht bzw. in Anspruch genommen werden. Letztendlich sind jedoch zuverlässige Schätzungen über die Reichweite – d. h. darüber, inwieweit die Zielgruppe von den Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung erreicht wird – erforderlich, um die Ziele des Aktionsplans zu evaluieren und eine Grundlage für die Bewertung der Auswirkungen der Strategie zu schaffen.

Während des achtjährigen Durchführungszeitraums der Strategie unterstützt die EBDD die Kommission beim Evaluierungsprozess durch die Bereitstellung von Daten zu den EU-weiten epidemiologischen Schlüsselindikatoren sowie durch die Entwicklung und Einführung einer Reihe spezifischer Instrumente zur Datenerhebung, die eine Bewertung der Erbringung und Inanspruchnahme von Diensten zur Behandlung und Schadensminimierung ermöglichen. Verglichen mit dem guten Überblick über die epidemiologische Situation, der dank der von der EBDD vorangetriebenen Entwicklung und Einführung einer indikatorbasierten Beobachtung gewonnen werden konnte, findet jedoch eine standardisierte Berichterstattung über die Maßnahmen nur in begrenztem Umfang statt.

Opioidgestützte Substitutionsbehandlung

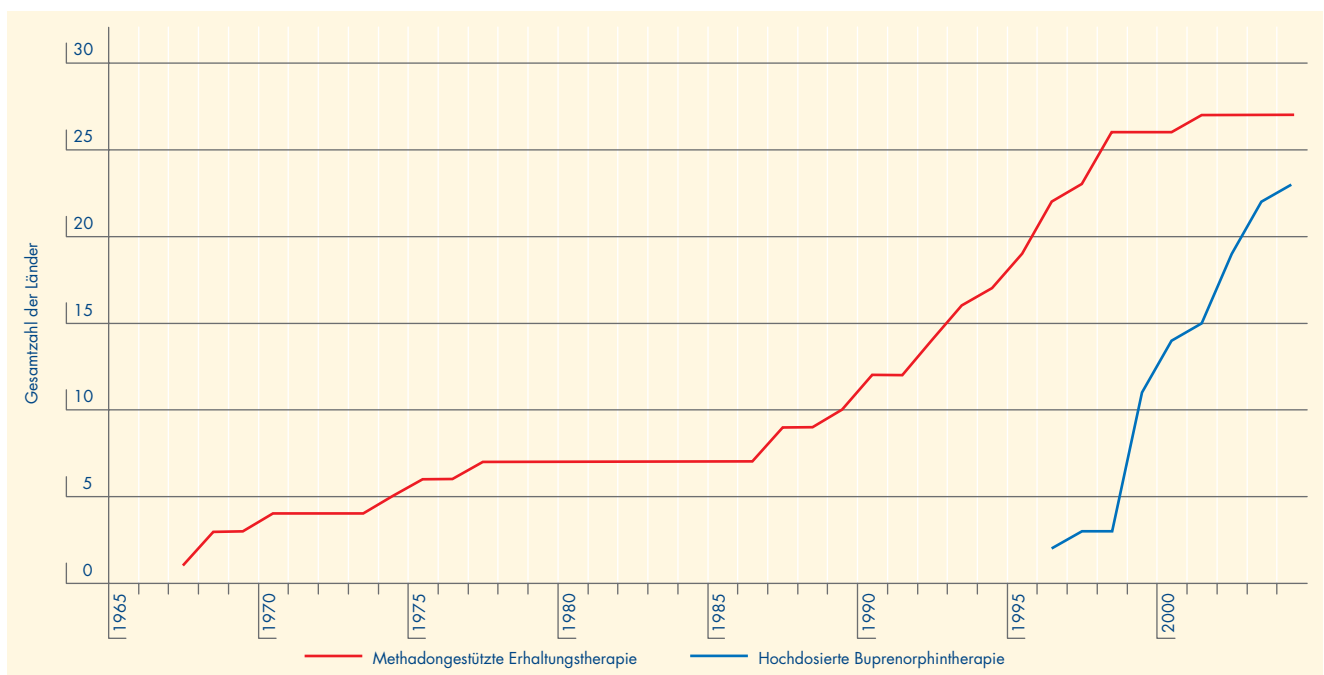
Die methadongestützte Erhaltungstherapie für Heroinkonsumenten wurde in Europa erstmals in Schweden (1967), in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich (1968) sowie in Dänemark (1970) durchgeführt, fand jedoch lange Jahre nur in begrenztem Umfang Anwendung.

Nachdem man jedoch festgestellt hatte, welches Ausmaß die epidemische Ausbreitung des Human-Immunschwäche-Virus (HIV) unter Drogenkonsumenten in den westeuropäischen Ländern angenommen hatte, fand in vielen Ländern eine Verschiebung der therapeutischen Ziele und Ansätze statt: Primäres Ziel war nun nicht mehr die Abstinenz, sondern die Ergreifung von auf die Reduzierung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Schäden abzielenden Maßnahmen. Man akzeptierte die Notwendigkeit wiederholter Behandlungen und erkannte die Vorteile der Erhaltungstherapie für die Stabilisierung und Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation der Drogenkonsumenten sowie für die Gesellschaft insgesamt.

Anfang der 90er Jahre wurde die methadongestützte Erhaltungstherapie in zunehmendem Maße als Behandlungsform eingeführt. Im Jahr 2001 wurde sie bereits in 24 EU-Ländern sowie in Bulgarien, Rumänien und Norwegen angewendet (Abbildung 1). Hinsichtlich Umfang und Reichweite der Anwendung bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern (siehe Kapitel 6).

Im Jahr 1996 wurde erstmals in einem EU-Mitgliedstaat eine Rechtsgrundlage für den Einsatz von Buprenorphin im Rahmen der medikamentengestützten Behandlung von Heroinkonsumenten geschaffen (siehe das ausgewählte Thema zu Buprenorphin im Jahresbericht 2005). Diese Therapieform wird nun in den meisten Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt und eingesetzt. Da Buprenorphin im Rahmen der UN-Drogenübereinkommen einer weniger strengen Regelung unterliegt, haben die Länder größeren Spielraum für seine Verschreibung. In einigen

Abbildung 1: Einführung der methadongestützten Erhaltungstherapie und der hochdosierten Buprenorphinbehandlung in den EU-Mitgliedstaaten, Kandidatenländern und Norwegen



Quellen: Nationale Knotenpunkte.

Ländern hat diese Therapiemöglichkeit zu einem raschen Anstieg der Zahl der behandelten Patienten geführt. Neben der Substitutionstherapie mit Agonisten werden neue pharmakotherapeutische Behandlungsformen erforscht. Darüber hinaus sucht man neuerdings auch nach Behandlungsmöglichkeiten für Kokain- und Crack-Konsumenten, von denen viele auch Heroin konsumieren und konsumiert haben (siehe auch Kapitel 5).

Schätzungen zufolge haben im Jahr 2003 EU-weit über eine halbe Million Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten. Das entspricht einem Drittel der derzeit schätzungsweise 1,5 Millionen problematischen Opioidkonsumenten (EBDD, 2005a). Der geringe Anteil der neuen Mitgliedstaaten sowie der Kandidatenländer an der Gesamtzahl der Patienten in Substitutionsbehandlung in Europa ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Opioidkonsum in diesen Ländern geringer ist. Zwar ist das Angebot von Substitutionsbehandlungen in diesen Ländern nach wie vor gering, jedoch gibt es in Estland, Litauen und Bulgarien einige Anzeichen für einen Aufwärtstrend.

Die übermittelten Informationen zeigen, dass in einigen Ländern das Angebot von methadongestützten Therapien zunimmt, während in acht Ländern die Zahl der Menschen, die sich einer solchen Behandlung unterziehen, stabil geblieben oder gesunken ist⁽³²⁾. Vier dieser Länder (Dänemark, Spanien, Malta und die Niederlande) berichten über langjährigen Heroinkonsum und leicht zugängliche methadongestützte Substitutionsprogramme. In den vier anderen Ländern (Lettland, Ungarn, Polen und Rumänien) ist die Versorgung mit methadongestützten Substitutionsbehandlungen bei weitem nicht flächendeckend, und mancherorts gibt es Wartelisten für die Therapie.

Es ist kaum festzustellen, ob die rückläufigen Zahlen der mit Methadon behandelten Patienten darauf schließen lassen, dass diese Patienten stattdessen eine Buprenorphinbehandlung erhalten, sofern diese verfügbar ist. Häufig ist auf nationaler Ebene nicht bekannt, in welchem Umfang die Behandlung der Drogenabhängigkeit von Hausärzten durchgeführt wird.

Angebot und Formen der Drogentherapien

Im Zuge einer im Jahr 2005 unter den nationalen Knotenpunkten durchgeführten Erhebung wurden die allgemeinen Merkmale des Therapieangebots in Europa untersucht. Die nationalen Sachverständigen wurden gefragt, ob die Mehrheit der Opioidkonsumenten in drogenfreien oder in medikamentengestützten Programmen behandelt wird oder ob beide Behandlungsformen gleichermaßen verbreitet sind.

Die Ergebnisse belegen, dass die medikamentengestützte Therapie bei weitem überwiegt und dabei vor allem Methadon zum Einsatz kommt (mit Ausnahme der Tschechischen Republik und Frankreichs; weitere Einzelheiten

sind Kapitel 6 zu entnehmen). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Drogentherapie in den meisten Ländern vor allem in ambulanten Einrichtungen stattfindet – lediglich in Lettland und der Türkei wird die Behandlung überwiegend stationär erbracht. In Irland, Lettland, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien und der Türkei werden im Rahmen der ambulanten Behandlung in erster Linie die klassischen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren (psychodynamische Therapie, kognitive Verhaltenstherapie, systemische und Familientherapie oder Gestalttherapie) angewandt. Neun Länder berichten über das Angebot von in erster Linie „unterstützenden“ Verfahren (wie beispielsweise Beratung, sozio-educative und Milieuthérapie, Motivierende Gesprächsführung, Entspannungstechniken und Akupunktur), während in zehn Ländern in der ambulanten Therapie verschiedene Verfahren kombiniert werden.

Was die stationäre Betreuung betrifft, so kommt in Irland, Litauen, Ungarn und der Türkei häufig das zwölfstufige Minnesota-Modell zur Anwendung, während sechs Länder vor allem psychotherapeutische Behandlungsformen, fünf Länder „unterstützende“ Verfahren und zehn Länder eine Kombination dieser Ansätze einsetzen.

Im Laufe der letzten zehn Jahre, verstärkt jedoch in den letzten fünf Jahren, haben viele europäische Länder „die Pforten“ für die Behandlung geöffnet, indem sie ihr Angebot an Substitutionstherapien erweitert und Zugangsbeschränkungen abgebaut haben. Niemals zuvor wurden so viele Drogenkonsumenten vom Betreuungssystem erreicht. Viele, jedoch nicht alle, nehmen neben der Behandlung ihrer Abhängigkeit weitere Unterstützung in Anspruch, und offenbar sind viele auf niedrigschwellige Betreuungsdienste und erhebliche Unterstützung bei ihrer Reintegration angewiesen.

Maßnahmen zur Schadensminimierung

Während die Herstellung und Aufrechterhaltung von Kontakten zu den Patienten zu einem eigenständigen Ziel wurde, haben auch aufsuchende und niedrigschwellige Dienste an Anerkennung und Unterstützung gewonnen und sind nun in vielen Mitgliedstaaten wesentliche Bestandteile einer umfassenden Strategie. Hinsichtlich der Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten und der Reduzierung drogenbedingter Todesfälle gibt es in Europa gemeinsame Strategien (siehe auch Kapitel 7).

Die Verringerung der Zahl der Drogentoten wurde vor sechs Jahren erstmals als ein Ziel der europäischen Drogenpolitik definiert und hat Eingang in den laufenden EU-Drogenaktionsplan gefunden⁽³³⁾. Die Zahl der Länder, die in ihren nationalen Strategien direkt auf das Ziel der Reduzierung der drogenbedingten Todesfälle verweisen, ist in den letzten Jahren weiterhin (auf mittlerweile 15 Länder) gestiegen, wobei diese Strategien in acht Ländern im Zeitraum 2004/2005 verabschiedet wurden. Neben den nationalen Strategien sind ergänzende Konzepte

⁽³²⁾ Siehe Tabelle NSP-7 im Statistical Bulletin 2006.

⁽³³⁾ Nach Maßgabe von Ziel 17 des EU-Drogenaktionsplans 2005-2008 ist die Verringerung der Zahl der Drogentoten auf allen Ebenen im Rahmen der hierfür konzipierten Maßnahmen als Einzelziel zu berücksichtigen.

Aktionen und Maßnahmen für Drogenkonsumenten in Haftanstalten in den neuen Mitgliedstaaten

Die vorliegenden Daten basieren auf einem im Jahr 2005 durchgeführten gemeinsamen Datenerhebungsprojekt der EBDD und des WHO-Regionalbüros für Europa (¹).

Die meisten neuen Mitgliedstaaten berichteten über die Durchführung von Drogentests in Haftanstalten. Hinsichtlich der für Drogentests geltenden Regelungen gibt es jedoch Unterschiede zwischen den Ländern. Lediglich in der Tschechischen Republik sowie in Malta und Slowenien werden die Insassen bei Haftantritt getestet. Auch vor dem Verlassen der Haftanstalt werden ausschließlich in Malta und Slowenien Tests durchgeführt. Stichprobenartige Drogentests erfolgen in der Tschechischen Republik, Malta, Slowenien und der Slowakei in allen und in Ungarn in weniger als 50 % der Haftanstalten.

In den Haftanstalten der neuen Mitgliedstaaten werden vorwiegend drogenfreie Behandlungsansätze verfolgt, wobei jedoch diese Maßnahmen bei weitem nicht flächendeckend angeboten werden. Eine drogenfreie Behandlung mit psychologischer Betreuung ist den Berichten zufolge in weniger als 50 % der Haftanstalten in der Tschechischen Republik, Estland, Litauen, Ungarn, Polen und der Slowakei verfügbar. Drogenfreie Abteilungen gibt es in den meisten Ländern, jedoch berichten nur die Tschechische Republik und Slowenien über derartige Einrichtungen in über 50 % der Haftanstalten. Die medikamentengestützte Kurzzeitgiftung wird flächendeckend angeboten (in allen Haftanstalten in Lettland, Ungarn, Malta, Slowenien und der Slowakei).

Die Zahl der Haftinsassen, die Zugang zu einer Behandlung mit Antagonisten oder zu Substitutionstherapien haben, ist in den neuen Mitgliedstaaten insgesamt gering. Behandlungen

mit Antagonisten werden mit Ausnahme von Nofällen offenbar überhaupt nicht angeboten, und nur wenige Länder berichten über die Verfügbarkeit opioidgestützter Substitutionstherapien zur akuten Entgiftung in Haftanstalten (Ungarn, Malta, Polen und Slowenien). Entlassungsvorbereitende Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogen erfolgen vorwiegend in Form von Beratungen und Information (Tschechische Republik, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Slowenien und Slowakei). Die Substitutionsbehandlung als entlassungsvorbereitende Maßnahme ist in Slowenien in allen Haftanstalten und in Polen in weniger als 50 % der Haftanstalten verfügbar.

Einige wenige Haftanstalten in den neuen Mitgliedstaaten berichten über Maßnahmen zur Schadensminimierung für injizierende Drogenkonsumenten. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme werden in keiner Haftanstalt in den neuen Mitgliedstaaten durchgeführt, und lediglich Estland, Litauen und Slowenien geben an, Desinfektionsmittel für die Reinigung von Spritzen bereitzustellen. Allerdings werden in Haftanstalten Maßnahmen gegen drogenbedingte Infektionskrankheiten ergriffen. Impfungen gegen Hepatitis B sind in sechs neuen Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Malta, Slowenien und Slowakei) in allen Haftanstalten verfügbar, während fünf Länder (Tschechische Republik, Litauen, Polen, Slowenien und Slowakei) angeben, in allen Haftanstalten antivirale Therapien für positiv auf Hepatitis C getestete Insassen anzubieten. Die antiretrovirale Therapie für positiv auf HIV getestete Haftinsassen ist den Berichten zufolge in allen neuen Mitgliedstaaten verfügbar (²).

(¹) Daten wurden von der Tschechischen Republik, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Malta, Polen, Slowenien und der Slowakei zur Verfügung gestellt. Weitere Einzelheiten sind dem Bericht EBDD (2005c) zu entnehmen.

(²) Für Zypern sind keine Daten verfügbar.

auf Stadtebene weit verbreitet: In mehreren Hauptstädten (darunter Athen, Berlin, Brüssel, Lissabon und Tallinn), aber auch in größeren halbstädtischen Regionen (z. B. in der östlichen Region Irlands um Dublin) gibt es eigene Strategien zur Verringerung der Zahl der Drogentoten. In der Tschechischen Republik, Italien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich gibt es den Berichten zufolge lokale und regionale Strategien, und in Bulgarien wurden in neun Städten auf lokaler Ebene Strategien ausgearbeitet.

Wie bereits in der vorangegangenen EU-Drogenstrategie und im Drogenaktionsplan 2000-2004 stellt die Prävention der Verbreitung von Infektionskrankheiten auch in der derzeitigen Strategie ein wichtiges Ziel dar und wurde als Ziel 16 in den Drogenaktionsplan 2005-2008 aufgenommen. Damit wird deutlich, dass die europäischen Regierungen und die Kommission den gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums weiterhin große Bedeutung beimessen (³⁴).

Die große Mehrheit der EU-Länder sowie Norwegen haben ihr Konzept für die Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten explizit formuliert und konkrete

Ziele oder Aufgaben in ihre nationale Drogenstrategie aufgenommen oder eigenständige Strategiepapiere verabschiedet, in denen festgelegt wird, wie die Prävention von Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten erfolgen soll (Spanien, Lettland, Luxemburg, Schweden), wobei einige Länder beide Verfahren umgesetzt haben (Estland, Frankreich, Vereinigtes Königreich). Malta und Österreich planen die Erarbeitung spezifischer Strategien für den in diesem Bereich zu verfolgenden Ansatz.

In Deutschland und Griechenland sind konkrete Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten Teil der nationalen Drogenstrategie, obwohl die Prävention von Infektionskrankheiten nicht explizit als Ziel formuliert wird.

Diese Strategien zur Prävention von Infektionskrankheiten sind in den meisten Fällen relativ neu und wurden in vielen Ländern während der Laufzeit der vorangegangenen EU-Drogenstrategie (2000-2004) verabschiedet, in der eine Verringerung der Inzidenz von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten erstmals als europäisches Ziel definiert wurde.

(³⁴) Insbesondere nimmt Ziel 16 des Drogenaktionsplans 2005-2008 Bezug auf die Verhinderung der Verbreitung von Infektionskrankheiten. Ziel 14 verlangt die Umsetzung der im Jahr 2003 angenommenen Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit (Empfehlung des Rates 2003/488/EG). Im Jahr 2007 soll im Rahmen der Evaluierung der EU-Drogenstrategie ein Bericht der Kommission über die Umsetzung dieser Empfehlung vorgelegt werden, in den auch die bei politischen Entscheidungsträgern und den nationalen Knotenpunkten des Reitox-Netztes erhobenen Informationen Eingang finden sollen.

Den Berichten der nationalen Knotenpunkte zufolge⁽³⁵⁾ gibt es in den nationalen Strategien hinsichtlich der Ziele und Zielgruppen große Übereinstimmungen auf europäischer Ebene. Zu den Zielgruppen gehören neben injizierenden Drogenkonsumenten auch Sexarbeiter und Haftinsassen. Insbesondere in den neuen mitteleuropäischen Mitgliedstaaten, aber auch in Norwegen werden Jugendliche und nicht injizierende Drogenkonsumenten explizit als weitere wichtige Zielgruppen für Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten genannt. In den Strategien Dänemarks und Estlands wurden die Zielgruppen sogar auf Personen ausgeweitet, die in engem Kontakt mit Drogenkonsumenten stehen.

In vielen EU-Mitgliedstaaten sind die Strategien zur Eindämmung von Infektionskrankheiten eindeutig auf HIV/AIDS ausgerichtet, insbesondere in Estland, Spanien, Zypern, Lettland und Litauen. In zehn Ländern (37 %) wird in den diesbezüglichen Strategien jedoch explizit die Prävention von Hepatitis-C-Infektionen unter Drogenkonsumenten genannt⁽³⁶⁾. Irland hat im Jahr 2004 einen Konsultationsprozess zur Vorbereitung einer solchen Strategie eingeleitet, und in Deutschland wurden Empfehlungen zur Prävention und Behandlung herausgegeben. In Österreich erhielt die Diskussion in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit durch eine internationale Konferenz neuen Schwung, die 2005 in Wien stattfand.

Strategien zur Schadensminimierung bilden heute einen wichtigen Bestandteil der europäischen Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenkonsums, und die Verbesserung des Zugangs zu Leistungen zur Prävention und Behandlung drogenbedingter Gesundheitsschäden stellt eine der wichtigsten Prioritäten der EU-Drogenstrategie 2005-2012 dar. Die durch die EU-Drogenstrategie geschaffene gemeinsame strategische Plattform für die Eindämmung von Gesundheitsschäden kommt in vielen nationalen Strategien in der gesamten EU zum Tragen und hat zur Einbeziehung evidenzbasierter Maßnahmen in diesem Bereich beigetragen.

Im Jahr 2004 wurde eine Verbesserung bei der Beobachtung der Verfügbarkeit von Nadeln und Spritzen auf europäischer Ebene dokumentiert. Angaben über das Angebot, die Nutzung und die Verbreitung der zahlreichen anderen wichtigen Leistungen, die von niedrigschwelligen Diensten erbracht werden, werden jedoch in den meisten Ländern auf nationaler Ebene nur in geringem Umfang erfasst. Hier ist es kaum möglich, sich einen europäischen Überblick zu verschaffen. Ein Projekt zur Verbesserung der Datenlage wird im Kasten „Niedrigschwellige Dienste als wichtige Datenquelle“ beschrieben.

Gezielte Behandlung und Qualitätsmanagement

Im aktuellen EU-Aktionsplan wird auch die Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen zur Behandlung und Schadensminimierung gefordert.

Niedrigschwellige Dienste als wichtige Datenquelle

Niedrigschwellige Dienste sind von zentraler Bedeutung, um den Zugang von Drogenkonsumenten zu Betreuungsdiensten zu verbessern. Für „versteckte“ oder schwerer zu erreichende Gruppen von Drogenkonsumenten oder jene, die den Kontakt zum Betreuungssystem verloren haben, können diese Dienste eine Anlaufstelle darstellen und ärztliche oder soziale Leistungen anbieten.

Obwohl es in allen niedrigschwelligen Diensten ein System für die Dokumentation der von ihnen erbrachten Leistungen gibt und zuweilen eine umfassende Beobachtung und Berichterstattung erfolgt, sind diese Tätigkeiten vorwiegend darauf ausgerichtet, gegenüber den finanzierenden Einrichtungen Rechenschaft abzulegen, und zielen weniger auf ein internes Qualitätsmanagement oder die Planung und Evaluierung von Leistungen ab. Allzu häufig verbleiben erhobene wertvolle Informationen innerhalb des Dienstes. Ungeachtet ihrer potenziellen Bedeutung für die Beobachtung von Mustern und Tendenzen des Drogenkonsums sowie des Zugangs zu Dienstleistungen, werden die Möglichkeiten niedrigschwelliger Dienste offenbar weitgehend unzureichend ausgeschöpft. Eines der größten Hindernisse ist die mangelnde Standardisierung und Vergleichbarkeit der erhobenen Daten.

Für die Verbesserung der Qualität der verfügbaren Daten über das Angebot und die Inanspruchnahme von Diensten zur Schadensminimierung ist es wichtig, dass Datenerhebungsinstrumente vorhanden sind, die für die Dienste geeignet sind und zugleich relevante Ergebnisse für die Beobachtung auf nationaler und europäischer Ebene hervorbringen. Eine Initiative, die in diese Richtung geht, ist das gemeinsame EBDD-Projekt *Correlation*, das von Sachverständigen der nationalen Knotenpunkte Frankreichs, Irlands, Ungarns und Norwegens unterstützt wird. Im *Correlation-Netz (European Network for Social Inclusion and Health [Europäisches Netz für soziale Integration und Gesundheit], www.correlation-net.org)* sind Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen aus 27 europäischen Ländern vertreten. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen des Aktionsprogramms der Europäischen Kommission (GD SANCO) im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Der Einsatz von Qualitätsmanagementinstrumenten bei der Planung von Behandlung und Schadensminimierung führte zu einer verbesserten Abstimmung der Leistungen auf die Zielgruppen, so dass nun beispielsweise auch die unterschiedlichen Bedürfnisse der Geschlechtergruppen berücksichtigt werden (siehe auch das ausgewählte Thema zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern).

Behandlungseinrichtungen oder -programme, die sich ausschließlich mit einer bestimmten Zielgruppe befassen, sind in der gesamten EU weit verbreitet. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren werden in 23 Ländern in spezialisierten Einrichtungen behandelt. Therapien für Drogenkonsumenten mit psychiatrischer Komorbidität finden

⁽³⁵⁾ Diese Analyse basiert weitgehend auf den in einem strukturierten Fragebogen (SQ 23) übermittelten nationalen Angaben, ergänzt durch aktuelle Informationen der von den Nationalen Knotenpunkten vorgelegten nationalen Berichte.

⁽³⁶⁾ Darunter auch in Frankreich und England, die beide vollständige Strategien zur Hepatitis-C-Prävention verabschiedet haben: Plan National Hépatites Virales C et B [Nationaler Plan zur Virushepatitis C und B] (2002–2005) (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) bzw. Hepatitis C: Action Plan for England [Hepatitis C: Aktionsplan für England], 2004 (<http://www.dh.gov.uk/>).

in 18 Ländern in spezialisierten Einrichtungen statt, und frauenspezifische Leistungen werden den Berichten zufolge in allen Ländern mit Ausnahme Zyperns, Lettlands, Litauens, Bulgariens und der Türkei erbracht. Auf die Bedürfnisse von Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund oder von Gruppen mit speziellen sprachlichen Anforderungen oder einem bestimmten religiösen bzw. kulturellen Hintergrund zugeschnittene Leistungen sind zwar weniger verbreitet, werden jedoch aus Belgien, Deutschland, Griechenland, Spanien, Litauen, den Niederlanden, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich gemeldet.

Auf die Behandlung von Cannabis- oder Kokainkonsumenten spezialisierte Einrichtungen gibt es den Berichten zufolge in 13 Ländern, während in acht Ländern Drogendienste spezifische Behandlungsprogramme für diese Gruppen anbieten. Die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit dieser Dienste wird jedoch in den meisten dieser Länder als gering eingestuft. Über ein ähnliches Spezialprogramm für Amphetaminkonsumenten berichten Spanien, die Slowakei und das Vereinigte Königreich.

Weitere konkrete Schritte für die Verbesserung der Qualität von Behandlung und Betreuung sind individuelles Fallmanagement, die Vermittlung von Angeboten spezialisierter Dienste (d. h. die Behandlung komorbider Störungen) und die Untersuchung der Patienten vor der Behandlung, um die Patientenprofile besser auf die angebotenen Behandlungen abstimmen zu können und so einen längeren Verbleib in der Behandlung und eine bessere Wirksamkeit der Therapien zu gewährleisten.

Ungeachtet der allgemeinen Ausweitung der Behandlungsoptionen stellt der Umgang mit einigen Gruppen von Drogenkonsumenten, insbesondere mit Menschen mit langjährigen und chronischen Problemen, nach wie vor eine Herausforderung für die Drogendienste dar. Aufsuchende und niedrigschwellige Maßnahmen sind weit verbreitete Ansätze für die Kontaktaufnahme und den Umgang mit diesen schwer erreichbaren Gruppen. Stärker umstritten ist die Einführung überwachter Drogenkonsumräume in einigen Ländern. Diese Räume sind in der Regel für injizierende Drogenkonsumenten bestimmt, erweitern jedoch nun ihr Angebot zuweilen auch auf das Rauchen von Crack oder Kokain (siehe EBDD, 2004c). Kontrovers diskutiert wird im Bereich der Entwicklung und Erprobung von Leistungen auch der in einigen Ländern praktizierte Einsatz von Heroin in der Substitutionsbehandlung von Drogenkonsumenten. Zwar sind die Tätigkeiten in diesem Bereich verglichen mit anderen Behandlungsoptionen insgesamt nach wie vor sehr begrenzt, jedoch haben einige Studien gezeigt, dass die Verschreibung von Heroin möglicherweise Vorteile für Patienten mit sich bringen kann, bei denen eine methadongestützte Erhaltungstherapie erfolglos geblieben ist. Beispielsweise berichtete eine vor kurzem im Deutschland durchgeführte randomisiert-kontrollierte Studie zur heroingestützten Behandlung (Naber und Haasen, 2006) über positive Ergebnisse hinsichtlich sowohl des Gesundheitszustands als auch der Verringerung des Konsums illegaler Drogen. Dennoch herrscht derzeit in Europa kein klarer Konsens über die Kosten und Vorteile dieses

Ansatzes, der nach wie vor auf politischer Ebene und in der Wissenschaft Gegenstand heftiger Diskussionen ist.

Mit der erhöhten Verfügbarkeit und Qualität der Behandlung ist in einigen europäischen Städten auch die Verringerung der Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Gesellschaft ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Gezielte aufsuchende Arbeit und eine Reihe attraktiver niedrigschwelliger Dienste haben bereits auf lokaler Ebene viel versprechende Ergebnisse gezeitigt (siehe „Konzepte zur Schadensminimierung“ in Kapitel 5) und könnten in größerem Umfang als wertvolles und wirksames Modell genutzt werden, um die Kommunikation mit Randgruppen wieder aufzunehmen und diese einer Behandlung zuzuführen.

Aufgrund der Entwicklung „sichererer“ Substitutionsstoffe (d. h. von Substanzen, die weniger wahrscheinlich für den Schwarzmarkt abgezweigt werden) ist es durchaus denkbar, dass die Drogenbehandlung künftig verstärkt in hausärztlichen Praxen erfolgen wird. Ein solcher Normalisierungsprozess macht es möglich, dass Drogenabhängigkeit wie eine chronische Krankheit wie beispielsweise Diabetes behandelt wird.

Den Berichten einiger Länder zufolge entwickeln die zahlreichen Heroinkonsumenten, die eine Substitutionsbehandlung erhalten, eine entsprechende Nachfrage nach Unterstützung bei ihrer sozialen Reintegration, vor allem bei der Suche nach einer bezahlten Beschäftigung. In der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation ist es für viele Länder unter Umständen schwer, dem Wunsch älterer Heroinkonsumenten nach beruflicher Reintegration zu entsprechen, selbst wenn diese im Rahmen der Erhaltungstherapie stabilisiert werden konnten. Diese Situation wird durch die hohen Morbiditätsraten in dieser Gruppe verschärft.

Soziale Reintegration

Sowohl die verfügbare Literatur als auch die Zahlen und Fakten aus den Mitgliedstaaten belegen ein und dieselbe traurige Wahrheit: Die Lebenssituation von Drogenkonsumenten ist wesentlich problematischer und prekärer als die der Allgemeinbevölkerung. Daher wurde in den beiden letzten EU-Drogenaktionsplänen die soziale Reintegration als eines der obersten Ziele mit Blick auf die Verbesserung der Gesundheit und des sozialen Status von Drogenkonsumenten festgelegt.

Im Drogenaktionsplan 2005-2008 werden die Mitgliedstaaten zur „Verbesserung des Zugangs zu Programmen zur Rehabilitation und gesellschaftlichen Wiedereingliederung sowie [zur] Verbesserung ihrer Reichweite“ aufgefordert. Zwar sind soziale Maßnahmen im Zusammenhang mit dem problematischen Drogenkonsum noch immer weniger verbreitet als Therapien, jedoch werden Konzepte, die therapeutische, gesundheitsbezogene und soziale Elemente kombinieren, von Fachleuten als optimale Strategie anerkannt, um eine Rehabilitation der Drogenkonsumenten zu erreichen.

In Europa liegen nur wenige Daten zur sozialen Reintegration ⁽³⁷⁾ vor, was vor allem auf die bestehenden Hindernisse für die Erhebung quantitativer Daten in diesem Bereich zurückzuführen ist. Daher basieren die unten genannten Informationen im Wesentlichen auf einer qualitativen Bewertung, deren Schwerpunkt auf politischen Strategien, ihrer Umsetzung und der Qualitätssicherung in den Mitgliedstaaten lag ⁽³⁸⁾.

Im Zeitraum 2004/2005 verfügten 20 der 28 Berichtsländer ⁽³⁹⁾ entsprechend dem EU-Aktionsplan über eine Strategie für die soziale Reintegration von Drogenkonsumenten. Weitere vier Länder erwähnen zwar dieses Thema nicht explizit in ihrer nationalen Drogenstrategie oder anderen drogenpolitischen Dokumenten, haben jedoch regionale oder lokale Strategien verabschiedet. In drei Ländern gibt es weder das eine noch das andere.

Der wichtigste Geldgeber ist in elf Ländern auf staatlicher/nationaler Ebene zu finden, während die Finanzierung in acht Ländern in erster Linie auf regionaler/lokaler Ebene erfolgt. In weiteren acht Ländern wird die Finanzierung zu mehr oder minder gleichen Teilen von beiden Ebenen oder von Krankenversicherungen getragen.

In den EU-Mitgliedstaaten erfolgt der Zugang problematischer Drogenkonsumenten zu sozialen Maßnahmen über Einrichtungen, die entweder ausschließlich für Drogenkonsumenten bestimmt sind oder allgemein auf sozial benachteiligte Gruppen

abzielen. Die Verbesserung der Wohnsituation ist eine der zentralen Säulen dieser Maßnahmen. Am häufigsten wird obdachlosen problematischen Drogenkonsumenten der Zugang zu „allgemeinen Wohnungsdiensten“ (in 21 Ländern) ermöglicht, während 18 Länder Wohneinrichtungen ausschließlich für problematische Drogenkonsumenten anbieten und 13 Länder beide Systeme kombinieren. Jedoch gibt es Zweifel am tatsächlichen Zugang obdachloser problematischer Drogenkonsumenten zu diesen Einrichtungen. Zu den gemeldeten Problemen gehören unter anderem geringe Verfügbarkeit, lokale Widerstände gegen das Angebot neuer Einrichtungen für Drogenkonsumenten, restriktive Zugangskriterien und Schwierigkeiten der obdachlosen problematischen Drogenkonsumenten, sich an die geltenden Regeln zu halten.

Die Unterbringung obdachloser problematischer Drogenkonsumenten in stabilen Wohnverhältnissen ist der erste Schritt zu ihrer Stabilisierung und Rehabilitation. Auf der Grundlage der geschätzten Zahlen der problematischen Drogenkonsumenten und des Anteils der Obdachlosen an den in Behandlung befindlichen Patienten geht man davon aus, dass in Europa etwa 75 600 bis 123 300 problematische Drogenkonsumenten obdachlos sind. Da derzeit in den meisten Ländern Einrichtungen verfügbar sind und einige Länder weiterhin neue Strukturen aufbauen, wird die Wirkung dieser Maßnahmen davon abhängen, dass der Zugang obdachloser problematischer Drogenkonsumenten zu diesen Diensten gewährleistet ist.

Drogenkonsum und Maßnahmen zur Bewältigung von Drogenproblemen: Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In: EBDD-Jahresbericht 2006: ausgewählte Themen

Insgesamt ist der weit überwiegende Teil der Drogenkonsumenten männlich. In den EU-Mitgliedstaaten ist nicht nur der Konsum illegaler Drogen unter Männern stärker verbreitet, sondern Männer entwickeln auch häufiger Drogenprobleme. Darüber hinaus ist die Zahl der Behandlungsnachfragen und der drogenbedingten Todesfälle unter Männern höher.

Dieses ausgewählte Thema befasst sich mit den Unterschieden zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Drogenkonsums und der damit verbundenen

Probleme. Dabei werden unter anderem die folgenden wichtigen Fragen untersucht: Welche Unterschiede bestehen zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Drogenkonsums, und wird die Kluft zwischen den Geschlechtern kleiner? Welche geschlechtsspezifischen Ansätze zur Drogenprävention, sozialen Rehabilitation und Schadensminderung haben die Mitgliedstaaten entwickelt? Sind geschlechtsspezifische Maßnahmen für Männer und Frauen gleichermaßen von Bedeutung?

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung („A gender perspective on drug use and responding to drug problems“, in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) oder im Internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) verfügbar.

⁽³⁷⁾ Soziale Reintegration ist definiert als „jede soziale Maßnahme mit dem Ziel der Integration ehemaliger oder aktueller problematischer Drogenkonsumenten in die Gemeinschaft“. Die drei „Säulen“ der sozialen Reintegration sind (1) Wohnen, (2) Bildung und (3) Beschäftigung (einschließlich der beruflichen Ausbildung). Darüber hinaus können andere Maßnahmen wie Beratung und Freizeitaktivitäten zum Einsatz kommen.

⁽³⁸⁾ Weitere Informationen sind der Website <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573> zu entnehmen.

⁽³⁹⁾ Die Mitgliedstaaten sowie Bulgarien, Rumänien, die Türkei und Norwegen, wobei jedoch für Estland keine Informationen verfügbar sind.



Kapitel 3

Cannabis

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Cannabis ist nach wie vor die weltweit am häufigsten angebaute und gehandelte illegale Droge (CND, 2006).

Die großflächige Herstellung von Cannabisharz konzentriert sich auf einige wenige Länder, vor allem auf Marokko, gefolgt von Pakistan und Afghanistan. Die weltweite Herstellung von Cannabisharz wird auf insgesamt 7 400 Tonnen jährlich geschätzt (CND, 2006). Der Großteil des in der EU konsumierten Cannabisharzes stammt aus Marokko; es wird vor allem über die Iberische Halbinsel eingeschmuggelt, wobei die Niederlande offenbar einen zweiten Umschlagplatz für den Weitertransport in die EU-Länder bilden. Im Jahr 2004 wurde eine zweite Erhebung zum Cannabisanbau in Marokko durchgeführt.

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 stark 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 (im Straßenhandel). 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.

Dabei wurde gegenüber 2003 ein Rückgang um 10 % festgestellt, der weitgehend auf Maßnahmen der Regierung zurückzuführen ist. Im Jahr 2004 umfasste die Anbaufläche in der Rif-Region insgesamt 120 500 Hektar, was einem Herstellungspotenzial von 2 760 Tonnen Cannabisharz entspricht (UNODC und marokkanische Regierung, 2005).

Zu den anderen im Jahr 2004 genannten Ursprungsländern für in der EU sichergestelltes Cannabisharz zählen Albanien, Portugal, Senegal, Pakistan, Afghanistan und andere zentralasiatische Länder (nationale Reitox-Berichte, 2005; WZO, 2005; INCB, 2006a).

Das globale Herstellungspotenzial für Cannabiskraut wurde im Jahr 2003 (CND, 2005) auf über 40 000 Tonnen geschätzt, wobei die Herkunftsländer über die ganze Welt verteilt sind. Das 2004 in der EU beschlagnahmte Cannabiskraut stammt den Angaben zufolge aus einer Vielzahl von Ländern, vor allem aus den Niederlanden und Albanien, aber auch aus Angola, Südafrika, Jamaika und Thailand (nationale Reitox-Berichte, 2005; WZO, 2005; INCB, 2006). Darüber hinaus werden in den meisten EU-Mitgliedstaaten Cannabiserzeugnisse lokal (im Innen- oder Außenanbau) angebaut und hergestellt.

Sicherstellungen

Weltweit wurden 2004 insgesamt 1 471 Tonnen Cannabisharz und 6 189 Tonnen Cannabiskraut sichergestellt. In West- und Mitteleuropa (74 %) sowie in Südwestasien und dem Nahen und Mittleren Osten (19 %) wurden nach wie vor die größten Mengen an Cannabisharz beschlagnahmt, während sich die Sicherstellungen von Cannabiskraut weiterhin auf Nordamerika (54 %) und Afrika (31 %) konzentrierten (UNODC, 2006).

Im Jahr 2004 wurden in der EU bei schätzungsweise 275 000 Sicherstellungen 1 087 Tonnen Cannabisharz beschlagnahmt. Nach wie vor werden die meisten Sicherstellungen aus Spanien (auf das etwa die Hälfte aller Sicherstellungen und etwa drei Viertel der EU-weit beschlagnahmten Gesamtmenge entfallen) gemeldet, gefolgt von Frankreich und dem Vereinigten Königreich⁽⁴⁰⁾. Zwar ist die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz in der EU insgesamt zwischen 1999 und 2003 gesunken, jedoch weisen die Entwicklungen in den Berichtsländern auf einen

⁽⁴⁰⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2004 vorliegen. Für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2004 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Cannabis vor. Für die Niederlande lagen für 2004 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Cannabis vor. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2004 durch Daten aus dem Jahr 2003 ersetzt. Die von den Niederlanden bereitgestellten Daten über die 2004 sichergestellten Mengen waren lediglich Schätzungen, die nicht in die Analyse der Tendenzen für 2004 einbezogen werden konnten.

EU-weiten Anstieg im Jahr 2004 hin ⁽⁴¹⁾. Die Gesamtmenge des in der EU sichergestellten Cannabisharzes ist im Zeitraum von 1999 bis 2004 kontinuierlich gestiegen, obwohl im Jahr 2004 die meisten Länder (mit Ausnahme Spaniens) einen Rückgang gemeldet haben ⁽⁴²⁾.

Cannabiskraut wird in der EU in geringerem Umfang sichergestellt: Im Jahr 2004 wurden schätzungsweise 130 000 Sicherstellungen von insgesamt 71 Tonnen Cannabiskraut vorgenommen, wobei die meisten Sicherstellungen auf das Vereinigte Königreich entfielen ⁽⁴³⁾. Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut in der EU ist seit 1999 kontinuierlich gestiegen ⁽⁴⁴⁾, wobei jedoch die beschlagnahmten Mengen in den Berichtsländern seit 2001 zurückgegangen sind ⁽⁴⁵⁾. Diese Aussage kann jedoch nur vorläufig getroffen werden, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2004 noch nicht vorliegen.

Im Jahr 2004 wurden bei schätzungsweise 12 800 Sicherstellungen in der EU und den Kandidatenländern etwa 22 Millionen Cannabispflanzen beschlagnahmt, das entspricht einer Menge von etwa 9,5 Tonnen. Dabei entfiel der größte Anteil der sichergestellten Mengen auf die Türkei ⁽⁴⁶⁾. Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabispflanzen ist seit 1999 gestiegen. Den Angaben der Berichtsländer zufolge setzte sich dieser Anstieg im Jahr 2004 fort.

Preis und Stärke

Im Jahr 2004 lag der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabisharz in der EU zwischen 2,3 EUR pro Gramm in Portugal und über 12 EUR pro Gramm in Norwegen, während sich der Preis für Cannabiskraut zwischen 2,7 EUR pro Gramm in Portugal und 11,6 EUR pro Gramm in Malta bewegte. Den Berichten zufolge lagen die Preise für Cannabisprodukte in den meisten Ländern zwischen 5 EUR und 10 EUR pro Gramm ⁽⁴⁷⁾.

Die inflationsbereinigten Durchschnittspreise ⁽⁴⁸⁾ für Cannabisharz sind im Zeitraum von 1999 bis 2004 in allen Berichtsländern ⁽⁴⁹⁾ gefallen, mit Ausnahme

Deutschlands und Spaniens, wo die Preise stabil blieben, und Luxemburgs, wo ein leichter Anstieg zu beobachten war. Die inflationsbereinigten Durchschnittspreise ⁽⁵⁰⁾ für nicht spezifiziertes oder importiertes Cannabiskraut sind im selben Zeitraum in den meisten Berichtsländern ebenfalls gesunken, während sie jedoch in Spanien und den Niederlanden stabil geblieben und in Deutschland, Lettland, Luxemburg und Portugal gestiegen sind. Die Durchschnittspreise für lokal angebautes Cannabiskraut wurden lediglich aus den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich gemeldet und sind in beiden Ländern gesunken.

Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC), dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis (EBDD, 2004b). Im Jahr 2004 meldeten die Berichtsländer einen durchschnittlichen THC-Gehalt des gehandelten Cannabisharzes zwischen unter 1 % (Bulgarien) und 16,9 % (Niederlande), während die Stärke des Cannabiskrauts zwischen 0,6 % (Polen) und 12,7 % (England und Wales) lag ⁽⁵¹⁾. Die Stärke des lokal angebautes Cannabiskrauts lag dem Bericht zufolge in den Niederlanden bei 17,7 % ⁽⁵²⁾.

Prävalenz und Muster des Cannabiskonsums

Cannabis ist in Europa die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. In den 90er Jahren ist der Cannabiskonsum in fast allen EU-Ländern gestiegen, vor allem bei Jugendlichen und Schülern.

Schätzungsweise haben in Europa etwa 65 Millionen Erwachsene, das entspricht ungefähr 20 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, zumindest einmal Cannabis probiert ⁽⁵³⁾. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der größte Teil dieser Menschen die Substanz gegenwärtig nicht konsumiert. Hinsichtlich der gemeldeten Zahlen gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Die Angaben variieren zwischen 2 % und 31 %, wobei die niedrigsten Zahlen aus Malta, Bulgarien und Rumänien und die höchsten aus Dänemark (31 %), Spanien (29 %), Frankreich (26 %) und dem Vereinigten Königreich (30 %) gemeldet wurden ⁽⁵⁴⁾. 13 der 25 Länder, für die

⁽⁴¹⁾ Siehe Tabelle SZR-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴²⁾ Siehe Tabelle SZR-2 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴³⁾ Siehe Fußnote 40. Für Polen lagen für 2004 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut vor.

⁽⁴⁴⁾ Siehe Tabelle SZR-3 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁵⁾ Siehe Tabelle SZR-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁶⁾ Siehe Fußnote (40).

⁽⁴⁷⁾ Siehe Tabelle PPP-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁸⁾ Dabei dient in allen Ländern das Jahr 1999 als Basisjahr für den Geldwert.

⁽⁴⁹⁾ Für den Zeitraum 1999 bis 2004 waren in Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Zypern, Lettland, Litauen, Luxemburg, den Niederlanden, Polen, Portugal, Slowenien, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien (nur Cannabiskraut), Rumänien, der Türkei und Norwegen Daten über die Preise von Cannabisharz/-kraut für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar. Die Entwicklung in der Tschechischen Republik wurde jedoch aufgrund methodischer Beschränkungen hinsichtlich der übermittelten Daten nicht analysiert.

⁽⁵⁰⁾ Dabei dient in allen Ländern das Jahr 1999 als Basisjahr für den Geldwert.

⁽⁵¹⁾ Siehe Abbildung PPP-2 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵²⁾ Siehe Tabelle PPP-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵³⁾ 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.

⁽⁵⁴⁾ 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 zu entnehmen).

Schätzungen des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung

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 12 Monaten und Konsum in den letzten 30 Tagen.

Die EBDD hat gemeinsam mit nationalen Sachverständigen einen Satz gemeinsamer Kernpunkte für Erhebungen unter Erwachsenen entwickelt („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 (!).

Der „Lebenszeitkonsum“ ist zwar unter Umständen für die Beurteilung des aktuellen Drogenkonsums unter Erwachsenen nur von begrenztem Wert (obwohl er bei Schülern als sinnvoller Indikator gilt), er ist jedoch durchaus geeignet, Einblicke in die Konsummuster zu geben. Der „Konsum in den letzten 12 Monaten“ und der „Konsum in den letzten 30 Tagen“ vermitteln ein genaueres Bild von der gegenwärtigen Situation, wobei letzterer stärker auf jene abzielt, die die Droge häufig konsumieren.

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) ist eine wichtige Quelle für Informationen über den Drogen- und Alkoholkonsum unter europäischen Schülern und von unschätzbarem Wert für die Erfassung von Tendenzen im Zeitverlauf. ESPAD-Umfragen wurden in den Jahren 1995, 1999 und 2003 durchgeführt. Die nächste Erhebung wird im Jahr 2007 stattfinden.

Durch die Anwendung standardisierter Verfahren und Instrumente in national repräsentativen Stichproben von 15- bis 16-jährigen Schülern ist es möglich, im Rahmen der ESPAD-Umfragen vergleichbare Daten zu gewinnen. Die Zahl der teilnehmenden europäischen Länder stieg mit jeder ESPAD-Erhebung von 26 Teilnehmern im Jahr 1995 auf 30 Länder im Jahr 1999 und auf 35 Teilnehmer im Jahr 2003, darunter 22 EU-Mitgliedstaaten und vier Kandidatenländer (Bulgarien, Kroatien, Rumänien und die Türkei). Der Schwerpunkt der Fragebogen liegt auf dem Konsum von Alkohol und illegalen Drogen innerhalb der standardisierten Zeiträume, wobei auch untersucht wird, wie häufig innerhalb dieser Zeifenster Drogen konsumiert wurden.

Informationen über ESPAD und die Verfügbarkeit von Berichten können auf der ESPAD-Website (www.ESPAD.org) abgerufen werden.

(!) Weitere Informationen über die Methodik demografischer Erhebungen und die in den einzelnen nationalen Erhebungen verwendete Methodik sind dem Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

Daten zur Verfügung stehen, haben Lebenszeitprävalenzraten zwischen 10 % und 20 % gemeldet ⁽⁵⁵⁾.

Der Konsum während der letzten 12 Monate ist deutlich niedriger als die Lebenszeiterfahrung. Schätzungsweise haben etwa 22,5 Millionen erwachsene Europäer in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert, das entspricht etwa 7 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die gemeldeten Zahlen der einzelnen Länder variieren zwischen 1 % und 11 %, wobei die niedrigsten Zahlen aus Griechenland, Malta sowie Bulgarien und die höchsten aus Spanien (11,3 %), Frankreich (9,8 %) und dem Vereinigten Königreich (9,7 %) gemeldet wurden ⁽⁵⁶⁾.

Die Schätzungen der 30-Tage-Prävalenz vermitteln ein genaueres Bild des regelmäßigen Cannabiskonsums. Schätzungsweise haben 12 Millionen erwachsene Europäer in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, das entspricht etwa 4 % der erwachsenen Bevölkerung. Die Zahlen der einzelnen Länder variieren zwischen 0,5 % und 7,5 %, das entspricht einer Variation um den Faktor 15. Die niedrigsten Zahlen wurden aus Litauen, Malta, Schweden sowie Bulgarien und die höchsten aus der Tschechischen Republik (4,8 %), Spanien (7,6 %) und dem Vereinigten Königreich (5,6 %) gemeldet ⁽⁵⁷⁾.

Illegale Drogen, einschließlich Cannabis, werden vor allem von jungen Menschen konsumiert. Im Jahr 2004 gaben 3 % bis 44 % der Europäer im Alter zwischen 15 und 34 Jahren an, Cannabis probiert zu haben. Zwischen 3 % und 20 % haben die Droge in den letzten 12 Monaten konsumiert, während 1,5 % bis 13 % angaben, im Laufe des letzten Monats Cannabis eingenommen zu haben. Die höchsten Zahlen wurden dabei wiederum aus der Tschechischen Republik, Spanien und dem Vereinigten Königreich gemeldet. Die europäischen Durchschnittsraten für diese Altersgruppe betragen 32 % für die Lebenszeitprävalenz, 14 % für den Konsum in den letzten 12 Monaten (gegenüber 2 % bei den 35- bis 64-Jährigen) und über 7 % für den Konsum im letzten Monat (gegenüber 1 % bei den 35- bis 64-Jährigen) ⁽⁵⁸⁾.

In der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren ist die Prävalenz des Cannabiskonsums sogar noch höher. Hier liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 3 % und 44 % (die meisten Länder melden Zahlen zwischen 20 % und 40 %), der Konsum während der letzten 12 Monate zwischen 4 % und 28 % (in den meisten Ländern zwischen 10 % und 25 %) (Abbildung 2) und der Konsum im letzten Monat zwischen 1 % und 15 % (in den meisten Ländern zwischen 5 % und 12 %), wobei bei Männern höhere Raten verzeichnet wurden als bei Frauen. In den neuen Mitgliedstaaten liegen die Prävalenzraten des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren in der Regel in derselben Größenordnung wie in den EU-15-Ländern, für die älteren Altersgruppen werden jedoch erheblich niedrigere Konsumraten verzeichnet ⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁵⁾ Siehe Tabelle GPS-1 im Statistical Bulletin 2006.

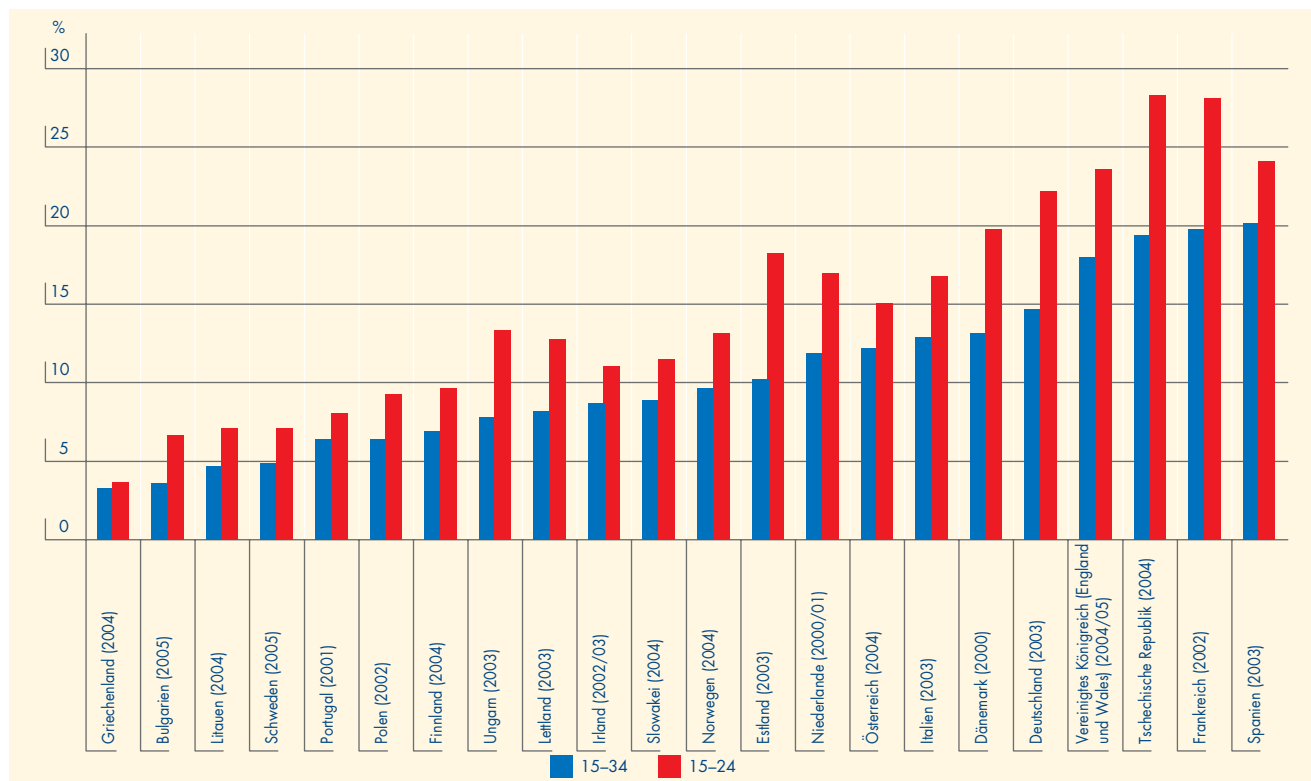
⁽⁵⁶⁾ Siehe Tabelle GPS-3 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁷⁾ Siehe Tabelle GPS-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁸⁾ Siehe Tabellen GPS-2, GPS-4 und GPS-6 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁹⁾ Siehe Tabellen GPS-14, GPS-15 und GPS-16 und Abbildungen GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 und GPS-26 im Statistical Bulletin 2006.

Abbildung 2: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren bzw. von 15 bis 24 Jahren)



Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Weitere Informationen sind den Tabellen GPS-8, GPS-11 und GPS-18 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2005), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

Dagegen gaben in der *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit] der Vereinigten Staaten für das Jahr 2004 ⁽⁶⁰⁾ 40,2 % der Erwachsenen (12 Jahre und älter) an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, während die Prävalenzrate im EU-Durchschnitt bei etwa 20 % lag. Damit ist die Prävalenzrate in den Vereinigten Staaten höher als in den europäischen Ländern mit den höchsten Lebenszeitprävalenzraten (31,3 % in Dänemark und 29,7 % im Vereinigten Königreich). Hinsichtlich der Schätzungen für den Konsum in den letzten 12 Monaten sind die Unterschiede weniger stark ausgeprägt: Diese Rate beträgt in den Vereinigten Staaten 10,6 %, gegenüber einem europäischen Durchschnitt von 7 %, wobei mehrere europäische Länder ähnliche Zahlen verzeichnet haben wie die Vereinigten Staaten.

Fünf EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Spanien, Italien, Zypern und das Vereinigte Königreich) haben neue Daten aus nationalen Schulumfragen vorgelegt, und Bulgarien übermittelte Daten aus Schulumfragen in zwei Großstädten. Insgesamt ist der Cannabiskonsum unter Schülern in Europa weitgehend unverändert geblieben. Die

höchste Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- und 16-jährigen Schülern wurde in der Tschechischen Republik und Spanien (44 % bzw. 41 %) festgestellt. Zu den Ländern mit einer Lebenszeitprävalenzrate von über 25 % gehören Deutschland, Italien, die Niederlande, Slowenien und die Slowakei (27 % bis 28 %), während die Lebenszeitprävalenz in Belgien, Frankreich, Irland und dem Vereinigten Königreich zwischen 32 % und 40 % liegt. Die niedrigsten Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz (unter 10 %) werden aus Griechenland, Zypern, Schweden, Rumänien, der Türkei und Norwegen gemeldet ⁽⁶¹⁾.

Die Prävalenzschätzungen für die 15- bis 16-jährigen Schüler sollten nicht auf ältere Schüler übertragen werden, da die Prävalenz mit zunehmendem Alter überproportional steigen kann. Bei den 17- bis 18-Jährigen erreichen die Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz in der Tschechischen Republik, Spanien und Frankreich ⁽⁶²⁾ Werte von über 50 %. In Schweden, das verglichen mit vielen anderen Mitgliedstaaten niedrige Prävalenzraten aufweist, liegt die geschätzte Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter den 17- bis 18-jährigen Schülern bei 14 % und ist damit mehr als doppelt so hoch wie unter den 15- bis 16-Jährigen (6 %) ⁽⁶³⁾.

⁽⁶⁰⁾ Quelle: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug Use and Health [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit], 2004 (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Es ist zu beachten, dass in der Erhebung der Vereinigten Staaten die Altersspanne für „alle Erwachsenen“ (ab 12 Jahren) breiter ist als die in den EU-Erhebungen angewandte Standardaltersspanne (15 bis 64 Jahre).

⁽⁶¹⁾ Siehe Tabelle EYE-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶²⁾ ESCAPAD-Umfrage unter Jugendlichen, bei der auch 17- bis 18-Jährige einbezogen wurden, die keine Schule besuchen.

⁽⁶³⁾ Siehe Tabelle EYE-3 und Abbildung EYE-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

Muster des Cannabiskonsums

Cannabiskonsum findet eher gelegentlich statt oder wird nach einiger Zeit wieder eingestellt. Im Durchschnitt haben 33 % aller Europäer, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben, Cannabis auch während der vergangenen 12 Monate konsumiert, während nur 16 % die Droge in den letzten 30 Tagen eingenommen haben. Diese so genannten „Fortsetzungsraten“ variieren von Land zu Land und reichen von 20 % bis 45 % für die letzten 12 Monate und von 10 % bis 25 % für die letzten 30 Tage ⁽⁶⁴⁾.

Obwohl Cannabis vor allem von jungen Menschen konsumiert wird, gibt es den Angaben aus Spanien und dem Vereinigten Königreich zufolge Hinweise darauf, dass der Konsum der Droge zuweilen bis in das 4. und 5. Lebensjahrzehnt fortgesetzt wird. Dies könnte eine wichtige langfristige Veränderung in den Mustern des Cannabiskonsums darstellen, die weiterhin aufmerksam beobachtet werden muss.

Wie andere illegale Drogen wird auch Cannabis von Männern stärker konsumiert als von Frauen. Der Unterschied ist beim Konsum in den letzten 12 Monaten oder im letzten Monat stärker ausgeprägt als beim Lebenszeitkonsum, jedoch sind die Unterschiede bei jungen Menschen geringer als bei älteren Erwachsenen (siehe ausgewähltes Thema zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern). Darüber hinaus ist der Cannabiskonsum in städtischen Gebieten oder Gebieten mit hoher Bevölkerungsdichte stärker verbreitet. Man nimmt an, dass der Konsum sich auf kleinere Städte oder ländliche Gebiete ausweiten könnte. Diese Hypothese wird durch die von Polen in seinem nationalen Bericht 2005 geschilderte Entwicklung gestützt.

Trotz der zunehmenden Besorgnis über den regelmäßigen oder intensiven Cannabiskonsum ⁽⁶⁵⁾ liegen hierzu nur in sehr begrenztem Umfang Informationen auf europäischer Ebene vor. Einer im Jahresbericht 2004 (EBDD, 2004a) vorgenommenen groben Schätzung zufolge konsumiert 1 % der erwachsenen Europäer, das entspricht etwa 3 Millionen Menschen, täglich oder fast täglich Cannabis. Mehrere Länder berichteten über eine Zunahme des regelmäßigen oder intensiven Cannabiskonsums. Jedoch meldete ausschließlich Spanien einen ähnlichen Anstieg des täglichen Konsums: Dieser nahm in Spanien zwischen dem Zeitraum 1997 bis 1999 (0,7 % bis 0,8 % der Erwachsenen) und 2001 (1,5 %) zu und blieb anschließend bis zum Jahr 2003 stabil (1,5 %). Es wäre hilfreich, Angaben aus anderen Ländern sowie nach bestimmten Altersgruppen (z. B. 15- bis 24-Jährige) aufgeschlüsselte Daten heranziehen zu können. Die französische Escapad-Studie 2003, bei der eine spezifische Bewertungsskala (CAST) zugrunde gelegt wurde, ergab, dass bei 14 % der 17- bis 18-Jährigen (9 % der Mädchen

Gesundheitliche Auswirkungen des Cannabiskonsums

Seit einigen Jahren ist man zunehmend besorgt über die möglichen sozialen und gesundheitlichen Folgen des Cannabiskonsums. Zwar ermöglichen die verfügbaren Daten keine eindeutige Beurteilung dieser Problematik, jedoch können durchaus einige Schlussfolgerungen gezogen werden. Beispielsweise ist eindeutig belegt, dass ein Zusammenhang zwischen intensivem Cannabiskonsum und psychischen Erkrankungen besteht, jedoch stellt sich beim Thema Komorbidität zwangsläufig die Frage nach Ursache und Wirkung. Die Komplexität dieser Korrelation wird demnächst in einer EBDD-Monographie untersucht und erörtert.

Die Tatsache, dass intensiver Cannabiskonsum häufig mit nicht drogenspezifischen psychischen Problemen einhergeht, hat Auswirkungen in der Praxis. Bei der Erarbeitung eines Behandlungsplans für Cannabiskonsumten kann der Arzt unter Umständen nur schwer entscheiden, ob er zunächst den Drogenkonsum oder das psychische Problem behandeln soll. Noch immer gibt es nur vereinzelte Studien über die Behandlungserfolge bei problematischen Cannabiskonsumten, und die wenigen vorliegenden Untersuchungen befassen sich lediglich mit bestimmten psychosozialen Behandlungsformen. Alle anderen Behandlungsmöglichkeiten wurden entweder noch gar nicht oder nur unzureichend untersucht. Daher liegen kaum Evidenzdaten über ihre Wirksamkeit vor.

und 18 % der Jungen) das Risiko des problematischen Drogenkonsums besteht. Andere Länder arbeiten ebenfalls an Bewertungsskalen für den intensiven Cannabiskonsum (Deutschland, Niederlande, Polen und Portugal), und die EBDD unterstützt die Zusammenarbeit in diesem Bereich.

Tendenzen beim Cannabiskonsum unter Erwachsenen

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

Insgesamt geht man davon aus, dass sich der Cannabiskonsum in einigen europäischen Ländern in der 60er Jahren auszubreiten begann und in den 70er und 80er Jahren zunehmend populär wurde. Jüngste nationale Erhebungen belegen eine signifikante Lebenszeiterfahrung unter den 45- bis 54-Jährigen in Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich, den Niederlanden, Schweden und im Vereinigten Königreich sowie signifikante Erstkonsumraten in den späten 60er und 70er Jahren. Im Zuge einer Analyse des Erstkonsums von Cannabis wurde

⁽⁶⁴⁾ Siehe Abbildung GPS-24 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶⁵⁾ Es gibt noch keine allgemein anerkannte Definition des „intensiven Cannabiskonsums“. Vielmehr werden in den einzelnen Studien unterschiedliche Definitionen zugrunde gelegt. 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. Bei einer niedrigeren Konsumhäufigkeit ist das Risiko einer Abhängigkeit geringer.

in Spanien in den 70er Jahren, in Westdeutschland in den 80er Jahren und in Griechenland in den 90er Jahren eine starke Verbreitung des Cannabiskonsums festgestellt ⁽⁶⁶⁾. Die Daten aus Schweden belegen, dass in den 70er Jahren ein relativ hoher Anteil der Wehrpflichtigen mit Cannabis experimentiert hat (15 % bis 20 %).

Die Ergebnisse der nationalen oder lokalen Haushaltserhebungen sowie der Befragungen unter Wehrpflichtigen und an Schulen zeigen, dass der Cannabiskonsum insbesondere unter Jugendlichen in den 90er Jahren in nahezu allen EU-Ländern erheblich zugenommen hat. Dieser Anstieg hat sich bis vor kurzem in fast allen Ländern fortgesetzt, wobei es jedoch in einigen Fällen Anzeichen für eine Stabilisierung oder sogar für einen Rückgang des Cannabiskonsums gibt.

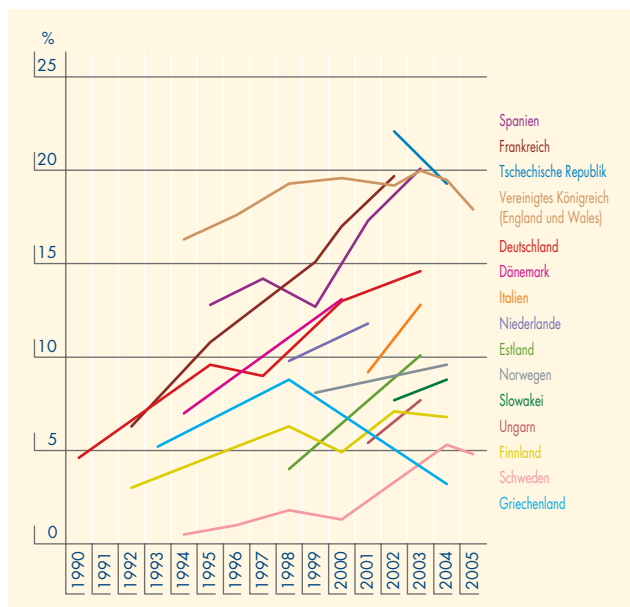
Zu Beginn der 90er Jahre verzeichnete das Vereinigte Königreich beim jüngsten Cannabiskonsum (Konsum in den letzten 12 Monaten) unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren) die europaweit höchsten Raten, die jedoch von 1998 bis 2004/2005 ⁽⁶⁷⁾ leicht zurückgingen, während die Konsumraten in Spanien und Frankreich in den letzten Jahren (2002 bzw. 2003) ebenso hoch waren wie im Vereinigten Königreich (Abbildung 3). Ähnlich hohe Prävalenzraten wurden aus der Tschechischen Republik gemeldet.

In Dänemark, Deutschland, Estland, Italien, den Niederlanden und der Slowakei wurden niedrigere Raten verzeichnet, jedoch berichteten alle diese Länder über Zunahmen des jüngsten Konsums unter jungen Erwachsenen. Ungarn meldete einen weniger starken Anstieg des jüngsten Konsums unter jungen Erwachsenen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Daten aus Dänemark (2000) und den Niederlanden (2001) bereits recht alt sind und daher die gegenwärtige Situation nicht genau bekannt ist.

In Finnland und Schweden sind die Prävalenzraten relativ niedrig, steigen jedoch offenbar ebenfalls. Der in Schweden zwischen 2000 (1,3 %) und 2004 (5,3 %) beobachtete Anstieg ist aufgrund methodischer Veränderungen schwer zu interpretieren ⁽⁶⁸⁾.

Die Schätzungen der 30-Tage-Prävalenz sind in den vergangenen zehn Jahren ebenfalls insgesamt gestiegen, wobei jedoch nur in Belgien und Spanien größere Zunahmen verzeichnet wurden. Das Vereinigte Königreich, das seit Beginn der 90er Jahre die europaweit höchsten 30-Tage-Prävalenzraten verzeichnet hatte, meldete vor kurzem einen Rückgang des Konsums im letzten Monat. Ferner berichtete die Slowakei über einen Rückgang zwischen 2002 und 2004. In der Tschechischen Republik und Frankreich konnte die Entwicklung nicht bewertet werden.

Abbildung 3: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



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 2006 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2005), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

Darüber hinaus können Befragungen an Schulen wertvolle Informationen über Tendenzen im Drogenkonsum unter der jüngeren Bevölkerung liefern, aus denen Rückschlüsse auf künftige Entwicklungen bei jungen Erwachsenen gezogen werden können. In den meisten Ländern wird seit 1995 insgesamt ein Anstieg der Zahl der Schüler verzeichnet, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben. Es wurden jedoch ausgeprägte geografische Unterschiede festgestellt. Hinsichtlich der Tendenzen bei der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren können die Berichtsländer in drei Gruppen eingeteilt werden. 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 (etwa 37 % bis 39 %). In den ost- und mitteleuropäischen Mitgliedstaaten sowie Dänemark, Spanien, Frankreich, Italien und Portugal war die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums im Jahr 2003 wesentlich höher als 1995. 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 ⁽⁶⁹⁾.

⁽⁶⁶⁾ Siehe Abbildung 4 im Jahresbericht 2004.

⁽⁶⁷⁾ Seit 1994; seit diesem Jahr sind Informationen auf der Grundlage der British Crime Survey für England und Wales verfügbar.

⁽⁶⁸⁾ Siehe Abbildungen GPS-4 und GPS-14 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁶⁹⁾ Siehe Tabelle EYE-5 (Teil i) und Abbildung EYE-1 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2006.

Daten zur Behandlungsnachfrage ⁽⁷⁰⁾

Bei den im Jahr 2004 insgesamt etwa 380 000 gemeldeten Behandlungsnachfragen (hierzu sind Daten aus 19 Ländern verfügbar) wird Cannabis in rund 15 % der Fälle als Hauptgrund für die Überweisung in die Therapie genannt. Damit steht Cannabis nach Heroin an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten Drogen ⁽⁷¹⁾.

Insgesamt ist Cannabis mit 27 % der im Jahr 2004 gemeldeten Erstpazienten auch in den Berichten über die Drogenkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben, die am zweithäufigsten genannte Droge. Dabei gibt es jedoch beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: In Litauen, Malta und Rumänien gaben weniger als 5 %, in Dänemark, Deutschland, Ungarn und Finnland dagegen über 40 % der Erstpazienten Cannabis an ⁽⁷²⁾. Der Anteil der Erstpazienten, die sich wegen Cannabisproblemen in Behandlung begeben haben, ist im Zeitraum von 1999 bis 2004 in den meisten Ländern, die Daten übermittelt haben, gestiegen ⁽⁷³⁾.

In fast allen Ländern, für die Daten verfügbar sind, ist der Anteil der Patienten, die wegen Cannabisabhängigkeit eine Behandlung in Anspruch nehmen, bei den Erstpazienten höher als bei den Patienten insgesamt. In einigen wenigen Ländern sind die Anteile in etwa gleich hoch ⁽⁷⁴⁾. Die größte Nachfrage nach Therapien wegen Cannabisproblemen wird in ambulanten Behandlungseinrichtungen verzeichnet ⁽⁷⁵⁾.

Die erhöhte Nachfrage nach Behandlungen wegen Cannabisproblemen ist vermutlich mit mehreren Faktoren in Verbindung zu bringen. In diesem Bereich sind weiterhin Forschungsstudien erforderlich. Mögliche Gründe für den Anstieg sind unter anderem die extreme Zunahme des intensiven Cannabiskonsums und der damit verbundenen Probleme in der Bevölkerung, eine erhöhte Wahrnehmung der Risiken des Cannabiskonsums, die in einigen Ländern erhebliche Zunahme der Zahl der Überweisungen in Therapien aus Strafvollzugsanstalten sowie Veränderungen des Berichtssystems und/oder seiner Reichweite ⁽⁷⁶⁾.

Insgesamt können die Cannabispatienten in drei Gruppen eingeteilt werden, und zwar je nachdem, ob sie die Droge gelegentlich (34 %), einmal bzw. mehrmals wöchentlich (32 %) oder täglich konsumieren (34 %). Hinsichtlich der Häufigkeit des Cannabiskonsums unter Erstpazienten bestehen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Der höchste Anteil täglicher Cannabiskonsumten wird

aus den Niederlanden und Dänemark gemeldet, während der Anteil der Gelegenheitskonsumenten oder derer, die im letzten Monat vor der Behandlung kein Cannabis konsumiert haben, in Deutschland, Griechenland und Ungarn am höchsten ist. Diese Abweichungen sind wahrscheinlich auf Unterschiede in der Überweisung zur Behandlung (z. B. mehr Überweisungen aus dem Strafvollzugssystem oder sozialen Netzen) zurückzuführen ⁽⁷⁷⁾.

Es ist von großer Bedeutung, inwieweit in Behandlung befindliche Cannabiskonsumten die diagnostischen Kriterien für Suchtkonsum bzw. schädlichen Konsum erfüllen. Gegenwärtig sind in diesem Bereich weitere Untersuchungen erforderlich. Da es hinsichtlich der Überweisungspraxis Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt, besteht Bedarf an Studien, die die verschiedenen klinischen Merkmale der Cannabispatienten dokumentieren.

Manche Patienten begeben sich wegen des Konsums von Cannabis in Kombination mit anderen Drogen- oder Alkoholproblemen in Behandlung, und zuweilen wird die Therapie aufgrund allgemeinerer Probleme wie beispielsweise Verhaltensstörungen Jugendlicher beantragt. Darüber hinaus berichten einige jüngere Studien, dass zunehmend mehr Jugendliche eine Behandlung wegen Cannabisabhängigkeit beantragen, die zugleich psychische Probleme haben. Dieser Faktor hat unter Umständen großen Einfluss auf die Behandlungsnachfrage ⁽⁷⁸⁾ und ist auch wichtig für das Verständnis der Bedürfnisse von Cannabiskonsumten auf Bevölkerungsebene. Schätzungen der EBDD zufolge leben in der EU etwa 3 Millionen Menschen, die intensiv Cannabis konsumieren (definiert als täglicher oder fast täglicher Konsum). Zwar ist nicht bekannt, wie viele dieser Konsumenten einer Behandlung bedürfen, im Verhältnis zu dieser Zahl ist jedoch die Zahl der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Cannabisproblemen klein.

Die verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass die Cannabispatienten in ambulanten Behandlungseinrichtungen relativ jung sind. Nahezu alle Cannabispatienten, die sich erstmals einer Therapie unterziehen, sind jünger als 30 Jahre. Bei Teenagern, die eine spezialisierte Drogenbehandlung in Anspruch nehmen, ist der Anteil der Patienten mit Cannabisproblemen größer als in anderen Altersgruppen: Bei den unter 15-Jährigen wird in 75 % der Behandlungsnachfragen, bei den 15- bis 19-Jährigen in 63 % der Fälle Cannabis angegeben ⁽⁷⁹⁾.

⁽⁷⁰⁾ 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. Eine spezielle, nach Geschlechtern aufgeschlüsselte Analyse ist dem gemeinsam mit dem EBDD-Jahresbericht 2006 veröffentlichten ausgewählten Thema über die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu entnehmen.

⁽⁷¹⁾ Siehe Abbildung TDI-2 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷²⁾ Siehe Tabelle TDI-4 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷³⁾ Siehe Abbildung TDI-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-3 (Teil iii) und TDI-4 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-25 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁶⁾ Eine EBDD-Monographie über Cannabis wird im Jahr 2007 veröffentlicht. Drei Kapitel dieser Monographie werden dem Thema der zunehmenden Nachfrage nach Behandlungen wegen Cannabisproblemen gewidmet sein.

⁽⁷⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-18 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>.

⁽⁷⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-10 (Teil i) und (Teil ii) im Statistical Bulletin 2006.

Die meisten Patienten geben an, in sehr jungem Alter erstmals Cannabis konsumiert zu haben, wobei 36,8 % jünger als 15 Jahre waren, als sie die Droge zum ersten Mal konsumiert haben. Fast keiner der Patienten, die eine Behandlung beantragen, gibt an, im Alter von über 29 Jahren erstmals Cannabis konsumiert zu haben ⁽⁸⁰⁾.

Prävention

Erfolgreiche universale Präventionsprogramme können den Einstieg junger Menschen in den Konsum von Substanzen wie Tabak, Alkohol und Cannabis verzögern oder verringern. Dies ist umso wichtiger, als erwiesenermaßen bei Konsumenten, die in jungen Jahren (in der frühen und mittleren Adoleszenz) erstmals Drogen einnehmen, ein wesentlich größeres Risiko besteht, Drogenprobleme und eine Drogensucht zu entwickeln (von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). Für das Bemühen, den Erstkonsum von Cannabis zu verhindern oder zu verzögern, spricht ferner die Tatsache, dass Heranwachsende anfälliger für die toxische Wirkung von Cannabis sind.

Die Profile junger Cannabiskonsumanten unterscheiden sich zumindest in den Anfangsstadien des Konsums nicht von denen junger Alkohol- oder Tabakkonsumenten. Dies stützt die Idee, dass eine universale Prävention für Jugendliche nicht alleine auf Cannabis, sondern auch auf den Alkohol- und Tabakkonsum abzielen sollte.

Das Geschlecht spielt eine wichtige Rolle in der Cannabisprävention (siehe das ausgewählte Thema über die Unterschiede zwischen den Geschlechtern). Bei Jungen besteht ein höheres Risiko der Entwicklung eines intensiveren Konsums. Dies ist vielleicht darauf zurückzuführen, dass Mädchen empfänglicher für elterliche Missbilligung und bei der Wahl ihres Freundeskreises vorsichtiger sind. Da die traditionelle Rollenverteilung von Männern und Frauen in modernen Gesellschaften im Wandel begriffen ist, wird dies jedoch nicht so bleiben. In mehreren europäischen Ländern wird in Projekten zur Prävention des Cannabis- und Alkoholkonsums (Bagmaendene in Dänemark, Beer-Group in Deutschland und Risflecting in Österreich) versucht, die mangelnden Kommunikationsfähigkeiten von Jungen zu verbessern. Bekanntermaßen liegt eine Ursache für den intensiven Alkohol- und Cannabiskonsum unter Jungen darin, dass sie Schwierigkeiten haben, sich Mädchen zu nähern. Darum bieten diese Projekte Übungen an, bei denen die Jungen lernen können, zu flirten.

Selektive Prävention an Schulen zielt auf Risikofaktoren des Drogenkonsums ab, wie beispielsweise Schulabbruch, unsoziales Verhalten, schlechte schulische Leistungen, mangelnde soziale Bindungen, häufiges Fehlen in der Schule und eingeschränkte Lernfähigkeit infolge des Drogenkonsums.

Im Rahmen des deutschen Projekts „Bekifft in der Schule – Hilfen zur Vorbeugung und Problemlösung“ sollen Lehrern die erforderlichen Fähigkeiten zur frühzeitigen Erkennung und Frühintervention, zur Prävention des Cannabiskonsums und zur Herstellung von Kontakten zwischen Schulen und

Drogenberatungsstellen vermittelt werden. Ebenso wie ähnlich geartete Projekte in Österreich umfasst auch dieses Schulungsprogramm zehn Module, die darauf abzielen, Lehrer für den Cannabiskonsum zu sensibilisieren und in die Lage zu versetzen, gefährdete Schüler zu erkennen.

In Deutschland, Frankreich und den Niederlanden gibt es zahlreiche spezialisierte Drogenberatungszentren. Seit Januar 2005 wurden im gesamten französischen Hoheitsgebiet über 250 Einrichtungen geschaffen, die „Cannabisberatung“ anbieten. Diese anonymen, kostenlosen und jedermann zugänglichen Einrichtungen sind für Teenager mit Problemen infolge des Konsums von Cannabis oder anderen Drogen sowie deren Eltern bestimmt. Um den Zugang zu erleichtern, wurden sie in den größeren französischen Städten angesiedelt. Die Beratungen werden von Fachleuten durchgeführt, die in der Anwendung von Bewertungsinstrumenten und Kurzinterventionen für Suchterkrankungen geschult und in der Lage sind, soziale, medizinische oder psychiatrische Dienste zu auswählen, die für Patienten geeignet sind, die eine spezialisierte Betreuung benötigen. Diese neue Form von Einrichtungen soll Gegenstand einer Follow-up-Studie sein. Die ersten verfügbaren Daten aus den ersten zwei bis drei Monaten ihrer Tätigkeit belegen, dass diese Einrichtungen monatlich von etwa 3 500 bis 4 000 Menschen aufgesucht werden, von denen 2 000 bis 2 500 Cannabis konsumieren (die übrigen sind Eltern, Verwandte und Jugendarbeiter). Im Rahmen alternativer Strategien werden kurze, aber strukturierte Schulungen mit etwa zehn Gruppensitzungen angeboten (in Deutschland, Dänemark, den Niederlanden und Österreich). Im Rahmen des niederländisch-deutschen Projekts Euregio wurde ein Begleithandbuch zum Trainingsprogramm SKOLL (Selbstkontrolltraining) herausgegeben.

Speziell auf den Cannabiskonsum abzielende „Schulungskurse“ basieren häufig auf der Tatsache, dass der Konsum oder Besitz von Cannabis illegal ist, und die Teilnehmer werden aus dem Strafvollzugssystem überwiesen. Die Motivation zur Teilnahme erwächst weitgehend aus der Tatsache, dass die obligatorische Anwesenheit bei diesen Kursen in einem Gerichtsurteil verfügt wurde. Ungeachtet dessen ist es im Rahmen dieser Verfahren möglich, zumindest Kontakt zu einem Teil der Risikogruppe herzustellen.

In Europa werden in vielen selektiven Präventionsmaßnahmen tendenziell Informationen über Cannabis vermittelt. Mehrere stärker evidenzbasierte Konzepte, darunter die Veränderung der normativen Einstellungen (z. B. zu lernen, dass die meisten Mitglieder der Peer-Gruppe den Konsum ablehnen), Selbstbehauptungstraining, Motivation und Festlegung von Zielen sowie Entmystifizierung (der mit Cannabis assoziierten Werte), müssen noch als Standardverfahren für Cannabispräventionsprogramme etabliert werden. Bei einer kürzlich durchgeführten Meta-Analyse von Präventionsprogrammen für gefährdete Jugendliche (Roe und Becker, 2005) wurde festgestellt, dass informationsbasierte Konzepte sowohl in der universalen als auch in der

⁽⁸⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-11 (Teil ii) und (Teil ix) im Statistical Bulletin 2006.

selektiven Prävention kaum oder gar keine Auswirkungen auf das Konsumverhalten oder die Haltung gegenüber dem Drogenkonsum haben. Die Autoren konstatierten darüber hinaus, dass umfassende sozialpädagogische Programme starken Einfluss auf gefährdete Jugendliche haben.

Eine wichtige Erkenntnis aus den wenigen verfügbaren Evaluierungen europäischer selektiver Projekte zur Cannabisprävention [FRED, Way-Out, *Sports for Immigrants*

(Sport für Einwanderer) und andere; siehe oben und EDDRA unter <http://eddra.emcdda.europa.eu>] betrifft die Wirksamkeit umfassender sozialpädagogischer Verfahren. Positive Effekte dieser Verfahren sind unter anderem der Rückgang der Konsumraten, die Verbesserung der Selbstwahrnehmung im Hinblick auf den eigenen problematischen Drogenkonsum, die Verringerung der wichtigsten Risikofaktoren und der damit verbundenen Probleme sowie eine erhöhte Selbstkontrolle und Motivation.

Kurzinterventionen für Cannabiskonsumenden

Kurzinterventionen sollen die Menschen dazu bewegen, über ihren Drogenkonsum nachzudenken, und sie in die Lage versetzen, diesen Konsum zu kontrollieren. Das Konzept basiert weitgehend auf motivierender Gesprächsführung, einem nicht wertenden und nicht konfrontativen Ansatz, bei dem die Werte und Ziele des Patienten sowie seine eigene Konsumeinschätzung ergründet und Rückmeldungen zu Diskrepanzen zwischen dem Selbstbild des Patienten und seiner tatsächlichen Situation gegeben werden.

Kurzinterventionen werden häufig im Frühstadium des Alkohol- oder Drogenkonsums eingesetzt, um der späteren Entwicklung schwerwiegender Drogenprobleme vorzubeugen. Kurzinterventionen sind erwiesenermaßen bei der Prävention des Alkohol- und Tabakmissbrauchs wirksam, und es besteht zunehmend Interesse an der Anwendung dieses Konzepts im Zusammenhang mit anderen Substanzen.

Kurzinterventionen haben sich im Rahmen gezielter Präventionsmaßnahmen für Cannabiskonsumenden als sehr nützlich erwiesen, die normalerweise nicht mit Behandlungseinrichtungen in Kontakt kommen würden. Bei intensiven Cannabiskonsumenden sind aufklärungsorientierte Programme, die den Schwerpunkt auf Abstinenz legen, unter Umständen unwirksam.

Kurzinterventionen sind kosteneffizient und möglicherweise besonders für Cannabiskonsumenden

geeignet, zumal festgestellt wurde, dass sie gut von Drogenkonsumenten angenommen werden, die

- geringe Probleme im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum haben,
- nur in geringem Maße abhängig sind,
- erst seit kurzem Drogen konsumieren,
- einen stabilen (sozialen, akademischen/schulischen, familiären) Hintergrund haben,
- einer Änderung ihres Drogenkonsums unsicher oder zwiespältig gegenüberstehen.

Dieses Konzept kommt gegenwärtig in mehreren Ländern zur Anwendung, darunter in Deutschland, den Niederlanden, Österreich und dem Vereinigten Königreich, wobei die Kurzinterventionen in Form von Beratungen, „Cannabis-Kursen“ oder auch Selbsthilfewebsites angeboten werden. Ein Beispiel aus Deutschland ist das internetbasierte Beratungsprogramm „Quit the Shit“ (www.drugcom.de), das sich der Telematik bedient. Dieses innovative Konzept soll Cannabiskonsumenden unterstützen, die ihren Drogenkonsum reduzieren oder einstellen möchten. Ähnliche Websites mit Selbsthilfeelementen sind unter anderem www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html von Jellinek (Niederlande) und www.knowcannabis.org.uk/ von HIT (Vereinigtes Königreich).



Kapitel 4

Amphetamine, Ecstasy und andere psychotrope Drogen

In vielen europäischen Ländern steht eine synthetische Droge an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen. 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 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. Weltweit gibt jedoch der Anstieg des Methamphetaminkonsums Anlass zu großer Besorgnis, da die Droge eine Reihe gravierender gesundheitlicher Probleme verursachen kann. In Europa scheint sich der signifikante Methamphetaminkonsum auf die Tschechische Republik zu beschränken.

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-Methylenedioxy-Methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen (MDA, MDEA usw.). Aufgrund ihrer sehr spezifischen stimmungsverändernden Wirkung werden diese Drogen zuweilen als Entaktogene bezeichnet. Sie können Wirkungen hervorrufen, die in der Regel eher mit halluzinogenen Substanzen in Verbindung gebracht werden.

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.

Die EU verfügt über ein Frühwarnsystem, um neue Drogen in der europäischen Drogenszene aufzuspüren. Dieses System überwacht auch potenziell schädliche neue Tendenzen beim Konsum psychoaktiver Substanzen.

