



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

ISSN 1609-6088

JAHRESBERICHT 2005

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2005

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.int>).

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 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, 2005

ISBN 92-9168-225-X

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2005

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 Lisboa, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkung	9
Übersicht – Ermittlung europäischer Drogentrends	11
Kapitel 1	
Neue politische und rechtliche Entwicklungen	18
Kapitel 2	
Schulen, Jugendliche und Drogen	27
Kapitel 3	
Cannabis	36
Kapitel 4	
Amphetaminartige Stimulanzien, LSD und andere synthetische Drogen	45
Kapitel 5	
Kokain und Crack	56
Kapitel 6	
Heroinkonsum und injizierender Drogenkonsum	63
Kapitel 7	
Kriminalität und Strafvollzug	84
Literaturangaben	89



Vorwort

In diesem Jahr werden begleitend zum Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zusätzliche Online-Elemente veröffentlicht. Dazu zählt unser neues, nunmehr bereits im zweiten Jahr herausgegebenes *Statistical Bulletin*, das inzwischen mehr als 200 Tabellen mit Quellenmaterial in Form von quantitativen Angaben zur Drogensituation in Europa enthält.

In Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten der Europäischen Union erstellt die EBDD seit mehr als zehn Jahren ein umfassendes Bild des europäischen Drogenphänomens. Quantität und Qualität der verfügbaren Daten, die der Analyse im Rahmen des vorliegenden Jahresberichts zugrunde liegen, sind nicht nur Ausdruck der fachlichen Leistung jener wissenschaftlichen Arbeitsgruppen, die diese Informationen bereitstellen, sondern auch des Engagements von politischen Entscheidungsträgern in ganz Europa, in das Datenerhebungsverfahren zu investieren und diesen Prozess zu unterstützen. Dies ist ein konkretes Beispiel für den Nutzen einer Zusammenarbeit auf europäischer Ebene. Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten ergeben sich nicht nur aus den Drogenproblemen, mit denen sie konfrontiert sind, sondern auch aus der Art und Weise, wie sie sich diesen Herausforderungen gestellt haben. Dessen ungeachtet kann man heute auch von einer europäischen Perspektive in der Behandlung der Drogenproblematik sprechen. Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass Maßnahmen nur auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Situation, des Austauschs von Arbeitserfahrungen und – wenn irgend möglich – eines gemeinsamen Handelns getroffen werden dürfen, wenn ein Nutzeffekt für alle erzielt werden soll. Diese Bestrebungen wurden in die neue Strategie und den Aktionsplan der EU zur Drogenbekämpfung aufgenommen und haben auch als Schlüsselthemen in den vorliegenden Bericht Eingang gefunden.

Unser Jahresbericht beleuchtet viele wichtige Bereiche, in denen die Auswirkungen des Drogenkonsums sowohl auf die Bürger als auch auf die Gemeinschaften, in denen sie leben, Anlass zu Besorgnis bieten. Wir lenken die Aufmerksamkeit auf neu auftretende Probleme, denen

wir uns jetzt stellen müssen, wie z. B. den zunehmenden Konsum von Stimulanzien und insbesondere von Kokain in einigen Teilen von Europa und den weiter steigenden experimentellen Drogenkonsum unter jungen Europäern. Es ist offensichtlich, dass noch viel zu tun bleibt, um die europäische Antwort auf Drogengebrauch wirksamer zu gestalten. Nichtsdestoweniger können wir im vorliegenden Bericht auch auf positive Entwicklungen verweisen, und dazu zählen nicht zuletzt das insgesamt größere Drogenhilfeangebot sowie Anzeichen für eine Stabilisierung bzw. sogar einen Rückgang in Bezug auf einige der Aspekte dieses Phänomens, die die schlimmsten Schäden verursachen. Somit beleuchtet der Bericht nicht nur einige Schlüsselprobleme, mit denen wir konfrontiert sind, sondern weist auch den Weg, den wir wohl beschreiten müssen, wenn wir wirksame Abhilfe für die Drogenproblematik in Europa schaffen wollen.