Angebot und Verfügbarkeit ⁽⁸¹⁾

Es ist schwierig, die Herstellung von Amphetaminen und Ecstasy mengenmäßig zu erfassen, „da sie auf frei verfügbaren Chemikalien aufbaut, die in leicht zu verbergenden Labors verarbeitet werden“ (UNODC, 2003a). Jüngsten Schätzungen zufolge beläuft sich die weltweite Produktion von Amphetaminen und Ecstasy auf etwa 520 Tonnen jährlich (UNODC, 2003b). Die weltweite Sicherstellung dieser Substanzen erreichte im Jahr 2000 mit 46 Tonnen ihren Höchststand. Danach ging sie in den Jahren 2001 und 2002 zunächst zurück, stieg 2003 erneut auf 34 Tonnen an, um 2004 leicht auf 29 Tonnen zu sinken. Im Jahr 2004 ging der Anteil des Methamphetamin an den weltweiten Sicherstellungen von Amphetaminen und Ecstasy auf 38 % zurück (von 66 % im Jahr 2003), während auf Ecstasy 29 % und auf Amphetamin 20 % entfielen (CND, 2006).

Amphetamin

Die weltweite Amphetamin-Herstellung erfolgt weiterhin vorwiegend in West- und Mitteleuropa, vor allem in Belgien, den Niederlanden und Polen. Innerhalb Europas spielen auch Estland, Litauen und Bulgarien und in geringerem Maße auch Deutschland, Spanien und Norwegen eine wichtige Rolle in der illegalen Herstellung von Amphetamin. Dies geht aus der Anzahl der in diesen Ländern im Jahr 2004 ausgehobenen Amphetamin-Labors hervor (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Außerhalb Europas wird Amphetamin hauptsächlich in Nordamerika und Ozeanien hergestellt (CND, 2006). Der Amphetaminhandel erfolgte im Jahr 2004 nach wie vor hauptsächlich auf intraregionaler Ebene. Der größte Teil des auf den europäischen illegalen Märkten sichergestellten Amphetamins stammt aus Belgien, den Niederlanden und Polen sowie (in den skandinavischen Ländern) aus Estland und Litauen (nationale Reitox-Berichte, 2005; WZO, 2005).

Von den im Jahr 2004 weltweit sichergestellten 6 Tonnen Amphetamin wurden etwa 97 % in Europa beschlagnahmt, vor allem in West- und Mitteleuropa sowie in Südosteuropa (mit 67 % bzw. 26 % der weltweit beschlagnahmten Menge) (CND, 2006).

Im Jahr 2004 wurden in der EU bei schätzungsweise 33 000 Sicherstellungen 5,2 Tonnen bzw. 9,6 Millionen

⁽⁸¹⁾ Siehe Kasten „Interpretation der Sicherstellungen und anderer Marktdaten“, S. 37.

⁽⁸²⁾ Die aus den einzelnen Ländern gemeldete Zahl der ausgehobenen Labors lässt nicht nur Rückschlüsse auf die Zahl der Produktionsstätten zu, sondern auch auf die Tätigkeiten und Prioritäten der Strafverfolgungsbehörden und die Meldeverfahren.

Einheiten Amphetamin beschlagnahmt. Innerhalb der EU steht das Vereinigte Königreich sowohl hinsichtlich der Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin als auch bezüglich der beschlagnahmten Menge der Droge kontinuierlich an erster Stelle ⁽⁸³⁾. Die Türkei meldete für 2004 die Sicherstellung von 9,5 Millionen Einheiten Amphetamin. Trotz einiger Schwankungen sind auf EU-Ebene sowohl die Gesamtzahl der Sicherstellungen von Amphetamin ⁽⁸⁴⁾ als auch die beschlagnahmten Mengen ⁽⁸⁵⁾ seit 1999 gestiegen, und den Erkenntnissen der Berichtsländer zufolge hat sich dieser Aufwärtstrend offenbar im Jahr 2004 fortgesetzt.

Der durchschnittliche Verkaufspreis von Amphetamin lag im Jahr 2004 zwischen 4 EUR pro Gramm in Slowenien und über 64 EUR pro Gramm in Malta ⁽⁸⁶⁾. Im Zeitraum von 1999 bis 2004 gingen die inflationsbereinigten Amphetaminpreise ⁽⁸⁷⁾ in Deutschland, Spanien, Irland, Lettland, Litauen, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien, der Türkei und Norwegen insgesamt zurück ⁽⁸⁸⁾.

Die durchschnittliche Reinheit des Amphetamins schwankte im Jahr 2004 zwischen 5 % bis 6 % in Bulgarien und 44 % in Norwegen ⁽⁸⁹⁾. Die verfügbaren Daten ⁽⁹⁰⁾ über die durchschnittliche Reinheit des Amphetamins für den Zeitraum von 1999 bis 2004 belegen insgesamt einen Abwärtstrend in Lettland, Litauen, Luxemburg, Finnland und Norwegen sowie einen Aufwärtstrend in Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Ungarn und Österreich.

Methamphetamin

Noch immer wird Methamphetamin weltweit in größeren Mengen hergestellt und gehandelt als Amphetamin oder Ecstasy, wobei sein Anteil an den weltweiten Sicherstellungen im Jahr 2004 jedoch zurückgegangen ist. Nach wie vor werden die größten Mengen in Ost- und Südostasien (China, Philippinen, Myanmar, Thailand) hergestellt, gefolgt von Nord- und Mittelamerika (Vereinigte Staaten, Kanada, Mexiko). Im Jahr 2004 wurden weltweit 11 Tonnen Methamphetamin sichergestellt, davon 59 % in Ost-

Südostasien und 37 % in Nordamerika (CND, 2006). In Europa ist die Herstellung von Methamphetamin weitgehend auf die Tschechische Republik beschränkt, wo es seit Mitte der 80er Jahre unter dem Namen „Pervitin“ hergestellt wird. Im Jahr 2004 wurde jedoch auch aus der Slowakei und Bulgarien über die Herstellung von Methamphetamin und die Aushebung von Labors berichtet (nationale Reitox-Berichte, 2005; UNODC, 2006). Der größte Teil des in der Tschechischen Republik hergestellten Methamphetamins ist für den Markt im eigenen Land bestimmt, obwohl gewisse Mengen auch nach Deutschland und Österreich sowie in die Slowakei geschmuggelt werden (nationale Reitox-Berichte, 2005). Im Jahr 2004 wurde aus Belgien, der Tschechischen Republik, Dänemark, Estland, Griechenland, Frankreich, Lettland, Litauen, Ungarn, Österreich, der Slowakei, Schweden, Rumänien und Norwegen über Sicherstellungen von Methamphetamin berichtet, wobei auf Norwegen sowohl die meisten Sicherstellungen als auch die größten beschlagnahmten Mengen entfielen ⁽⁹¹⁾.

Der Preis ⁽⁹²⁾ von Methamphetamin für Endkonsumenten schwankte den Berichten zufolge im Jahr 2004 in der Tschechischen Republik zwischen 12 EUR und 63 EUR pro Gramm, während seine durchschnittliche Reinheit ⁽⁹³⁾ zwischen 43 % in der Slowakei und 50 % in der Tschechischen Republik lag.

Ecstasy

Weltweit bleibt Europa das Hauptzentrum für die Herstellung von Ecstasy, obwohl seine relative Bedeutung abzunehmen scheint, da sich die Ecstasy-Herstellung in den letzten Jahren auf andere Teile der Welt, insbesondere auf Nordamerika (Vereinigte Staaten, Kanada) sowie Ost- und Südostasien (China, Indonesien, Hongkong), ausgeweitet hat (CND, 2006; UNODC, 2006). Zwar wurde auch 2004 sowohl innerhalb Europas als auch weltweit das meiste Ecstasy in den Niederlanden hergestellt, jedoch wurden auch Ecstasy-Labors in Belgien, Estland, Spanien und Norwegen entdeckt (nationale Reitox-Berichte, 2005;

⁽⁸³⁾ Diese Angaben sollten jedoch überprüft werden, sobald die Daten für das Vereinigte Königreich für 2004 vorliegen. Für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2004 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Amphetamin vor. Für Slowenien lagen für 2004 keine Daten zu den sichergestellten Mengen von Amphetamin vor. Für die Niederlande lagen für 2004 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin vor. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2004 durch Daten aus dem Jahr 2003 ersetzt. Die von den Niederlanden bereitgestellten Daten über die 2004 sichergestellten Mengen waren lediglich Schätzungen, die nicht in die Analyse der Tendenzen für 2004 einbezogen werden konnten.

⁽⁸⁴⁾ Siehe Tabelle SZR-11 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Tabelle SZR-12 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁸⁶⁾ Siehe Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁸⁷⁾ Dabei dient in allen Ländern das Jahr 1999 als Basisjahr für den Geldwert.

⁽⁸⁸⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Lettland, Litauen, Polen, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien, der Türkei und Norwegen Daten über die Amphetaminpreise für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar.

⁽⁸⁹⁾ Siehe Tabelle PPP-8 im Statistical Bulletin 2006. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich hinter der gemeldeten durchschnittlichen Reinheit von Amphetamin große Unterschiede hinsichtlich der Reinheit der analysierten Stichproben verbergen können.

⁽⁹⁰⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in Belgien, Deutschland, Estland, Frankreich, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Ungarn, den Niederlanden, Polen, Portugal, Finnland, dem Vereinigten Königreich, der Türkei und Norwegen Daten über die Reinheit des Amphetamins für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar.

⁽⁹¹⁾ Die von Deutschland, Italien, Luxemburg und den Niederlanden übermittelten Daten erlauben keine Differenzierung zwischen Sicherstellungen von Methamphetamin und Amphetamin, während Irland und das Vereinigte Königreich 2004 keine Daten über Sicherstellungen von Drogen zur Verfügung gestellt haben. Aus diesem Grund ist kaum festzustellen, ob in diesen fünf Ländern im Jahr 2004 überhaupt Sicherstellungen von Methamphetamin vorgenommen wurden.

⁽⁹²⁾ Siehe Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹³⁾ Siehe Tabelle PPP-8 im Statistical Bulletin 2006.

UNODC, 2006). Das in der EU sichergestellte Ecstasy stammt den Berichten zufolge aus den Niederlanden und Belgien sowie in geringerem Maße aus Polen und dem Vereinigten Königreich (nationale Reitox-Berichte, 2005).

Der Ecstasy-Handel ist immer noch stark auf Westeuropa konzentriert, obwohl er sich, wie auch die Herstellung, in den letzten Jahren auf den gesamten Globus ausgeweitet hat. Von den 2004 weltweit sichergestellten 8,5 Tonnen (Gewichtsäquivalent) Ecstasy entfielen 50 % auf West- und Mitteleuropa, 23 % auf Nordamerika und 16 % auf Ozeanien (CND, 2006).

In der EU wurden 2004 bei schätzungsweise 24 000 Sicherstellungen etwa 28,3 Mio. Ecstasy-Tabletten beschlagnahmt. Bis 2003 wurden die größten Mengen Ecstasy im Vereinigten Königreich sichergestellt, gefolgt von Deutschland, Frankreich und den Niederlanden ⁽⁹⁴⁾.

Nach einem raschen Anstieg im Zeitraum von 1999 bis 2001 ging die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy ⁽⁹⁵⁾ auf EU-Ebene im Zeitraum 2002/2003 zurück, stieg jedoch den Daten der Berichtsländer zufolge im Jahr 2004 erneut an. Die beschlagnahmten Ecstasy-Mengen ⁽⁹⁶⁾ stiegen von 1999 bis 2002 an, nahmen 2003 stark ab und erreichten den verfügbaren Daten zufolge 2004 erneut das Niveau des Jahres 2002.

Der durchschnittliche Verkaufspreis von Ecstasy-Tabletten lag im Jahr 2004 zwischen unter 3 EUR pro Tablette in Litauen und Polen und 15 EUR bis 25 EUR in Griechenland und Italien ⁽⁹⁷⁾. Im Zeitraum von 1999 bis 2004 sanken die durchschnittlichen inflationsbereinigten Ecstasypreise ⁽⁹⁸⁾ in den meisten Berichtsländern ⁽⁹⁹⁾.

Insgesamt enthielten die meisten in Europa als Ecstasy verkauften Tabletten in der Regel als einzige psychoaktive Substanz MDMA oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz (MDEA, MDA). In der Tschechischen Republik, Griechenland,

Lettland, Litauen, Ungarn, den Niederlanden, der Slowakei, Finnland, dem Vereinigten Königreich und Norwegen machten solche Tabletten mehr als 95 % aller im Jahr 2004 analysierten Ecstasy-Tabletten aus. Lediglich aus Bulgarien wurde ein hoher Anteil (61 %) von analysierten Tabletten gemeldet, in denen Amphetamin und/oder Methamphetamin als einzige psychoaktive Substanz nachgewiesen wurden. 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 Durchschnittsgehalt des Wirkstoffs (MDMA) lag den Berichten zufolge im Jahr 2004 zwischen 30 und 82 mg pro Tablette ⁽¹⁰⁰⁾ (nationale Reitox-Berichte, 2005).

LSD

LSD wird in weit geringerem Umfang hergestellt und gehandelt als andere synthetische Drogen. Im Jahr 2004 wurden in der EU bei schätzungsweise 700 Sicherstellungen 220 000 LSD-Einheiten beschlagnahmt. Seit 2002 werden in Deutschland jährlich die größten Mengen LSD sichergestellt, gefolgt vom Vereinigten Königreich ⁽¹⁰¹⁾. Von 1999 bis 2002 gingen auf EU-Ebene sowohl die Zahl der Sicherstellungen von LSD ⁽¹⁰²⁾ als auch die beschlagnahmten Mengen ⁽¹⁰³⁾ zurück. Den verfügbaren Daten zufolge dürften jedoch sowohl 2003 als auch 2004 die Zahl der Sicherstellungen von LSD und die beschlagnahmten Mengen erstmals seit neun Jahren gestiegen sein, wobei 2004 in Deutschland, Frankreich, Litauen, den Niederlanden und Polen relativ große Mengen sichergestellt wurden.

Im Jahr 2004 lag der durchschnittliche Konsumentenpreis für eine LSD-Einheit zwischen 2,5 EUR in Portugal und 11,6 EUR in Malta ⁽¹⁰⁴⁾. Die inflationsbereinigten Durchschnittspreise für LSD ⁽¹⁰⁵⁾ gingen zwischen 1999 und 2004 in der Tschechischen Republik, Irland, Polen, Slowenien und Schweden insgesamt zurück ⁽¹⁰⁶⁾, während in Deutschland und Frankreich ein Preisanstieg verzeichnet wurde.

⁽⁹⁴⁾ Diese Angaben sollten jedoch überprüft werden, sobald die Daten für das Vereinigte Königreich für 2004 vorliegen. Für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2004 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Ecstasy vor. Für die Niederlande lagen für 2004 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy vor. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2004 durch Daten aus dem Jahr 2003 ersetzt. Die von den Niederlanden bereitgestellten Daten über die 2004 sichergestellten Mengen waren lediglich Schätzungen, die nicht in die Analyse der Tendenzen für 2004 einbezogen werden konnten.

⁽⁹⁵⁾ Siehe Tabelle SZR-13 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹⁶⁾ Siehe Tabelle SZR-14 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹⁷⁾ Siehe Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁹⁸⁾ Dabei dient in allen Ländern das Jahr 1999 als Basisjahr für den Geldwert.

⁽⁹⁹⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Zypern, Lettland, Litauen, Luxemburg, Polen, Portugal, Slowenien, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien, der Türkei und Norwegen Daten über die Ecstasypreise für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar.

⁽¹⁰⁰⁾ Diese Spanne basiert auf Daten aus einigen wenigen Ländern, nämlich aus Dänemark, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden.

⁽¹⁰¹⁾ Diese Angaben sollten jedoch überprüft werden, sobald die Daten für das Vereinigte Königreich für 2004 vorliegen. Für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2004 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von LSD vor. Für Zypern, die Niederlande, Polen und Bulgarien lagen für 2004 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von LSD vor. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2004 durch Daten aus dem Jahr 2003 ersetzt. Die von den Niederlanden bereitgestellten Daten über die 2004 sichergestellten Mengen waren lediglich Schätzungen, die nicht in die Analyse der Tendenzen für 2004 einbezogen werden konnten.

⁽¹⁰²⁾ Siehe Tabelle SZR-15 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁰³⁾ Siehe Tabelle SZR-16 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Siehe Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ Dabei dient in allen Ländern das Jahr 1999 als Basisjahr für den Geldwert.

⁽¹⁰⁶⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in der Tschechischen Republik, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Litauen, Polen, Portugal, Slowenien, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Rumänien und Norwegen Daten über die LSD-Preise für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar.

Internationale Maßnahmen gegen die Herstellung von und den illegalen Handel mit Amphetaminen und Ecstasy

Im Bereich synthetischer Drogen führt Europol seit Dezember 2004 das Projekt Synergy durch ⁽¹⁰⁷⁾. Dieses Projekt, an dem 20 EU-Mitgliedstaaten und einige Drittstaaten beteiligt sind, umfasst eine Arbeitsdatei zu Analysezielen (Analytical Work File – AWF) mit in der gesamten EU länderübergreifend durchgeführten operativen Teilprojekten sowie eine Reihe von Instrumenten, die zu analytischen und strategischen Zwecken genutzt werden, wie beispielsweise das Europol Ecstasy Logo System (EELS) [das den *Europol Ecstasy Logo Catalogue* (Europol-Katalog der Ecstasy-Logos) beinhaltet] und das *Europol Illicit Laboratory Comparison System* [Europol-System für den Vergleich von illegalen Labors] (ELICS). Europol unterstützt weiterhin das Projekt CHAIN ⁽¹⁰⁸⁾ zur Erstellung von Profilen für Amphetamin sowie die *European Joint Unit on Precursors* [Gemeinsame Europäische Stelle für Grundstoffe] (EJUP). Neben der Vor-Ort-Unterstützung durch Sachverständige bei der Aushebung von Labors zur Herstellung illegaler synthetischer Drogen lag der Schwerpunkt der jüngsten Teilprojekte auf dem Vergleich der ausgehobenen Labors, dem Aufspüren von Deponien für chemische Abfälle als Ausgangspunkt für Ermittlungen, der Rückverfolgung von Tablettiermaschinen und der Untersuchung des Schmuggels chemischer Grundstoffe in die EU-Länder.

Das *Project Prism* ist eine internationale Initiative, die die Abzweigung chemischer Grundstoffe für die illegale Herstellung synthetischer Drogen verhindern soll und sich dabei zum einen auf ein System stützt, in dem vor der legalen Ausfuhr von Grundstoffen Meldungen an das *International Narcotics Control Board* [Internationales Suchtstoffkontrollamt] (INCB) erfolgen, und zum anderen auf die Meldung von abgefangenen Lieferungen und Sicherstellungen im Falle verdächtiger Transaktionen zurückgreift.

Ephedrin und Pseudoephedrin sind zentrale Grundstoffe für die Herstellung von Methamphetamin, während 1-Phenyl-2-Propanon (P-2-P) auch für die Herstellung von Amphetamin verwendet wird. 3,4-Methylenedioxyphenylpropan-2-on (3,4-MDP-2-P), Safrol und stark safrolhaltige Öle werden bei der illegalen Herstellung von MDMA eingesetzt, während Piperonal auch der synthetischen Herstellung von MDA dient ⁽¹⁰⁹⁾.

Die legal gehandelten Mengen von Ephedrin und Pseudoephedrin beliefen sich im Jahr 2004 auf 526 bzw. 1 207 Tonnen. Die größten Sicherstellungen dieser chemischen Stoffe fanden den Berichten zufolge in Nordamerika und Südostasien statt, es gibt jedoch die Befürchtung, dass sich die Sicherstellungen auf alle Regionen

ausgeweitet haben. Die nach Europa geschmuggelten Mengen von Ephedrin und Pseudoephedrin stammen vor allem aus Westasien. Im Jahr 2004 wurden in Europa 2,6 Tonnen Ephedrin und 1 kg Pseudoephedrin sichergestellt ⁽¹¹⁰⁾; zumeist wurden kleine Mengen beschlagnahmt, die aus vielen verschiedenen Labors stammten, vor allem aus der Tschechischen Republik, wobei aber auch in Griechenland eine große Menge Ephedrin aus Pakistan sichergestellt wurde.

Die Tätigkeiten im Rahmen des *Project Prism* konzentrierten sich in Europa auf die Prävention des Schmuggels von 3,4-MDP-2-P und P-2-P in die EU zur Verwendung bei der illegalen Herstellung von MDMA bzw. Amphetamin. Im Jahr 2004 wurden weltweit die größten jemals gemeldeten Mengen 3,4-MDP-2-P und P-2-P sichergestellt, wobei 3,4-MDP-2-P größtenteils in Europa und P-2-P vorwiegend in den Vereinigten Staaten beschlagnahmt wurde. Insgesamt wurden 2004 in Europa 10 161 Liter 3,4-MDP-2-P (vor allem in den Niederlanden und Belgien) und 9 297 Liter P-2-P (vor allem in Polen und den Niederlanden) sichergestellt ⁽¹¹¹⁾.

Für Piperonal gibt es zahlreiche legale Verwendungszwecke, es kann aber auch als Grundstoff bei der Herstellung von 3,4-MDP-2-P, MDA oder MDMA eingesetzt werden (INCB, 2006b). Zwischen November 2004 und Oktober 2005 wurden dem INCB über 150 Lieferungen von insgesamt 3 800 Tonnen Piperonal gemeldet (INCB, 2006b). Im Jahr 2004 wurden die größten Sicherstellungen von Piperonal aus China gemeldet (13 Tonnen). In Europa wurden 2,4 Tonnen sichergestellt, und zwar fast ausschließlich in Rumänien ⁽¹¹²⁾.

Sicherstellungen von Safrol werden aus allen Regionen der Welt gemeldet, jedoch wurden in fast allen Ländern nur geringe Mengen beschlagnahmt. Eine Ausnahme bildet China, das über Sicherstellungen von über 100 kg berichtet. In Europa wurden im Jahr 2004 insgesamt 122 Liter Safrol sichergestellt, vor allem in Lettland, aber auch in Litauen.

Prävalenz und Konsummuster

Demografischen Erhebungen zufolge sind Amphetamine und Ecstasy nach Cannabis traditionell die am häufigsten konsumierte illegale Substanz, wenngleich die Gesamtprävalenz des Amphetamin- und Ecstasykonsums deutlich geringer ist als bei Cannabis. Der weit verbreitete Konsum von Ecstasy begann erst in den 90er Jahren, während Amphetamine bereits seit wesentlich längerer Zeit konsumiert werden.

Innerhalb der EU ist der Konsum von Amphetaminen ⁽¹¹³⁾ und Ecstasy offenbar nur in einigen wenigen Ländern

⁽¹⁰⁷⁾ In dem Projekt Synergy wurden die Projekte CASE und GENESIS zusammengeführt, die im Jahr 2002 eingeleitet worden waren.

⁽¹⁰⁸⁾ Die Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative [Harmonisierte Kooperationsinitiative im Amphetaminbereich] (CHAIN) ist an die Stelle des Pilotprojekts CASE getreten und hat die Erstellung gerichtsmedizinischer Profile für Amphetamin zum Gegenstand.

⁽¹⁰⁹⁾ Alle diese Grundstoffe sind in Tabelle I des Übereinkommens von 1988 aufgeführt.

⁽¹¹⁰⁾ Die Daten über die Sicherstellungen beinhalten nicht die bei abgefangenen Lieferungen beschlagnahmten Mengen.

⁽¹¹¹⁾ Die Daten über die Sicherstellungen beinhalten nicht die bei abgefangenen Lieferungen beschlagnahmten Mengen.

⁽¹¹²⁾ Die Daten über die Sicherstellungen beinhalten nicht die bei abgefangenen Lieferungen beschlagnahmten Mengen.

⁽¹¹³⁾ Im Rahmen demografischer Erhebungen fallen Daten über „Amphetamin“ und „Methamphetamin“ in dieselbe Kategorie „Amphetaminkonsum“.

relativ hoch, namentlich in der Tschechischen Republik, Estland und dem Vereinigten Königreich.

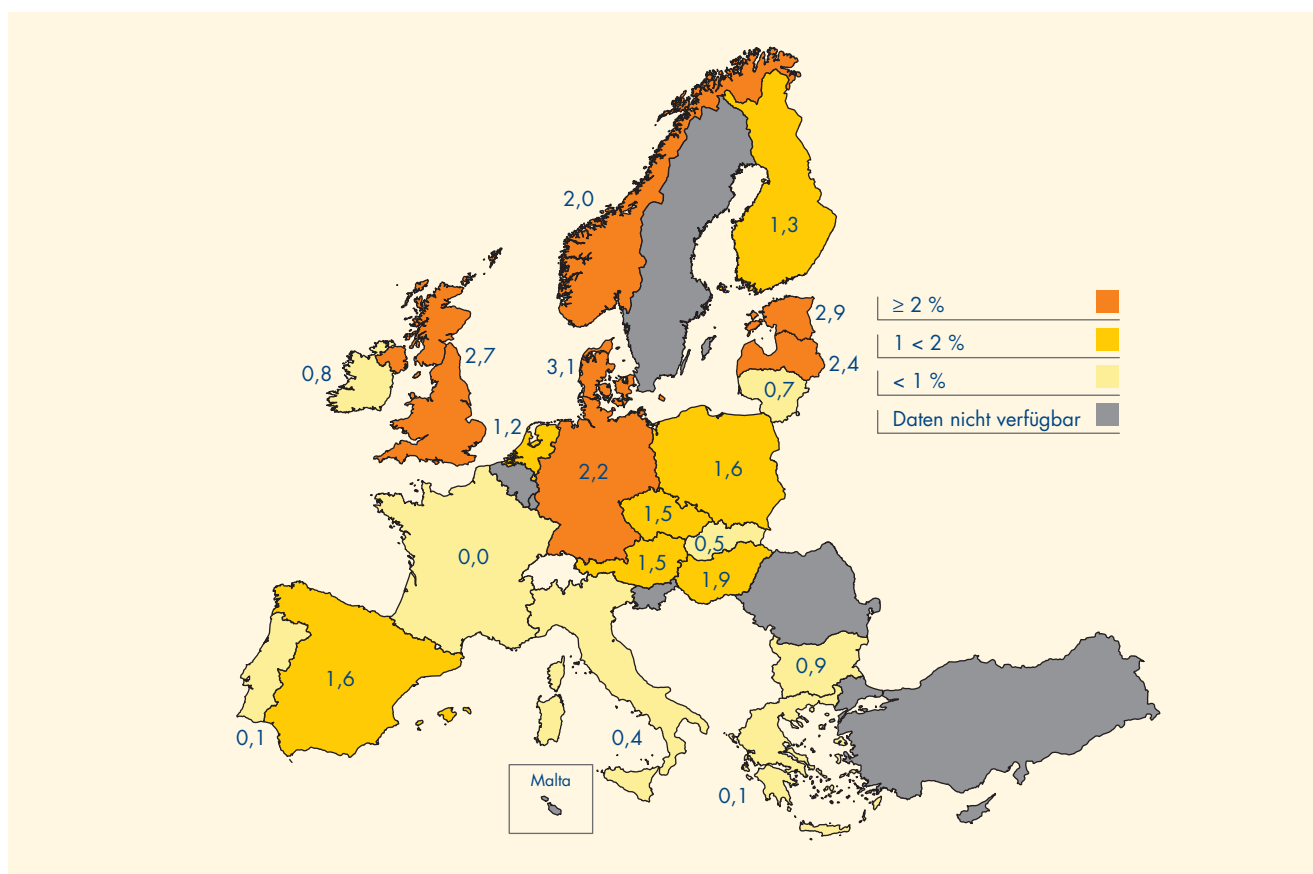
Neuesten Erhebungen in der erwachsenen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums in Europa zwischen 0,1 % und 5,9 %, mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs (England und Wales), wo der Anteil 11,2 % beträgt. Durchschnittlich haben etwa 3,1 % der erwachsenen Europäer mindestens einmal Amphetamine konsumiert. Nach dem Vereinigten Königreich verzeichnen Dänemark (5,9 %), Norwegen (3,6 %) und Deutschland (3,4 %) die höchste Lebenszeitprävalenz. Der Konsum während der letzten 12 Monate ist mit durchschnittlich 0,6 % (die Spanne reicht von 0 % bis 1,4 %) wesentlich niedriger. Auf der Grundlage von Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung geht man davon aus, dass schätzungsweise fast 10 Millionen Europäer Amphetamin probiert und mehr als 2 Millionen die Droge im Laufe der letzten 12 Monate konsumiert haben ⁽¹¹⁴⁾.

Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) liegt die Lebenszeiterfahrung des Amphetaminkonsums den Berichten zufolge zwischen 0,1 % und 9,6 %, wobei das Vereinigte Königreich (England und Wales) eine Lebenszeitprävalenzrate von 16,5 % meldet (was

auf ein historisches Phänomen zurückzuführen sein könnte; siehe unten). Die Hälfte der Länder, die Daten zur Verfügung stellen, verzeichnet Prävalenzraten von unter 4 %, während die höchsten Raten nach dem Vereinigten Königreich in Dänemark (9,6 %), Norwegen (5,9 %) und Deutschland (5,4 %) festgestellt wurden. Durchschnittlich haben 4,8 % der jungen Europäer Amphetamine probiert, wobei Dänemark (3,1 %) und Estland (2,9 %) die höchsten Vorjahres-Prävalenzraten melden ⁽¹¹⁵⁾. Schätzungsweise haben durchschnittlich 1,4 % der jungen Europäer in den letzten 12 Monaten Amphetamin konsumiert (siehe auch Abbildung 4).

Etwa 0,2 % bis 7,1 % aller Erwachsenen haben Ecstasy probiert (durchschnittlich 2,6 %). Die Hälfte der Länder meldet Prävalenzraten von bis zu 1,8 %, wobei die höchsten Prävalenzraten aus der Tschechischen Republik (7,1 %) und dem Vereinigten Königreich (6,7 %) berichtet werden. Die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums liegt zwischen 0,2 % und 3,5 %, jedoch meldet die Hälfte der Länder Prävalenzraten von bis zu 0,5 %. Schätzungsweise haben fast 8,5 Millionen Europäer Ecstasy probiert und mehr als 3 Millionen die Droge im Laufe der letzten 12 Monate konsumiert.

Abbildung 4: 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Weitere Informationen sind den Tabellen GPS-8 und GPS-11 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2005), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

⁽¹¹⁴⁾ Zur Berechnungsmethode siehe Fußnote 53.

⁽¹¹⁵⁾ Siehe Abbildungen GPS-15 und GPS-16 im Statistical Bulletin 2006.

Die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums unter jungen Erwachsenen beträgt im europäischen Durchschnitt 5,2 %. Die Raten liegen zwischen 0,5 % und 14,6 %, wobei die Hälfte der Länder Raten von unter 3,6 % meldet. Die Tschechische Republik (14,6 %), das Vereinigte Königreich (12,7 %) und Spanien (8,3 %) melden die höchsten Prävalenzraten.

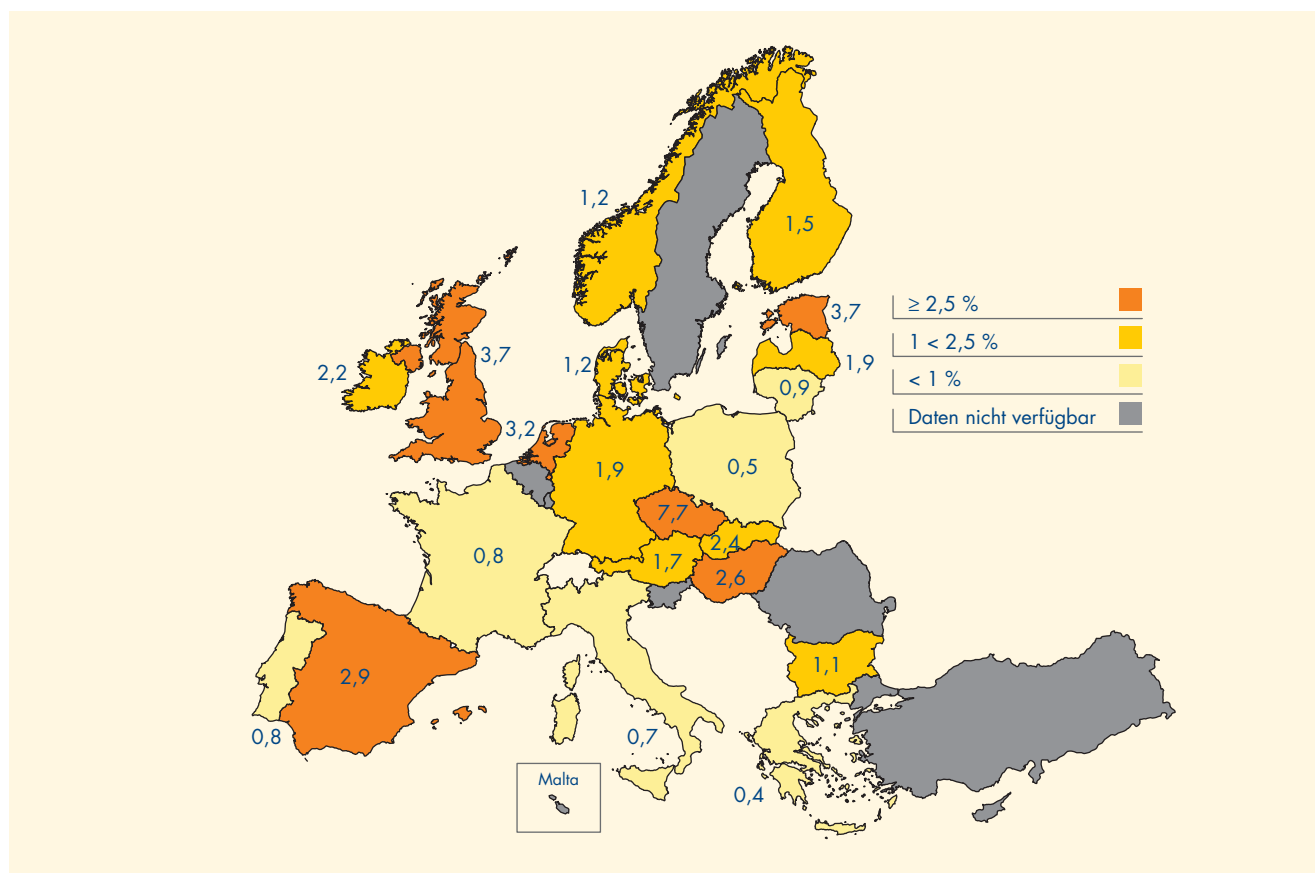
Ecstasy wird vorwiegend von Jugendlichen konsumiert. In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 0,4 % und 18,7 %, wobei die höchsten Zahlen aus der Tschechischen Republik (18,7 %) ⁽¹¹⁶⁾ und dem Vereinigten Königreich (10,7 %) gemeldet werden. Darüber hinaus wurden bei Männern (0,3 % bis 23,2 %) höhere Raten festgestellt als bei Frauen (0,4 % bis 13,9 %). Der Konsum in den letzten 12 Monaten liegt zwischen 0,3 % und 12 %, wobei den Berichten zufolge in der Tschechischen Republik (12 %) und Estland (6,1 %) die höchsten Raten festgestellt wurden (Abbildung 5). 30-Tage-Prävalenzraten von unter 3 % werden aus sieben Ländern gemeldet. In der Regel sind die Prävalenzraten in städtischen Gebieten höher, insbesondere unter den Besuchern von Diskotheken,

Clubs oder Tanzveranstaltungen (siehe das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum in Freizeitsettings).

Erhebungen zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums unter den 15- bis 16-jährigen Schülern im Zeitraum von 1995 bis 2003 generell gestiegen ist, wobei die stärkste Zunahme in der Tschechischen Republik und den meisten neuen EU-Mitgliedstaaten beobachtet wurde ⁽¹¹⁷⁾. Bei der ESPAD-Schulumfrage 2003 (Hibell et al., 2004) wurde festgestellt, dass die Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums in sechs Mitgliedstaaten (Deutschland, Dänemark, Estland, Litauen, Österreich und Polen) nach wie vor um 1 % bis 3 % über den geschätzten Lebenszeitprävalenzraten des Ecstasykonsums lagen ⁽¹¹⁸⁾.

Im Vergleich dazu gaben in der *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit] der Vereinigten Staaten für das Jahr 2004 4,6 % der Erwachsenen (12 Jahre und älter) an, mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy konsumiert zu haben, während die 12-Monats-Prävalenzrate 0,8 % betrug (die entsprechenden Zahlen für die EU lauten 2,6 % bzw. 0,9 %). Bei jungen Erwachsenen zwischen 16 und 34 Jahren lag die Lebenszeiterfahrung

Abbildung 5: 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Weitere Informationen sind den Tabellen GPS-8 und GPS-11 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2005), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

⁽¹¹⁶⁾ In der Tschechischen Republik war die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen Gegenstand der Erhebung.

⁽¹¹⁷⁾ Siehe Abbildung EYE-2 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Siehe Abbildung EYE-2 (Teil vi) im Statistical Bulletin 2006.

bei 11,3 % und die 12-Monats-Prävalenz bei 2,2 % (auf europäischer Ebene 5,2 % bzw. 1,9 %) ⁽¹¹⁹⁾.

Die Lebenszeiterfahrung des LSD-Konsums liegt bei Erwachsenen zwischen 0,2 % und 5,9 %, 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 9 %, während er in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen höchstens 4,5 % beträgt. Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei LSD in der Altersgruppe von 15 bis 24 Jahren lediglich in der Tschechischen Republik, Estland, Lettland, Ungarn, Polen und Bulgarien über 1 %.

Tendenzen

Aus neuen demografischen Erhebungen geht hervor, dass sich der Konsum von Amphetamin und Ecstasy, bei dem in den letzten Jahren eine zunehmende Tendenz verzeichnet wurde, unter Umständen stabilisiert oder sogar sinkt. Das Vereinigte Königreich sowie zwei weitere Mitgliedstaaten, in denen der Konsum dieser Drogen relativ hoch war (Tschechische Republik und Spanien), melden eine Stabilisierung oder sogar einen Rückgang der 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen ⁽¹²⁰⁾. Auch der Ecstasykonsum verharret offensichtlich in zwei Ländern mit hohen Prävalenzraten, Spanien und dem Vereinigten Königreich, auf dem erreichten Niveau oder geht zurück. Dies gilt allerdings nicht für die Tschechische Republik ⁽¹²¹⁾.

Daten zur Behandlungsnachfrage – Amphetamine und Ecstasy ⁽¹²²⁾

Die Zahl der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetaminen und Ecstasy nimmt zwar zu, insgesamt ist diese Form des Drogenkonsums jedoch in den meisten Ländern nur selten der Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer Drogenbehandlung ⁽¹²³⁾. Eine bemerkenswerte Ausnahme bilden einige wenige Länder, die einen erheblichen Anteil der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetamin oder Methamphetamin melden. In der Tschechischen Republik, der Slowakei, Finnland und Schweden entfällt auf diese Drogen ein Viertel bis etwa die Hälfte aller Behandlungsnachfragen ⁽¹²⁴⁾. In der Tschechischen Republik und der Slowakei ist ein Großteil aller gemeldeten Behandlungsnachfragen auf ein primäres Methamphetaminproblem zurückzuführen (siehe Kasten über Methamphetamin). In den Ländern, in denen ein erheblicher Anteil der Behandlungsnachfragen auf Amphetaminkonsumenten

Methamphetaminkonsum und damit verbundene Probleme

Aus vielen Teilen der Welt wird über erhebliche Probleme im Zusammenhang mit dem Methamphetaminkonsum berichtet, unter anderem aus den USA, Südostasien, dem Pazifischen Raum und Afrika (UNODC, 2006). Der Konsum von Methamphetamin kann schwerwiegende gesundheitliche Probleme nach sich ziehen, darunter Psychosen und Abhängigkeit. Darüber hinaus ist er unter Umständen mit riskanten Verhaltensweisen verbunden, von denen einige zu einer Übertragung von HIV führen können.

In der Vergangenheit konzentrierte sich der Methamphetaminkonsum in Europa auf die Tschechische Republik, wo die Zahl der problematischen Konsumenten von Methamphetamin (Pervitin) (20 300) schätzungsweise doppelt so hoch ist wie die Zahl der problematischen Opioidkonsumenten (9 700). Seit einigen Jahren jedoch wird Methamphetamin von Erstpazienten in der Slowakei am häufigsten als Primärdroge angegeben, und auch in Ungarn wurde in einigen Teilgruppen ein hoher Konsum von Methamphetamin ermittelt. In ihren Reitox-Berichten 2005 melden sieben weitere Länder (Dänemark, Frankreich, Lettland, Slowenien, Vereinigtes Königreich, Bulgarien und Norwegen) eine Zunahme der Sicherstellungen und/oder des Konsums dieser Droge, vor allem unter Menschen, die häufig Klubs und Partys besuchen. Derzeit ermöglichen die verfügbaren Informationen keine gesicherten Rückschlüsse auf die Tendenzen beim Methamphetaminkonsum in diesen Ländern. Angesichts der Ausbreitung des Methamphetaminkonsums in anderen Teilen der Welt und der Tatsache, dass diese Droge schwerwiegende gesundheitliche Probleme verursachen kann, steht jedoch fest, dass in diesem Bereich auch künftig Wachsamkeit geboten ist.

entfällt, wird die Droge von einem Drittel bis zwei Dritteln der Amphetaminpatienten injiziert ⁽¹²⁵⁾.

Die Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Ecstasy machen den Berichten zufolge in den meisten Ländern weniger als 1 % aller Behandlungsnachfragen aus. Ausnahmen bilden hier Zypern, Ungarn, Irland und die Türkei, wo die Ecstasy-Patienten zwischen 4 % und 6 % der Patienten ausmachen, die eine Behandlung beantragen.

Neue und sich abzeichnende Tendenzen beim Drogenkonsum

Die Prävalenzschätzungen für den Konsum neuer oder aufkommender Drogen liegen weit unter den Schätzungen für den Konsum herkömmlicher illegaler Drogen. Neue Formen des Drogenkonsums werden

⁽¹¹⁹⁾ Quelle: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug Use and Health [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit], 2004 (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Es ist zu beachten, dass in der Erhebung der Vereinigten Staaten die Altersspanne (ab 12 Jahren) breiter ist als die von der EBDD in den EU-Erhebungen angewandte (15-64 Jahre). Die Zahlen für „junge Erwachsene“ (16 bis 34 Jahre) wurden für die US-Erhebung von der EBDD neu berechnet.

⁽¹²⁰⁾ Siehe Abbildungen GPS-6 und GPS-17 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²¹⁾ Siehe Abbildungen GPS-8, GPS-18 und GPS-30 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²²⁾ Siehe Fußnote 70.

⁽¹²³⁾ Siehe Abbildung TDI-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹²⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-17 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2006.

tendenziell zunächst von einigen wenigen Menschen übernommen, in kleinen Teilgruppen, geografisch begrenzten Gebieten oder bestimmten Settings. Folglich ist für die Ermittlung und Beobachtung sich abzeichnender Tendenzen ein anderer Ansatz erforderlich als für die Beobachtung der Hauptformen des Drogenkonsums.

Halluzinogene Pilze: Fallstudie über eine sich abzeichnende Tendenz

Bis vor kurzem war LSD die am häufigsten konsumierte halluzinogene Substanz. Dies könnte sich nun ändern, da in zunehmendem Maße über den Konsum halluzinogener Pilze⁽¹²⁶⁾ berichtet wird. Die Verfügbarkeit halluzinogener Pilze ist offenbar seit den späten 90er Jahren gestiegen. Damals wurde in den Niederlanden und anderen Ländern begonnen, sie neben anderen „natürlichen“ Produkten in so genannten „Smart Shops“⁽¹²⁷⁾ zu verkaufen. Beispielsweise ist im Vereinigten Königreich die Zahl der Geschäfte, die halluzinogene Pilze anbieten, seit Anfang des 21. Jahrhunderts gestiegen. Schätzungen zufolge wurden diese Pilze 2005 landesweit von etwa 300 Geschäften und Verkaufsständen angeboten. Der Verkauf halluzinogener Pilze erfolgt neuerdings auch über das Internet: Auf vor allem in den Niederlanden angemeldeten Websites werden frische Pilze, Anbau-Kits und Sporenprints angeboten. Der Online-Vertrieb halluzinogener Pilze erfolgt in zahlreichen Sprachen, vor allem auf Englisch, Französisch und Deutsch, was auf eine breite internationale Kundenbasis schließen lässt.