Wir freuen uns, dass auch in diesem Jahr mehr Daten aus den neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union zur Verfügung stehen. Neben der Berichterstattung über die Situation in der erweiterten Union haben wir nach Möglichkeit auch verfügbare Daten aus Bulgarien, Rumänien und der Türkei und einige Analysen zu wichtigen internationalen Entwicklungen in den Bericht aufgenommen. Der globale Charakter der Drogenproblematik hat zur Folge, dass wir unsere europäische Analyse in einen breiteren Kontext stellen müssen. Drogenhandel und Drogenkonsum stehen in engem Zusammenhang mit vielen drängenden Problemen der Gegenwart. Der Drogenkonsum beeinflusst Gesundheit und Entwicklung, Kriminalität und persönliche wie auch internationale Sicherheit in weltweitem Maßstab. Zwar ist unser Bericht vor allem der Lage in Europa gewidmet. Wir dürfen jedoch nicht die Tatsache außer Acht lassen, dass wir es mit einem Problem von globaler Dimension zu tun haben.

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 sowie der technischen Arbeitsgruppen und ihres Reitox-Netzes;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ – und der Europäischen Kommission;
- dem Schwedischen Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN), der Pompidou-Gruppe des Europarates, dem United Nations Office on Drugs and Crime, der Weltgesundheitsorganisation, Europol, Interpol und dem Europäischen Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids;
- 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.eu.int/?nnodeid=1596> zu entnehmen.



Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern und von Norwegen (das seit 2001 an der Arbeit der EBDD beteiligt ist) in Form nationaler Berichte zur Verfügung gestellt wurden. Die hier veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2003 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Die Grafiken und Tabellen in diesem Bericht beziehen sich in einigen Fällen nur auf einen Teil der EU-Länder: Die Auswahl erfolgte auf der Grundlage der Länder, die für den Bezugszeitraum Daten zur Verfügung gestellt haben.

Eine Online-Fassung des Jahresberichts steht in 22 Sprachen unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> zur Verfügung.

Das *Statistical Bulletin 2005* (<http://stats05.emcdda.eu.int>) beinhaltet die vollständigen Quelltabellen, die für die statistische Analyse im Jahresbericht herangezogen wurden. Es enthält darüber hinaus weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden und mehr als 100 ergänzende statistische Grafiken.

Die länderspezifischen Datenprofile (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) 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:

- Drogenbedingte Störung der öffentlichen Ordnung: politische Tendenzen und Präventionsmaßnahmen;
- Alternativen zu Gefängnisstrafen: Maßnahmen für straffällige problematische Drogenkonsumenten in der EU;
- Buprenorphin: Behandlung, Missbrauch und Verschreibungspraxis.

Die ausgewählten Themen sind ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>) verfügbar.

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



Übersicht – Ermittlung europäischer Drogentrends

Zusammenfassung der Situation in Europa

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungen und Drogentrends in Europa. Hierzu werden Informationen aus verschiedenen Quellen zusammengeführt und die Stärken und Schwächen der momentan verfügbaren Evidenzdaten berücksichtigt. Die diesjährige Übersicht enthält außerdem eine Bewertung dessen, wie die im Jahre 2005 neu verfügbaren Daten zu unserem Verständnis der mittel- bis langfristigen Tendenzen der Drogensituation in Europa beitragen.

Das Problem des Mehrfachkonsums erschwert sowohl das Verständnis der Probleme im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum als auch die Umsetzung diesbezüglicher Maßnahmen

In weiten Teilen dieses Berichts konzentriert sich der analytische Ansatz auf die einzelnen Hauptsubstanzen, die konsumiert werden. Dieser substanzbezogene Ansatz ist konzeptionell leicht verständlich und bietet darüber hinaus den Vorteil, dass die meisten Indikatoren für den Drogenkonsum auf substanzbezogenen und verhaltensorientierten Maßnahmen beruhen. Bedauerlicherweise berücksichtigt dieser Ansatz jedoch nicht die Tatsache, dass die Drogenproblematik in Europa maßgeblich durch den Mehrfachkonsum geprägt wird. Im Rahmen der Analyse der Auswirkungen des Drogenkonsums auf die öffentliche Gesundheit muss das komplexe Bild des sich wechselseitig beeinflussenden Konsums psychoaktiver Substanzen betrachtet werden, zu denen auch Alkohol und Tabak gehören. Beispielsweise wird in Europa Cannabis häufig zusammen mit Tabak geraucht: Dies muss sowohl bei den Gesundheitsschäden, die wahrscheinlich auf dieses Verhalten zurückgeführt werden können, als auch bei der Konzeption von Drogenpräventionsmaßnahmen berücksichtigt werden. Bei toxikologischen Analysen von drogenbedingten Todesfällen werden oftmals mehrere Substanzen nachgewiesen, und der gleichzeitige Konsum von Alkohol erhöht erwiesenermaßen die Risiken des Heroin- und Kokainkonsums. Außerdem kann es irreführend sein, die Tendenzen bei einer Substanz in den Mittelpunkt zu rücken, wenn dabei die Wechselbeziehung zwischen den einzelnen Drogenarten außer Acht gelassen wird. So enthält dieser Bericht einige Hinweise darauf, dass die Verfügbarkeit synthetischer Opiate zunimmt, was eine wichtige Rolle bei der Analyse der Tendenzen des Heroinkonsums spielt. Auch kann es sinnvoll sein, eine mögliche Überschneidung bei den Tendenzen des Konsums verschiedener Stimulanzien zu berücksichtigen sowie bei

allen Analysen das Ausmaß zu prüfen, in dem festgestellte Veränderungen auf gewandelte Konsummuster zurückzuführen sein könnten.

Ferner kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Personen, die in Europa aufgrund eines Drogenproblems Behandlungseinrichtungen aufsuchen, mehrere verschiedene Substanzen konsumiert haben. Es müssen daher bessere Methoden entwickelt werden, um diesen wesentlichen Aspekt des Drogenkonsums dokumentieren zu können und zu verstehen, welche Auswirkungen der Mehrfachkonsum auf die Effizienz von Maßnahmen hat.

Jugendliche und Drogenkonsum – Zunahme des Cannabiskonsums und Entstehung neuer Konsummuster

Der Drogenkonsum in Europa bleibt weitgehend ein Phänomen der Jugendlichen und insbesondere der männlichen Jugendlichen. Daten aus Bevölkerungs- und Schülerumfragen vermitteln einen guten Überblick über die Entwicklung der Muster des Drogenkonsums in Europa seit Mitte der 90er Jahre. Für den diesjährigen Jahresbericht stehen Daten der letzten Umfrage im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zur Verfügung. Sie stellen eine wichtige Datenquelle für die Überwachung des Drogenkonsums unter Schülern und die Ermittlung von Tendenzen im Zeitverlauf dar.

Bei der Betrachtung aller verfügbaren Daten wird deutlich, dass der Cannabiskonsum in den verschiedenen Ländern stark variiert. Obwohl die vorherrschende Tendenz in Europa seit Mitte der 90er Jahre aufwärts gerichtet ist, weisen einige Länder eine eher stabile Entwicklung auf. So sind beispielsweise die Raten des Cannabiskonsums im Vereinigten Königreich seit den 90er Jahren zwar besonders hoch, aber auch weitgehend stabil. Darüber hinaus sind in einigen Ländern mit niedrigen Prävalenzraten, wie z. B. Schweden und Finnland in Nordeuropa sowie Griechenland und Malta in Südeuropa, hinsichtlich des Cannabiskonsums keine nennenswerten Veränderungen festzustellen. Der Großteil der im Rahmen der ESPAD erfassten Steigerungen beim Cannabiskonsum sind seit 1999 in den neuen EU-Mitgliedstaaten zu verzeichnen. Analysen von Schulumfragen und allgemeinen demografischen Erhebungen deuten darauf hin, dass die Tschechische Republik, Spanien und Frankreich nun zusammen mit dem Vereinigten Königreich bei den meisten Erhebungen zu den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten gehören.

Zwar werden in Europa zunehmend Bedenken über die negativen Auswirkungen des Cannabiskonsums geäußert, es gibt jedoch nur unzureichende Informationen über das Ausmaß, in dem der Konsum dieser Droge Probleme der öffentlichen Gesundheit nach sich zieht. In Daten zu den Drogenbehandlungsnachfragen in Europa wird Cannabis nach den Opiaten bereits an zweiter Stelle genannt, obwohl Cannabis nach wie vor nur 12 % aller Behandlungsnachfragen ausmacht und das Gesamtbild wesentlich von der Situation in relativ wenigen Ländern geprägt wird. Die Daten über den regelmäßigen und intensiven Konsum von Cannabis sind von entscheidender Bedeutung für das Verständnis der wahrscheinlichen Verbindung zwischen Cannabiskonsum und öffentlicher Gesundheit, jedoch liegen diese Informationen zurzeit nur begrenzt vor. Obwohl die verfügbaren Daten den Schluss nahe legen, dass drei Millionen Menschen, vornehmlich junge Männer, in Europa täglich Cannabis konsumieren, ist nicht bekannt, in welchem Ausmaß diese Gruppe aufgrund ihres Drogenkonsums mit Problemen zu kämpfen hat.