Vor kurzem in der EU durchgeführte demografische Erhebungen unter Erwachsenen und an Schulen weisen darauf hin, dass unter jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren die Lebenszeitprävalenz des Konsums halluzinogener Pilze zwischen unter 1 % und 8 % liegt⁽¹²⁸⁾. Die Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz des Konsums halluzinogener Pilze unter Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren sind in neun EU-Mitgliedstaaten ebenso hoch wie die Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Ecstasy oder sogar höher (Hibell et al., 2004). Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass die Fortsetzungsraten bei halluzinogenen Pilzen niedriger sind als bei den meisten anderen Drogen. Dies ist ein weit verbreitetes Merkmal des Konsums halluzinogener Drogen und spiegelt die Tatsache wider, dass junge Menschen in der Regel mit dieser Form des Drogenkonsums nur experimentieren möchten und sich in der Folge nur selten regelmäßige Konsummuster herausbilden.

Im Zusammenhang mit dem Konsum halluzinogener Pilze wird nur selten über akute oder chronische Gesundheitsprobleme berichtet, die medizinische Maßnahmen erforderlich machen. Einige Länder haben jedoch ihre Rechtsvorschriften geändert, um dem Konsum

dieser halluzinogenen Substanzen durch junge Menschen entgegenzuwirken. Zwar werden Psilocybin und Psilocin, die aktiven Wirkstoffe der Pilze, bereits auf internationaler Ebene im Rahmen des Übereinkommens der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe von 1971 kontrolliert, bis vor kurzem wurde es jedoch häufig den Staatsanwälten überlassen zu entscheiden, ob und wann diese Substanzen verboten sind, wenn sie in Pilzen enthalten sind. Damit sollte vermieden werden, dass die Besitzer von Grundstücken, auf denen solche Pilze natürlich wachsen, bestraft werden. Sechs Länder haben ihre Rechtsvorschriften über Pilze in den letzten fünf Jahren verschärft (Dänemark, Deutschland, Estland, Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich). Mit den von diesen Ländern vorgenommenen Veränderungen wird das Verbot auf halluzinogene Pilze erweitert, wobei jedoch die gesetzlichen Kontrollvorschriften nicht immer auf genau dieselben Pilze oder Verarbeitungsformen anwendbar sind.

Sicherstellungen halluzinogener Pilze waren im Jahr 2004 den Berichten zufolge in der Tschechischen Republik, Deutschland, Estland, Griechenland, Litauen, Ungarn, den Niederlanden, Polen, Portugal, Slowenien, der Slowakei, Schweden und Norwegen zu verzeichnen⁽¹²⁹⁾. Zahl und Menge der Sicherstellungen halluzinogener Pilze durch die Strafverfolgungsbehörden sind in der Regel gering und lassen keine eindeutigen Rückschlüsse auf Tendenzen zu.

GHB und Ketamin

Sowohl Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) als auch Ketamin werden beobachtet, seit im Jahr 2000 in der EU Besorgnis über den Missbrauch dieser Drogen in der Freizeit aufkam⁽¹³⁰⁾. Im März 2001 wurde GHB im Rahmen des Drogenkontrollsystems der Vereinten Nationen in die Liste der international kontrollierten Drogen aufgenommen. In der Folge änderten alle EU-Mitgliedstaaten ihre Rechtsvorschriften hinsichtlich dieser Substanz. Im März 2006 empfahl das INCB eine Ausweitung der Untersuchungen der WHO, um festzustellen, ob Ketamin ebenfalls unter internationale Kontrolle gestellt werden sollte (INCB, 2006a). Auf nationaler Ebene wird Ketamin in fast der Hälfte der EU-Mitgliedstaaten nicht im Rahmen der Arzneimittelgesetzgebung, sondern durch die Drogengesetzgebung kontrolliert.

Die begrenzt verfügbaren Prävalenzdaten über GHB und Ketamin lassen darauf schließen, dass sich der Konsum dieser Substanzen in den meisten Ländern auf niedrigem Niveau stabilisiert hat. In Bevölkerungsgruppen mit hoher Prävalenz durchgeführte Studien haben ergeben, dass diese Substanzen selbst unter Drogenkonsumenten, die in ihrer Freizeit regelmäßig Drogen einnehmen, nicht so verbreitet sind wie beispielsweise Amphetamine, Ecstasy, LSD und halluzinogene Pilze.

⁽¹²⁶⁾ In diesem Bericht bezieht sich der Begriff halluzinogene Pilze ausschließlich auf Pilze, die die psychoaktiven Substanzen Psilocybin und Psilocin enthalten. Pilzarten, die andere psychoaktive Substanzen enthalten, werden seltener konsumiert. Weitere Informationen sind dem Themenpapier der EBDD über halluzinogene Pilze zu entnehmen (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ In diesen Shops werden vor allem Naturprodukte legal verkauft, darunter halluzinogene Pilze.

⁽¹²⁸⁾ EBDD-Daten aus dem European Model Questionnaire [Europäischer Musterfragebogen]. Elf Mitgliedstaaten stellen Daten über halluzinogene Pilze zur Verfügung (Tschechische Republik, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Irland, Litauen, Ungarn, Niederlande, Polen, Finnland und das Vereinigte Königreich).

⁽¹²⁹⁾ Nationale Reitox-Berichte (Deutschland, Estland, Niederlande, Norwegen) und EBDD-Fragebogen zum Frühwarnsystem (Tschechische Republik, Griechenland, Ungarn, Polen, Portugal, Slowenien, Slowakei, Schweden).

⁽¹³⁰⁾ Bericht über die Risikobewertung gemäß der Gemeinsamen Maßnahme betreffend neue synthetische Drogen, 2000.

Über Todesfälle und nicht-tödliche Nofälle im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB wird sehr selten berichtet. Da es jedoch keine genauen und vergleichbaren Systeme für die Erfassung von Todesfällen und nicht-tödlichen Nofällen im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Substanzen gibt, sind in diesem Bereich nur begrenzt Daten verfügbar. Zwei Länder haben Todesfälle in Verbindung mit GHB gemeldet, wobei dieses in der Regel zusammen mit anderen Drogen konsumiert wurde. Das städtische Gesundheitsamt in Amsterdam verzeichnete einen Anstieg der Zahl der jährlichen nicht-tödlichen Nofälle, die mit dem Konsum von GHB in Verbindung gebracht werden konnten, von 25 im Jahr 2000 auf 98 im Jahr 2004. Dies übersteigt die Zahl der medizinischen Nofälle in Verbindung mit dem Konsum von Ecstasy, Amphetamin, LSD oder halluzinogenen Pilzen. In Schweden ist die Zahl der Nachweise von GHB (oder seiner Grundstoffe GBL und 1,4-BD) in Proben von Körperflüssigkeiten von 24 im Jahr 1997 auf 367 im Jahr 2004 gestiegen. Darüber hinaus berichtet Schweden über Todesfälle im Zusammenhang mit GHB: zwischen 1996 und 2004 wurde die Droge bei 36 drogenbedingten Todesfällen nachgewiesen, wobei neun dieser Fälle im Jahr 2004 verzeichnet wurden. In England und Wales wurde GHB in den Berichten des amtlichen Leichenbeschauers über drei Todesfälle erwähnt, wobei in einem Fall GHB als einzige Droge genannt wurde (ONS, 2006). Die toxikologischen Daten eines Krankenhauses mit großem Einzugsgebiet im Vereinigten Königreich belegen jedoch, dass dort zwischen Mai und Dezember 2005 im Zusammenhang mit fünf Todesfällen GHB nachgewiesen wurde⁽¹³¹⁾.

Da GHB wasser- und alkohollöslich ist und potenziell zu Willenlosigkeit mit anschließendem Gedächtnisverlust führt, wurden Befürchtungen laut, die Substanz werde bei Sexualstraftaten eingesetzt, bei denen das Opfer durch Drogen gefügig gemacht wird (so genannte „Date Rapes“). Da diese Fälle jedoch unter Umständen nicht gemeldet werden, nur wenige gerichtsmedizinische Belege vorliegen und solche Verbrechen nur schwer zu beweisen sind, gibt es keinen zuverlässigen Nachweis über das Ausmaß dieses Phänomens. Darum sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um Art und Umfang dieser möglicherweise beunruhigenden Entwicklung zu ermitteln.

Maßnahmen betreffend neue Drogen

Der Übergang im Zusammenhang mit dem neuen Beschluss des Rates (2005/387/JI), der die Gemeinsame Maßnahme aus dem Jahr 1997 ersetzt, wurde im Jahr 2005 reibungslos und ohne Unterbrechung des Informationsaustauschs vollzogen. Insgesamt wurden der EBDD und Europol 14 neue psychoaktive Substanzen erstmalig offiziell gemeldet. Dabei handelt es sich ausschließlich um psychotrope (synthetische) Drogen, ähnlich den in den Anhängen I und II des Übereinkommens

der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe von 1971 aufgeführten Substanzen. Die neu gemeldeten Substanzen gehören den drei übergeordneten chemischen Gruppen der Phenethylamine, Tryptamine und Piperazine an. Verschiedene Substanzen aus diesen Gruppen wurden bereits zuvor im Rahmen des Frühwarnsystems gemeldet und werden gegenwärtig beobachtet⁽¹³²⁾.

Die wichtigste neue Entwicklung des Jahres 2005 war das Auftauchen und die rasche Verbreitung der neuen

Beschluss des Rates über 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⁽¹⁾ 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. Dieses System erlaubt es den Einrichtungen der EU und den Mitgliedstaaten, Maßnahmen zur Bekämpfung von in der europäischen Drogenszene aufkommenden neuen Suchtstoffen und psychotropen Substanzen zu ergreifen. In diesem Zusammenhang wurde der EBDD und Europol eine zentrale Rolle bei der Ermittlung und Meldung neuer psychoaktiver Substanzen übertragen, wobei auch die jeweiligen Netze – die nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und die nationalen Europol-Stellen – stark in die Zusammenarbeit einbezogen wurden. Der Beschluss sieht ferner eine Bewertung der mit diesen neuen psychoaktiven Substanzen verbundenen Risiken vor, damit die in den Mitgliedstaaten geltenden Kontrollmaßnahmen für Suchtstoffe und psychotrope Substanzen⁽²⁾ gleichermaßen auf neue psychoaktive Substanzen angewandt werden können. Der Beschluss ersetzt die Gemeinsame Maßnahme aus dem Jahr 1997⁽³⁾. Er hat einen größeren Anwendungsbereich als die Gemeinsame Maßnahme, die ausschließlich auf neue synthetische Drogen beschränkt war, behält jedoch den durch sie eingeführten dreistufigen Ansatz bei: Informationsaustausch/ Frühwarnung, Risikobewertung und Entscheidung.

(1) Der Beschluss 2005/387/JI des Rates vom 10. Mai 2005 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen wurde am 20. Mai 2005 im *Amtsblatt der Europäischen Union* veröffentlicht (ABl. L 127 vom 20.5.2005, S. 32) und trat am 21. Mai 2005 in Kraft. Der Beschluss findet auf Substanzen Anwendung, die derzeit nicht in einem der Anhänge zu den Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Drogenkontrolle von 1961 und 1971 aufgeführt sind.

(2) Im Einklang mit den Bestimmungen des Einheitsübereinkommens der Vereinten Nationen über Suchtstoffe von 1961 und des Übereinkommens der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe von 1971.

(3) Gemeinsame Maßnahme vom 16. Juni 1997 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen synthetischen Drogen (ABl. L 167 vom 25.6.1997, S. 1).

(131) Daten aus dem Frühwarnsystem. Die relativ hohe Zahl der in diesem Bericht genannten Todesfälle in Verbindung mit GHB ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass das Labor des Krankenhauses ein Forschungsinteresse an GHB hat.

(132) Von den neun neuen synthetischen Drogen, die zwischen 1997 und 2004 im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme einer Risikobewertung unterzogen wurden, wurden sechs Substanzen anschließend auf EU-Ebene kontrolliert. Diese gehören sämtlich zur Gruppe der Phenethylamine.

psychoaktiven Substanz 1-(3-Chlorphenyl)-Piperazin (mCPP). mCPP ist ebenso wie Benzylpiperazin (BZP), das seit 1999 im Rahmen des Frühwarnsystems beobachtet wird, ein Aryl-substituiertes Piperazin. Die ersten offiziellen Meldungen über den Nachweis von mCPP gingen im Februar/März 2005 bei der EBDD und Europol ein und betrafen Stichproben aus Frankreich und Schweden. Bis Ende 2005 wurden in fast allen Mitgliedstaaten mCPP-haltige Tabletten von den Strafverfolgungsbehörden sichergestellt oder im Rahmen verschiedener Freizeitveranstaltungen (Open-Air-Tanz-/Musikfestivals, Tanzlokale usw.) gefunden. Fast immer sehen sie aus wie Ecstasy und werden vermutlich auch als solches gehandelt. mCPP ist vorwiegend in Tablettenform erhältlich, und seine subjektive Wirkung ist teilweise mit der von MDMA vergleichbar (Bossong et al., 2005). Darüber hinaus wird mCPP häufig in Kombination mit MDMA nachgewiesen. Da es unwahrscheinlich ist, dass dies auf eine versehentliche Verunreinigung zurückzuführen ist, liegt der Schluss nahe, dass mCPP vorsätzlich beigemischt wird, um eine Verstärkung oder Veränderung der Wirkung des MDMA zu erzielen. mCPP alleine wird in

der EU offenbar weder in größerem Umfang nachgefragt, noch gibt es einen speziellen Markt für diese Droge.

mCPP wird in den Mitgliedstaaten wesentlich häufiger nachgewiesen als andere neue psychoaktive Substanzen, seit im Jahr 1997 mit der Beobachtung neuer (synthetischer) Drogen im Rahmen des Frühwarnsystems begonnen wurde. Im Laufe eines Jahres wurde es in 20 Mitgliedstaaten sowie in Rumänien und Norwegen nachgewiesen.

In einem gemeinsamen Bericht empfahlen die EBDD und Europol im Einklang mit den Bestimmungen des Ratsbeschlusses, keine formale Risikobewertung durchzuführen, da es Belege dafür gibt, dass mCPP für die Herstellung mindestens eines Arzneimittels verwendet wird. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass zwar derzeit im Zusammenhang mit mCPP kaum Belege für erhebliche Risiken für die öffentliche Gesundheit oder die Gesellschaft vorliegen, diese Frage jedoch ungeachtet dessen weiter verfolgt werden muss, solange keine gründliche wissenschaftliche Risikobewertung durchgeführt wurde.

Entwicklungen des Drogenkonsums in Freizeitsettings. In: EBDD-Jahresbericht 2006: ausgewählte Themen

Häufig besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum und den Freizeitaktivitäten junger Menschen. Insbesondere wurden bei Studien unter jungen Besuchern von Tanz- und Musiklokalen für den Drogenkonsum wesentlich höhere Prävalenzschätzungen festgestellt als in der Allgemeinbevölkerung. Dabei wurden häufig besonders hohe Raten für den Konsum von Stimulanzien gemeldet. Können Abweichungen zwischen den Ländern durch Unterschiede hinsichtlich der vorhandenen Nachtlokale, der Musikkultur, der Verfügbarkeit von Drogen und der verfügbaren Einkommen erklärt werden? Diese Fragen werden in diesem ausgewählten Thema untersucht.

Neue Entwicklungen beim Angebot von Freizeitdrogen über das Internet und beim Drogenkonsum in der Freizeit selbst bringen neue Herausforderungen für Politik, Prävention und Risikominderung mit sich. In dem ausgewählten Thema werden diese Aufgaben behandelt und ferner die wegweisenden Initiativen zur Drogenprävention und Risikominderung im Einzelnen dargestellt, die in den letzten zehn Jahren in der EU durchgeführt wurden, um der komplexen Problematik der Interaktion zwischen Freizeitaktivitäten und Drogenkonsum unter jungen Menschen zu begegnen.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung („Developments in drug use within recreational settings“, in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) oder im Internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) verfügbar.



Kapitel 5

Kokain und Crack

Angebot und Verfügbarkeit von Kokain ⁽¹³³⁾

Herstellung und Handel

Kokain ist nach Cannabiskraut und Cannabis harz die weltweit am häufigsten gehandelte Droge. Der sichergestellte Menge nach zu schließen – 578 Tonnen weltweit im Jahr 2004 – fand der Handel vorwiegend in Südamerika (44 %) und Nordamerika (34 %) statt, gefolgt von West- und Mitteleuropa (15 %) (CND, 2006).

Kolumbien ist weltweit mit Abstand der größte Lieferant von illegalem Koka, gefolgt von Peru und Bolivien. Die weltweite Produktion von Kokain ist im Jahr 2004 auf schätzungsweise 687 Tonnen gestiegen, zu denen Kolumbien 56 %, Peru 28 % und Bolivien 16 % beitrugen (UNODC, 2005). Der Großteil des in Europa sichergestellten Kokains gelangt direkt aus Südamerika (vor allem Kolumbien) oder über Zentralamerika und die Karibik auf den europäischen Markt. Als Transitländer oder -gebiete für in die EU eingeführtes Kokain wurden 2004 Surinam, Brasilien, Argentinien, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaika, Mexiko, Guyana und Panama genannt (nationale Reitox-Berichte, 2005; WZO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Ein Teil des Kokains wurde auch über Afrika, vermehrt über Westafrika und die Länder am Golf von Guinea (vor allem Nigeria), aber auch über Ostafrika (Kenia) und Nordwestafrika über die Inseln vor der Küste von Mauretanien und Senegal eingeführt (CND, 2006; INCB, 2006a). Kokain gelangt nach wie vor in erster Linie über Spanien, die Niederlande und Portugal sowie über Belgien, Frankreich und das Vereinigte Königreich in die EU (nationale Reitox-Berichte, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Zwar spielen Spanien und die Niederlande noch immer eine große Rolle als Umschlagplätze für das in die EU eingeführte Kokain, jedoch haben die intensiveren

Kontrollen an der spanischen Nordküste (Galizien) und die Strategie 100 %iger Kontrollen von Flügen aus bestimmten Ländern ⁽¹³⁴⁾ am Flughafen Schiphol (Amsterdam) wohl dazu beigetragen, dass alternative Routen gefunden wurden, die beispielsweise zunehmend über Afrika, aber auch über Ost- und Mitteleuropa führen, und eine Weiterverteilung aus diesen Ländern nach Westeuropa erfolgt (nationale Reitox-Berichte, 2005; WZO, 2005; INCB, 2006a).

Sicherstellungen

Im Jahr 2004 wurden in der EU bei schätzungsweise 60 000 Sicherstellungen 74 Tonnen Kokain beschlagnahmt. Die meisten Sicherstellungen von Kokain werden aus westeuropäischen Ländern gemeldet, insbesondere aus Spanien, auf das etwa die Hälfte der in den letzten fünf Jahren in der EU erfolgten Sicherstellungen und beschlagnahmten Mengen entfällt ⁽¹³⁵⁾. Im Zeitraum 1999 bis 2004 stieg die Zahl der Sicherstellungen von Kokain ⁽¹³⁶⁾ auf EU-Ebene insgesamt an, während die sichergestellten Mengen ⁽¹³⁷⁾ zwar schwankten, insgesamt aber ebenfalls eine steigende Tendenz aufwiesen. Den Berichten zufolge sind die Mengen jedoch im Jahr 2004 offenbar gesunken – was vielleicht darauf zurückzuführen ist, dass im Vorjahr in Spanien eine außergewöhnlich große Menge Kokain beschlagnahmt worden war.

Preis und Reinheit

Hinsichtlich des durchschnittlichen Verkaufspreises von Kokain gab es im Jahr 2004 große Unterschiede zwischen den EU-Ländern: Er lag zwischen 41 EUR pro Gramm in Belgien und über 100 EUR pro Gramm in Zypern, Rumänien und Norwegen ⁽¹³⁸⁾. Die inflationsbereinigten Durchschnittspreise von Kokain ⁽¹³⁹⁾ folgten im Zeitraum 1999 bis 2004 in allen Berichtsländern ⁽¹⁴⁰⁾ insgesamt einem Abwärtstrend. Ausnahmen bildeten hier Luxemburg,

⁽¹³³⁾ Siehe „Interpretation der Sicherstellungen und anderer Marktdaten“, S. 37.

⁽¹³⁴⁾ Alle Flüge von den Niederländischen Antillen sowie aus Aruba, Surinam, Peru, Venezuela und Ecuador werden zu 100 % kontrolliert. Im Jahr 2004 wurden 3 466 Drogenkuriere infolge dieser gesonderten Kontrollen und 620 Kuriere bei regulären Kontrollen festgenommen (Nationaler Bericht der Niederlande).

⁽¹³⁵⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2004 vorliegen. Für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2004 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Kokain vor. Für die Niederlande lagen für 2004 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Kokain vor. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2004 durch Daten aus dem Jahr 2003 ersetzt. Die von den Niederlanden bereitgestellten Daten über die 2004 sichergestellten Mengen waren lediglich Schätzungen, die nicht in die Analyse der Tendenzen für 2004 einbezogen werden konnten.

⁽¹³⁶⁾ Siehe Tabelle SZR-9 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹³⁷⁾ Siehe Tabelle SZR-10 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹³⁸⁾ Siehe Tabelle PPP-3 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹³⁹⁾ Dabei dient in allen Ländern das Jahr 1999 als Basisjahr für den Geldwert.

⁽¹⁴⁰⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Zypern, Lettland, Litauen, Luxemburg, Polen, Portugal, Slowenien, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien, der Türkei und Norwegen Daten über die Kokainpreise für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar.

wo die Preise bis 2002 fielen und anschließend stiegen, und Norwegen, wo die Preise 2001 stark anstiegen und sich anschließend stabilisierten.

Im Vergleich zu Heroin war der durchschnittliche Reinheitsgrad des konsumierten Kokains recht hoch und reichte 2004 von 24 % in Dänemark bis zu 80 % in Polen, wobei die meisten Länder einen Reinheitsgrad zwischen 40 % bis 65 % meldeten ⁽¹⁴¹⁾. Die für den Zeitraum 1999 bis 2004 verfügbaren Daten belegen insgesamt einen Rückgang des durchschnittlichen Reinheitsgrads von Kokain in den meisten Berichtsländern ⁽¹⁴²⁾, wobei er allerdings in Estland (seit 2003), Frankreich und Litauen zugenommen hat und in Luxemburg und Österreich stabil geblieben ist.

Internationale Maßnahmen gegen Herstellung und Handel von Kokain

Das von Europol durchgeführte Projekt COLA zielt auf die Ermittlung und Bekämpfung lateinamerikanischer krimineller Vereinigungen und mit ihnen kooperierender krimineller Gruppierungen ab, deren Tätigkeit auf die EU ausgerichtet ist oder die innerhalb der EU agieren und in erster Linie mit dem Kokainhandel befasst sind. Insbesondere wird im Rahmen des Projekts operative Unterstützung bei laufenden Ermittlungsverfahren in den teilnehmenden Mitgliedstaaten geleistet und die strategische Intelligence verbessert. Ergänzt wird das Projekt durch das Europol Cocaine Logo System, das in einem jährlich aktualisierten Katalog Modi operandi sowie fotografische und andere Informationen über Sicherstellungen von Kokain und über Logos/Kennzeichnungen auf den Drogen und ihren Verpackungen zusammenführt, um Übereinstimmungen zwischen Sicherstellungen zu ermitteln und zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit bei der Strafverfolgung sowie des Informationsaustauschs auf internationaler Ebene beizutragen (Europol, 2006).

Die seit 1999 laufende „Operation Purpur“ hat das Ziel, der Abzweigung von Kaliumpermanganat ⁽¹⁴³⁾ aus dem legalen Handel für die illegale Herstellung von Kokain vorzubeugen, und zwar in erster Linie in Nord-, Mittel- und Südamerika. Kaliumpermanganat wird in großem Umfang legal gehandelt: Seit 1999 haben 30 exportierende Länder/Gebiete 4 380 Vorabmeldungen über Ausfuhren von insgesamt mehr als 136 560 Tonnen Kaliumpermanganat an das INCB erstattet. Seit 1999 wurden 233 Lieferungen von insgesamt über 14 316 Tonnen der Substanz aufgrund von Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Bestellungen oder der Endnutzer abgefangen oder beschlagnahmt. Darüber hinaus wurden Abzweigungen von Kaliumpermanganat ermittelt. Im Jahr 2004 wurden in Europa 1,4 Tonnen Kaliumpermanganat sichergestellt,

vor allem in der Russischen Föderation, gefolgt von Rumänien und der Ukraine ⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Offenbar haben die Drogenhändler Wege gefunden, um die im Rahmen der „Operation Purple“ eingeführten Kontrollen und Beobachtungsmechanismen zu umgehen. Tatsächlich wird zwar die illegale Herstellung von Kokain nicht mit Asien in Verbindung gebracht, jedoch wächst die Besorgnis, dass Drogenhändler bestrebt sind, die Region für die Abzweigung von Kaliumpermanganat aus dem legalen Handel zu nutzen. Darüber hinaus wird befürchtet, dass Drogenhändler über die Karibischen Inseln Kaliumpermanganat in die Anden-Region abzweigen könnten. Daher hat das INCB (2006b) ungeachtet der Anerkennung gewisser Erfolge bei der Ermittlung verdächtiger Transaktionen und dem Abfangen von Lieferungen die Regierungen dringend aufgefordert, Verfahrensweisen für die Rückverfolgung von Informationen aus Sicherstellungen in Kokainlabors zu entwickeln, um die Feststellung des Ursprungs der Substanzen zu ermöglichen, Transitländer zu ermitteln und Handelsunternehmen zu überprüfen, damit es für Drogenhändler schwieriger wird, sich neue Vertriebswege zu erschließen.

Prävalenz und Konsummuster des Kokainkonsums

Vor kurzem durchgeführten nationalen demografischen Erhebungen zufolge haben schätzungsweise etwa 10 Millionen Europäer ⁽¹⁴⁵⁾ mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert (Lebenszeitprävalenz), das entspricht über 3 % aller Erwachsenen ⁽¹⁴⁶⁾. Die gemeldeten Zahlen der einzelnen Länder variieren zwischen 0,5 % und 6 %, wobei Italien (4,6 %), Spanien (5,9 %) und das Vereinigte Königreich (6,1 %) das obere Ende dieses Spektrums bilden. Schätzungsweise haben etwa 3,5 Millionen erwachsene Europäer in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert, das entspricht 1 % der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Die aus den meisten Ländern gemeldeten Raten liegen zwischen 0,3 % und 1 %, wobei die Prävalenzraten in Spanien (2,7 %) und dem Vereinigten Königreich (2 %) höher sind.

Wie andere illegale Drogen wird auch Kokain vor allem von jungen Erwachsenen konsumiert. Die Lebenszeiterfahrung ist bei jungen Erwachsenen zwischen 15 und 34 Jahren am höchsten, während die 12-Monats-Prävalenz der 15- bis 24-Jährigen etwas höher ist. Kokain wird offenbar vorwiegend im Alter zwischen 20 und 30 Jahren konsumiert, jedoch ist beim Kokainkonsum eine weniger starke Konzentration auf jüngere Menschen festzustellen als beim Cannabiskonsum. Die Lebenszeiterfahrung unter den 15- bis 34-Jährigen liegt zwischen 1 % und 10 %, wobei die höchsten Werte wiederum in Spanien (8,9 %) und dem Vereinigten Königreich (10,5 %) festgestellt

⁽¹⁴¹⁾ Siehe Tabelle PPP-7 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁴²⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in Belgien, der Tschechischen Republik, Dänemark, Deutschland, Estland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Ungarn, den Niederlanden, Österreich, Portugal, der Slowakei, dem Vereinigten Königreich und Norwegen Daten über die Reinheitsgrade von Kokain für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar.

⁽¹⁴³⁾ Dieser Grundstoff wird zur Herstellung von Kokain verwendet und ist in Tabelle I des Übereinkommens von 1988 aufgeführt.

⁽¹⁴⁴⁾ Diese Daten beinhalten nicht die bei abgefangenen Lieferungen beschlagnahmten Mengen.

⁽¹⁴⁵⁾ Berechnet auf der Grundlage des gewichteten Mittels der nationalen Daten; weitere Einzelheiten sind Fußnote 53 zu entnehmen.

⁽¹⁴⁶⁾ Detaillierte Daten für jedes Land sind der Tabelle unter „General population surveys of drug use“ [Erhebungen zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

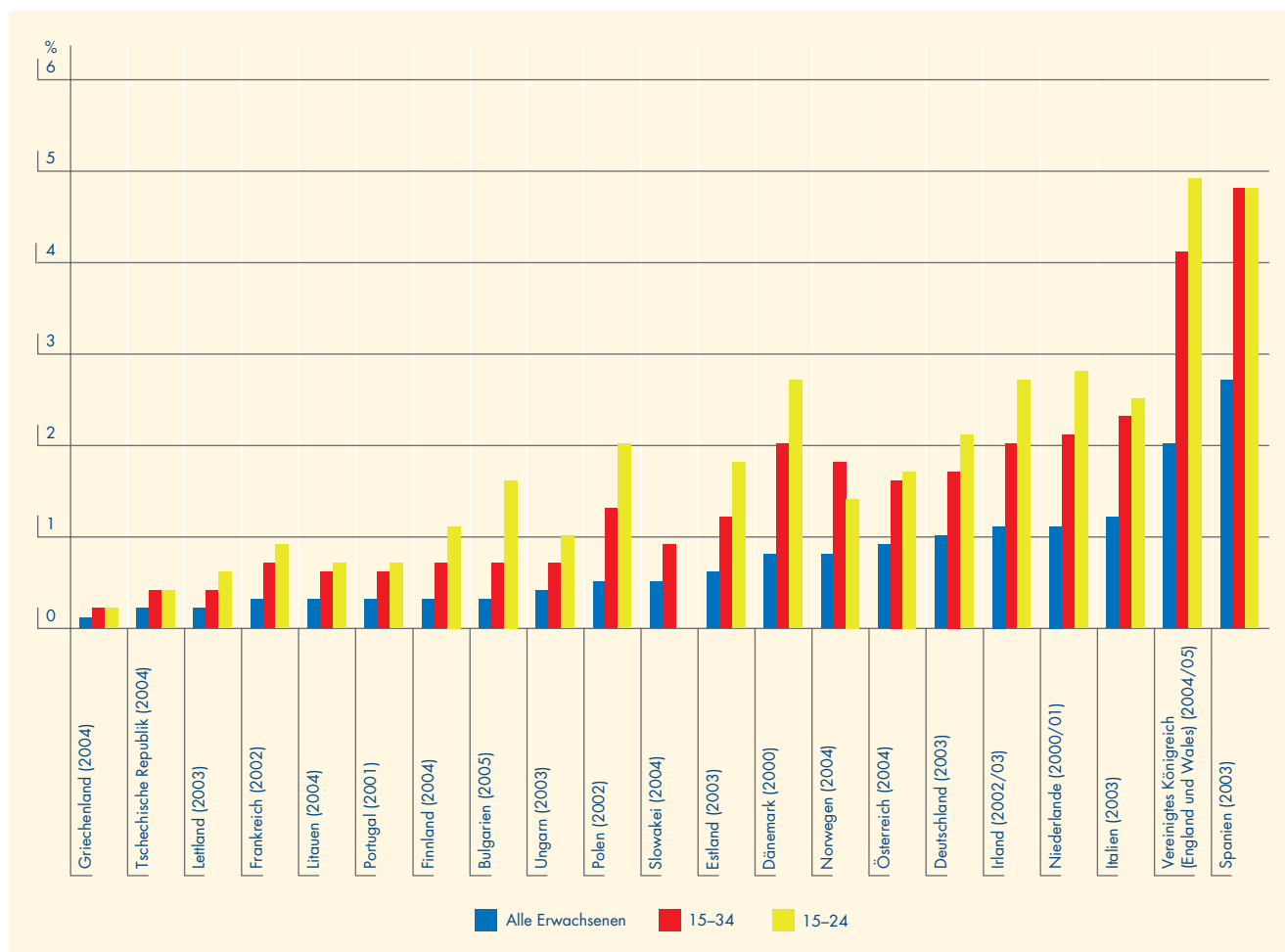
wurden. Die 12-Monats-Prävalenz liegt zwischen 0,2 % und 4,8 %, wobei Dänemark, Irland, Italien und die Niederlande Raten von etwa 2 % aufweisen; in Spanien und dem Vereinigten Königreich beträgt die Prävalenzrate über 4 % (Abbildung 6). Daten aus Schulerhebungen belegen eine sehr niedrige Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums zwischen 0 % in Zypern, Finnland und Schweden und 6 % in Spanien. Für den Konsum von Crack wurden mit Raten zwischen 0 % und 3 % noch geringere Lebenszeitprävalenzraten festgestellt (Hibell et al., 2004).

Der Kokainkonsum ist unter jungen Männern stärker ausgeprägt. Beispielsweise wurde in Erhebungen in Dänemark, Deutschland, Spanien, Italien, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Norwegen unter Männern im Alter zwischen 15 und 34 Jahren eine Lebenszeiterfahrung zwischen 5 % und 14 % festgestellt. Die 12-Monats-Prävalenz war niedriger, wobei jedoch vier Länder Raten von über 3 % meldeten: Spanien und das Vereinigte Königreich berichteten über Raten von etwa 6 % bis 7 %⁽¹⁴⁷⁾, woraus der Schluss gezogen werden

kann, dass in diesen Ländern etwa einer von 15 jungen Männern in letzter Zeit Kokain konsumiert hat. In städtischen Gebieten dürfte dieser Anteil noch erheblich höher liegen.

In der Allgemeinbevölkerung wird Kokain offenbar vorwiegend gelegentlich – hauptsächlich an Wochenenden und in Freizeitsettings (Bars und Diskotheken) – konsumiert, wobei zuweilen große Mengen der Droge eingenommen werden. In verschiedenen Ländern wurden bei Forschungsstudien unter jungen Menschen in Tanz- und Musiklokalen mit Raten zwischen 10 % und 75 % für den Kokainkonsum wesentlich höhere Prävalenzschätzungen festgestellt als in der Allgemeinbevölkerung (siehe das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum in Freizeitsettings). Beispielsweise wurden im Zuge der British Crime Survey 2004/2005 für den Konsum von Drogen der „Klasse A“ unter den Besuchern von Diskotheken und Nachtclubs mindestens doppelt so hohe Prävalenzschätzungen gemeldet wie für den Konsum unter Menschen, die solche Lokale nicht besuchen (Chivite-Matthews et al., 2005) (siehe auch das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum

Abbildung 6: 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums 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)



Anmerkung: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung in den jeweiligen Ländern zur Verfügung standen. Weitere Informationen sind den Tabellen GPS-8, GPS-11 und GPS-18 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2005), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

⁽¹⁴⁷⁾ Siehe Abbildung GPS-9 im Statistical Bulletin 2006.

in Freizeiteinrichtungen). Durchschnittlich berichtet etwa ein Drittel aller Erwachsenen, die mindestens einmal im Leben Kokain probiert haben, im Laufe der vergangenen 12 Monate Kokain konsumiert zu haben, während im Vergleich dazu nur 13 % angaben, die Droge in den letzten 30 Tagen eingenommen zu haben. Beispielsweise berichten in Spanien, Italien, dem Vereinigten Königreich und Bulgarien ⁽¹⁴⁸⁾ 2 % bis 4 % der Männer im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert zu haben. Eine grobe Schätzung des aktuellen Kokainkonsums in Europa ergäbe, dass etwa 1,5 Millionen Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (davon 80 % in der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren) in den letzten 30 Tagen Kokain eingenommen haben. Diese Zahl kann als Mindestschätzwert betrachtet werden, da wahrscheinlich nicht alle Fälle gemeldet werden.

Hinsichtlich der Muster des Kokainkonsums gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen von Konsumenten. In einer in mehreren europäischen Städten durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass sozial integrierte Kokainkonsumenten die Droge vorwiegend geschnupft haben (95 %), während nur ein geringer Bruchteil Kokain geraucht oder injiziert hat. Jedoch wurde festgestellt, dass die Droge häufig in Kombination mit Cannabis und Alkohol konsumiert wird (Prinzleve et al., 2004). Die Konsumenten in Behandlungseinrichtungen für Suchtkranke oder aus sozialen Randgruppen gaben häufig an, Kokain zu injizieren. Hohe Raten für den Konsum von Crack wurden in Hamburg, London und Paris und in geringerem Maße auch in Barcelona und Dublin festgestellt. Der Crack-Konsum ist in der europäischen Allgemeinbevölkerung offenbar gering. Beispielsweise liegt die Lebenszeitprävalenz des Crack-Konsums den Berichten zufolge in Spanien bei 0,5 % (2003) und im Vereinigten Königreich bei 0,8 % (Chivite-Matthews et al., 2005). In drei Ländern wurde bei Erhebungen in Klubs für den Crack-Konsum eine niedrigere Lebenszeitprävalenz festgestellt als für den Heroinkonsum (2 % in der Tschechischen Republik, 13 % im Vereinigten Königreich und 21 % in Frankreich). Jedoch gibt der Crack-Konsum in Randgruppen oder unter Opioidkonsumenten in einigen Städten Anlass zu Besorgnis. Beispielsweise war in einer Zielgruppe von 94 weiblichen Straßen-Sexarbeitern in Amsterdam die Lebenszeitprävalenzschätzung für den Konsum von Crack mit 91 % extrem hoch (Korf, 2005, zitiert im nationalen Bericht der Niederlande).

Im Vergleich dazu gaben in der *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit] der Vereinigten Staaten für das Jahr 2004 14,2 % der Erwachsenen (12 Jahre und älter) an, mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert zu haben, während die Prävalenzrate im europäischen Durchschnitt bei nur 3 % lag. Der Konsum in den letzten 12 Monaten lag bei 2,4 %, gegenüber einem europäischen

Durchschnitt von 1 %, obwohl in einigen EU-Ländern, z. B. in Spanien (2,7 %) und dem Vereinigten Königreich (2 %) ebenso hohe Raten verzeichnet wurden wie in den Vereinigten Staaten ⁽¹⁴⁹⁾. Die vergleichsweise höheren Lebenszeitprävalenzraten in den Vereinigten Staaten sind unter Umständen teilweise darauf zurückzuführen, dass dort die Verbreitung des Kokainkonsums früher begonnen hat.

Für den Konsum unter jungen Erwachsenen (zwischen 16 und 34 Jahren) wurden in den Vereinigten Staaten Raten von 14,6 % (Lebenszeit), 5,1 % (in den vergangenen 12 Monaten) und 1,7 % (in den letzten 30 Tagen) festgestellt, während die durchschnittlichen Raten in der EU bei den 15- bis 34-Jährigen bei etwa 5 % (Lebenszeit), 2 % (in den vergangenen 12 Monaten) bzw. 1 % (in den letzten 30 Tagen) lagen.

Tendenzen des Kokainkonsums

Seit mehreren Jahren wird vor einem möglichen Anstieg des Kokainkonsums in Europa gewarnt, wobei man sich auf Daten aus unterschiedlichen Quellen stützt (z. B. Marktindikatoren, Behandlungsnachfragen, Todesfälle). Obwohl zunehmend Angaben über Tendenzen des Kokainkonsums in der Bevölkerung verfügbar sind, da mehr Länder wiederholte Erhebungen durchführen, sind die Daten noch immer begrenzt. Im Falle des Kokainkonsums werden die Analysen durch die niedrigeren Prävalenzraten und die wahrscheinlich hohe Dunkelziffer erschwert.

Der jüngste Kokainkonsum (in den letzten 12 Monaten) unter jungen Erwachsenen ist seit Mitte der 90er Jahre im Vereinigten Königreich bis 2000 und in Spanien bis 2001 gestiegen, während in den letzten Jahren eine sichtliche Stabilisierung erfolgte. In Deutschland wurde in den 90er Jahren ein mäßiger Anstieg beobachtet, in den letzten Jahren sind die Raten jedoch auf einem deutlich niedrigeren Niveau als in Spanien und dem Vereinigten Königreich stabil geblieben (Abbildung 7).

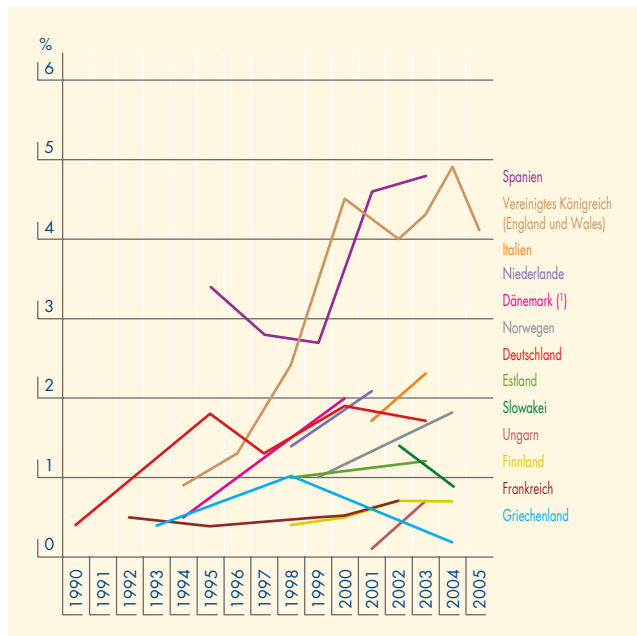
Geringfügige Zunahmen des Konsums in den letzten 12 Monaten wurden in Dänemark (bis 2000), Italien, Ungarn, den Niederlanden (bis 2001) und Norwegen festgestellt. Diese Tendenz ist mit Bedacht zu interpretieren, da sie auf lediglich zwei Erhebungen in den einzelnen Ländern basiert.

Bei Kokain und anderen Substanzen (z. B. Ecstasy, Amphetamine, halluzinogene Pilze) könnten die Tendenzen besser ermittelt werden, indem bei der Analyse der Schwerpunkt auf die Gruppen gelegt wird, auf die sich der Drogenkonsum konzentriert, also insbesondere auf junge Menschen in städtischen Gebieten. Diese Bevölkerungsgruppen werden im ausgewählten Thema zum Drogenkonsum in Freizeitsettings ausführlicher behandelt. Darüber hinaus sollten die Angaben aus den Erhebungen durch gezielte Studien unter jungen Menschen in ausgewählten Gruppen (Nachtklubs) ergänzt werden.

⁽¹⁴⁸⁾ Erhebung 2001. In der Erhebung 2003 wurde dem Bericht zufolge in den 10-Jahres-Altergruppen keine Aufschlüsselung nach Geschlechtern vorgenommen.

⁽¹⁴⁹⁾ Quelle: SAMHSA, Office of Applied Studies, *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit], 2004 (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAInfo>). Es ist zu beachten, dass in der Erhebung der Vereinigten Staaten die Altersspanne für „alle Erwachsenen“ (ab 12 Jahren) breiter ist als die in den EU-Erhebungen angewandte Standardaltersspanne (15 bis 64 Jahre). Die Zahlen für die Altersgruppe zwischen 16 und 34 Jahren in den Vereinigten Staaten wurden von der EBDD neu berechnet.