Problematischer Drogenkonsum: Ist die Zahl der neuen und der injizierenden Drogenkonsumenten im Abnehmen begriffen?

Zu den Aufgaben im Zusammenhang mit der Überwachung des Drogenkonsums, bei denen methodisch die größten Herausforderungen zu bewältigen sind, gehört die Schätzung der Anzahl der Personen, die chronisch drogenabhängig sind und in besonders schädigender Weise Drogen konsumieren. Der EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum wurde entwickelt, um diese Art des Drogenkonsums einschätzen zu können. In den meisten EU-Ländern erfassen die Indikatoren für problematischen Drogenkonsum im Wesentlichen den Konsum von Opiaten sowie den injizierenden Drogenkonsum. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass es in der EU etwa 1,2-2,1 Millionen problematische Drogenkonsumenten gibt, von denen 850 000 bis 1,3 Millionen die Drogen wahrscheinlich erst seit kurzem injizieren. Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums im Zeitverlauf sind lückenhaft, weshalb die Ermittlung langfristiger Tendenzen mit Schwierigkeiten behaftet ist. Jedoch deuten die Indikatoren in den EU-15-Mitgliedstaaten im Großen und Ganzen darauf hin, dass der rasante Anstieg der Zahl der neuen Heroinkonsumenten, der in den meisten Ländern zu beobachten war, seinen Höhepunkt Anfang der 90er Jahre erreichte. In den Folgejahren stabilisierte sich die Situation zusehends. Zwar melden einige Länder seit 1999 weiterhin einen Anstieg, doch gibt es in letzter Zeit Anzeichen dafür, dass es sich hierbei nicht um eine einheitliche Entwicklung handelt, da die Prävalenzschätzungen kein kohärentes Bild auf EU-Ebene ergeben. Konkret verdienen die neuen Mitgliedstaaten besondere Erwähnung, da bei ihnen die Heroinprobleme

offenbar später aufgetreten sind und ihre Situation einem stärkeren Wandel unterworfen ist.

Zusätzliche Informationsquellen zur Bewertung des problematischen Drogenkonsums sind die Anzahl drogenbedingter Todesfälle und der Behandlungsnachfragen. Aus Analysen drogenbedingter Todesfälle (in den meisten Fällen aufgrund einer Überdosierung von Opiaten) geht hervor, dass die Opfer zunehmend einer älteren Bevölkerungsgruppe angehören, wobei die Zahl der erfassten Todesfälle bei unter 25-jährigen Drogenkonsumenten seit 1996 gesunken ist. Einschränkend ist jedoch festzustellen, dass die Daten aus den neuen EU-Ländern zwar unzureichend sind, bis vor kurzem jedoch auf einen Aufwärtstrend beim Anteil der Drogentoten im Alter von unter 25 Jahren hindeuteten. In letzter Zeit scheint sich die Situation jedoch stabilisiert zu haben. Obwohl die Anzahl drogenbedingter Todesfälle in der EU insgesamt weiterhin auf einem historisch hohen Niveau liegt, dürfte der Höhepunkt erreicht worden sein.

In den meisten Ländern wird nach wie vor Heroin von den meisten Patienten, die sich in Behandlung begeben, als Primärdroge angegeben. Für einige Länder können die Tendenzen des Heroinkonsums von Patienten, die eine Erstbehandlung beantragt haben, historisch verfolgt werden. Danach sind die absoluten Zahlen seit 1996 leicht zurückgegangen. Auch lässt sich in einigen Ländern die Tendenz beobachten, dass die Opiatkonsumenten älter werden. Dies gilt jedoch wiederum nicht für alle Länder. In einigen der neuen Mitgliedstaaten sind die Opiatkonsumenten, die sich in Erstbehandlung begeben, offenbar relativ jung, wobei auch diese Angabe auf begrenzten Daten basiert. In einigen europäischen Ländern, insbesondere in den EU-15-Mitgliedstaaten, ist die Zahl der injizierenden Opiatkonsumenten, die sich in Erstbehandlung begeben, über einen gewissen Zeitraum hinweg zurückgegangen. Europaweit gibt heute weniger als die Hälfte der wegen Opiatkonsum in Behandlung befindlichen Erstpatienten an, die Droge zu injizieren. Diese Tendenz gilt wiederum im Allgemeinen nicht für die neuen Mitgliedstaaten: Dort wird die Droge von den meisten Heroinkonsumenten injiziert, die sich an die Gesundheitsdienste wenden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es keine einfache Antwort auf die Frage gibt, ob der Heroinkonsum bzw. der injizierende Konsum der Droge in Europa rückläufig ist. In vielerlei Hinsicht kann man gegenwärtig mit Blick auf den Einstieg in den Heroinkonsum bzw. den injizierenden Konsum der Droge in den EU-15-Mitgliedstaaten ein positiveres Bild zeichnen als Anfang der 90er Jahre. Es gibt Hinweise darauf, dass die Situation in einigen Ländern derzeit relativ stabil ist und die Gruppe der Drogenkonsumenten sogar älter wird, was unter Umständen auf eine gesunkene Inzidenz schließen lässt. In einigen neuen Mitgliedstaaten, in denen ein sprunghafter Anstieg der Heroinprobleme erst seit kurzem