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



(!) 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 2006 zu entnehmen.
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2005), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

Daten zur Behandlungsnachfrage ⁽¹⁵⁰⁾

Nach Opioiden und Cannabis wird Kokain am häufigsten als Grund für eine Drogentherapie genannt und machte 2004 etwa 8 % aller Behandlungsnachfragen in der EU aus ⁽¹⁵¹⁾. Es ist darauf hinzuweisen, dass Spanien, das in der Regel eine hohe Zahl von Behandlungsnachfragen wegen Kokainkonsums meldet, noch keine Daten zur Verfügung gestellt hat. Hinter dieser Gesamtzahl verbergen sich große Unterschiede zwischen den Ländern: In den meisten Ländern ist die Zahl der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Kokain relativ niedrig. In den Niederlanden (37 %) ist der Anteil der Patienten, die sich wegen Kokainkonsums in Behandlung begeben, jedoch wesentlich höher. Gleiches war in der Vergangenheit in Spanien (26 % im Jahr 2002) der Fall. Den jüngsten verfügbaren Daten zufolge liegen die Anteile der Kokainpatienten an allen in Behandlung befindlichen Patienten in einer Reihe von Ländern zwischen 5 % bis 10 % (in Dänemark, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, Zypern, Malta, dem Vereinigten Königreich und der Türkei), während diese Anteile in den anderen

Ländern sehr niedrig sind ⁽¹⁵²⁾. In mehreren Ländern ist bei den Erstpazienten der Anteil derer, die bei der Behandlung Kokain als primäre Droge nennen, höher als bei den Patienten insgesamt ⁽¹⁵³⁾, wobei den Berichten zufolge insgesamt etwa 12 % aller Behandlungsnachfragen von Erstpazienten mit dem Konsum von Kokain in Zusammenhang stehen. Ferner wird Kokain von etwa 12 % der Erstpazienten als Sekundärdroge genannt ⁽¹⁵⁴⁾.

Die in den Vorjahren gemeldete zunehmende Tendenz bei der Zahl der Patienten, die eine Behandlung wegen des Konsums von Kokain beantragen, setzt sich fort: Einer Analyse zufolge, bei der nicht gemeldete Daten interpoliert wurden, ist der Anteil der Erstpazienten, die eine Behandlung wegen des Konsums von Kokain beantragen, im Zeitraum von 1999 bis 2004 von etwa 10 % auf 20 % gestiegen (basierend auf 17 EU-Ländern sowie Bulgarien und Rumänien) ⁽¹⁵⁵⁾.

Insgesamt stehen die meisten Behandlungsnachfragen wegen Kokainkonsums in Europa nicht im Zusammenhang mit Crack: Etwa 80 % der ambulanten Kokain-Erstpatienten konsumieren den Berichten zufolge Kokainhydrochlorid (Kokainpulver), während weniger als 20 % Crack konsumieren. Crack-Konsumenten stellen für die Behandlungsdienste jedoch unter Umständen eine besondere Herausforderung dar, da sie tendenziell sozial stärker ausgegrenzt sind als die Konsumenten von Kokainpulver. Bei einer europäischen Studie zum Kokainkonsum (Kokainpulver und Crack) wurde ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von Crack und sozialen und psychischen Problemen festgestellt. Die Studie ergab aber auch, dass die sozialen oder psychischen Probleme nicht alleine durch den Crack-Konsum selbst zu erklären sind (Haasen et al., 2005). Im Zuge einer vor kurzem in Schottland unter 585 Kokain- und Crackpatienten durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass bei Crack-Konsumenten die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass sie seit längerer Zeit problematische Drogenkonsumenten und stärker in kriminelle Aktivitäten verwickelt sind (Neale und Robertson, 2004, zitiert im nationalen Bericht des Vereinigten Königreichs).

Betrachtet man das Profil der Kokainpatienten in ambulanten Behandlungseinrichtungen, so stellt man fest, dass Erstpazienten, die Kokain als Primärdroge konsumieren, im Durchschnitt älter sind als andere Drogenkonsumenten: 70 % dieser Patienten sind im Alter zwischen 20 und 34 Jahren, während ein geringerer Anteil (13 %) 35 bis 39 Jahre alt ist ⁽¹⁵⁶⁾.

Kokain wird häufig in Kombination mit anderen illegalen oder legalen Sekundärdrogen konsumiert, zumeist mit Cannabis (31,6 %), Opioiden (28,6 %) oder Alkohol (17,4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Lokale Studien unter injizierenden

⁽¹⁵⁰⁾ Siehe Fußnote 70.

⁽¹⁵¹⁾ Siehe Abbildung TDI-2 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵²⁾ Siehe Tabelle TDI-5 im Statistical Bulletin 2006. Die Daten für Spanien beziehen sich auf das Berichtsjahr 2002.

⁽¹⁵³⁾ Siehe Tabelle TDI-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-23 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Siehe Abbildung TDI-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-10 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2006.

Drogenkonsumenten belegen, dass in einigen Gebieten die Kombination von Heroin und Kokain in einer Injektion (von den Drogenkonsumenten zuweilen als „Speedballing“ bezeichnet) zunehmend Verbreitung finden könnte. In den Behandlungsdaten wird derzeit immer häufiger die Kombination von Opioiden und Kokain genannt. Von den Patienten, die Opioiden als Primärdroge nennen, geben in Italien 31 %, in den Niederlanden 42 % und im Vereinigten Königreich 44 % Kokain als Sekundärdroge an. Von den Patienten, die Kokain als Primärdroge angeben, nennen in Italien 28 % und im Vereinigten Königreich 38 % Opioiden als Sekundärdroge.

Behandlung der Kokainabhängigkeit

Die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung der Abhängigkeit von Kokain oder anderen Psychostimulanzien ist nicht hinreichend belegt. In ihrer umfassenden Untersuchung über den Einsatz von Pharmakotherapien bei Konsumenten von Psychostimulanzien kommen jedoch Shearer und Gowing (2004) zu dem Schluss, dass die Substitutionstherapie, die bei einer Abhängigkeit von Opioiden oder Nikotin erfolgreich eingesetzt wird und geeignet ist, Konsumenten dazu zu bewegen, sich in Behandlung zu begeben und darin zu verbleiben, noch nicht in angemessener Weise an Konsumenten von Stimulanzien getestet wurde. Eine Auswertung der vorhandenen Literatur über die Reaktionen auf Kokainbehandlungen und die Wirksamkeit dieser Therapien, einschließlich der Maßnahmen im Hinblick auf psychische Erkrankungen von Crack-Konsumenten, wurde vor kurzem von der EBDD veröffentlicht ⁽¹⁵⁸⁾.

In einigen Ländern, darunter in den Vereinigten Staaten und im Vereinigten Königreich, werden gegenwärtig erhebliche Investitionen in die Entwicklung immuntherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten getätigt, bei denen Antikörper gebildet werden, die Kokain im Blutkreislauf neutralisieren, bevor es das zentrale Nervensystem erreicht (siehe Kasten zur Immuntherapie für Kokainabhängige).

Die Kombination mehrerer spezieller psychosozialer Behandlungsmaßnahmen gilt derzeit als die vielversprechendste Option für die Konsumenten von Kokain und anderen Psychostimulanzien. Es wurde gezeigt, dass durch eine Kombination des *Community Reinforcement Approach* [Gemeindenaher Verstärkeransatz] (CRA) mit dem Kontingenzmanagement eine kurzfristige Eindämmung des Kokainkonsums erreicht werden kann (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

CRA ist ein intensives Behandlungsverfahren, bei dem Familie, Freunde und andere Mitglieder des sozialen Netzes des Patienten in die Behandlung einbezogen werden. Der Patient lernt, soziale Kontakte herzustellen, sein Selbstbild aufzuwerten, Arbeit zu finden und sich befriedigende Freizeitaktivitäten zu erschließen. Ziel ist es, eine Änderung der Lebensweise herbeizuführen (Roozen et al., 2004). In Kombination mit dem Kontingenzmanagement – einem Verfahren, das darauf abzielt, das Verhalten des Patienten zu

Immuntherapie für Kokainabhängige

Während Heroinabhängigkeit mit Agonisten wie Methadon oder Antagonisten wie Naltrexon behandelt werden kann, sind für Kokainabhängige gegenwärtig keine medizinischen Therapien verfügbar. Der Grund hierfür liegt offenbar in der Wirkungsweise von Kokain auf die Neurotransmitter Dopamin und Serotonin im Gehirn. Während Heroin an die Opioidrezeptoren im Gehirn wie beispielsweise die μ -Rezeptoren anbindet und damit die Wirkung der gehirneigenen Endorphine imitiert, verhindert Kokain die Wiederaufnahme von Dopamin (und auch von Serotonin) durch die neuronalen Synapsen, nachdem es seine Wirkung entfaltet hat. Dies führt zu einer erhöhten Dopaminkonzentration und damit zu einer Verlängerung und Verstärkung der Wirkung des Dopamins.

Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass es unmöglich ist, eine medizinische Behandlung der Kokainabhängigkeit zu entwickeln, sondern lediglich, dass dies mit größeren Schwierigkeiten verbunden ist und dabei von anderen Ansätzen ausgegangen werden muss als bei der Entwicklung von Therapien für Heroinabhängige.

Ein sehr interessanter Forschungsansatz ist die Immuntherapie: Man versucht, einen Impfstoff zu entwickeln, der die Wirkung des Kokains tatsächlich „neutralisiert“, indem er verhindert, dass die Droge das Gehirn erreicht. Das Grundkonzept wurde bereits ersten Tests unterzogen. Ein im Vereinigten Königreich entwickelter Impfstoff wurde an einer kleinen Gruppe von insgesamt 18 Kokainabhängigen über einen Zeitraum von 14 Wochen getestet. Dabei wurde festgestellt, dass drei Viertel der geimpften Kohorte der Kokainabhängigen ohne unerwünschte Nebenwirkungen in der Lage waren, über einen Zeitraum von drei Monaten drogenfrei zu bleiben. Darüber hinaus gaben sowohl die Patienten, die rückfällig geworden waren, als auch jene, die drogenfrei geblieben waren, sechs Monate später an, dass ihr Euphoriegefühl nicht mehr so stark sei wie vor der Impfung. Infolge dieser Ergebnisse durchläuft der als Drogen-Protein-Konjugat TA-CD bekannte Impfstoff die zweite Phase der klinischen Studien. Ein weiterer immuntherapeutischer Ansatz basiert auf der Entwicklung monoklonaler Antikörper gegen Kokain. Dieser hat jedoch erst vorklinische Studien durchlaufen.

Angesichts der möglichen Vorteile des Vakzins TA-CD wurden ethische Fragen bezüglich des Einsatzes dieses Impfstoffs laut: Wer würde ihn erhalten, wer würde anhand welcher Kriterien darüber entscheiden usw.

beeinflussen, indem ihm sinnvolle Anreize geboten werden, z. B. Geschenke, Gutscheine oder bestimmte Privilegien, die für kokainfreie Urinproben gewährt werden – wurden bei kokainabhängigen ambulanten Patienten sowohl während der Behandlungsphase als auch während der Nachbetreuung positive Effekte hinsichtlich des Drogenkonsums und des psychosozialen Verhaltens erzielt, wobei die Auswirkungen auf den Kokainkonsum offensichtlich auf die Dauer der Behandlung begrenzt blieben (Higgins et al., 2003).

Neue Konzepte für die überaus problematischen Gruppen der Heroinkonsumenten, die auch Kokain oder Crack einnehmen, legen den Schwerpunkt

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400.

auf die Schadensminimierung als primäres Behandlungsziel und kombinieren Verhaltenstherapien, insbesondere Kontingenzmanagement-Ansätze, mit methadongestützten Erhaltungstherapien oder heroingestützten Behandlungen (Schottenfeld et al., 2005; van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

Konzepte zur Schadensminimierung

In Europa werden Konzepte zur Schadensminimierung für Kokainkonsumenten nur in begrenztem Maße entwickelt. Dies könnte sich nun ändern, da das zunehmende Bewusstsein sowohl für das Ausmaß des Kokainkonsums als auch für die damit verbundenen Probleme dazu beiträgt, dass auch das Interesse an der Entwicklung von auf die Bedürfnisse von Kokainkonsumenten zugeschnittenen Maßnahmen steigt. Es ist zwar nach wie vor weitgehend unerforscht, inwieweit Prävention und Konzepte zur Schadensminimierung zur Verringerung der mit dem Kokainkonsum verbundenen Probleme beitragen, jedoch könnten sich einige Bereiche durchaus für die Entwicklung solcher Konzepte eignen. Beispielsweise ist es möglich, dass Kokainkonsumenten von Maßnahmen profitieren, die sich mit Themen wie der erhöhten Toxizität der Kombination von Kokain und Alkohol, dem möglichen Zusammenhang zwischen Kokainkonsum und kardiovaskulären Erkrankungen oder bestimmten Verhaltensweisen befassen, die den Konsumenten einem erhöhten Risiko aussetzen, sich mit HIV zu infizieren oder Opfer eines Unfalls oder Gewaltverbrechens zu werden. Da der Kokainkonsum sprunghaft ansteigen kann, könnte es auch sinnvoll sein, Kurzinterventionen zu erarbeiten, die die Konsumenten auf die Tatsache aufmerksam machen, dass sie demnächst die negativen Folgen ihres Drogenkonsums zu spüren bekommen könnten.

Aufgrund der mit dem Crack-Konsum verbundenen schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Probleme liegen für die Entwicklung von Leistungen für diese Gruppe mehr Erfahrungswerte vor, wobei sich die Tätigkeiten jedoch auf die relativ wenigen europäischen Städte beschränken, in denen der Crack-Konsum ein erhebliches Problem darstellt.

In einer Reihe von Städten wurden im Rahmen aufsuchender Sozialarbeit Maßnahmen für Crack-Konsumenten durchgeführt. Die Arbeit mit dieser Bevölkerungsgruppe gilt als schwierig, und man versucht im Zuge dieser Maßnahmen, diese Menschen zu erreichen. Zwar liegen nach wie vor nur wenige Evidenzdaten vor, jedoch haben einige Studien gezeigt, dass durchaus weitere positive Effekte erzielt werden können. Beispielsweise wurden im Rahmen einer Studie über ein innovatives aufsuchendes Behandlungsprogramm in Rotterdam (Henskens, 2004, zitiert im nationalen Bericht der Niederlande) Faktoren ermittelt, die sich als wichtig für die Behandlung dieser Patientengruppe erwiesen haben, deren Einbindung in herkömmliche Drogendienste sich häufig schwierig gestaltet.

Die kompulsiven Muster des Crack- und Kokainkonsums können mit einer zunehmenden Bereitschaft zu riskanten sexuellen Verhaltensweisen einhergehen. Daher zielen einige niedrigschwellige Programme speziell auf Crack konsumierende Prostituierte ab. Im Rahmen dieser Programme werden Informationen über geschützten Geschlechtsverkehr sowie sicheren Drogenkonsum vermittelt und Kondome und Gleitmittel ausgegeben (siehe das ausgewählte Thema über die Unterschiede zwischen den Geschlechtern).

Ein stärker umstrittenes Konzept wurde in einigen europäischen Städten umgesetzt, in denen die sicheren Drogenkonsumräume, die in der Regel für den injizierenden Drogenkonsum eingerichtet wurden, nun auch das Inhalieren von Drogen ermöglichen. In mehreren Städten in den Niederlanden, Deutschland und der Schweiz wurden überwachte Konsumräume geschaffen, in denen Drogen inhaliert werden können (EBDD, 2004c). Zwar liegt eines der Hauptziele dieser Dienste darin, einen Drogenkonsum unter hygienischen Umständen zu ermöglichen, es gibt jedoch einige Belege dafür, dass die Räume auch als Kontaktstellen für die Vermittlung in andere Betreuungsdienste dienen können. Beispielsweise wurden im Jahr 2004 während der sechsmonatigen Beobachtung eines Dienstes in Frankfurt 1 400 überwachte Konsumvorgänge, 332 Kontaktgespräche, 40 Beratungen und 99 Vermittlungen in andere Drogendienste dokumentiert.



Kapitel 6

Opioidekonsum und injizierender Drogenkonsum

Angebot und Verfügbarkeit von Heroin ⁽¹⁵⁹⁾

In Europa kommt importiertes Heroin in zwei Formen vor: als das allgemein verfügbare braune Heroin (Heroinbase) und als das weniger verbreitete und teurere weiße Heroin (in Salzform), das in der Regel aus Südostasien stammt. Daneben werden einige Opioide innerhalb der EU hergestellt. Dies ist jedoch hauptsächlich auf Produkte aus selbst angebautem Mohn (z. B. Mohnstroh, Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten) beschränkt, die in einigen östlichen EU-Ländern wie beispielsweise Litauen und Polen in geringen Mengen hergestellt werden. In Litauen hat sich der Markt für Mohnstiele und Mohnkonzentrat offenbar stabilisiert, während die Herstellung von „polnischem Heroin“ rückläufig sein dürfte (CND, 2006).

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. Im Jahr 2005 stammten 89 % des weltweit illegal hergestellten Opiums aus Afghanistan, gefolgt von Myanmar (7 %). Die weltweite Herstellung von illegalem Opium ist im Zeitraum zwischen 1999 und 2004 relativ stabil geblieben, mit Ausnahme des Jahres 2001, als ein vom Talibanregime in Afghanistan verhängtes Anbauverbot für Schlafmohn zu einem drastischen, aber nur kurzzeitigen Rückgang der Opiumherstellung führte. Im Jahr 2005 wurden schätzungsweise 4 670 Tonnen Opium hergestellt, das entspricht gegenüber 2004 einem Rückgang um 4 % (CND, 2006). Das weltweite Produktionspotenzial von Heroin wurde 2005 auf 472 Tonnen geschätzt (2004 waren es 495 Tonnen) (UNODC, 2006).

Heroin gelangt über zwei große Drogenhandelsrouten nach Europa. Die traditionell wichtige Balkanroute 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 und Montenegro sowie 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. Die im Jahr 2004 gemeldeten Sicherstellungen von Heroin lassen darauf schließen, dass über die südliche Route inzwischen ebenso große Mengen geschmuggelt werden wie über die nördliche (WZO, 2005; INCB, 2006a). Seit Mitte der 90er Jahre wird Heroin zunehmend (jedoch in geringerem Umfang als über die Balkanrouten) entlang der „Seidenstraße“ über Zentralasien (insbesondere Turkmenistan, Tadschikistan, Kirgisistan und Usbekistan), das Kaspische Meer und die Russische Föderation, Weißrussland oder die Ukraine nach Estland, Lettland, in einige skandinavische Länder und nach Deutschland geschmuggelt (nationale Reitox-Berichte, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Neben diesen Haupttrouten haben sich aber auch Länder der Arabischen Halbinsel (Oman, Vereinigte Arabische Emirate) zu Transitregionen für Heroinlieferungen aus Süd- und Südwestasien nach Europa entwickelt (INCB, 2006a). Darüber hinaus wurde im Jahr 2004 für Europa (und Nordamerika) bestimmtes Heroin in Ost- und Westafrika, der Karibik sowie Mittel- und Südamerika sichergestellt (CND, 2006).

Sicherstellungen

Im Jahr 2004 wurden weltweit 210 Tonnen Opium (mit einem Herstellungspotenzial von 21 Tonnen Heroin), 39,3 Tonnen Morphin und 59,2 Tonnen Heroin sichergestellt. Nach wie vor entfiel der Großteil des weltweit sichergestellten Heroins auf Asien (50 %) und Europa (40 %). Der Anteil Europas nimmt zu, was weitgehend darauf zurückzuführen ist, dass die Sicherstellungen in südosteuropäischen Ländern (Türkei) zugenommen und nun erstmals die in West- und Mitteleuropa beschlagnahmten Mengen überstiegen haben (CND, 2006).

Im Jahr 2004 wurden in den Berichtsländern bei schätzungsweise 46 000 Sicherstellungen etwa 19 Tonnen Heroin beschlagnahmt. Dabei entfielen weiterhin die meisten Sicherstellungen auf das Vereinigte Königreich, gefolgt von Deutschland und Italien, während in der Türkei (gefolgt von Italien und dem Vereinigten Königreich) mit etwa der Hälfte der 2004 sichergestellten Gesamtmenge die größten Heroinmengen beschlagnahmt wurden ⁽¹⁶⁰⁾. Die Zahl der Sicherstellungen von Heroin schwankte im Zeitraum

⁽¹⁵⁹⁾ Siehe „Interpretation der Sicherstellungen und anderer Marktdaten“, S. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2004 vorliegen. Für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2004 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Heroin vor. Für die Niederlande lagen für 2004 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Heroin vor. Für die Ermittlung von Schätzwerten wurden die fehlenden Daten für 2004 durch Daten aus dem Jahr 2003 ersetzt. Die von den Niederlanden bereitgestellten Daten über die 2004 sichergestellten Mengen waren lediglich Schätzungen, die nicht in die Analyse der Tendenzen für 2004 einbezogen werden konnten.

von 1999 bis 2004, und den Daten der Berichtsländer zufolge wurde im Anschluss an den 2002/2003 beobachteten Rückgang im Jahr 2004 eine Zunahme verzeichnet⁽¹⁶¹⁾. Die sichergestellten Mengen stiegen im Fünfjahreszeitraum von 1999 bis 2004 kontinuierlich an und erreichten im Jahr 2004 ein Rekordniveau. Dies war weitgehend darauf zurückzuführen, dass sich die Menge des in der Türkei sichergestellten Heroins 2004 gegenüber dem Vorjahr nahezu verdoppelt hat⁽¹⁶²⁾.

Preis und Reinheit

Im Jahr 2004 gab es zwischen den europäischen Ländern große Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Heroinpreise: Der durchschnittliche Verkaufspreis für braunes Heroin lag zwischen 12 EUR pro Gramm in der Türkei und 141 EUR pro Gramm in Schweden, während weißes Heroin zu durchschnittlichen Verkaufspreisen zwischen 31 EUR pro Gramm in Belgien und 202 EUR pro Gramm in Schweden gehandelt wurde und sich die Preise für nicht spezifiziertes Heroin zwischen 35 EUR pro Gramm in Slowenien und 82 EUR pro Gramm im Vereinigten Königreich bewegten⁽¹⁶³⁾. Im Zeitraum 1999 bis 2004 sanken die durchschnittlichen inflationsbereinigten Heroinpreise⁽¹⁶⁴⁾ den verfügbaren Daten zufolge in den meisten Berichtsländern⁽¹⁶⁵⁾.

Der durchschnittliche Reinheitsgrad des konsumierten braunen Heroins lag 2004 zwischen 10 % in Bulgarien und 48 % in der Türkei, während die Reinheit des weißen Heroins von 20 % in Deutschland bis zu 63 % in Dänemark reichte und die Reinheit des nicht spezifizierten Heroins zwischen 16 % in Ungarn und 42 % bis 50 %⁽¹⁶⁶⁾ in den Niederlanden lag⁽¹⁶⁷⁾. Da der durchschnittliche Reinheitsgrad von Heroinprodukten in den meisten Berichtsländern⁽¹⁶⁸⁾ seit 1999 schwankt, ist es kaum möglich, eine Gesamttendenz zu ermitteln.

Internationale Maßnahmen gegen Herstellung und Handel von Heroin

Essigsäureanhydrid⁽¹⁶⁹⁾ ist ein wichtiger Grundstoff, der zur illegalen Herstellung von Heroin eingesetzt wird. Die „Operation Topaz“ ist eine internationale Initiative zur Überwachung des legalen Handels mit Essigsäureanhydrid, in deren Rahmen auch nach den für die Abzweigung genutzten Methoden und Routen gefahndet wird (INCB,

2006b). Da erhebliche Mengen von Essigsäureanhydrid legal gehandelt werden, ist eine Kontrolle nur schwer möglich. Dies wird durch die Tatsache verdeutlicht, dass seit dem Jahr 2001 22 exportierende Länder/Gebiete 7 684 Vorabmeldungen über Ausfuhren von insgesamt mehr als 1 350 000 Tonnen Essigsäureanhydrid an das INCB erstattet haben. Die Sicherstellungen in der Türkei (1 600 Liter im Jahr 2004) sind in den letzten Jahren stark zurückgegangen, was möglicherweise darauf hinweist, dass die Drogenhändler neue Routen und Methoden für die Abzweigung entwickelt haben. Im Jahr 2004 wurde in Europa (Bulgarien) erstmals Essigsäureanhydrid sichergestellt, das nachweislich aus Südwestasien stammte (INCB, 2006b).

Zwar haben sich einige Elemente der „Operation Topaz“ im Zusammenhang mit der Überwachung des internationalen Handels als erfolgreich erwiesen, jedoch wurden bei der Ermittlung und Stilllegung von Routen, die für den Schmuggel von Essigsäureanhydrid innerhalb Afghanistans und in seine Nachbarländer genutzt werden, kaum Fortschritte erzielt (INCB, 2006b).

Das von Europol durchgeführte Projekt Mustard zielt auf die Ermittlung und Bekämpfung türkischer krimineller Vereinigungen und mit ihnen kooperierender krimineller Gruppierungen ab, deren Tätigkeit auf die EU ausgerichtet ist oder die innerhalb der EU agieren und in erster Linie mit dem Handel von Drogen, insbesondere von Heroin, befasst sind. Im Rahmen des Projekts wird operative Unterstützung bei laufenden Ermittlungsverfahren in den teilnehmenden Ländern geleistet und die strategische Intelligence ausgebaut, indem Einblicke in die Tätigkeiten türkischer Vereinigungen der organisierten Kriminalität und mit ihnen kooperierender Gruppierungen ermöglicht werden (Europol, 2006).

Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums

Die Daten in diesem Abschnitt wurden vom EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum abgeleitet, der als „injizierender bzw. langjähriger oder regelmäßiger Konsum von Heroin, Kokain und/oder Amphetaminen“ definiert wird. In der Vergangenheit bezogen sich die Schätzungen für problematischen Drogenkonsum im Wesentlichen auf den Konsum von Heroin. Wie an anderer Stelle in diesem Bericht erläutert, wird allerdings in einigen Ländern auch großes Augenmerk auf die Konsumenten von Amphetaminen gelegt.

⁽¹⁶¹⁾ Siehe Tabelle SZR-7 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁶²⁾ Siehe Tabelle SZR-8 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁶³⁾ Siehe Tabelle PPP-2 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ Dabei dient in allen Ländern das Jahr 1999 als Basisjahr für den Geldwert.

⁽¹⁶⁵⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in den folgenden Ländern Daten über die Heroinpreise für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar: für braunes Heroin in Belgien, der Tschechischen Republik, Spanien, Frankreich, Irland, Luxemburg, Polen, Portugal, Slowenien, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien, Rumänien, der Türkei und Norwegen; für weißes Heroin in der Tschechischen Republik, Deutschland, Frankreich, Lettland und Schweden; für nicht spezifiziertes Heroin in Litauen und dem Vereinigten Königreich.

⁽¹⁶⁶⁾ Diese Angaben entsprechen den Daten aus zwei unterschiedlichen Beobachtungssystemen (siehe Tabelle PPP-6 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2006); die Angabe von 50 % basiert auf nur einer Stichprobe und ist somit mit Vorsicht zu interpretieren.

⁽¹⁶⁷⁾ Siehe Tabelle PPP-6 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ Für den Zeitraum von 1999 bis 2004 waren in den folgenden Ländern Daten über die Reinheitsgrade von Heroin für mindestens drei aufeinander folgende Jahre verfügbar: für braunes Heroin in der Tschechischen Republik, Dänemark, Spanien, Irland, Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal, der Slowakei, dem Vereinigten Königreich, in der Türkei und Norwegen; für weißes Heroin in Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland und Norwegen; für nicht spezifiziertes Heroin in Belgien, Litauen, Ungarn und den Niederlanden.

⁽¹⁶⁹⁾ In Tabelle I des Übereinkommens von 1988 aufgeführt.

Bei der Interpretation der Schätzungen für den problematischen Opioidkonsum ist zu bedenken, dass die Konsummuster 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 vorherrschten, inzwischen von einer Hinwendung zu anderen Drogen berichten. Mittlerweile geht man davon aus, dass die meisten Heroinkonsumenten neben Opioiden auch Stimulanzien und andere Drogen einnehmen, wobei es jedoch sehr schwer ist, auf EU-Ebene Daten über den polyvalenten Drogenkonsum zu erheben (siehe Kapitel 8).

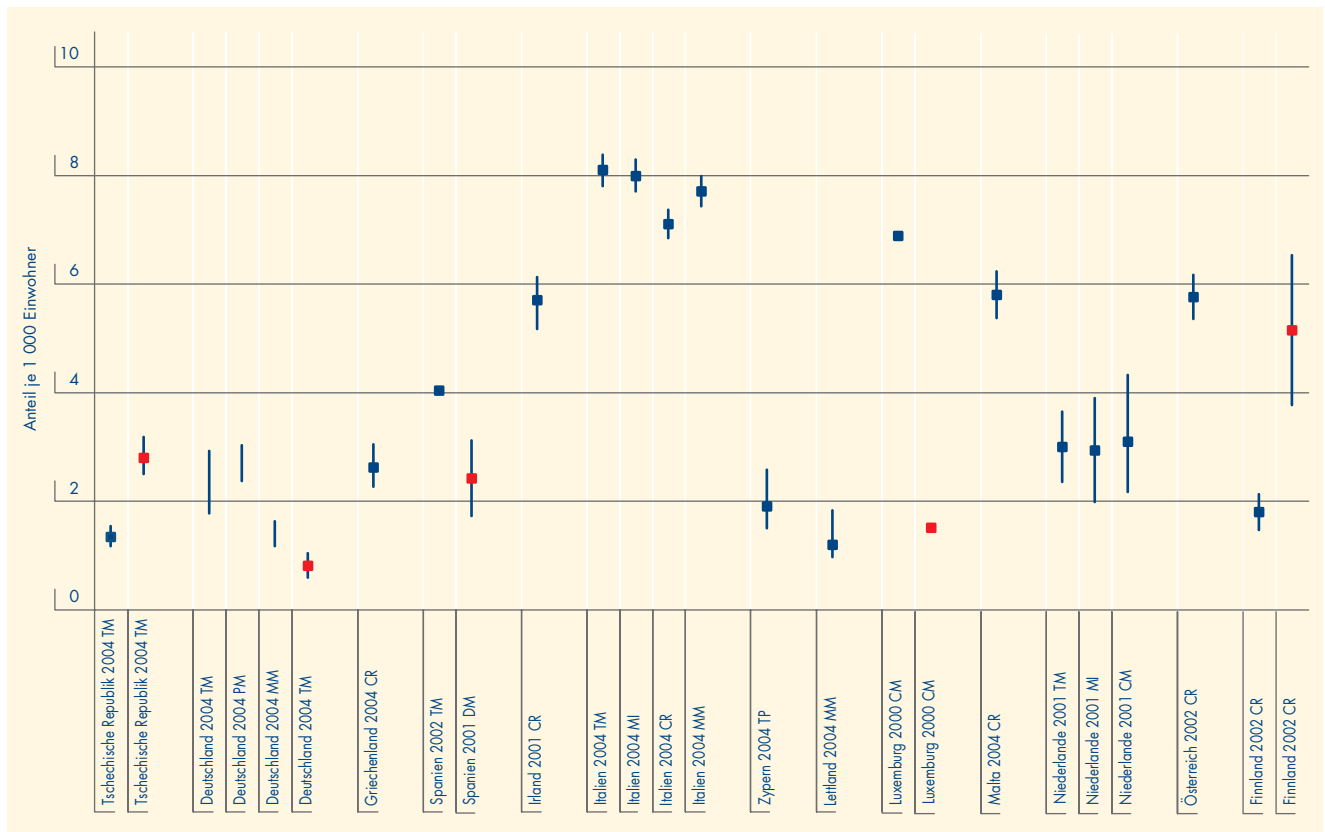
Ungeachtet der allgemeinen Tendenz zu einer Diversifizierung des Phänomens basieren in vielen Ländern die Schätzungen für den problematischen Drogenkonsum ausschließlich auf dem problematischen Konsum von Heroin oder anderen Opioiden als Primärdroge. Dies geht aus den Prävalenzschätzungen für den problematischen Opioidkonsum hervor (siehe Abbildung 8), die weitgehend

mit den Schätzungen für den problematischen Drogenkonsum übereinstimmen⁽¹⁷⁰⁾. Unklar ist, ob in anderen Ländern die Prävalenz des problematischen Konsums anderer Drogen als Opioiden nahezu vernachlässigt werden kann oder ob es vielmehr zu schwierig ist, Schätzungen über den möglicherweise erheblichen Konsum vorzunehmen.

Die Zahl der problematischen Opioidkonsumenten ist schwer zu schätzen, und es sind komplexe Analysen erforderlich, um aus den verfügbaren Datenquellen Prävalenzraten zu gewinnen. Darüber hinaus beziehen sich die Schätzungen häufig auf bestimmte geografisch eingegrenzte Gebiete, und bei der Extrapolation auf nationale Schätzungen werden nicht unbedingt zuverlässige Ergebnisse erzielt.

Für den Zeitraum 2000 bis 2004 liegen die Schätzungen der Prävalenz des problematischen Opioidkonsums auf nationaler Ebene zwischen einem und acht Fällen je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (bezogen auf die mittleren Schätzwerte). Hinsichtlich der geschätzten Prävalenzraten für den problematischen

Abbildung 8: Schätzungen der Prävalenz des problematischen Opioid- und Stimulanzienkonsums, 2000 bis 2004 (Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkung: ■ bezeichnen den Konsum von Stimulanzien, die übrigen Schätzwerte beziehen sich auf den Opioidkonsum. MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator); CR = Capture-Recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); PM = Police Multiplier (Polizei-Multiplikator); MI = Multivariate Indicator; TP = Truncated Poisson; CM = Combined Methods (kombinierte Methoden). Weitere Einzelheiten sind den Tabellen PDU-1, PDU-2 und PDU-3 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen. Das Symbol bezeichnet eine Punktschätzung, ein Balken ein Unsicherheitsintervall, das entweder ein 95%-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse sein kann. Aufgrund der verschiedenen Methoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden.

Quellen: Nationale Knotenpunkte.

⁽¹⁷⁰⁾ Siehe Abbildung PDU-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

Opioidkonsum gibt es offenbar große Unterschiede zwischen den Ländern; andererseits ist festzustellen, dass auch wenn innerhalb eines Landes unterschiedliche Verfahren angewendet wurden, weitgehend kohärente Ergebnisse erzielt wurden. Höhere Schätzwerte für den problematischen Opioidkonsum meldeten Irland, Italien, Luxemburg, Malta und Österreich (fünf bis acht Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren), während die Tschechische Republik, Deutschland, Griechenland, Zypern, Lettland und die Niederlande niedrigere Raten meldeten (weniger als vier Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) (Abbildung 8). Einige der niedrigsten gut dokumentierten Schätzungen liegen nun aus den neuen EU-Mitgliedstaaten vor, wobei jedoch aus Malta eine höhere Prävalenz gemeldet wurde (5,4 bis 6,2 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren). Aus den begrenzten Daten kann für die gesamte EU eine Prävalenz des problematischen Opioidkonsums zwischen zwei und acht Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren errechnet werden. Diese

Schätzungen sind jedoch bei weitem nicht verlässlich und müssen präzisiert werden, wenn mehr Daten vorliegen.

Auf lokaler und regionaler Ebene sind keine Schätzungen speziell über den problematischen Opioidkonsum verfügbar. Die vorliegenden Daten über den problematischen Drogenkonsum (einschließlich des Konsums von Stimulanzien und anderen Drogen) lassen jedoch darauf schließen, dass es hinsichtlich der Prävalenz große Unterschiede zwischen den Städten und Regionen gibt. Mit Raten zwischen 15 und 25 problematischen Drogenkonsumenten je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren wurden die höchsten lokalen Prävalenzschätzungen für den Zeitraum 2000 bis 2004 aus Irland, Portugal, der Slowakei und dem Vereinigten Königreich gemeldet ⁽¹⁷¹⁾. Erwartungsgemäß wurden auch auf lokaler Ebene erhebliche geografische Unterschiede festgestellt: Beispielsweise variieren die Prävalenzschätzungen in unterschiedlichen Teilen Londons zwischen sechs und 25 Fällen je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und

Drogenkonsumenten in Haftanstalten

Es liegen nur lückenhafte Informationen über den Drogenkonsum unter Haftinsassen vor. Viele der in Europa verfügbaren Daten stammen aus Ad-hoc-Studien, die zuweilen auf unterschiedlich großen Stichproben beruhen und auf lokaler Ebene in nicht für den nationalen Strafvollzug repräsentativen Einrichtungen durchgeführt wurden. Aufgrund der unterschiedlichen Merkmale der untersuchten Bevölkerungsgruppen können somit nur in begrenztem Maße Vergleiche der Daten aus den einzelnen Erhebungen – sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern –, Extrapolationen der Ergebnisse und Trendanalysen vorgenommen werden.

Die meisten europäischen Länder ⁽¹⁾ haben Daten über den Drogenkonsum unter Haftinsassen in den letzten fünf Jahren (1999 bis 2004) bereitgestellt. Diese belegen, dass Drogenkonsumenten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Strafvollzug überrepräsentiert sind. In den einzelnen Gefängnissen und anderen Hafteinrichtungen gaben unterschiedlich große Anteile der Insassen an, jemals eine illegale Droge konsumiert zu haben. Die Durchschnittsraten lagen jedoch zwischen einem Drittel oder weniger in Ungarn und Bulgarien und zwei Dritteln oder mehr in den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Norwegen, wobei die meisten Länder Lebenszeitprävalenzraten von etwa 50 % meldeten (Belgien, Griechenland, Lettland, Portugal, Finnland). Cannabis ist unter Haftinsassen nach wie vor die am häufigsten konsumierte illegale Droge: Die Lebenszeitprävalenzraten des Cannabiskonsums liegen in dieser Bevölkerungsgruppe zwischen 4 % und 86 %, gegenüber 3 % bis 57 % für Kokain, 2 % bis 59 % für Amphetamine und 4 % bis 60 % für Heroin ⁽²⁾.

Zwischen 8 % und 73 % der Insassen geben an, vor ihrer Inhaftierung regelmäßig Drogen konsumiert zu haben oder abhängig gewesen zu sein, während die

Lebenszeitprävalenz des injizierenden Drogenkonsums unter den Haftinsassen zwischen 7 % bis 38 % liegt ⁽³⁾.

Zwar reduziert oder beendet die Mehrheit der Drogenkonsumenten bei Haftantritt, jedoch setzen einige Haftinsassen den Drogenkonsum in der Haftanstalt fort, während andere dort erst mit dem Konsum (und/oder der Injektion) von Drogen beginnen. Aus den vorliegenden Studien geht hervor, dass zwischen 8 % und 51 % der Haftinsassen während der Inhaftierung Drogen konsumiert haben, wobei 10 % bis 42 % berichteten, regelmäßig Drogen konsumiert zu haben, und 1 % bis 15 % angaben, in der Haftanstalt Drogen injiziert zu haben ⁽⁴⁾. Dies wirft Fragen bezüglich der Gefahr der Verbreitung von Infektionskrankheiten auf, insbesondere im Zusammenhang mit dem Zugang zu sterilem Spritzenbesteck und den Verfahren des Nadelaustausches unter Haftinsassen.

Wiederholte Studien in der Tschechischen Republik (1996 bis 2002), Dänemark (1995 bis 2002), Litauen (2003/2004), Ungarn (1997 und 2004), Slowenien (2003/2004) und Schweden (1997 bis 2004) belegen einen Anstieg der Prävalenz unterschiedlicher Formen des Drogenkonsums unter Haftinsassen, während Frankreich (1997 und 2003) einen erheblichen Rückgang des Anteils der injizierenden Drogenkonsumenten an den Haftinsassen meldet ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Belgien, die Tschechische Republik, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Ungarn, Malta, die Niederlande, Österreich, Portugal, Slowenien, die Slowakei, Finnland, Schweden, das Vereinigte Königreich, Bulgarien und Norwegen berichteten über in den letzten fünf Jahren (1999 bis 2004) durchgeführte Studien und stellten Daten über die Muster des Drogenkonsums unter Haftinsassen bereit.

⁽²⁾ Siehe Tabelle DUP-1 und Abbildung DUP-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽³⁾ Siehe Tabellen DUP-2 und DUP-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁴⁾ Siehe Tabellen DUP-3 und DUP-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽⁵⁾ Siehe Tabelle DUP-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷¹⁾ Siehe Abbildung PDU-6 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

64 Jahren. Aufgrund der großen Spannweite der lokalen Prävalenzraten ist eine Verallgemeinerung kaum möglich.

Tendenzen des problematischen Opioidkonsums im Zeitverlauf

Das Fehlen verlässlicher und konsistenter historischer Daten erschwert die Auswertung der Tendenzen des problematischen Drogenkonsums im Zeitverlauf. Die erhobenen Evidenzdaten belegen, dass es hinsichtlich der Prävalenz des problematischen Opioidkonsums große Unterschiede zwischen den Ländern gibt und für die EU keine einheitlichen Tendenzen festgestellt werden können. Die Berichte einiger Länder, die durch andere Indikatorindaten gestützt werden, lassen den Schluss zu, dass der problematische Opioidkonsum von Mitte bis Ende der 90er Jahre weiter zugenommen (Abbildung 9), sich jedoch in den letzten Jahren offenbar stabilisiert hat oder geringfügig gesunken ist. Wiederholte Schätzungen des problematischen Opioidkonsums für den Zeitraum 2000 bis 2004 liegen aus sieben Ländern (aus der Tschechischen Republik, Deutschland, Griechenland, Spanien, Irland, Italien, Österreich) vor: Vier Länder (die Tschechische Republik, Deutschland, Griechenland, Spanien) verzeichneten einen Rückgang des problematischen Opioidkonsums, während ein Land eine Zunahme des Konsums meldete (Österreich, dessen Daten jedoch nur schwer interpretiert werden können, da das Datenerfassungssystem während dieses Zeitraums geändert wurde). Die bei Erstpatienten erhobenen Evidenzdaten weisen darauf hin, dass die Inzidenz des problematischen Opioidkonsums insgesamt langsam zurückgehen könnte und daher in naher Zukunft sinkende Prävalenzraten zu erwarten sind.

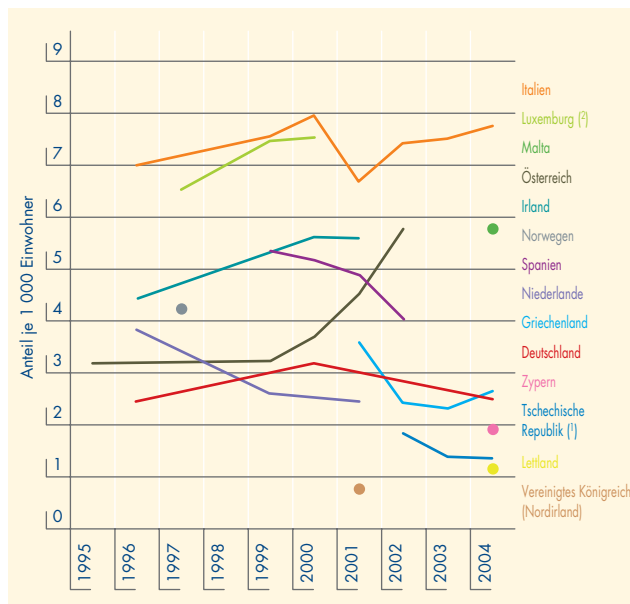
Injizierender Drogenkonsum

Bei injizierenden Drogenkonsumenten (IDU) ist das Risiko gravierender Folgen wie schwerer Infektionskrankheiten oder Überdosen sehr hoch. Daher ist eine gesonderte Betrachtung des injizierenden Drogenkonsums wichtig.

Nur wenige Länder stellen auf nationaler oder subnationaler Ebene Schätzungen für den injizierenden Drogenkonsum zur Verfügung, obwohl diese für die öffentliche Gesundheit von großer Bedeutung sind⁽¹⁷²⁾. In diesem Abschnitt werden die Schätzungen über IDU aufgrund der wenigen verfügbaren Daten nicht nach Primärdroge gegliedert, wobei die Tendenzen beim Anteil der IDU an den in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten (siehe unten) natürlich auf die spezielle Situation Heroin injizierender Konsumenten übertragbar sind.

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. Die verfügbaren Schätzungen der einzelnen Länder weisen erhebliche Unterschiede auf: Seit dem Jahr 2000 lagen die Schätzungen auf nationaler Ebene vorwiegend zwischen einem und

Abbildung 9: Tendenzen bei der Prävalenz des problematischen Opioidkonsums, 1995 bis 2004 (Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



(†) Schätzungen für die Altersgruppe 18-64 Jahre.
 (‡) Berechnet anhand der Daten für die Altersgruppe 15-54 Jahre.
 Anmerkung: Im Falle ähnlicher Methoden während des gesamten Zeitraums wurden Zeitreihen kombiniert. Weitere Informationen sind den Tabellen PDU-1, PDU-2 und PDU-3 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.
 Quellen: Nationale Knotenpunkte.

sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, wobei bis zum Jahr 2000 einige höhere Schätzungen gemeldet wurden. Seit dem Jahr 2000 melden unter den Ländern, die Schätzungen übermittelt haben, Luxemburg und Österreich mit etwa sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren die höchsten nationalen Prävalenzraten für den injizierenden Drogenkonsum, während Zypern und Griechenland mit knapp über einem Fall je 1 000 Erwachsene die niedrigste Schätzung vorgelegt haben.

Soweit Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf vorliegen, zeigen diese kein allgemeines Muster, sondern belegen in einigen Ländern und Regionen (beispielsweise in Schottland im Vereinigten Königreich) einen Rückgang und in anderen eine Zunahme der Raten. Aufgrund der fehlenden Daten in diesem Bereich ist es jedoch unmöglich, sich ein eindeutiges Bild zu verschaffen.

Die Beobachtung des Anteils der aktuellen injizierenden Drogenkonsumenten an den Heroinkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, stellt für die Beobachtung der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung eine wichtige Ergänzung dar. Dabei ist jedoch daran zu erinnern, dass die beobachteten Anteile nicht notwendigerweise Tendenzen bei der Prävalenz des gesamten injizierenden Drogenkonsums widerspiegeln. Beispielsweise sind in Ländern mit einem hohen Anteil an Konsumenten von Stimulanzien (Tschechische Republik, Slowakei, Finnland, Schweden) die Anteile der

⁽¹⁷²⁾ Siehe Abbildung PDU-7 im Statistical Bulletin 2006.

injizierenden Konsumenten an den Heroinkonsumenten unter Umständen nicht repräsentativ für die Gesamtsituation.

Der Anteil der IDU an den Heroinkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, lässt hinsichtlich der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums erneut deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern und schwankende Tendenzen im Zeitverlauf erkennen⁽¹⁷³⁾. In einigen Ländern (in Spanien, den Niederlanden und Portugal) ist der Anteil der injizierenden Heroinkonsumenten an allen Heroinpatienten relativ klein, wohingegen der injizierende Heroinkonsum in anderen Ländern offenbar noch immer die gängigste Form des Heroinkonsums darstellt. In einigen EU-15-Mitgliedstaaten, für die Daten zur Verfügung stehen (in Dänemark, Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien und dem Vereinigten Königreich) ist der injizierende Heroinkonsum unter in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten zurückgegangen. In den meisten neuen Mitgliedstaaten, zumindest in jenen, für die Daten vorliegen, bilden die injizierenden Konsumenten einen großen Anteil aller Heroinkonsumenten, die sich in Behandlung begeben.

Daten zur Behandlungsnachfrage⁽¹⁷⁴⁾

In vielen Ländern werden nach wie vor Opioide (vor allem Heroin) von den meisten Patienten, die sich in Behandlung begeben, als Primärdroge angegeben. In etwa 60 % der im Jahr 2004 insgesamt zum Indikator Behandlungsnachfrage gemeldeten Fälle wurden Opioide als Primärdroge erfasst, wobei etwas mehr als die Hälfte (53 %) dieser Patienten angab, die Droge zu injizieren⁽¹⁷⁵⁾. Es ist darauf hinzuweisen, dass der Indikator Behandlungsnachfrage nicht alle Patienten erfasst, die sich wegen Opioidkonsums in Behandlung befinden – ihre Zahl ist erheblich größer –, sondern lediglich jene Patienten, die sich während des Berichtsjahrs in Behandlung begeben haben.

Die einzelnen Länder verzeichnen unterschiedliche Anteile von Patienten, die sich wegen des Konsums von Heroin in Behandlung begeben. Auf der Grundlage der jüngsten verfügbaren Daten lassen sich die Länder je nach dem Anteil der Heroinabhängigen an den sich in Behandlung begebenden Drogenkonsumenten wie folgt in drei Gruppen unterteilen:

- unter 50 % – Tschechische Republik, Dänemark, Ungarn, die Niederlande, Polen, Slowakei, Finnland, Schweden;
- 50 % bis 70 % – Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Zypern, Lettland, Portugal, Vereinigtes Königreich, Rumänien;
- über 70 % – Griechenland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, Slowenien und Bulgarien⁽¹⁷⁶⁾.

Zu den Ländern, in denen ein erheblicher Anteil der Opioidpatienten andere Substanzen als Heroin konsumiert, gehören unter anderem Ungarn und Finnland. In Ungarn ist der Konsum von Produkten aus selbst angebautem Mohn weit verbreitet, während in Finnland die meisten Opioidpatienten Buprenorphin konsumieren⁽¹⁷⁷⁾.

Ebenso wie die meisten Konsumenten anderer Drogen begeben sich auch die meisten Opioidkonsumenten in ambulanten Einrichtungen in Behandlung. Verglichen mit den Kokain- und Cannabispatienten wird jedoch ein größerer Anteil der Opioidpatienten in stationären Einrichtungen behandelt.

Die meisten Länder, in denen jährlich viele Heroinpatienten erstmals eine Behandlung beantragen (mit Ausnahme Deutschlands, wo die Basis für die Berichterstattung erweitert wurde), berichten über einen Rückgang der Heroinpatienten in den letzten vier bis fünf Jahren, allerdings nicht bei den Patienten, die sich bereits zuvor in Behandlung befanden. Die Zahl der wiederholten Behandlungsanträge ist insgesamt nicht zurückgegangen, und in den meisten Ländern ist die Gesamtzahl der Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Heroin in etwa stabil geblieben. Bemerkenswerte Ausnahmen bilden Deutschland und das Vereinigte Königreich, wo die Gesamtzahl der gemeldeten Behandlungsnachfragen gestiegen ist. Insgesamt ist jedoch der prozentuale Anteil der Behandlungsnachfragen (sowohl der wiederholten als auch der neuen Behandlungsnachfragen) im Zusammenhang mit Heroin zurückgegangen. Im Falle der neuen Nachfragen ist er zwischen 1999 und 2004 von etwa zwei Dritteln auf etwa 40 % gesunken, während die Zahl der Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Cannabis oder Kokain gestiegen ist⁽¹⁷⁸⁾.

Bereits in den Vorjahren wurde über das zunehmende Alter der Patienten berichtet, die eine Behandlung wegen des Konsums von Opioiden beantragen. Diese Tendenz setzte sich im Jahr 2004 fort. Fast alle Opioidkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, sind älter als 20 Jahre, wobei fast die Hälfte bereits die 30 überschritten hat. Die auf europäischer Ebene verfügbaren Daten zeigen, dass die wenigsten Opioidkonsumenten (unter 7 %) jünger als 20 Jahre sind, wenn sie das erste Mal Hilfe in Anspruch nehmen⁽¹⁷⁹⁾. Vereinzelt wird über sehr junge Menschen (im Alter von unter 15 Jahren) berichtet, die sich wegen des Konsums von Heroin in Behandlung begeben⁽¹⁸⁰⁾, beispielsweise Kinder zwischen 11 und 12 Jahren in Sofia, Bulgarien. Im Allgemeinen werden jedoch Behandlungen im Zusammenhang mit Heroin offenbar nur selten von Jugendlichen nachgefragt.

Im Zusammenhang mit Opioidpatienten werden in den Berichten soziale Ausgrenzung, niedriges

⁽¹⁷³⁾ Siehe Abbildung PDU-3 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁴⁾ Siehe Fußnote (70).

⁽¹⁷⁵⁾ Siehe Abbildung TDI-2 und Tabelle TDI-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-26 im Statistical Bulletin 2006; Nationale Reitox-Berichte.

⁽¹⁷⁸⁾ Siehe Abbildung TDI-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-10 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk.

Bildungsniveau, hohe Arbeitslosenraten und häufig instabile Wohnverhältnisse genannt. Beispielsweise berichtet Spanien, dass 17 % bis 18 % der Opioidpatienten obdachlos sind.

Die meisten Opioidpatienten geben an, diese Drogen erstmals im Alter zwischen 15 und 24 Jahren konsumiert zu haben, wobei etwa 50 % der Patienten jünger als 20 Jahre waren, als sie die Droge zum ersten Mal konsumiert haben ⁽¹⁸¹⁾. Da zwischen dem Erstkonsum und der ersten Behandlungsnachfrage in der Regel fünf bis zehn Jahre und zwischen dem Einstieg und dem regelmäßigen Drogenkonsum schätzungsweise 1,5 bis 2,5 Jahre vergehen (nationaler Bericht Finnlands), kann davon ausgegangen werden, dass Opioidpatienten meistens erstmals eine spezialisierte Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie bereits drei bis sieben Jahre regelmäßig Drogen konsumiert haben.

Knapp über die Hälfte aller neuen Opioidpatienten, die europaweit eine Behandlung in ambulanten Einrichtungen in Anspruch nehmen und bei denen die Applikationsform bekannt ist, injiziert die Droge. Insgesamt sind die Anteile der injizierenden Konsumenten an den Opioidkonsumenten, die eine Behandlung beantragen, in den neuen Mitgliedstaaten (über 60 %) höher als in den EU-15-Mitgliedstaaten (unter 60 %). Eine Ausnahme bilden Italien und Finnland, wo der Anteil der injizierenden Opioidkonsumenten an den Opioidpatienten 74 % bzw. 79,3 % beträgt. Der niedrigste Anteil der injizierenden Opioidpatienten wird aus den Niederlanden gemeldet (13 %), während der höchste Anteil dieser Patienten in Lettland (86 %) festgestellt wurde ⁽¹⁸²⁾.

Behandlung der Opioidabhängigkeit

In der EU-Drogenstrategie 2005-2012 wird der Verbesserung der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Therapieprogrammen hohe Priorität eingeräumt. Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, eine umfassende Palette wirksamer Therapieprogramme anzubieten. In der Vergangenheit bildete die stationäre Therapie einen wichtigen Rahmen für die Behandlung problematischer Opioidkonsumenten. Da jedoch immer mehr unterschiedliche Behandlungsoptionen verfügbar sind und vor allem die Substitutionsbehandlung in erheblichem Maße eingesetzt wird, hat die relative Bedeutung der stationären Behandlung abgenommen.

In Europa liegen gegenwärtig nur in begrenztem Maße Daten über die relative Verfügbarkeit unterschiedlicher Therapieformen für Probleme im Zusammenhang mit Opioiden vor. In Beantwortung eines EBDD-Fragebogens gaben Fachleute in den meisten (16) Mitgliedstaaten an, dass die Substitutionsbehandlung die am häufigsten angebotene Therapieform darstellt. In vier Ländern (Tschechische Republik, Ungarn, Polen und Slowakei) sind den Berichten zufolge drogenfreie Behandlungen

weiter verbreitet, und zwei Länder (Spanien und Schweden) melden ein ausgewogenes Verhältnis zwischen medikamentengestützten und drogenfreien Therapieformen.

In allen EU-Mitgliedstaaten ⁽¹⁸³⁾ sowie in Bulgarien, Rumänien und Norwegen werden Substitutionstherapien für Opioidabhängige (vor allem Therapien mit Methadon oder Buprenorphin) angeboten, wobei nunmehr auf europäischer Ebene ein breiter Konsens darüber besteht, dass dieser Ansatz für die Behandlung problematischer Opioidkonsumenten sehr gut geeignet ist. In einigen Ländern stellt die Substitutionstherapie allerdings noch immer ein heikles Thema dar (siehe Kapitel 2). Die Rolle der Substitutionstherapie wird international immer weniger kontrovers diskutiert. Das System der Vereinten Nationen verabschiedete im Jahr 2004 ein gemeinsames Positionspapier zur substitutionsgestützten Erhaltungstherapie (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), und im Juni 2006 nahm die WHO sowohl Methadon als auch Buprenorphin in ihre Liste der unentbehrlichen Medikamente auf.

Inzwischen liegen tragfähige Evidenzdaten über den Wert von Substitutionsprogrammen vor, bei denen Drogen wie Methadon oder Buprenorphin eingesetzt werden. Studien belegen, dass die Substitutionstherapie positive Ergebnisse zeitigt: Verringerung des Konsums illegaler Drogen, niedrigere Raten des injizierenden Drogenkonsums, Eindämmung riskanter Verhaltensweisen im Hinblick auf die Verbreitung von HIV oder anderen Infektionskrankheiten, wie beispielsweise die gemeinsame Nutzung von Spritzenbesteck, und Verbesserungen sowohl des Sozialverhaltens als auch des Gesundheitszustands insgesamt. Bei Forschungsarbeiten wurde ferner festgestellt, dass unter Umständen auch die kriminellen Aktivitäten nachlassen und das ausreichende Angebot von Substitutionstherapien Einfluss auf die Zahl der drogenbedingten Todesfälle haben kann. Optimale Ergebnisse können nur unter der Voraussetzung erzielt werden, dass die Therapie rechtzeitig aufgenommen wird, der Patient über einen ausreichenden Zeitraum hinweg kontinuierlich behandelt wird und die Medikamente in angemessenen Dosen verabreicht werden.

Während die methadongestützte Therapie in Europa nach wie vor die am häufigsten verschriebene Substitutionsbehandlung darstellt, werden zunehmend auch andere Therapieformen angeboten: Buprenorphin ist derzeit in 19 EU-Ländern sowie in Bulgarien und Norwegen verfügbar, wobei jedoch unklar ist, ob es in allen Ländern, in denen es den Berichten zufolge eingesetzt wird, offiziell für die Erhaltungstherapie zugelassen ist. Angesichts der Tatsache, dass die hochdosierte Buprenorphintherapie in Europa erst vor zehn Jahren eingeführt wurde, hat sich diese Therapieform bemerkenswert schnell durchgesetzt (siehe Abbildung 1) ⁽¹⁸⁴⁾.

⁽¹⁸¹⁾ Siehe Tabelle TDI-11 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁸²⁾ Siehe Tabelle TDI-17 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁸³⁾ Aus Zypern wird seit 2004 über den Einsatz von Methadon in der Entgiftungstherapie berichtet. Ferner wurde die Einleitung eines Pilotprojekts zur methadongestützten Erhaltungstherapie angekündigt, wobei jedoch bisher noch nicht über behandelte Fälle berichtet wurde. In der Türkei ist Methadon offiziell für die Behandlung von Opioidabhängigkeit registriert, jedoch wurden noch keine Behandlungen gemeldet.

⁽¹⁸⁴⁾ Siehe das ausgewählte Thema zu Buprenorphin im Jahresbericht 2005.

Die langfristige Drogensubstitution ist nicht die einzige Zielsetzung der opioidgestützten Pharmakotherapie. Methadon und Buprenorphin werden auch bei der Opiod-Entzugstherapie eingesetzt, wenn das therapeutische Ziel darin besteht, dem Einzelnen zu helfen, abstinent zu werden, indem ihm über einen bestimmten Zeitraum hinweg eine abnehmende Dosis verabreicht und so die quälenden Entzugserscheinungen gemildert werden. Der Opioid-Antagonist Naltrexon wird zuweilen in der aversiven Pharmakotherapie der Opioidabhängigkeit eingesetzt, um Rückfälle zu vermeiden, da es die Wirkung von Heroin neutralisiert. Über den therapeutischen Nutzen dieser Droge liegen jedoch bisher nur wenig aufschlussreiche Evidenzdaten vor.

In einigen Ländern (in Deutschland, Spanien, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich) gibt es außerdem Heroinverschreibungsprogramme, wobei jedoch verglichen mit anderen Drogensubstitutionsbehandlungen nur wenige Patienten eine solche Therapie erhalten (vermutlich weniger als 1 % aller Patienten). Diese Therapieform wird weiterhin kontrovers diskutiert und wird in der Regel im Rahmen wissenschaftlicher Versuche für Langzeitkonsumenten angeboten, bei denen andere Behandlungsmaßnahmen gescheitert sind.

Im Zuge einer vor kurzem durchgeführten Studie über die Wirksamkeit der Drogentherapie bei der Prävention der Übertragung von HIV wurde festgestellt, dass verhaltensorientierte Maßnahmen die positiven Effekte der Substitutionsbehandlung bei der HIV-Prävention verstärken können, während die Wirksamkeit einer ausschließlichen psychotherapeutischen Behandlung Schwankungen unterliegt. Abstinenzorientierte Therapieformen zeitigten im Hinblick auf die HIV-Prävention bei den Patienten gute Ergebnisse, die über drei oder mehr Monate hinweg behandelt wurden (Farrell et al., 2005).

Beobachtung der Ausgabe von Methadon

Methadon ist eine in Anhang I des Einheitsübereinkommens der Vereinten Nationen über Suchtstoffe von 1961 aufgeführte kontrollierte Droge, deren jährlicher Verbrauch in den einzelnen Ländern durch das INCB überwacht wird.

Einer Mindestschätzung der EBDD zufolge haben im Laufe des Jahres in den EU-Mitgliedstaaten sowie in Norwegen, Bulgarien und Rumänien mehr als 500 000 Patienten eine Substitutionsbehandlung erhalten (siehe Tabelle 4 im Jahresbericht 2005). Lediglich in der Tschechischen Republik und Frankreich findet den Berichten zufolge die hochdosierte Buprenorphintherapie am häufigsten Anwendung, während in allen anderen Ländern bei 90 % der Substitutionsbehandlungen Methadon eingesetzt wird.

85 % des weltweiten Methadonkonsums entfallen auf die EU und die USA, wobei der Verbrauch in diesen Ländern im Laufe der letzten zehn Jahre kontinuierlich gestiegen ist. Der Konsum hatte sich in beiden Gebieten zwischen 1997 und 2000 stabilisiert, ist jedoch seitdem in den Vereinigten Staaten deutlich gestiegen. Derzeit ist der Methadonkonsum in der EU etwa halb so hoch wie in den USA ⁽¹⁸⁵⁾.

In der Regel steigen die Konsumzahlen im Anschluss an die Einführung dieser Therapieform auf Landesebene erheblich an. Beispielsweise hatte in Frankreich die umfassende Einführung der methadongestützten Substitutionstherapie im Jahr 1995 einen sprunghaften Anstieg des Konsums von 31 kg im Jahr 1995 auf 446 kg im Jahr 2004 zur Folge.

In jüngster Zeit sind in den Statistiken für Dänemark, Spanien, Malta, die Niederlande und möglicherweise Deutschland Anzeichen für eine Stabilisierung des Methadonkonsums zu erkennen. Dies entspricht den gemeldeten Tendenzen bei der Zahl der in Behandlung befindlichen Patienten (siehe Kapitel 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Siehe Abbildung NSP-2 im Statistical Bulletin 2006.



Kapitel 7

Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Eine der besonders schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen des Konsums illegaler Drogen und insbesondere des injizierenden Drogenkonsums ist die Übertragung von HIV und anderen Infektionskrankheiten, vor allem Hepatitis C und B. Der Zusammenhang zwischen injizierendem Drogenkonsum und der Übertragung von Infektionskrankheiten ist eindeutig belegt. Die Eindämmung des injizierenden Drogenkonsums und der gemeinsamen Nutzung von Spritzenbestecken ist daher mittlerweile ein primäres Ziel drogenorientierter Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Ferner weisen Studien auf einen Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und hochriskanten sexuellen Verhaltensweisen hin. Daraus wird die zunehmende Notwendigkeit deutlich, Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenkonsums mit Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu verknüpfen, die auf die Sexualgesundheit abzielen. Was die Beobachtung auf europäischer Ebene betrifft, so werden Daten über Infektionskrankheiten durch reguläre Meldequellen, wobei der injizierende Drogenkonsum als Risikofaktor erfasst werden kann, sowie im Zuge spezieller Studien über Drogenkonsumenten in unterschiedlichen Settings erhoben.

HIV und Aids

Jüngste Tendenzen bei den neu gemeldeten HIV-Fällen

Derzeit melden die meisten Länder niedrige Raten neu diagnostizierter HIV-Infektionen, die mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden. Anhand der Länder, die kontinuierlich niedrige HIV-Infektionsraten unter injizierenden Drogenkonsumenten (IDU) melden, kann untersucht werden, welche Faktoren hierfür verantwortlich sein könnten. Diese Frage wird im laufenden EU-Drogenaktionsplan thematisiert und bildet einen der Schwerpunkte einer von der EBDD koordinierten Studie. In diesem Zusammenhang darf man sich jedoch keinen Illusionen hingeben. Weder Spanien noch Italien, die beide HIV-Epidemien unter IDU zu beklagen hatten, stellen nationale Berichtsdaten über HIV-Fälle zur Verfügung, was erhebliche negative Auswirkungen auf den Wert dieser Daten für die Darstellung des Gesamtbildes in der EU hat. Darüber hinaus geben die Daten aus einigen Ländern Anlass zu der Befürchtung, dass die Zahl der HIV-Infektionen steigen könnte, zumindest in bestimmten Teilgruppen der IDU.

In Frankreich, wo HIV-Fälle erst seit 2003 erfasst werden, ist die HIV-Inzidenz unter IDU (wenn auch ausgehend von einem niedrigen Niveau) von schätzungsweise 2,3 Fällen je 1 Millionen Einwohner im Jahr 2003 auf 2,9 Fälle im

Jahr 2004 gestiegen. Dies steht zwar insgesamt im Einklang mit den verfügbaren Erhebungsdaten (siehe unten), es ist jedoch daran zu erinnern, dass neue Meldesysteme in der Anfangsphase häufig instabil sind. In Portugal wird der zuvor verzeichnete scheinbare Rückgang der neu diagnostizierten HIV-Fälle unter IDU durch die Daten des Jahres 2004 in Frage gestellt, die mit 98,5 Fällen je 1 Million Einwohner die EU-weit höchste HIV-Inzidenz belegen⁽¹⁸⁶⁾. Im Vereinigten Königreich ist die HIV-Inzidenz unter IDU langsam gestiegen, bleibt gegenwärtig aber bei jährlich knapp unter 2,5 Fällen je 1 Million Einwohner stabil. In Irland stieg die Inzidenz Ende der 90er Jahre auf einen Spitzenwert von 18,3 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2000, fiel anschließend auf 9,8 Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2001 und stieg dann auf 17,8 Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2004 an.

Zu HIV-Ausbrüchen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum kam es auch in jüngerer Zeit, so zum Beispiel 2001 in Estland und Lettland sowie 2002 in Litauen. Seitdem sind die Raten stark zurückgegangen. Nach einer ersten epidemischen Phase ist in der Regel ein Rückgang der Zahl der neu gemeldeten Fälle zu erwarten, wenn sich ein endemisches Infektionsniveau einstellt (siehe unten).

HIV-Seroprävalenz bei getesteten injizierenden Drogenkonsumenten

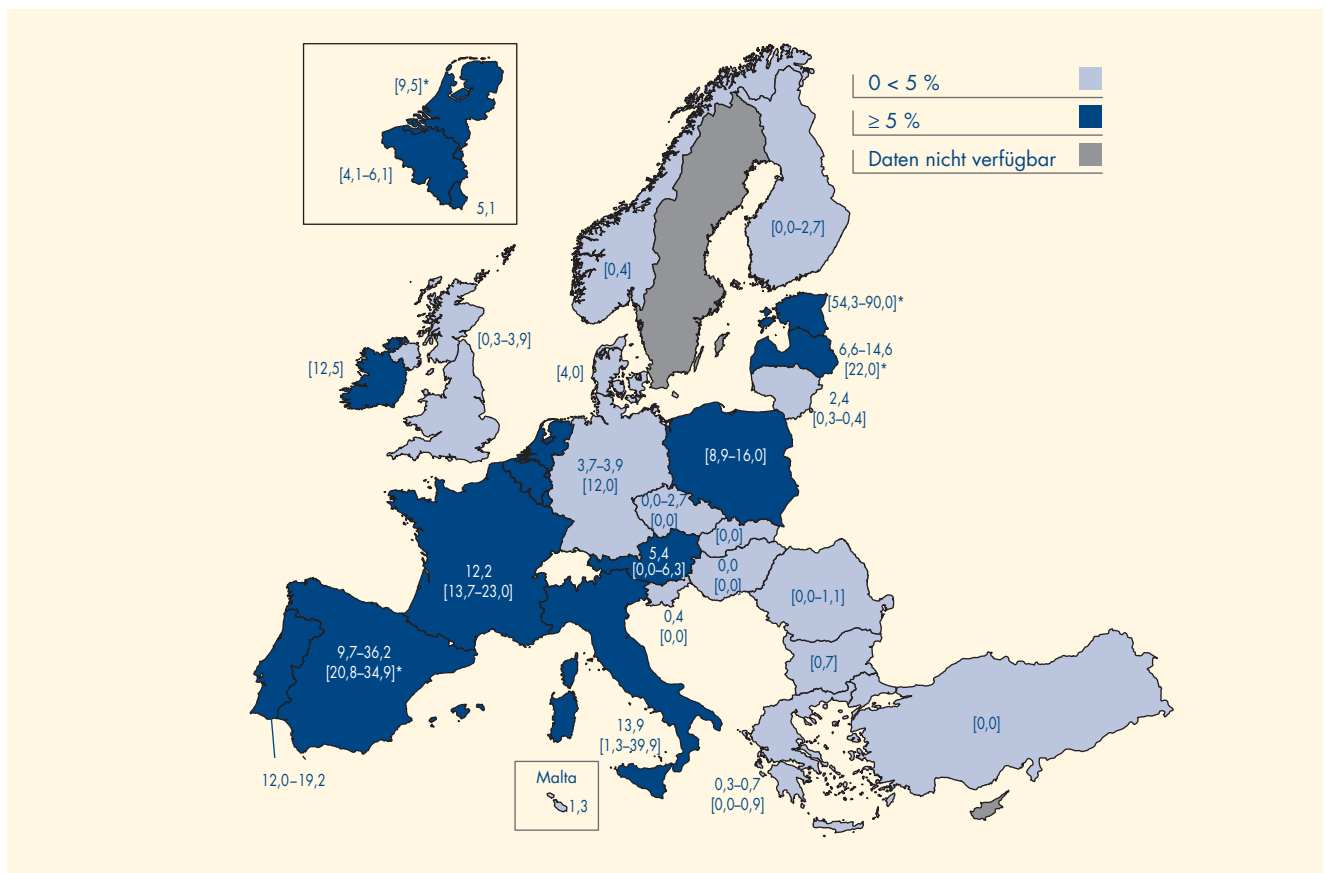
Seroprävalenzdaten von injizierenden Drogenkonsumenten (prozentualer Anteil der Infizierten in Stichproben von IDU) stellen eine wichtige Ergänzung zu den Berichten über HIV-Fälle dar. Wiederholte Seroprävalenz-Studien sowie die regelmäßige Überwachung der Daten aus diagnostischen Tests können die aus den Daten der Fallberichterstattung gezogenen Schlussfolgerungen untermauern und detailliertere Informationen über bestimmte Regionen und Settings bereitstellen. Die Prävalenzdaten stammen jedoch aus den unterschiedlichsten Quellen und sind in einigen Fällen unter Umständen schwer vergleichbar; daher sollten sie mit Bedacht interpretiert werden.

Die jüngsten in den Berichten einiger Länder über HIV-Fälle verzeichneten Anstiege werden zumeist durch die verfügbaren Seroprävalenzdaten bestätigt, die jedoch belegen, dass eine erhöhte Wachsamkeit nicht nur in diesen Ländern geboten ist.

In den baltischen Staaten zeigen die verfügbaren Seroprävalenzdaten, dass die Übertragung unter IDU unter Umständen noch immer nicht unter Kontrolle ist (Abbildung 10). In Estland geht aus einer kürzlich

⁽¹⁸⁶⁾ Siehe Abbildungen INF-2 (Teil i) und INF-2 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2006.

Abbildung 10: HIV-Prävalenz bei getesteten injizierenden Drogenkonsumenten im Zeitraum 2003/2004



Anmerkung: Die Angaben in Klammern sind lokale Daten. Die Farben markieren die mittleren Werte der nationalen Daten bzw., sofern diese nicht verfügbar sind, der lokalen Daten. In den Daten für Italien und Portugal werden nicht injizierende Drogenkonsumenten berücksichtigt; dies führt wahrscheinlich zu einer Unterschätzung der Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten.

* Die Daten wurden teilweise oder vollständig vor dem Jahr 2003 (Spanien 2002/2003; Frankreich 2002/2003; Lettland 2002/2003; Niederlande 2002) bzw. im Jahr 2005 (Estland) erhoben.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen, Einzelheiten zu den Studien sowie Daten für den Zeitraum vor 2003 oder nach 2004 sind der Tabelle INF-8 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

durchgeführten Studie hervor, dass die Prävalenz unter IDU in einer Region steigt (Tallinn: von 41 % einer Stichprobe von 964 IDU im Jahr 2001 auf 54 % einer Stichprobe von 350 IDU im Jahr 2005) und in einer anderen außergewöhnlich hoch ist (Kohtla-Järve: 90 % einer Stichprobe von 100 IDU). In Lettland zeigen zwei Zeitreihen von Seroprävalenzdaten unter IDU einen kontinuierlichen Anstieg bis 2002/2003, während eine dritte Reihe einen Rückgang seit dem Höhepunkt im Jahr 2001 belegt. In Litauen zeigen die Daten für das Jahr 2003 einen Anstieg der Zahl der positiv auf HIV getesteten IDU in Drogentherapien, Nadelaustauschprogrammen und Krankenhäusern von zwischen 1,0 % und 1,7 % im Zeitraum 1997 bis 2002 auf 2,4 % (27 von 1 112) im Jahr 2003.

In den Ländern, die in der Vergangenheit hohe Raten von HIV-Infektionen unter IDU verzeichnet haben (Spanien, Frankreich, Italien, Polen und Portugal) gibt es neue Anzeichen für eine fortgesetzte Übertragung auf nationaler Ebene, in bestimmten Regionen oder in bestimmten Teilgruppen von IDU⁽¹⁸⁷⁾. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die infolge der umfangreichen Epidemien der 80er und 90er Jahre hohe Hintergrundprävalenz

in diesen Ländern die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass hochriskantes Verhalten zu einer Infektion führt.

Für Spanien und Italien stehen keine nationalen Daten aus der Fallberichterstattung zur Verfügung. Daten aus routinemäßigen diagnostischen Tests sind schwer zu interpretieren, da bei ihnen unterschiedliche Auswahlverzerrungen auftreten können; jedoch geben sie in diesen Ländern Anlass zur Besorgnis. In Spanien blieb die HIV-Prävalenz unter jungen IDU (unter 25 Jahren), die während der Drogenbehandlung getestet wurden, bis 2002 bei über 12 % stabil, während sie unter neuen IDU (definiert als IDU, die seit weniger als zwei Jahren injizieren) im Zeitraum 2000/2001 von 15 % auf 21 % gestiegen ist, was für das Jahr 2002 auf eine hohe Inzidenz schließen lässt. In Italien weisen die einzelnen Regionen sehr unterschiedliche Tendenzen bei IDU auf, wobei in einigen Regionen auch in der letzten Zeit weitere erhebliche Zunahmen der HIV-Prävalenz festgestellt wurden (Bozen, Ligurien, Molise, Toskana und Umbrien).

In Polen deutet die in lokalen Untersuchungen festgestellte hohe Prävalenz unter jungen IDU darauf hin, dass

⁽¹⁸⁷⁾ Siehe Abbildung INF-5 (Teil ii) und (Teil vi) im Statistical Bulletin 2006.

sich HIV zumindest bis vor kurzem weiter ausgebreitet hat (in einer Region lag die Prävalenz im Jahr 2002 bei 15 %, in zwei weiteren Regionen im Jahr 2004 bei 4 % bis 11 %). In der Erhebung des Jahres 2002 wurden vier Fälle (9 %) von HIV unter den 45 neuen injizierenden Konsumenten der Stichprobe gemeldet. Jedoch wurden in der Erhebung des Jahres 2004 bei den 20 neuen IDU der Stichprobe keine Fälle festgestellt.

Schließlich weisen in einigen Ländern, in denen niemals umfangreiche Epidemien unter IDU beobachtet wurden, einige der jüngsten Prävalenzdaten darauf hin, dass Wachsamkeit angezeigt ist. Dies ist offenbar in Luxemburg, Österreich und dem Vereinigten Königreich der Fall, obwohl der Anstieg der HIV-Prävalenz in diesen Ländern begrenzt bleibt und nicht durch Daten aus der Fallberichterstattung untermauert wird.

Länder mit niedriger HIV-Prävalenz

Hinsichtlich der HIV-Prävalenz unter getesteten IDU bestehen nach wie vor große Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedstaaten (Abbildung 10). In einer Reihe von Ländern ist die HIV-Prävalenz unter IDU in jüngster Zeit gestiegen oder bleibt seit vielen Jahren auf hohem Niveau stabil. Dagegen blieb die HIV-Prävalenz unter IDU in mehreren anderen Ländern im Zeitraum 2003/2004 sehr niedrig: Die HIV-Prävalenz lag in der Tschechischen Republik, Griechenland, Ungarn, Malta und Slowenien (basierend auf nationalen Erhebungen) sowie in der Slowakei, in Bulgarien, Rumänien, in der Türkei und Norwegen (basierend auf subnationalen Erhebungen) unter oder bei etwa 1 %. Einige dieser Länder (z. B. Ungarn) wiesen sowohl bei der HIV-Prävalenz als auch bei der Prävalenz des Hepatitis-C-Virus (HCV) die europaweit niedrigsten Raten auf, was auf niedrige Raten injizierender Drogenkonsumenten hinweist (siehe unten „Hepatitis B und C“). Jedoch gibt es in einigen Ländern (z. B. Rumänien) Belege für eine steigende Prävalenz von Hepatitis C.

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der HIV-Prävalenz zwischen den getesteten IDU

Die verfügbaren Daten für den Zeitraum 2003/2004 zeigen, dass hinsichtlich der Seroprävalenz bei den getesteten IDU Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt wurden⁽¹⁸⁸⁾. Die kombinierten Daten aus Belgien, Estland (2005), Spanien (2002), Frankreich, Italien, Luxemburg, Österreich, Polen und Portugal ergaben eine Stichprobe von insgesamt 124 337 Männern und 20 640 Frauen, die vorwiegend in Drogenbehandlungszentren oder anderen Drogendiensten getestet wurden. Die Gesamtprävalenz betrug bei den Männern 13,6 % und bei den Frauen 21,5 %. Zwischen den Ländern wurden erhebliche Unterschiede beobachtet: Während in Estland, Spanien, Italien, Luxemburg und Portugal die höchsten Anteile der Frauen im Verhältnis zu den Männern festgestellt wurden, verzeichnete Belgien mit höheren Raten unter den Männern eine umgekehrte Tendenz.

Aids-Inzidenz und Verfügbarkeit von 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. Sie belegen jedoch nach wie vor die Gesamtraten der symptomatischen Erkrankungen und stellen einen wichtigen Indikator für die Einführung und das flächendeckende Angebot von HAART für IDU dar.

Schätzungen der WHO zufolge hatte im Jahr 2003 in den westeuropäischen Ländern ein Großteil der behandlungsbedürftigen Menschen (über 70 %) Zugang zu HAART, während der Erfassungsgrad dieser Therapieform in den meisten osteuropäischen Ländern, darunter in Estland, Litauen und Lettland, stärker begrenzt war⁽¹⁸⁹⁾. Jüngere Daten über den Erfassungsgrad von HAART zeigen, dass sich die Lage erheblich gebessert hat und gegenwärtig in allen EU-Mitgliedstaaten und Kandidatenländern mindestens 75 % der behandlungsbedürftigen Menschen Zugang zu HAART haben. Spezifische Daten über die Verfügbarkeit von HAART für IDU liegen jedoch nicht vor, und es bleibt festzustellen, ob der verbesserte Erfassungsgrad zu einem Rückgang der Aids-Inzidenz unter IDU in Estland und Lettland führen wird.

Was die vier westeuropäischen Länder mit der höchsten Aids-Inzidenz betrifft, d. h. Spanien, Frankreich, Italien und Portugal, so ist die Inzidenz in den drei erstgenannten Ländern seit 1996 und in Portugal erst seit 1999 zurückgegangen. Portugal ist mit 31 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2004 nach wie vor das EU-Land mit der höchsten Aids-Inzidenz unter IDU. In Lettland ist jedoch die Inzidenz mit 30 Fällen je 1 Million Einwohner fast genauso hoch.

Die von EuroHIV vorgelegten Daten bis 2004 (korrigiert um Meldeverzögerungen) zeigen, dass die Aids-Inzidenz unter IDU sowohl in Estland als auch in Lettland steigt⁽¹⁹⁰⁾.

Hepatitis B und C

Hepatitis C

Die Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus (HCV) unter injizierenden Drogenkonsumenten ist EU-weit im Allgemeinen außerordentlich hoch, wobei es jedoch große Unterschiede innerhalb der Länder und zwischen den einzelnen Ländern gibt. Für die Jahre 2003/2004 werden aus Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Spanien, Irland, Italien, Polen, Portugal, dem Vereinigten Königreich, Rumänien und Norwegen Prävalenzraten von über 60 % bei Stichproben von injizierenden Drogenkonsumenten gemeldet, während Belgien, die Tschechische Republik, Griechenland, Zypern, Ungarn, Malta, Österreich, Slowenien, Finnland und das Vereinigte Königreich über Stichproben mit Prävalenzraten unter 40 % berichten⁽¹⁹¹⁾.

⁽¹⁸⁸⁾ Siehe Abbildung INF-3 (Teil v) im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Siehe Abbildung INF-14 (Teil iii) und (Teil iv) im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Siehe Abbildung INF-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹¹⁾ Siehe Abbildung INF-6 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

Daten über die HCV-Antikörper-Prävalenz unter jungen IDU (unter 25 Jahren) sind aus 14 Ländern verfügbar, beruhen jedoch zum Teil auf kleinen Stichproben. Die Ergebnisse weisen große Unterschiede auf, wobei einige Länder sowohl hohe als auch niedrige Zahlen aus unterschiedlichen Stichproben melden. Im Zeitraum 2003/2004 wurden die höchsten Prävalenzraten unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten (über 40 %) in Stichproben aus Belgien, Griechenland, Österreich, Polen, Portugal, der Slowakei sowie dem Vereinigten Königreich und die niedrigsten Prävalenzraten (unter 20 %) in Stichproben aus Belgien, Griechenland, Zypern, Ungarn, Malta, Österreich, Slowenien, Finnland, dem Vereinigten Königreich und der Türkei ermittelt. Berücksichtigt man ausschließlich auf nationaler Ebene durchgeführte Erhebungen unter jungen IDU, wurden die höchsten Prävalenzraten (über 60 %) in Portugal und die niedrigsten (unter 40 %) in Zypern, Ungarn, Malta, Österreich und Slowenien festgestellt. Obwohl die verwendeten Stichprobenverfahren zu einer Verzerrung zugunsten der chronischen Patienten geführt haben könnten, ist die in einer nationalen Stichprobe in Portugal festgestellte hohe HCV-Antikörper-Prävalenz (67 % von 108 IDU unter 25 Jahren) dennoch beunruhigend und könnte auf fortgesetzte hochriskante Verhaltensweisen unter jungen IDU hinweisen (siehe auch „Jüngste Tendenzen bei den neu gemeldeten HIV-Fällen“, S. 75).

Zwar liegen Daten über die HCV-Antikörper-Prävalenz unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten (die seit weniger als zwei Jahren injizieren) nur in begrenztem Umfang vor und stammen aus kleinen Stichproben, dennoch können sie einen besseren Ersatzindikator für die jüngsten Inzidenzraten darstellen als die Daten über junge IDU. Aus den für die Jahre 2003/2004 verfügbaren Informationen geht hervor, dass in Stichproben aus Griechenland, Polen, dem Vereinigten Königreich und der Türkei die höchsten (über 40 %) und in Stichproben aus Belgien, der Tschechischen Republik, Griechenland, Zypern und Slowenien die niedrigsten (unter 20 %) Prävalenzraten unter neuen IDU festgestellt wurden. Niedrige Prävalenzraten wurden in kleinen, jedoch auf nationaler Ebene erhobenen Stichproben neuer IDU in Zypern (nur zwei von 23 IDU wurden positiv auf HCV-Antikörper getestet, das entspricht einem Anteil von 9 %) und Slowenien (zwei von 32 IDU bzw. 6 % wurden positiv getestet) festgestellt.

Hepatitis B

Auch bei der Prävalenz der Marker für das Hepatitis-B-Virus (HBV) gibt es große Unterschiede sowohl innerhalb der Länder als auch zwischen den einzelnen Ländern. Die vollständigsten Daten liegen für den Marker Anti-HBc vor, der auf Infektionen in der Vergangenheit hinweist. Für den Zeitraum 2003/2004 wurden IDU-Stichproben mit Prävalenzraten über 60 % aus Italien und Polen gemeldet, während Belgien, Irland, Zypern, Österreich, Portugal, Slowenien, die Slowakei und das Vereinigte Königreich über Stichproben mit Prävalenzraten unter 20 % berichteten. Für die Länder, aus denen Meldedaten bezüglich Hepatitis B verfügbar sind, belegen diese für

den Zeitraum 1992 bis 2004 ein sehr uneinheitliches Bild⁽¹⁹²⁾. In den skandinavischen Ländern betreffen die allermeisten gemeldeten Fälle akuter Hepatitis B injizierende Drogenkonsumenten, und in mehreren Ländern korreliert die Zahl der Ausbrüche von Hepatitis B mit der Zunahme des injizierenden Drogenkonsums. Beispielsweise belegen die Daten für Norwegen, dass die Inzidenz der Hepatitis-B-Infektionen unter IDU zunächst zwischen 1992 und 1998 stark gestiegen und anschließend gesunken ist. In Finnland sind die Meldungen über Hepatitis B unter IDU in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen, was möglicherweise auf Impfprogramme und ein umfassendes Nadel- und Spritzenaustauschprogramm zurückzuführen ist.

Prävention von Infektionskrankheiten

Wirksame Maßnahmen

Eine Reihe von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit hat sich hinsichtlich der Reduzierung der Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten als wirksam erwiesen, und es besteht zunehmend Einigkeit darüber, dass ein umfassendes Konzept für die Erbringung von Leistungen in diesem Bereich die größten Erfolgchancen hat. In der Vergangenheit konzentrierte sich die Diskussion auf die Prävention von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten. Gegenwärtig wird jedoch zunehmend auch die Notwendigkeit wirksamer Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Hepatitis sowie der Prävention der Verbreitung von Infektionskrankheiten unter nicht injizierenden Drogenkonsumenten anerkannt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass für die Wirksamkeit der Prävention von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten die meisten Belege verfügbar sind. Eine tragfähige Basis verfügbarer Evidenzdaten zeigt, dass die Maßnahmen als wirksam bewertet werden können und der Zugang zu allen Therapieformen zum Schutz der Drogenkonsumenten beiträgt (Farrell et al., 2005; WHO, 2005). Seit Mitte der 90er Jahre werden im Rahmen der europäischen Maßnahmen zunehmend Drogentherapien angeboten (siehe Kapitel 2), die offenbar insgesamt zu dem recht ermutigenden Bild beigetragen haben, das gegenwärtig hinsichtlich der epidemischen Verbreitung von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa zu beobachten ist.

Die Behandlung ist nur ein Teil eines umfassenden Konzepts zur HIV-Prävention. Ein solches Konzept muss außerdem eine Reihe von Informations-, Schulungs- und Kommunikationstechniken, freiwillige Beratungen über Infektionskrankheiten und entsprechende Tests, Impfungen, die Ausgabe steriler Spritzenbestecke sowie andere vorbeugende Maßnahmen umfassen. Gemeinsam mit dem Angebot einer medizinischen Versorgung in niedrigschwelligen Diensten oder sogar auf der Straße können diese Maßnahmen dazu beitragen, die Kommunikation mit aktiven

⁽¹⁹²⁾ Siehe Abbildung INF-12 (Teil i) im Statistical Bulletin 2006.

Drogenkonsumenten und ihren Sexualpartnern über die Risiken und die Prävention gesundheitlicher Folgen des Drogenkonsums herzustellen oder zu verbessern.

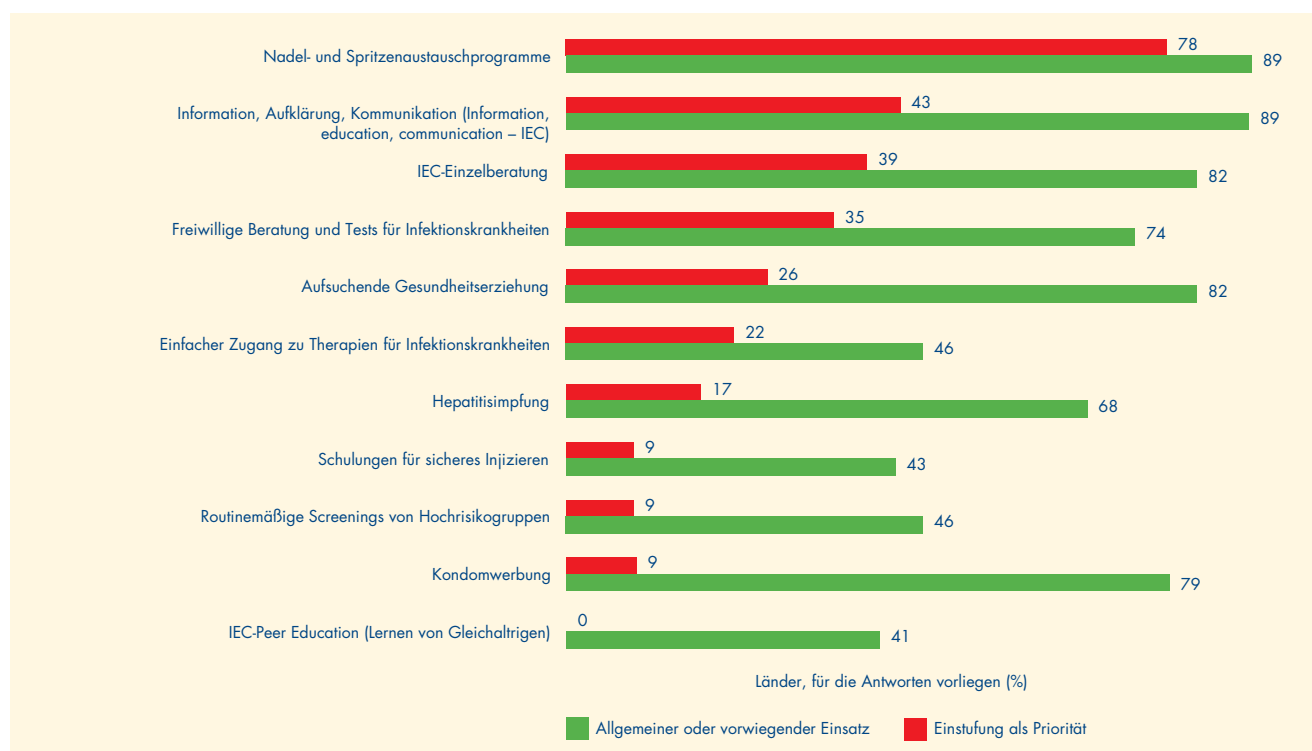
Eine grundsätzliche Verpflichtung zu einem umfassenden Konzept impliziert nicht, dass alle diese Leistungen auf nationaler Ebene in gleichem Umfang entwickelt oder unterstützt werden. Jedoch zeichnet sich offenbar ein gewisser Konsens ab. In einer Erhebung unter den nationalen Knotenpunkten nannten drei von vier Befragten die Kombination von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen mit Information und Beratung als eine Priorität der nationalen Politik zur Bekämpfung der Verbreitung von Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumenten (Abbildung 11). Die Tatsache, dass gegenwärtig so viele Länder explizit die Bedeutung der Bereitstellung sauberer Spritzenbestecke als Teil ihrer HIV-Präventionsstrategie anerkennen, zeigt, dass sich diese Form von Leistungen in Europa erfolgreich durchgesetzt hat und nicht länger in den meisten Ländern kontrovers diskutiert wird. Das bedeutet jedoch nicht, dass ein einhelliger Konsens über die Vorteile dieser Angebote besteht. So wurden sie beispielsweise in Griechenland und Schweden nicht als politische Priorität eingestuft. Insgesamt zeichnet sich aber

hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen in diesem Bereich EU-weit ein recht homogenes Bild ab ⁽¹⁹³⁾: Alle Länder mit Ausnahme Zyperns berichten über die Existenz von Programmen für den Austausch von Spritzenbestecken oder die Ausgabe steriler Nadeln und Spritzen ⁽¹⁹⁴⁾.

Formen von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in europäischen Ländern

Zwar werden in den meisten europäischen Ländern sterile Spritzenbestecke ausgegeben, jedoch gibt es zwischen den Ländern Unterschiede hinsichtlich der Art und der Reichweite dieser Angebote. Am weitesten verbreitet ist ein Modell, bei dem diese Leistung an einem bestimmten Ort, in der Regel bei einem spezialisierten Drogendienst, angeboten wird, wobei dies jedoch häufig durch mobile Dienste ergänzt wird, die versuchen, Drogenkonsumenten in Gemeindeeinrichtungen zu erreichen. In acht Ländern ⁽¹⁹⁵⁾ werden neben den verfügbaren Nadel- und Spritzenaustauschdiensten auch Automaten für den Austausch oder Verkauf von Spritzen bereitgestellt. Dieses Angebot ist aber offenbar auf einige wenige Orte begrenzt, und nur Deutschland und Frankreich berichten über erhebliche Aktivitäten in diesem Bereich (etwa 200 bzw. 250 Automaten). Spanien ist das einzige

Abbildung 11: Prioritäten und Umfang des Einsatzes ausgewählter Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten nach Angaben nationaler Experten: zusammenfassende Darstellung für diejenigen Länder, für die Antworten vorliegen



Anmerkung: Rangliste der Prioritäten aus 21 EU-Ländern sowie Bulgarien und Norwegen. Irland, Zypern, Litauen und die Niederlande haben keine diesbezüglichen Ranglisten vorgelegt.

Ranglisten zum „Umfang des Einsatzes“ wurden von Experten aller 25 EU-Länder sowie aus Bulgarien und Norwegen vorgelegt. Die Gesamtzahl der Rückmeldungen beträgt 28, da die französische und die flämische Gemeinschaft in Belgien getrennte Ranglisten vorgelegt haben.

Quellen: Expertenbefragung der nationalen Knotenpunkte, SQ 23 (2004) Frage 5.

⁽¹⁹³⁾ Siehe Abbildung NSP-3 im Statistical Bulletin 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Eine kurze Zusammenfassung der Belege für die Wirksamkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen ist dem Jahresbericht 2005 zu entnehmen (S. 68).

⁽¹⁹⁵⁾ Siehe Tabelle NSP-2 im Statistical Bulletin 2006.

EU-Land, in dem Nadel- und Spritzenaustauschprogramme regelmäßig in Haftanstalten angeboten werden: Hier war dieses Angebot im Jahr 2003 in 27 Haftanstalten verfügbar. Als einziges weiteres EU-Land berichtet Deutschland über Tätigkeiten in diesem Bereich, wobei jedoch das Angebot auf eine Haftanstalt beschränkt ist.

Die Einbeziehung von Apotheken in Austauschprogramme trägt ebenfalls dazu bei, die geografische Reichweite des Angebots zu erweitern, und auch durch den Verkauf sauberer Spritzen in Apotheken könnte die Verfügbarkeit dieser Spritzen verbessert werden. Der Verkauf von Spritzen ohne Rezept ist mit Ausnahme Schwedens in allen EU-Ländern erlaubt, obwohl einige Apotheker nicht dazu bereit sind und einige sogar Drogenkonsumenten aktiv den Zutritt zu ihren Geschäftsräumen verwehren. In neun europäischen Ländern (in Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich, den Niederlanden, Portugal, Slowenien und im Vereinigten Königreich) gibt es formal organisierte Apotheken-Netze für den Austausch oder die Ausgabe von Spritzen, wobei es jedoch hinsichtlich der Beteiligung an diesen Programmen beträchtliche Unterschiede gibt: Sie reicht von fast der Hälfte der Apotheken (45 %) in Portugal bis unter 1 % in Belgien. In Nordirland erfolgt der Austausch von Nadeln und Spritzen gegenwärtig ausschließlich in Apotheken.

Der Erwerb von Spritzen in Apotheken könnte für einige injizierende Drogenkonsumenten eine gute Chance bieten, mit dem Gesundheitswesen in Berührung zu kommen, und es besteht eindeutig die Möglichkeit, diese Kontaktstellen als Anlaufpunkte für die Vermittlung in andere Betreuungsdienste zu nutzen. Die Motivation und Unterstützung der Apotheker bei der Erweiterung ihrer Leistungen auf Drogenkonsumenten könnten einen wichtigen Beitrag zur Ausweitung der Rolle der Apotheken leisten, jedoch werden offenbar nur in Frankreich, Portugal und im Vereinigten Königreich entsprechende Anstrengungen unternommen.

Mortalität und drogenbedingte Todesfälle

Mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten

Die meisten Informationen über die Mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten in Europa beziehen sich auf Opioidkonsumenten. Über die Mortalität im Zusammenhang mit anderen Formen des Drogenkonsums liegen weniger Informationen vor, sie stellt jedoch nach wie vor im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein wichtiges Thema dar.

In einer im Rahmen eines EBDD-Projekts durchgeführten Gemeinschaftsstudie wurde die Mortalität unter in Behandlung befindlichen Opioidkonsumenten in acht europäischen Ländern bzw. Städten untersucht ⁽¹⁹⁶⁾. Dabei wurde festgestellt, dass die Mortalitätsrate unter Opioidkonsumenten wesentlich höher ist als unter den Angehörigen derselben Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung: Die Mortalität unter Opioidkonsumenten ist bei Männern sechs bis 20 Mal,

Ist die flächendeckende Versorgung mit Spritzen in Europa ausreichend?

Zwar berichten fast alle Mitgliedstaaten über eine gewisse Verfügbarkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen, jedoch ist die Wirkung dieser Maßnahmen davon abhängig, ob der Versorgungsgrad geeignet ist, den Bedarf der injizierenden Drogenkonsumenten zu decken.

Jüngere Schätzungen über die Zahl der injizierenden Drogenkonsumenten und über die Zahl der an diese ausgegebenen Spritzen liegen aus neun europäischen Ländern vor. Ausgehend von diesen Daten kann eine grobe Schätzung der Zahl der jedem injizierenden Konsumenten jährlich zur Verfügung stehenden Spritzen vorgenommen werden ⁽¹⁾. Den jüngsten verfügbaren Daten zufolge gibt es hinsichtlich des Versorgungsgrads der Nadel- und Spritzenaustauschprogramme erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern: Die Zahl der je injizierendem Drogenkonsumenten ausgegebenen Spritzen reicht von 2 bis 3 Spritzen in Griechenland über 60 bis 90 in der Tschechischen Republik, Lettland, Österreich und Portugal bis hin zu etwa 110 in Finnland, 210 in Malta und über 250 Spritzen in Luxemburg und Norwegen. Darüber hinaus sind auch in Apotheken Spritzen erhältlich, und die Daten aus der Tschechischen Republik und Finnland weisen darauf hin, dass von einer schätzungsweise flächendeckenden Verfügbarkeit von Spritzen ausgegangen werden kann. Unter Berücksichtigung sowohl der Ausgabe- als auch der Verkaufsdaten ergibt sich der Schluss, dass jeder injizierende Drogenkonsument in der Tschechischen Republik durchschnittlich 125 Spritzen und in Finnland 140 Spritzen jährlich erhält. Bekanntermaßen beeinflussen viele Faktoren die Injektionshäufigkeit der Drogenkonsumenten, darunter die Konsummuster, der Grad der Abhängigkeit und die Art der konsumierten Droge. Bei einer vor kurzem durchgeführten Studie über den Zusammenhang zwischen der HIV-Prävalenz und dem Versorgungsgrad der Spritzenverteilungsprogramme wurde festgestellt, dass bestimmte Verhaltensweisen, z. B. die Injektionshäufigkeit und die Wiederverwendung von Spritzen durch den Einzelnen, starken Einfluss darauf haben, welcher Versorgungsgrad erreicht werden muss, um einen substanziellen Rückgang der HIV-Prävalenz zu erzielen (Vickerman et al., 2006).

Die Bemessung des Grads der Versorgung mit Spritzen ist ein wichtiger Faktor für das Verständnis der wahrscheinlichen Auswirkungen der Spritzenverteilung auf die Prävention von Erkrankungen und für die Beurteilung des ungedeckten Bedarfs. Es ist jedoch wichtig, bei der Interpretation dieser Daten sowohl die Verfügbarkeit von Spritzen im Rahmen des Verkaufs in Apotheken (Preise, Dichte der Apothekennetze) als auch die Verhaltensmuster der injizierenden Drogenkonsumenten sowie Milieufaktoren zu berücksichtigen. Dieses Thema wird im Statistical Bulletin 2006 weiter erörtert.

⁽¹⁾ Methodische Einzelheiten sind dem Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

bei Frauen zehn bis 50 Mal höher. In sechs Städten (Amsterdam, Barcelona, Dublin, London, Rom und Wien) können schätzungsweise 10 % bis 23 % aller Todesfälle unter Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung

⁽¹⁹⁶⁾ Amsterdam, Barcelona, Dublin, Dänemark, Lissabon, London, Rom und Wien. Bei den Schätzungen über die Mortalität wurden Lissabon und Dänemark nicht einbezogen. Siehe EBDD (2002b).

gebracht werden, vor allem mit Überdosen, Aids und externen Ursachen (Unfälle, Selbstmorde). Etwa ein Drittel dieser drogenbedingten Todesfälle war auf Überdosen zurückzuführen, wobei dieser Anteil in Städten mit einer niedrigen Prävalenz von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten höher war und vermutlich steigen wird, sobald die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) flächendeckend angeboten wird.

Bei einer in der Tschechischen Republik durchgeführten Kohortenstudie zur Mortalität wurde festgestellt, dass die Mortalität unter den Konsumenten von Stimulanzien vier bis sechs Mal (standardisierte Sterblichkeitsrate) und unter den Opioidkonsumenten neun bis zwölf Mal höher war als in der Allgemeinbevölkerung. Eine französische Kohortenstudie unter Menschen, 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.

Mit dem zunehmenden Alter der Opiatkonsumenten kommen zu den Todesfällen durch externe Ursachen (d. h. den nicht durch eine Überdosis verursachten Todesfällen) wie Selbstmord und Gewalt auch Todesfälle aufgrund chronischer Krankheiten (Zirrhose, Krebs, Atemwegserkrankungen, Endocarditis, Aids) hinzu (nationale Berichte der Niederlande 2004 und 2005, Daten des städtischen Gesundheitsamtes Amsterdam). Die Lebensbedingungen der Drogenkonsumenten (z. B. Obdachlosigkeit, psychische Erkrankungen, Gewalt, Mangelernährung usw.) können ebenfalls erheblich zu der hohen Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe beitragen.

Im Jahr 2002 wurden darüber hinaus 1 528 Aids-Todesfälle gemeldet⁽¹⁹⁷⁾, die mit dem intravenösen Drogenkonsum in Verbindung gebracht wurden. Dabei dürfte es sich jedoch um eine Unterschätzung handeln. Andere Ursachen für drogenbedingte Todesfälle wie Krankheiten (z. B. Hepatitis), Gewalt und Unfälle sind schwerer zu beurteilen. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass sie für eine erhebliche Zahl von Todesfällen verantwortlich sind. Schätzungsweise können 10 % bis 20 % der Todesfälle unter jungen Erwachsenen in europäischen Städten mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung gebracht werden (siehe oben). Darüber hinaus sollten die Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Formen des Drogenkonsums berücksichtigt werden, die jedoch sehr schwer zu beziffern sind.

Drogenbedingte Todesfälle

Der Begriff der drogenbedingten Todesfälle ist komplex. In einigen Berichten werden damit ausschließlich Todesfälle

bezeichnet, die unmittelbar durch die Wirkung psychoaktiver Substanzen verursacht werden, während in anderen Fällen auch Todesfälle mit eingeschlossen werden, bei denen der Drogenkonsum eine indirekte oder begleitende Rolle gespielt hat (Verkehrsunfälle, Gewalt, Infektionskrankheiten). In einem kürzlich vorgelegten Bericht, in dem die Formen der im Vereinigten Königreich durch den Konsum illegaler Drogen verursachten Schäden analysiert wurden, kamen die Autoren zu der Einschätzung, dass drogenbedingte Todesfälle die häufigsten durch den Drogenkonsum verursachten Schäden darstellen (MacDonald et al., 2005).

In diesem Abschnitt sowie im EBDD-Protokoll bezeichnet der Begriff „drogenbedingte Todesfälle“ jene Fälle, in denen der Tod unmittelbar durch den Konsum einer oder mehrerer Drogen verursacht wurde und in der Regel kurz nach der Einnahme der Substanz(en) eingetreten ist. Diese Fälle werden unter anderem auch als „Überdosis“, „Vergiftung“, „drogeninduzierte Todesfälle“ oder „akute drogenbedingte Todesfälle“ bezeichnet⁽¹⁹⁸⁾.

Zwischen 1990 und 2003 meldeten die EU-Länder jährlich 6 500 bis über 9 000 solcher Todesfälle, insgesamt also über 113 000 Fälle. Diese Zahlen sind als Minimalschätzungen anzusehen, da wahrscheinlich in vielen Ländern nicht alle Fälle gemeldet werden⁽¹⁹⁹⁾.

Mit Raten zwischen 0,2 und über 50 Todesfällen (durchschnittlich 13) je 1 Million Einwohner verzeichneten die europäischen Länder sehr unterschiedliche Mortalitätsraten im Zusammenhang mit drogenbedingten Todesfällen. In den meisten Ländern bewegt sich diese Zahl in der Spanne zwischen sieben und 30 Todesfällen je 1 Million Einwohner, wobei in Dänemark, Estland, Luxemburg, Finnland, dem Vereinigten Königreich und Norwegen Raten von über 25 Fällen ermittelt wurden. Unter Männern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren sind die Mortalitätsraten in der Regel drei Mal so hoch (durchschnittlich 40 Todesfälle je 1 Million Einwohner), wobei sieben Länder Raten von über 80 Todesfällen je 1 Million Einwohner melden. Im Zeitraum 2003/2004 waren 3 % aller Todesfälle unter Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren drogenbedingte Todesfälle, wobei ihr Anteil in Dänemark, Griechenland, Luxemburg, Malta, Österreich, dem Vereinigten Königreich und Norwegen bei über 7 % lag. Diese Zahlen sind als Mindestschätzungen zu betrachten. Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass ungeachtet der vorgenommenen Verbesserungen noch immer erhebliche Qualitätsunterschiede in der Berichterstattung der einzelnen Länder bestehen und somit direkte Vergleiche mit Vorsicht anzustellen sind⁽²⁰⁰⁾.

⁽¹⁹⁷⁾ Siehe EuroHIV (2005). Die Zahl bezieht sich auf die westlichen und zentralen Gebiete der Europäischen Region der WHO, die auch einige Drittländer umfassen, sowie auf die Gesamtzahl der Todesfälle in Estland, Lettland und Litauen (östliches Gebiet).

⁽¹⁹⁸⁾ Dies ist die von der nationalen Expertengruppe der EBDD vereinbarte gemeinsame Definition. Gegenwärtig stimmen die meisten nationalen Falldefinitionen 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 2006 (Abschnitt 1: EBDD-Definition und Abschnitt 2: nationale Definitionen) und das „DRD Standard Protocol, version 3.0“ [DRD-Standardprotokoll, Version 3.0]).

⁽¹⁹⁹⁾ Siehe Tabellen DRD-2 (Teil i), DRD-3, DRD-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Siehe Tabelle DRD-1 (Teil iii) und (Teil iv) im Statistical Bulletin 2006.

Opioide bedingte Todesfälle

Bei den meisten in der EU gemeldeten „akuten drogenbedingten Todesfällen“, die auf illegale Substanzen zurückzuführen sind, spielen Opioide eine Rolle, obwohl in zahlreichen Fällen bei der toxikologischen Untersuchung auch andere Substanzen nachgewiesen wurden, insbesondere Alkohol, Benzodiazepine und, in einigen Ländern, Kokain. In Europa werden die meisten opioide bedingten Todesfälle mit Heroin in Verbindung gebracht, es werden jedoch auch andere Opioide festgestellt (siehe unten) ⁽²⁰¹⁾.

Eine Überdosierung mit Opioiden ist eine der häufigsten Todesursachen bei jungen Menschen in Europa, vor allem unter Männern in städtischen Gebieten. Derzeit sind Überdosierungen bei Opioidkonsumenten EU-weit die häufigste Todesursache, insbesondere in Ländern mit einer niedrigen HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten (siehe „Mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten“, S. 80).

Am häufigsten werden Überdosen von männlichen Drogenkonsumenten eingenommen ⁽²⁰²⁾: In 65 % bis 100 % der Fälle sind Männer betroffen, wobei dieser Anteil in den meisten Ländern zwischen 75 % und 90 % liegt. In der Tschechischen Republik, Polen und Finnland werden die höchsten und in Griechenland, Italien und Zypern die niedrigsten Anteile von Frauen gemeldet. Diese Ergebnisse müssen im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Raten des Opioidkonsums und des injizierenden Drogenkonsums bei Männern und Frauen interpretiert 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 (die Spanne reicht jedoch von 20 bis 44 Jahre). Das niedrigste Durchschnittsalter der Opfer von Überdosierungen wird aus Estland, Slowenien, Bulgarien und Rumänien, das höchste aus der Tschechischen Republik, den Niederlanden, Polen und Finnland gemeldet. Für die Altersgruppe unter 15 Jahren werden nur sehr wenige Todesfälle durch Überdosierungen gemeldet (17 Fälle von insgesamt 7 516 Todesfällen, basierend auf den jüngsten verfügbaren Daten der einzelnen Länder), wobei in den Berichten möglicherweise nicht alle drogenbedingten Todesfälle in dieser Altersgruppe erfasst werden. Die Daten der EBDD beinhalten einige Todesfälle von Erwachsenen im Alter von über 65 Jahren, wobei nur sieben Länder berichten, dass diese Altersgruppe mehr als 5 % der Fälle ausmacht ⁽²⁰³⁾.

In einigen Mitgliedstaaten und Kandidatenländern (Estland, Zypern, Lettland, Slowakei, Bulgarien und Rumänien) ist das Durchschnittsalter zum Todeszeitpunkt vergleichsweise niedrig. In diesen Ländern ist der Anteil der Opfer einer Überdosis im Alter von unter

25 Jahren hoch, was darauf schließen lässt, dass die Heroinkonsumenten in diesen Ländern im Durchschnitt jünger sind. Das hohe Durchschnittsalter in der Tschechischen Republik ist darauf zurückzuführen, dass hier zahlreiche Todesfälle infolge der Einnahme psychoaktiver Arzneimittel einbezogen werden (Abbildung 12).

In vielen Mitgliedstaaten ist zu beobachten, dass die Opfer einer Überdosis älter werden, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass weniger junge Menschen Heroin konsumieren. Diese Tendenz ist seit Anfang der 90er Jahre in allen EU-15-Mitgliedstaaten festzustellen, wobei sie jedoch in Schweden und dem Vereinigten Königreich weniger ausgeprägt ist. Auch in den neuen Mitgliedstaaten ist die Tendenz weniger deutlich, und in vielen Fällen ist sogar ein sinkendes Durchschnittsalter zu beobachten ⁽²⁰⁴⁾.

Durch Methadon verursachte Todesfälle

In ihren Reitox-Berichten 2005 meldeten mehrere Länder, dass bei einem erheblichen Anteil der drogenbedingten Todesfälle Methadon nachgewiesen wurde. Die einzelnen Länder verwenden unterschiedliche Terminologien, und in einigen Fällen kann kaum festgestellt werden, inwieweit Methadon als Todesursache eine Rolle gespielt hat.

Dänemark berichtet, dass Methadon (alleine oder in Kombination mit anderen Substanzen) in 44 % der Todesfälle (95 von 214 Fällen im Jahr 2004) die Ursache der Vergiftung war, was ungefähr dem im Jahr 2003 festgestellten Anteil entspricht, jedoch einen deutlichen Anstieg seit 1997 darstellt. Deutschland gibt an, dass 345 Fälle mit „Substitutionsmitteln“ in Verbindung gebracht wurden (im Jahr 2004 wurden in 46 Fällen ausschließlich Substitutionsmittel und in 299 Fällen Substitutionsmittel in Kombination mit anderen Suchtstoffen nachgewiesen), was einem deutlichen Rückgang seit 2002 entspricht. Aus dem Vereinigten Königreich werden 216 Fälle gemeldet, bei denen Methadon „erwähnt“ wurde (England und Wales im Jahr 2003), was ebenfalls einen deutlichen Rückgang seit 2002 bedeutet. Spanien berichtet über wenige Fälle von Überdosierungen, die ausschließlich mit Methadon in Verbindung gebracht wurden (2 %), jedoch über zahlreiche opioide bedingte (42 %) und kokainbedingte (20 %) Todesfälle, in denen auch Methadon nachgewiesen wurde. Andere Länder meldeten keine oder nur sehr wenige Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon. Es ist unklar, welche Faktoren für diese Unterschiede verantwortlich sind und ob in einigen Ländern nicht alle Fälle gemeldet werden ⁽²⁰⁵⁾.

Die Forschungen belegen zwar, dass Substitutionstherapien das Risiko einer tödlichen Überdosierung verringern, dennoch ist es wichtig, im Rahmen der Qualitätssicherung von Substitutionsprogrammen auch die Zahl der mit Methadon in Verbindung gebrachten Todesfälle und die jeweiligen Begleitumstände (die Herkunft

⁽²⁰¹⁾ Siehe Abbildung DRD-1 im Statistical Bulletin 2006.

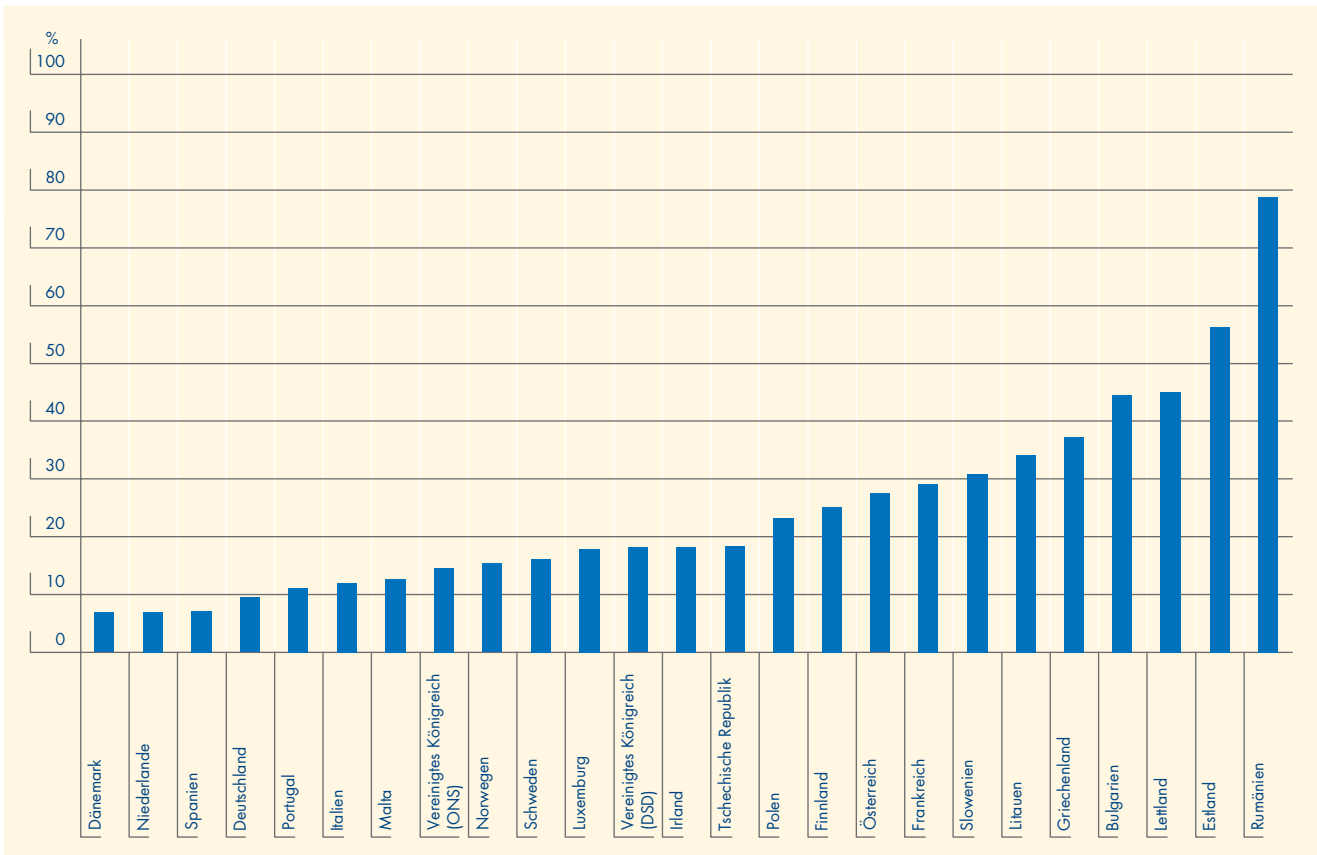
⁽²⁰²⁾ Da es sich bei den meisten der an die EBDD gemeldeten Fälle um Überdosen von Opioiden handelt, werden die allgemeinen Merkmale akuter drogenbedingter Todesfälle für die Darstellung der opioide bedingten Todesfälle herangezogen.

⁽²⁰³⁾ Siehe Tabelle DRD-1 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Siehe Abbildungen DRD-3 und DRD-4 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Ein laufender Feldversuch der EBDD zielt darauf ab, die Qualität der bereitgestellten Informationen über die an drogenbedingten Todesfällen beteiligten Substanzen, einschließlich der Substitutionsmittel, zu verbessern.

Abbildung 12: Anteil akuter drogenbedingter Todesfälle bei unter 25-Jährigen im Jahr 2002



Anmerkung: ONS, Office of national statistics, DSD, Drogenstrategie-Definition.

Als Bezugszeitraum wurde das Jahr 2002 herangezogen, da die meisten Länder für dieses Jahr Angaben zur Verfügung gestellt haben.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2005), auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Die Angaben basieren auf den „nationalen Definitionen“, die den methodischen Anmerkungen zu drogenbedingten Todesfällen im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen sind.

der Substanz, ob sie in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert wurde, das Therapiestadium, in dem es zu der Vergiftung kam) zu beobachten.

Todesfälle im Zusammenhang mit Buprenorphin und Fentanyl

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 2005 nannten lediglich Frankreich und Finnland Todesfälle, die mit dieser Substanz in Verbindung gebracht wurden. In Finnland wurde 2004 bei 73 drogenbedingten Todesfällen Buprenorphin nachgewiesen, das entspricht der bereits 2003 gemeldeten Zahl. Dabei wurde die Droge in der Regel in Kombination mit Benzodiazepinen, Sedativa oder Alkohol eingenommen. Diese hohen Angaben gehen mit einer zunehmenden Zahl von Buprenorphintherapien in Finnland einher, wobei hier jedoch die Zahl der mit Buprenorphin behandelten Patienten wesentlich geringer ist als in Frankreich, wo schätzungsweise 70 000 bis 85 000 Menschen eine Buprenorphintherapie erhalten. Interessanterweise

meldet Frankreich im Jahr 2004 jedoch nur vier Fälle von Buprenorphin-Überdosen (gegenüber acht Fällen im Jahr 2003). Selbst wenn man eine mögliche Dunkelziffer von Vergiftungen in Frankreich berücksichtigt, ist dieser immense Unterschied frappierend. Neben Frankreich und Finnland werden aus drei weiteren Ländern (jeweils nur zwei oder drei Fälle je Land) Todesfälle gemeldet, die mit Buprenorphin in Verbindung gebracht wurden, wobei die Substanz jedoch nicht als primäre Todesursache nachgewiesen wurde.

Während die Ostseeanrainerländer in den vorangegangenen Jahren noch Todesfälle im Zusammenhang mit Fentanyl gemeldet hatten, wurden in den nationalen Berichten 2005 keine solchen Todesfälle angegeben.

Entwicklungstendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen

Aus den nationalen Tendenzen bei drogenbedingten Todesfällen können einige Rückschlüsse auf die Entwicklungen der Muster des problematischen Drogenkonsums in den einzelnen Ländern, beispielsweise im Hinblick auf Heroinepidemien und hochriskante Verhaltensweisen (z. B. injizierender Drogenkonsum), auf die Bereitstellung von Behandlungen und selbst auf die unterschiedliche Verfügbarkeit des

Heroinen gezogen werden. Diese Tendenzen können selbstverständlich auch auf erfolgreiche Verfahrensweisen der medizinischen Nofalldienste zur Verhinderung tödlicher Überdosierungen zurückzuführen sein ⁽²⁰⁶⁾.

Die für die EU verfügbaren Daten weisen auf einige allgemeine Tendenzen bei drogenbedingten Todesfällen hin. In den EU-15-Mitgliedstaaten wurde in den 80er und frühen 90er Jahren eine drastische Zunahme beobachtet, die möglicherweise mit der Verbreitung des Heroinkonsums und des injizierenden Heroinkonsums einherging. Zwischen 1990 und 2000 stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle weniger schnell, aber kontinuierlich an (Abbildung 13). Die jährliche Zahl der drogenbedingten Todesfälle stieg in den Mitgliedstaaten, aus denen entsprechende Daten vorliegen (die meisten alten und neuen Mitgliedstaaten), zwischen 1995 und 2000 um 14 % von insgesamt 8 054 auf 9 392 Fälle 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 die sinkende Prävalenz des Drogenkonsums eine wichtige Rolle spielen könnte. Auf europäischer Ebene ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle 2001 um 6 %, 2002 um 13 % und 2003 um 7 % gesunken. Trotz dieser Verbesserungen wurden 2003 noch immer fast 7 000 drogenbedingte Todesfälle gemeldet (aus Belgien, Spanien und Irland liegen keine Daten vor). In den 19 Ländern, die im Jahr 2004 Daten vorgelegt haben, wurde ein geringer Anstieg um 3 % ermittelt. Zwar sollten für das Jahr 2004 nur vorsichtige Rückschlüsse gezogen werden, jedoch weisen 13 der 19 Berichte auf einen gewissen Anstieg hin.

Hinsichtlich der Zahl der drogenbedingten Todesfälle unter jungen Menschen im Alter von unter 25 Jahren ist eine starke Diskrepanz zwischen den Tendenzen in den alten und neuen Mitgliedstaaten zu beobachten. In den EU-15-Mitgliedstaaten ist seit 1996 ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen, was auf eine sinkende Zahl junger injizierender Opioidkonsumenten schließen lässt. Dagegen wurde in den neuen Mitgliedstaaten bis zum Zeitraum 2000 bis 2002 ein deutlicher Anstieg beobachtet, der erst im Jahr 2003 von einem merklichen Rückgang abgelöst wurde ⁽²⁰⁷⁾.

Darüber hinaus sind auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern auszumachen. Bei den Männern ist die Zahl der Todesfälle zwischen 1990 und 2000 nach und nach gestiegen und anschließend deutlich zurückgegangen (bis 2003 um 30 %), während bei den Frauen die Zahl der gemeldeten Todesfälle zwischen 1990 und 2000 bei jährlich 1 700 bis 2 000 Fällen in etwa stabil geblieben und seitdem um nur 15 % gesunken ist. Dies könnte auf eine Reihe von Faktoren zurückzuführen sein, unter anderem auf

eine unterschiedliche Wirksamkeit der Maßnahmen oder auf verschiedene Risikofaktoren bei Männern und Frauen ⁽²⁰⁸⁾.

In Ländern, für die längere Datenreihen vorliegen, können bei drogenbedingten Todesfällen unterschiedliche Muster festgestellt werden. In einigen Ländern erreichte die Zahl der drogenbedingten Todesfälle Anfang der 90er Jahre ihren Höhepunkt und ging anschließend zurück, beispielsweise in Deutschland, wo der Höhepunkt im Zeitraum 1991/92 erreicht wurde, sowie in Spanien (1991), Frankreich (1994) und Italien (1991). In anderen Ländern, z. B. in Griechenland, Irland, Portugal, Finnland, Schweden und Norwegen, erreichte die Zahl der drogenbedingten Todesfälle ihren Höhepunkt erst später, zwischen 1998 und 2001, und ging anschließend wieder zurück. In wieder anderen Ländern war ein weniger deutliches Muster erkennbar oder die Zahlen blieben stabil. Obwohl aufgrund der relativ geringen Zahl der drogenbedingten Todesfälle in einigen Ländern nur vorsichtige Rückschlüsse gezogen werden sollten, könnten diese Muster auch mit den Tendenzen beim injizierenden Heroinkonsum in Verbindung gebracht werden ⁽²⁰⁹⁾.

Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy und Amphetaminen

Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy werden aus den europäischen Ländern seit den 90er Jahren gemeldet, als sich der Konsum der Droge verbreitete. Diese Todesfälle sind besonders besorgniserregend, da häufig völlig unerwartet sozial integrierte junge Menschen betroffen sind.

Es liegen nur in begrenztem Umfang Informationen über Todesfälle im Zusammenhang mit Ecstasy vor, jedoch weisen die Daten der nationalen Reitox-Berichte 2005 darauf hin, dass derartige Todesfälle im Vergleich zu opioidbedingten Todesfällen nach wie vor relativ selten sind. In einigen Ländern ist ihre Zahl jedoch nicht zu vernachlässigen. Insgesamt wurden in Europa 77 Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy gemeldet, wobei dies als Mindestschätzung betrachtet werden sollte ⁽²¹⁰⁾. Über Todesfälle wurde aus Dänemark (2), Deutschland (20), Frankreich (4), Ungarn (3) und dem Vereinigten Königreich (48 „Erwähnungen“ von Ecstasy, davon 33 in England und Wales) berichtet, was vermutlich auf bessere Meldesysteme in diesen Ländern zurückzuführen ist. In Spanien wurde bei 2,5 % der Vergiftungen durch Drogen Ecstasy nachgewiesen.

Das Thema der mit dem Ecstasykonsum verbundenen Risiken wurde häufig angesprochen. Dividiert man die Zahl der festgestellten Todesfälle durch die Zahl der jährlich erfassten Konsumenten ⁽²¹¹⁾ (potenziell gefährdete Menschen), ergeben sich in den beiden Ländern, für die diese Berechnung vorgenommen werden kann, Raten von fünf bis acht Fällen bzw. zwei bis fünf Fällen je 100 000 Konsumenten. Dabei sind jedoch die Fehlerspanne der auf Erhebungen basierenden

⁽²⁰⁶⁾ Siehe Abbildung DRD-7 im Statistical Bulletin 2006.

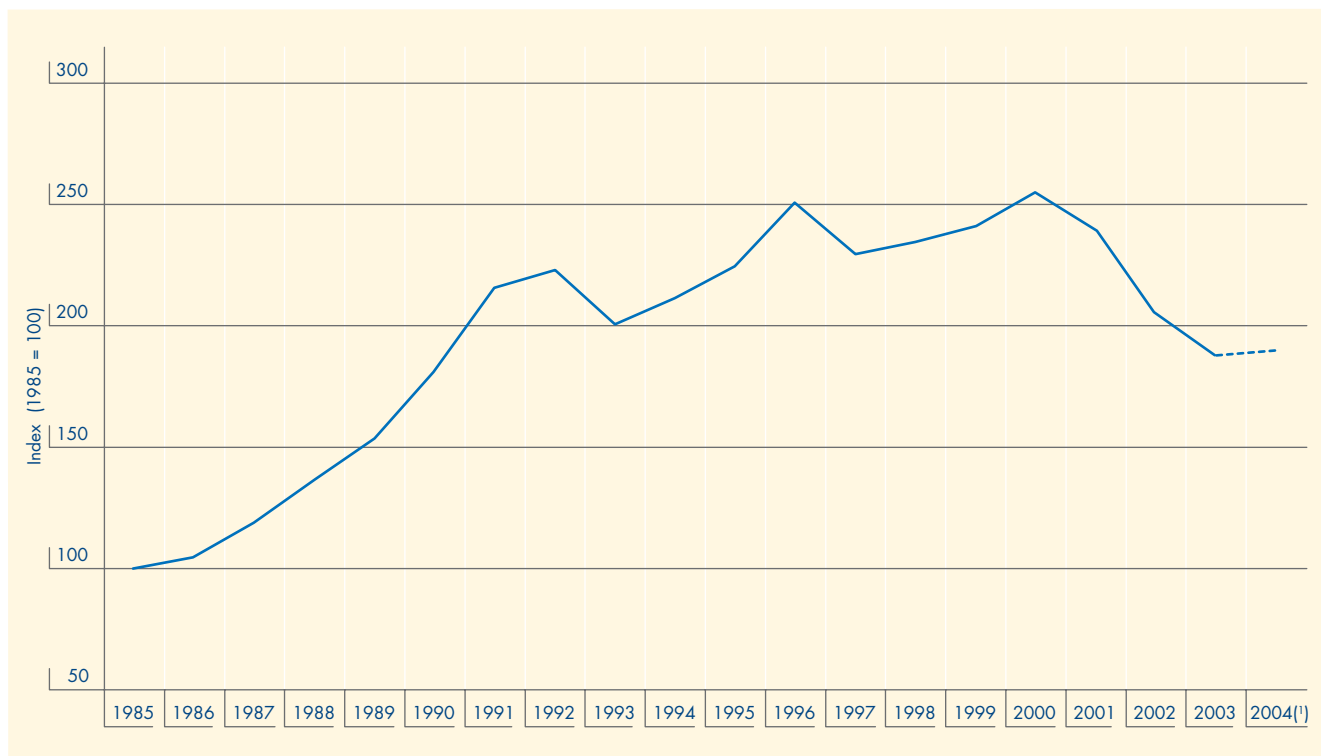
⁽²⁰⁷⁾ Siehe Abbildung DRD-5 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁸⁾ Siehe Abbildung DRD-6 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²⁰⁹⁾ Siehe Abbildung DRD-7 im Statistical Bulletin 2006.

⁽²¹⁰⁾ Je nach Land beziehen sich die Angaben für Ecstasy und Kokain auf 2003 oder 2004.

⁽²¹¹⁾ Konsum in den letzten 12 Monaten in demografischen Erhebungen.

Abbildung 13: Langfristige Tendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen, 1985 bis 2004

(¹) Für das Jahr 2004 haben zehn Länder Angaben zur Verfügung gestellt, während aus sechs Ländern keine Daten vorliegen. Daher ist die Angabe für das Jahr 2004 vorläufig und basiert auf einem Vergleich der Daten aus 2003 und 2004 lediglich der Länder, die für beide Jahre Daten übermittelt haben.

Anmerkung: In diesen Daten sind die neuen Mitgliedstaaten und die Kandidatenländer nicht berücksichtigt, da für diese in den meisten Fällen keine retrospektiven Daten vorliegen.

Die Zahl der Todesfälle in den einzelnen Ländern sowie Anmerkungen zur Methodik sind Tabelle DRD-2 im Statistical Bulletin 2006 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2005, auf der Grundlage von allgemeinen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern.

Prävalenzschätzungen und die Schwierigkeiten bei der Meldung drogenbedingter Todesfälle zu berücksichtigen.

Todesfälle in Verbindung mit Amphetaminen werden ebenfalls nur selten gemeldet. In der Tschechischen Republik wurden jedoch im Jahr 2004 16 Todesfälle mit Pervitin (Methamphetamin) in Verbindung gebracht, nahezu doppelt so viele wie im Vorjahr. Dies stand im Einklang mit einem Anstieg der geschätzten Zahl problematischer Pervitinkonsumenten und der Behandlungsnachfragen. Einzelheiten zu Todesfällen im Zusammenhang mit GHB sind Kapitel 4 zu entnehmen.

Todesfälle in Verbindung mit Kokain

Es herrscht zunehmend Besorgnis über die Gesundheitsrisiken des Kokainkonsums, da in einigen Ländern ein steigender Kokainkonsum in der Freizeit beobachtet wird, und zwar bei jungen Menschen, bei in Behandlung befindlichen Drogenabhängigen und in Randgruppen.

Kokain wird häufig von Opioidkonsumenten eingenommen, und in der Regel werden in Fällen einer Überdosierung von Opioiden bei der toxikologischen Analyse Kokain sowie andere Substanzen wie Alkohol und Benzodiazepine festgestellt. Kokain wird häufig gemeinsam mit Alkohol konsumiert, was eine erhöhte Toxizität zur Folge haben kann.

Derzeit sind in Europa nur in begrenztem Umfang Statistiken verfügbar, und aufgrund von Veränderungen bei den Kriterien zur Ermittlung kokainbedingter Todesfälle sind die Angaben nicht vergleichbar. Darüber hinaus werden einige kokainbedingte Todesfälle unter Umständen nicht erkannt oder bleiben ungemeldet, was sich in einer unvollständigen Berichterstattung niederschlägt. Den vorliegenden Daten zufolge werden bei zahlreichen Todesfällen, bei denen Kokain eine Rolle spielt, auch Opioide nachgewiesen.

Die Länder, die Daten zur Verfügung gestellt haben, meldeten in ihren nationalen Berichten 2005 insgesamt mehr als 400 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain. Hierbei handelt es sich um eine Mindestschätzung. In den meisten dieser Fälle wurde die Todesursache offenbar mit Kokain in Verbindung gebracht, wobei dies aus den Berichten nicht immer eindeutig hervorgeht. In den Berichten aus neun Ländern wurden weder Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain genannt, noch wurde explizit darauf hingewiesen, dass keine derartigen Todesfälle verzeichnet wurden. 0 % bis 20 % der gemeldeten akuten drogenbedingten Todesfälle wurden mit Kokain in Verbindung gebracht, wobei dieser Anteil in Deutschland, Spanien, Frankreich, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich zwischen 10 % und 20 % lag. Todesfälle, bei denen die Todesursache mit Kokain in Verbindung gebracht wurde (alleine oder in Kombination mit anderen Substanzen), wurden aus Deutschland (166), Spanien (53), Frankreich (14), den

Niederlanden (20) und dem Vereinigten Königreich (142 „Erwähnungen“ von Kokain, davon 113 in England und Wales) gemeldet. Neun weitere Länder meldeten zwischen null und zwei Fällen. Zudem wird Kokain in einigen Ländern häufig bei der toxikologischen Analyse in Fällen einer Überdosierung von Opioiden nachgewiesen. Anhand der wenigen verfügbaren Daten können kaum zuverlässige Tendenzen ermittelt werden, jedoch scheint sich in allen Ländern, die über größere Zahlen von Todesfällen im Zusammenhang mit Kokain berichten, eine zunehmende Tendenz abzuzeichnen, d. h. in Deutschland, Frankreich, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich, wobei jedoch in den Niederlanden die Zahlen in den letzten zwei Jahren nicht mehr gestiegen sind.

Darüber hinaus kann Kokain bei Todesfällen aufgrund von Herz-Kreislaufproblemen (Arrhythmie, Myokardinfarkt und zerebrale Hämorrhagie) eine Rolle spielen, insbesondere bei Drogenkonsumenten mit entsprechender Prädisposition, bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren (Rauchen, Bluthochdruck, Angiome) sowie bei älteren Menschen. Gegenwärtig bleiben möglicherweise viele dieser Fälle unbemerkt, da man sich dieser Problematik nicht ausreichend bewusst ist. In diesem Bereich sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich.

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Wirksame Maßnahmen

Eine Aufklärung über die Risiken des Drogenkonsums und den Umgang mit diesen Risiken sowie eine Vermittlung zu Diensten, darunter auch zu Therapien, sind nur möglich, wenn versucht wird, Drogenkonsumenten zu erreichen, die noch nicht in Behandlung sind, und geeignete Kommunikationskanäle geschaffen werden.

Die bei der Untersuchung der Begleitumstände von Überdosierungen gewonnenen Erkenntnisse wurden bei der Erarbeitung gezielter Maßnahmen für hochriskante Situationen und stark gefährdete Risikopersonen berücksichtigt. Diese Maßnahmen könnten zu einer deutlichen Reduzierung der unmittelbar durch den Konsum von Drogen verursachten Todesfälle beitragen. Die Bedeutung der unterschiedlichen Maßnahmen für die Verringerung akuter drogenbedingter Todesfälle durch Überdosierung wurde in einem Briefing der EBDD zur Drogenpolitik zusammenfassend dargestellt (EBDD, 2004d).

Da bei den meisten Todesfällen durch Überdosierung in Europa Heroin eine Rolle spielt, kann die Erhöhung des Anteils der in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten durchaus als eine Maßnahme zur Prävention von Überdosierungen betrachtet werden. Für die in letzter Zeit in einigen Mitgliedstaaten zu beobachtende ansatzweise Umkehrung der Tendenzen bei Todesfällen durch Überdosierung könnten mehrere Faktoren verantwortlich sein, darunter sinkende Prävalenzraten und ein Rückgang des injizierenden Drogenkonsums, verstärkte Präventionsbemühungen,

verbesserte Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Therapien, ein zunehmender Verbleib in der Behandlung und möglicherweise auch ein vermindertes Risikoverhalten.

Maßnahmenprofile

In den meisten Ländern wird in Fachkreisen im Hinblick auf den Einsatz unterschiedlicher Präventionsstrategien die Auffassung vertreten, dass die opioidgestützte Substitutionstherapie das erfolgversprechendste Konzept darstellt, um eine Reduzierung der Todesfälle durch Überdosierung zu erreichen⁽²¹²⁾. In Ungarn und Schweden ist diese Therapieform zwar verfügbar, wird jedoch nicht als Instrument für die Verringerung der drogenbedingten Todesfälle betrachtet. In Estland und Polen wiederum hat das geringe Angebot von Substitutionstherapien zur Folge, dass in diesen Ländern die methadongestützte Substitutionsbehandlung gegenwärtig nicht als wichtige Maßnahme zur Reduzierung der Todesfälle durch Überdosierung gilt.

Darüber hinaus werden in den meisten europäischen Ländern informations-, aufklärungs- und kommunikationsorientierte Strategien als wichtig erachtet. In 19 Ländern werden Botschaften zur Verbesserung des Risikobewusstseins und Anweisungen zum Umgang mit Überdosierungen häufig oder größtenteils durch speziell erarbeitete Informationsmaterial oder über andere Medien (Flyer, Websites, Kampagnen in den Medien) verbreitet. In sieben Ländern (Estland, Frankreich, Irland, Lettland, Ungarn, Malta und Finnland) kommen derartige Maßnahmen selten und in einem Land (Schweden) überhaupt nicht zum Einsatz.

Den Angaben der nationalen Knotenpunkte zufolge ist das Konzept einer systematischen Einbeziehung individueller Risikobewertungen in die Beratungs- und Behandlungsverfahren sowie der Risikoaufklärung und Vermittlung von Informationen über den Umgang mit den Risiken in Gruppensitzungen für Drogenkonsumenten weniger verbreitet.

Eine weit gefasste Kategorie von Aktivitäten kann als „entlassungsvorbereitende Maßnahmen“ bezeichnet werden. Diese reichen von einfachen Informationen über Beratungen zu Risiken und Prävention von Überdosierungen bis hin zur Einleitung oder Fortführung von Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten. Jedoch werden derartige Maßnahmen in 13 Ländern nur selten und in weiteren fünf Ländern (Lettland, Ungarn, Polen, Rumänien und Schweden) überhaupt nicht durchgeführt. In Spanien, Italien und im Vereinigten Königreich jedoch gehören Maßnahmen in Haftanstalten zu den gängigsten Strategien zur Verringerung der akuten drogenbedingten Todesfälle.

Die mit dem injizierenden Drogenkonsum in der Öffentlichkeit verbundenen lokalen Risiken haben dazu geführt, dass in vier EU-Ländern und Norwegen⁽²¹³⁾ professionell überwachte Drogenkonsumräume eingerichtet wurden. Diese sollen vor allem jenen stark ausgegrenzten und risikofreudigen Drogenkonsumenten zur Verfügung stehen, die Drogen auf der Straße injizieren (EBDD, 2004c).

⁽²¹²⁾ Die Ergebnisse basieren auf einer im Jahr 2004 unter 27 Nationalen Knotenpunkten durchgeführten Erhebung. Der Fragebogen kann unter <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333> herunter geladen werden.

⁽²¹³⁾ Bei den EU-Ländern handelt es sich um Deutschland, Spanien, Luxemburg und die Niederlande.



Kapitel 8

Verbesserung der Überwachung des problematischen und multiplen Drogenkonsums

Drogensucht, Drogenabhängigkeit, Drogenmissbrauch, schädlicher Konsum, problematischer Konsum: Mit dem EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum werden viele Begriffe in Zusammenhang gebracht, zwischen deren medizinischen oder sozialen Merkmalen feine Unterschiede bestehen. Mit Hilfe des EBDD-Indikators für problematischen Drogenkonsum wird der „injizierende bzw. langjährige oder regelmäßige Konsum von Heroin, Kokain und/oder Amphetaminen“ beobachtet. Darüber hinaus wurde vereinbart, auch den Konsum anderer Opioide wie Methadon in die Definition einzubeziehen.

Diese rein verhaltensorientierte Definition des problematischen Drogenkonsums basiert auf Drogenkonsummustern und beinhaltet keinerlei ausdrückliche Bewertung der Probleme. Dennoch besteht ein Zusammenhang zu den verschiedenen Begriffen der Drogensucht, da davon ausgegangen wird, dass ein Konsument, der ein solches Verhalten zeigt, sehr wahrscheinlich unter den allgemeineren Begriff des „problematischen Drogenkonsumenten“ fällt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Indikator für problematischen Drogenkonsum lediglich Schätzungen über eine wichtige Teilgruppe jener erlaubt, die ein irgendwie geartetes Drogenproblem haben. Das Konzept ist dennoch sinnvoll, da es als verhaltensorientierter Begriff mehrere Vorteile miteinander verbindet:

- Es ermöglicht eine Beobachtung unabhängig von den Definitionen von Sucht, Abhängigkeit, Schaden und Problem.
- Es kann relativ einfach in Forschungsstudien eingesetzt werden.
- Es fasst verschiedene Arten von Drogen und mögliche Applikationsformen zusammen, ohne eine spezielle Differenzierung zwischen ihnen zu treffen.

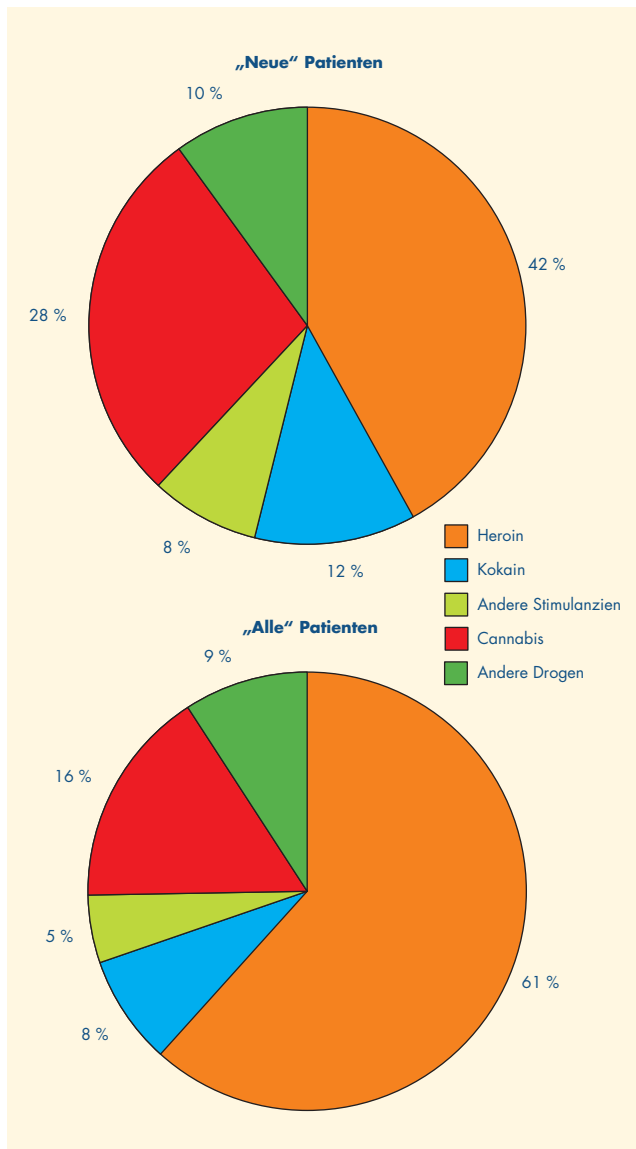
Historisch gesehen war der EBDD-Indikator ein Kind seiner Zeit: In den 80er und größtenteils auch in den 90er Jahren wurden der Heroinkonsum und der injizierende Drogenkonsum als zentrale Elemente des Drogenproblems betrachtet, die einer Abschätzung bedurften. Darüber hinaus konnten diese Formen des Drogenkonsums durch Erhebungstechniken nicht in überzeugender Weise beurteilt werden. Durch die Aufnahme der Amphetamine wurde die Definition den Gegebenheiten einiger skandinavischer Länder angepasst, in denen der injizierende Amphetaminkonsum eine erhebliche Rolle spielte. Kokain wurde zwar in die Definition einbezogen, stellte aber in der

Praxis nur selten einen wichtigen Teil der Schätzungen dar. Zwar bietet der Indikator für problematischen Drogenkonsum noch immer wertvolle Einblicke in einen wesentlichen Aspekt des Drogenproblems, jedoch wird zunehmend deutlich, dass er weiterentwickelt werden muss, um den Anforderungen im Zusammenhang mit der Beobachtung der heutzutage stärker heterogenen Drogensituation in Europa gerecht zu werden. Wir sehen uns in Europa einem immer komplexeren Bild chronischer Drogenprobleme gegenüber. Um angesichts der sich im Wandel befindlichen Welt der illegalen Drogen weiterhin relevant zu sein, muss die Beobachtungsarbeit vorangetrieben werden, damit sie den mit einem breiteren Spektrum von Drogen verbundenen Herausforderungen gerecht werden und den Konsum dieser Drogen detaillierter erfassen kann als bisher.

Mit der EU-Erweiterung vergrößerte sich die Vielfalt der sozialen Verhaltensweisen, wobei der illegale Drogenkonsum keine Ausnahme darstellt. Die Entwicklungen innerhalb der Drogenkultur, das Aufkommen synthetischer Drogen und des illegalen Konsums von Arzneimitteln, der zunehmende Konsum von Kokain und die insgesamt hohe Prävalenz des Cannabiskonsums müssen berücksichtigt werden, um die Bedürfnisse jener zu begreifen, die Probleme im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum haben. Aus den vorstehenden Abschnitten dieses Berichts geht hervor, dass Heroinkonsumenten zwar noch immer größtenteils für die Nachfrage nach Drogenbehandlungsdiensten verantwortlich zeichnen, Erstpatienten jedoch zunehmend Probleme in Verbindung mit Cannabis und Stimulanzien angeben (Abbildung 14).

Diese veränderte Situation ist vor dem Hintergrund eines wesentlich größeren Angebots von Behandlungen für Konsumenten mit Problemen im Zusammenhang mit Opioiden sowie eines besseren Erfassungsgrads der Berichterstattung durch die Behandlungsdienste zu betrachten. Insbesondere die opioidgestützte Substitutionstherapie, bei der die Menschen langfristig in eine kontinuierliche Betreuung eingebunden werden (es ist zu beachten, dass dies nicht aus den Diagrammen hervorgeht, da diese ausschließlich jene Patienten berücksichtigen, die sich im laufenden Jahr in Behandlung begeben haben), zeigt deutlich, welchen Aufwand laufende Therapien von Opioidpatienten verglichen mit den Behandlungen von Erstpatienten verursachen. Nichtsdestoweniger scheint in vielen Ländern die Gruppe der Menschen, die derzeit in Europa ein Drogenproblem entwickeln, zumindest hinsichtlich der konsumierten Substanzen heterogener zu sein als in der Vergangenheit.

Abbildung 14: Verteilung „neuer“ und „aller“ Patienten, die eine Therapie in Anspruch nehmen, nach Primärdrugs



Anmerkung: Basierend auf Daten aus der Tschechischen Republik, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Italien, Zypern, Ungarn, Malta, den Niederlanden, Slowenien, der Slowakei, Finnland, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Bulgarien, Rumänien und der Türkei.

Quellen: Nationale Reintox-Knotenpunkte.

Der Indikator für problematischen Drogenkonsum und die Erfassung versteckter Gruppen von Drogenkonsumenten

Das gegenwärtig verwendete Konzept des problematischen Drogenkonsums hat sich als äußerst wertvoll erwiesen, um bessere Schätzungen über die wichtige Gruppe der Drogenkonsumenten vorzunehmen, die den Großteil der Patienten der Drogenbehandlungsdienste in Europa ausmachen. So hat es zur Entwicklung einer Reihe von Methoden und statistischen Verfahren für die Einschätzung der tatsächlichen Größe dieser weitgehend

versteckten Bevölkerungsgruppe beigetragen. In all diesen Konzepten beruht die Bemessung auf dem Gedanken, dass ein bestimmter Prozentsatz der problematischen Drogenkonsumenten „für die Behörden sichtbar“ ist, da diese Drogenkonsumenten mit einer Reihe regulärer Behandlungsdienste, Notfalldienste und Sozialdienste in Kontakt kommen, und dass ausgehend von dieser sichtbaren Minderheit eine Schätzung der tatsächlichen Größe der Gruppe der problematischen Drogenkonsumenten vorgenommen werden kann, sofern dieser Prozentsatz bekannt ist. Diese Form indirekter statistischer Verfahren ergänzt die demografischen Erhebungen, die aus zahlreichen methodischen und praktischen Gründen für die Schätzung der Prävalenz des Drogenkonsums weniger geeignet sind, sofern die Prävalenz gering ist, der Konsum stigmatisiert wird und weitgehend im Verborgenen stattfindet.

Was die derzeitige Anwendung des Indikators für problematischen Drogenkonsum in der EU betrifft, so haben die Länder die Definition an die praktischen Gegebenheiten vor Ort angepasst, so dass sich ein heterogenes Bild ergibt. Neun Länder folgen im Wesentlichen der EBDD-Definition, elf Länder nehmen lediglich Schätzungen über die Zahl der Konsumenten von Opioiden (oder Heroin) vor und weitere vier Länder beziehen auch problematische Cannabiskonsumenten ein, wobei diese in der Regel nur einen sehr kleinen Teil ihrer Schätzungen ausmachen (da für die Einbeziehung von Cannabiskonsumenten recht strenge Kriterien gelten, so dass nur der Suchtkonsum oder der sehr intensive Konsum berücksichtigt werden).

Die stärkere Verbreitung des Konsums von Kokain, Crack und Stimulanzien insgesamt sowie die Überlappung von Drogenproblemen mit Problemen im Zusammenhang mit Alkohol und verschriebenen Arzneimitteln führen dazu, dass die Schätzungen selbst bei einer kohärenten Anwendung des Indikators nun eine größere Vielzahl verschiedener Formen des Drogenkonsums enthalten als in der Vergangenheit, die möglicherweise mit vielfältigeren Folgen und Problemen verbunden sind. Neben der Beobachtung des gesamten Ausmaßes des problematischen Drogenkonsums ist es daher notwendig, die unterschiedlichen Verhaltensweisen innerhalb des Indikators für problematischen Drogenkonsum gesondert zu beobachten, d. h. den injizierenden Drogenkonsum sowie jede in der Definition des problematischen Drogenkonsums erfasste Droge. Dies könnte besonders wichtig sein, da aus einigen Ländern ein zunehmender Kokainkonsum und eine Diversifizierung der Muster des Amphetaminkonsums gemeldet werden. Darüber hinaus würde es damit möglich, Tendenzen des Opioidkonsums im Einzelnen zu ermitteln. Wenn all diese Verhaltensweisen ausschließlich in einer Gesamtzahl gemeldet werden, besteht ganz eindeutig die Gefahr, dass wichtige Entwicklungen verschleiert werden und die Chance verpasst wird, ein besseres Verständnis für die jeweiligen Tendenzen zu entwickeln.

In diesem Bericht wurde oben erstmals eine gesonderte Schätzung des Heroinkonsums sowie des injizierenden Heroinkonsums in Europa vorgenommen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass zunehmend Behandlungen für Opioidkonsumenten verfügbar sind und in

Europa schätzungsweise mehr als eine halbe Million Menschen eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung erhalten. Daraus ergibt sich der Schluss, dass der Anteil der Heroinkonsumenten und der injizierenden Heroinkonsumenten, die mit Behandlungsdiensten in Kontakt sind oder waren, in vielen Ländern recht hoch sein könnte. Die EBDD prüft derzeit gemeinsam mit ihren nationalen technischen Arbeitsgruppen, welcher Mehrwert durch eine Zusammenführung der Informationen über Behandlungsnachfragen, die Verfügbarkeit von Behandlungen und die Schätzungen über den Heroinkonsum und den injizierenden Drogenkonsum erzielt werden könnte.

Erweiterung der Beobachtung über den Indikator für problematischen Drogenkonsum hinaus

Ein weiterer Schritt in der Weiterentwicklung der Fähigkeit, das Drogenproblem in Europa besser zu verstehen, ist die Untersuchung, in welchem Umfang der intensive Drogenkonsum neben dem problematischen Drogenkonsum in das Beobachtungsverfahren einbezogen werden kann. Der Zusammenhang zwischen intensivem Drogenkonsum, wie auch immer er definiert sein mag, und der Abhängigkeit sowie dem Ausmaß und den Formen der Probleme, muss weiter ausgearbeitet werden. So kamen beispielsweise Kandel und Davis (1992) zu der Einschätzung, dass in den USA etwa ein Drittel der täglichen Cannabiskonsumenten als abhängig betrachtet werden könnte. Um in diesem Bereich Fortschritte erzielen zu können, muss der Begriff des häufigen, intensiven Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen als spezifisches Ziel der Beobachtung definiert werden. Der häufige oder intensive Konsum kann ergänzend zu den Schätzungen mittels indirekter statistischer Verfahren auch anhand von Erhebungsdaten bewertet werden. Derzeit bieten Erhebungsdaten wertvolle Einblicke in die unterschiedlichen Muster des Cannabiskonsums, stellen jedoch nur stark begrenzte Messdaten zum Konsumverhalten und zur Konsumhäufigkeit dar. Erhebungsdaten sind wahrscheinlich dann wichtig, wenn tragfähige Schätzungen über die Zahl der Konsumenten von Drogen wie Cannabis vorgenommen werden müssen, die zumindest den eigenen Angaben zufolge als abhängig oder als Konsumenten mit schädlichem Drogenkonsum beschrieben werden könnten.

Eine solche formalere Definition des häufigen, intensiven Konsums für verschiedene Drogen würde auch zur Entwicklung von Forschungsinstrumenten beitragen, die eine Bewertung des Ausmaßes der Probleme und der Abhängigkeit im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Graden und Mustern des Cannabiskonsums ermöglichen. Eine Reihe europäischer Länder arbeitet derzeit mit Unterstützung der EBDD an der Entwicklung methodischer Instrumente für die Bemessung sowohl des intensiven Konsums als auch des Ausmaßes der Abhängigkeit und der Probleme.

Die Definition des intensiven Konsums als Indikator dafür, welche Konsumenten wahrscheinlich am stärksten gefährdet sind, abhängig zu werden oder Probleme zu entwickeln,

wird dadurch erschwert, dass der Begriff des intensiven Konsums bis zu einem gewissen Maße von der einzelnen Droge abhängig ist. Während der problematische Opioidkonsum in engem Zusammenhang mit täglichen Konsummustern steht, ist dies häufig bei Stimulanzien nicht der Fall. Bei diesen Drogen ist häufig der „Binge-Konsum“ stärker verbreitet, d. h. der kurzzeitige exzessive Konsum, der anschließend wieder zurückgeht, wobei die Konsumenten häufig zu anderen Drogen oder Alkohol greifen, um die unangenehmen Entzugserscheinungen zu mildern. Sowohl pharmakologische als auch kontextuelle Faktoren können großen Einfluss auf die Muster des intensiven Drogenkonsums haben, es steht jedoch fest, dass Messdaten zu den mit dem intensiven Drogenkonsum verbundenen Verhaltensweisen genau auf die unterschiedlichen Muster des Drogenkonsums im Zusammenhang mit unterschiedlichen Arten von Drogen abgestimmt sein müssen.

Die Herausforderung der Berichterstattung über Probleme des polyvalenten Drogenkonsums

Aus stichhaltigen praktischen und methodischen Gründen wird in den meisten Berichten über den Drogenkonsum jede Substanz gesondert behandelt. Damit wird die notwendige konzeptuelle Klarheit geschaffen, um die Berichterstattung auf der Grundlage der verfügbaren verhaltensorientierten Messdaten zu erleichtern. Andererseits wird dabei die Tatsache außer Acht gelassen, dass einzelne Drogenkonsumenten häufig mehrere sowohl illegale als auch legale Substanzen konsumiert haben oder konsumieren und ihre Probleme unter Umständen mit mehr als einer Droge in Zusammenhang stehen. Vielleicht ersetzen sie eine Droge durch eine andere oder ändern ihre Primärdroge im Laufe der Zeit oder nehmen sie in Kombination mit anderen Substanzen. Diese Komplexität des Konsumverhaltens stellt eine enorme Herausforderung für ein Beobachtungssystem dar, selbst wenn die Analyse auf einfache verhaltensorientierte Messdaten des Drogenkonsums in unterschiedlichen Zeiträumen beschränkt wird. Werden darüber hinaus die Begriffe des problematischen Konsums und des Suchtkonsums einbezogen, erhöht sich diese Komplexität weiter, zumal auf europäischer Ebene nur sehr wenige tragfähige Daten zur Verfügung stehen, die eine fundierte Analyse ermöglichen. Jedoch ist davon auszugehen, dass es in einigen Ländern eine große Gruppe chronischer problematischer Drogenkonsumenten gibt, die kaum nach ihrer Primärdroge klassifiziert werden können und unter Umständen aufgrund ihres Konsums sowohl legaler als auch illegaler Drogen Probleme haben. Dieses Problem kann nur dann wirksam angegangen werden, wenn ein besseres Verständnis der Muster des polyvalenten Drogenkonsums ermöglicht und dieses für eine Verbesserung der nationalen und europaweiten Berichterstattung genutzt wird.

Konsum verschiedener Substitutionsdrogen

Innerhalb des allgemeinen Begriffs des multiplen Drogenkonsums sind mehrere spezifische Bedeutungen des Terminus zu berücksichtigen. Zum einen gibt es den

intensiven und wahllosen Konsum verschiedener Substanzen, die gleichzeitig oder nacheinander eingenommen werden, wobei in vielen Fällen eine Droge je nach Verfügbarkeit durch eine andere ersetzt wird. Dies ist beispielsweise bei problematischen Drogenkonsumenten der Fall, die unterschiedliche Opioide sowie Arzneimittel, Kokain, Amphetamine und Alkohol konsumieren.

Dieses Konsummuster scheint bei einigen chronischen Konsumenten aufzutreten, möglicherweise in Randgruppen oder bei Menschen mit psychiatrischen Störungen. In vielen Meldesystemen Europas werden diese Fälle den Opioidkonsumenten zugeordnet.

Als solche werden diese Menschen als problematische Drogenkonsumenten definiert und beobachtet. Offen bleibt jedoch die Frage, ob dieser intensive, wahllose polyvalente Drogenkonsum an sich eine Einheit darstellt – eine nicht auf eine bestimmte Droge fixierte Abhängigkeit, die somit gezielte epidemiologische Bewertungen sowie Maßnahmen zur Behandlung, Unterstützung oder Schadensminimierung in einer besonders schwierigen Situation erfordert. Unter diesen Umständen müsste bei jeder Beobachtung der einzelnen Bestandteile des problematischen Drogenkonsums der polyvalente Drogenkonsum als einer dieser gesondert zu bewertenden Bestandteile betrachtet werden.

Drogenkombinationen

Eine zweite Gruppe von Konsumenten nimmt systematisch mehrere Substanzen zugleich ein, um eine kombinierte pharmakologische Wirkung zu erzeugen. Ein Beispiel hierfür ist das „Speedballing“, die Kombination von Heroin und Kokain in einer Injektion.

Darüber hinaus ist es möglich, dass eine zweite Droge mit funktioneller oder pharmakologischer Wirkung als Ersatz- oder Ergänzungsdroge nicht nur gleichzeitig mit der Primärdroge, sondern auch später konsumiert wird. Beispielsweise können Benzodiazepine eingenommen werden, um die Entzugerscheinungen zu mildern, wenn keine Opioide verfügbar sind. In anderen Fällen kann eine zweite Droge aufgrund ihrer kompensierenden pharmakologischen Wirkung konsumiert werden: Beispielsweise ist es möglich, die betäubende Wirkung von Opioiden durch die Einnahme von Kokain zu verändern oder die angstauslösende Wirkung von Kokain oder Amphetaminen durch den Konsum von Opioiden oder anderen Sedativa zu mildern.

Erhöhte Risiken durch polyvalenten Drogenkonsum

Die verstärkende Wirkung einer Droge, die in Kombination mit einer anderen Substanz eingenommen wird, ist zuweilen erheblich. In diesem Zusammenhang müssen legale Drogen und Arzneimittel wie Alkohol, Nikotin und Antidepressiva gemeinsam mit den kontrollierten psychoaktiven Substanzen berücksichtigt werden. Das Ausmaß des Risikos ist von der Höhe der Dosierung beider Substanzen abhängig. Besorgniserregende Wirkungen werden durch eine Reihe pharmakologischer Kombinationen erzielt: Alkohol und Kokain erhöhen die kardiovaskuläre Toxizität, Alkohol oder sedierende Drogen

erhöhen in Kombination mit Opioiden das Risiko einer Überdosierung, und Opioide oder Kokain führen, wenn sie gemeinsam mit Ecstasy oder Amphetaminen eingenommen werden, ebenfalls zu einer erhöhten akuten Toxizität.

Grenzen der verfügbaren Daten über den polyvalenten Drogenkonsum

Aufgrund des Mangels an verfügbaren Daten sind die Möglichkeiten einer Berichterstattung über viele Aspekte des polyvalenten Drogenkonsums beschränkt. Die verfügbaren Daten stammen aus toxikologischen Berichten über Überdosierungen und aus eigenen Angaben der Patienten von Behandlungsdiensten. Diese Quellen erlauben zwar gewisse Einblicke in den polyvalenten Drogenkonsum, die verfügbaren Informationen sind jedoch häufig begrenzt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Daten repräsentativ sind.

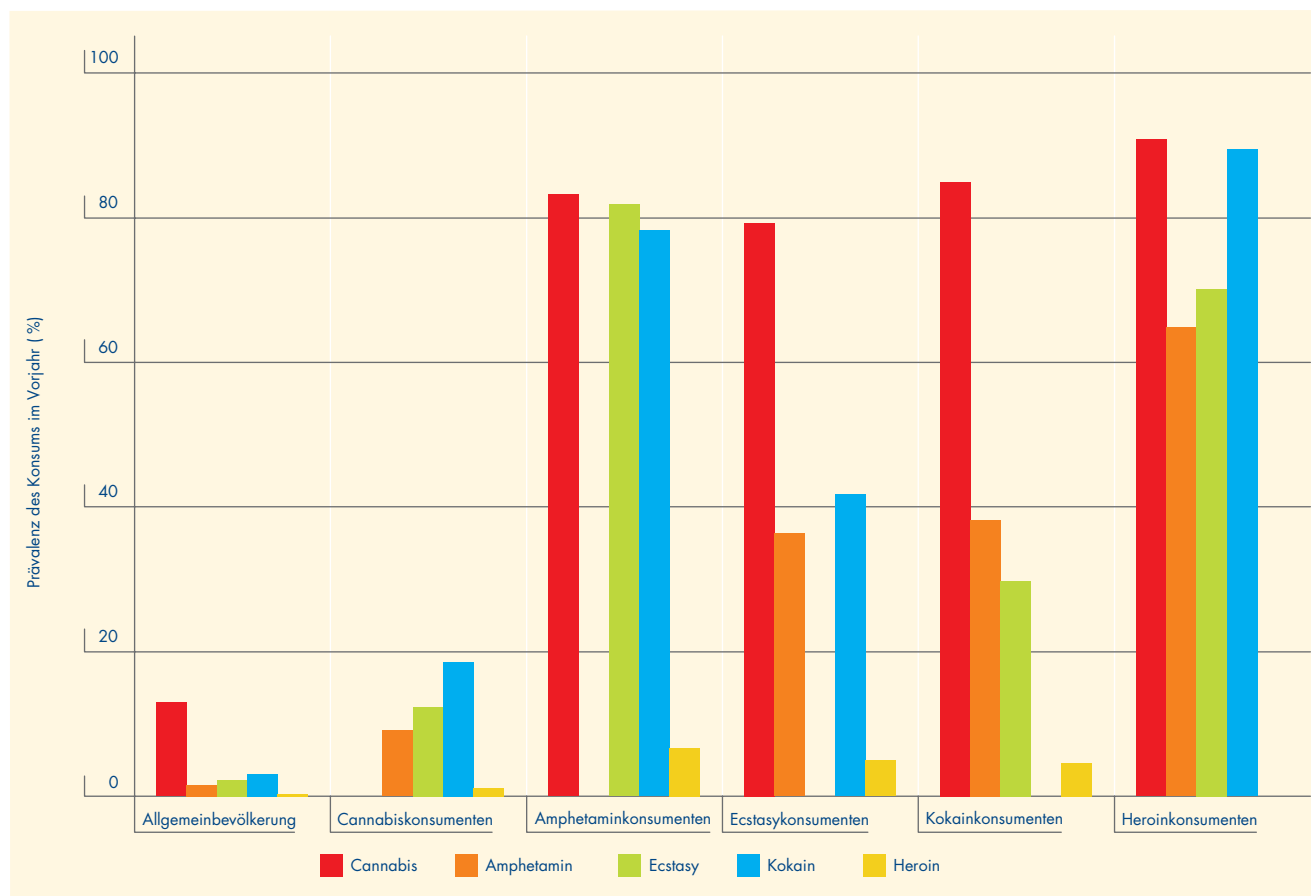
Die Ergebnisse der Erhebungen zeigen, dass der Konsum von mehr als zwei Drogen im selben Zeitraum stark verbreitet ist. Die Erhebungsdaten sagen jedoch häufig nur wenig über bestimmte Formen des Drogenkonsums aus, und selbst wenn Daten vorliegen, sind weitere Bemühungen notwendig, um vergleichbare Standards für die Berichterstattung zu erarbeiten. Ein Beispiel für den Umfang der aus demografischen Erhebungen verfügbaren Daten über den polyvalenten Drogenkonsum ist einem kürzlich veröffentlichten Forschungsbericht der EBDD zu entnehmen (EBDD, 2005b). Anhand der Daten aus Spanien zeigt Abbildung 15, dass der Konsum einer Droge zu einer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhten Neigung führt, weitere Drogen einzunehmen, und dass der Grad dieser Bereitschaft in Abhängigkeit von der betreffenden Droge schwankt. Beispielsweise ist unter Heroinkonsumenten der Konsum von Kokain relativ weit verbreitet, während jedoch Kokainkonsumenten weniger häufig andere Drogen einnehmen.

Ist die Erarbeitung einer Arbeitsdefinition des polyvalenten Drogenkonsums eine Frage des Timings?

Es müssen Überlegungen über die Zeiträume angestellt werden, die der Bewertung und Meldung des polyvalenten Drogenkonsums zugrunde zu legen sind. Lebenszeitprävalenzraten sind in der Regel im Hinblick auf Fragen der öffentlichen Gesundheit weniger nützlich oder relevant als Messdaten über den jüngeren Konsum.

Eine sinnvolle Arbeitsdefinition des polyvalenten Drogenkonsums wäre der häufige Konsum von mehr als einer Substanz über einen bestimmten Mindestzeitraum, beispielsweise einen Monat. Eine solche Definition träge zwar keine Unterscheidung zwischen den oben dargestellten unterschiedlichen Konsumformen, würde jedoch einen allgemeinen Überblick über möglicherweise stark gefährdete Gruppen verschaffen. Die Lebenszeitprävalenz sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, wenn es um die Darstellung des polyvalenten Drogenkonsums unter sehr jungen Menschen wie Schülern oder Studenten geht. In diesem Falle könnte die Lebenszeitprävalenz des polyvalenten Drogenkonsums bessere Rückschlüsse auf

Abbildung 15: Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten nach unterschiedlichen Konsumentengruppen in der Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 15 und 34 Jahren



Anmerkung: Daten für Spanien 1999. Siehe Abbildung GPS-34 im Statistical Bulletin 2006 für weitere Einzelheiten.
 Quelle: EBDD (2005b).

den gegenwärtigen Konsum zulassen. Beispielsweise zeigen die Daten aus den ESPAD-Erhebungen, dass die stärker abweichenden bzw. niedrigeren Prävalenzmuster des Drogenkonsums unter Schülern (Ecstasy, Amphetamine, Halluzinogene, Kokain, Heroin) vorwiegend auf einige wenige Schüler beschränkt sind.

Verbesserung der Beobachtung der Drogenproblematik in Europa und Schärfung des Bewusstseins für den polyvalenten Drogenkonsum

Eine der zentralen Aufgaben der EBDD besteht darin, zu einem besseren Verständnis des Wesens und des Umfangs der Drogenproblematik in Europa beizutragen. Der Drogenkonsum ist jedoch ein komplexes Thema, das eine Reihe von Verhaltensweisen umfasst, die in unterschiedlichen Zusammenhängen mit verschiedenen wichtigen Fragen der öffentlichen Gesundheit und sozialen Problemen stehen. Drogenkonsumenten können Probleme haben oder Gefahr laufen, diese zu entwickeln. Die Muster des Drogenkonsums reichen vom experimentellen, episodischen und gelegentlichen Konsum bis hin zum

regelmäßigen, intensiven und unkontrollierten Konsum. Drogenkonsumenten können anhand klinischer Definitionen als Konsumenten mit Drogenproblemen oder als drogenabhängig eingestuft werden, wobei diese beiden Kategorien zu Forschungszwecken weiter verfeinert werden können. Noch komplexer wird die Situation dadurch, dass Drogenkonsumenten häufig mehrere Substanzen einnehmen und ihre Konsummuster im Zeitverlauf ändern. Einer solchen Komplexität kann kein einzelnes Berichterstattungssystem adäquat Rechnung tragen. In der Praxis wird mit dem von der EBDD verfolgten Konzept, das mehrere Indikatoren einbezieht, versucht, diese unterschiedlichen Aspekte des Drogenproblems zu beleuchten.

Der Indikator für problematischen Drogenkonsum konzentriert sich auf bestimmte Verhaltensweisen und bietet wertvolle Einblicke in einige der schädlichsten und kostenintensivsten Formen des Drogenkonsums. Somit ist er ein wichtiger Faktor für das Verständnis der europäischen Drogenproblematik insgesamt. Jedoch besteht nun eindeutig die Notwendigkeit, die anhand des Indikators für problematischen Drogenkonsum vorgenommenen Gesamtschätzungen durch substanzspezifische Teilschätzungen zu ergänzen, um das zunehmend heterogene Drogenproblem in Europa erfassen zu können.

Da viele der verfügbaren Datenquellen auf verhaltensorientierten Berichten über den Drogenkonsum basieren, muss der Begriff des häufigen oder intensiven Konsums auf dieser Grundlage erarbeitet werden. Damit würde die Beobachtung von Drogenproblemen über die derzeit durch den Indikator für problematischen Drogenkonsum geschaffene Perspektive hinaus ausgeweitet. Die Verknüpfung von Informationen über den problematischen Drogenkonsum mit diesen weiter gefassten Daten wird auch für die Bemühungen der EBDD um eine Verbesserung ihres Gesamtverständnisses sowohl

des Umfangs als auch des Wesens der Drogenprobleme in Europa einen Fortschritt darstellen. Zugleich müssen Anstrengungen unternommen werden, um die Entwicklung von Standards für die Berichterstattung voranzutreiben, die eine bessere Darstellung der Muster des polyvalenten Drogenkonsums auf europäischer Ebene ermöglichen. Zu den ersten Schritten auf diesem Weg zählen die Entwicklung eines ausgefeilteren konzeptuellen Rahmens für die Untersuchung unterschiedlicher Formen des multiplen Drogenkonsums – einschließlich der Festlegung geeigneter Zeitrahmen – und die Ermittlung geeigneter Datenquellen.



Literaturangaben

ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, London.

Bossong, M. G., Van Dijk, J. P., und Niesink, R. J. M. (2005), „Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?“, *Addiction biology* 10(4), S. 321-323.

Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H., et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.

Chen, C.-Y., O'Brien, M. S., und Anthony, J. C. (2005), „Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001“, *Drug and alcohol dependence* 79, S. 11-22.

Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J., et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).

CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Suchtstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.

CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Suchtstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.

EBDD (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2002b), „Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs“, Projekt CT.00.EP.13, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2004a), *Jahresbericht 2004: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights Nr. 6, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2004d), *Drogen im Blickpunkt Nr. 13: Überdosierung – eine der häufigsten vermeidbaren Todesursachen bei jungen Menschen*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2005a), *Jahresbericht 2005: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2005b), „Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use“, Abschlussbericht, Projekt CT.03.P1.200, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EBDD (2005c), „Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU“, Abschlussbericht, Projekt CT.04.P2.329, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

EuroHIV (Europäische Epidemiologische Aids-Beobachtungsstelle) (2005), *HIV/Aids surveillance in Europe: End-year report 2004*, Nr. 71, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

Europol (2006), „Drugs 2006“ (Mitteilung an die EBDD vom 16. Januar 2006, Dossier Nr. 158448), Europol, Den Haag.

Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., et al. (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention“, *International journal of drug policy* 16S, S. S67-S75.

Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M., et al. (2005), „Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users“, *World psychiatry*, 4(3), S. 173-176.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Schwedischer Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN) und Pompidou-Gruppe des Europarates.

Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., et al. (2003), „Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients“, *Archives of general psychiatry* 60, S. 1043-1052.

INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Vereinte Nationen, International Narcotics Control Board, New York.

INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Vereinte Nationen, International Narcotics Control Board, New York.

Kandel, D. und Davis, M. (1992), „Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use“, in: Glantz, M., und Pickens, R. (Hrsg.), *Vulnerability to Drug Abuse*, S. 211-253. American Psychological Association. Washington.

- Kumpfer, K. L., Molgaard, V., und Spoth, R. (1996), „The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations“, in: Peters, R., und McMahon, R. J. (Hrsg.) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J., et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Online-Bericht des Home Office 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. und Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- Nationale Reitox-Berichte (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, London.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N., et al. (2006), „Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population“, *Archives of general psychiatry* 63, S. 219-228.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European addiction research* 10, S. 147-155.
- Roe, E. und Becker, J. (2005), „Drug prevention with vulnerable young people: a review“, *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), S. 85-99.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., et al. (2004), „A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction“, *Drug and alcohol dependence* 74, S. 1-13.
- Schäfer, C., und Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Schottenfeld, R. S., Chawarski, M. C., Pakes, J. R., et al. (2005), „Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence“, *American journal of psychiatry* 162, S. 340-349.
- Shearer, J. und Gowing, L. R. (2004), „Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research“, *Drug and alcohol review* 23, S. 203-211.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung), Wien.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung), Wien.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru*, Juni 2005, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung), Wien.
- UNODC (2006), *2006 world drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung), Wien.
- UNODC und Regierung Marokkos (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung), Wien.
- Van den Brink, W. (2005), „Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment“, *Sucht* 51(4), S. 196-198.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T., und Watts, C. (2006), „Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users“, *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (im Druck).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., et al. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults“, *Drug and alcohol dependence* 68(1), S. 49-64.
- WZO (2005), *Customs and drugs 2004*, Weltzollorganisation, Brüssel.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004), „Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/Aids prevention“, Positionspapier, Weltgesundheitsorganisation, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung), UNAIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids) (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht 2006: Stand der Drogenproblematik in Europa

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2006 — 96 S. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-252-7



VERKAUF UND ABONNEMENTS

Die kostenpflichtigen Veröffentlichungen des Amtes für Veröffentlichungen sind bei unseren Verkaufsstellen in zahlreichen Ländern der Erde erhältlich oder dort zu bestellen. Das Verzeichnis dieser Stellen können Sie erhalten:

- über die Internet-Seite des Amtes für Veröffentlichungen (<http://publications.europa.eu/>),
- über die Faxnummer (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.