verzeichnet wird, bleibt der injizierende Konsum jedoch die vorherrschende Form der Opiateinnahme. Die verfügbaren Daten lassen eine zuverlässige Aussage über aktuelle Tendenzen beim Heroinkonsum kaum zu.

Der Konsum von Kokain und anderen Stimulanzien: Selbstgefälligkeit ist fehl am Platz

Europa ist weiterhin ein wichtiger Markt für Stimulanzien, und die Indikatoren deuten darauf hin, dass die Tendenz des Amphetamin-, Ecstasy- und Kokainkonsums für Europa insgesamt weiterhin steigend ist. Ecstasy hat vielen Erhebungen zufolge die Amphetamine überrundet und ist nun nach Cannabis die in Europa am zweithäufigsten konsumierte Droge. Im Vereinigten Königreich, das seit den 90er Jahren bei den meisten Erhebungen die höchsten Prävalenzraten des Ecstasy- und Amphetaminkonsums aufweist, lassen jedoch jüngste Umfragen in der Allgemeinbevölkerung und unter Schülern erkennen, dass die Konsumraten beider Drogen unter Umständen rückläufig sind. Insbesondere bei Amphetaminen ist ein drastischer Rückgang festzustellen, in geringerem Maße sinkt auch der Ecstasykonsum. Trotzdem bleiben die Prävalenzraten im Vereinigten Königreich im Vergleich zu anderen Ländern relativ hoch. Der Unterschied ist jedoch nunmehr weniger ausgeprägt, da mehrere Länder entsprechend dem oben im Hinblick auf Cannabis beschriebenen Bild vergleichbare Konsumraten melden.

Die Prävalenz des Kokainkonsums variiert erheblich in Europa, wobei jedoch auch hier generell ein Aufwärtstrend zu verzeichnen ist. Aus Umfragedaten geht hervor, dass insbesondere in Spanien und dem Vereinigten Königreich der Kokainkonsum Ende der 90er Jahre erheblich zugenommen hat und es in jüngerer Zeit weitere, wenn auch geringe Steigerungen gegeben hat. In diesen beiden Ländern liegen die Schätzungen für den jüngsten Kokainkonsum junger Erwachsener jetzt über den entsprechenden Werten für Ecstasy und Amphetamin.

Die Auswirkungen des Konsums von Stimulanzien auf die öffentliche Gesundheit in Europa lassen sich nur schwer abschätzen, die verfügbaren Erkenntnisse deuten jedoch darauf hin, dass wir bezüglich der aktuellen Konsummuster nicht selbstgefällig sein sollten. Behandlungsnachfragen wegen Kokainkonsum nehmen zu. Obwohl es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt, entfallen auf Kokain etwa 10 % aller Behandlungsnachfragen in Europa. Der Konsum von Crack, eine Form der Droge, die besonders stark mit gesundheitlichen und anderen Problemen einhergeht, ist in Europa nach wie vor nicht weit verbreitet. Berichte über Crack-Konsum beschränken sich im Allgemeinen auf einige wenige Großstädte. Innerhalb der Gemeinschaften, in denen diese Droge konsumiert wird, kann sie jedoch weit reichende Gesundheitsschäden hervorrufen. Die Ermittlung der Zahl stimulanzenbedingter Todesfälle in Europa ist aufgrund einiger praktischer und methodischer Aspekte

schwierig. Obwohl die Zahl stimulanzenbedingter Todesfälle im Vergleich zu den gemeldeten opiatbedingten Todesfällen gering ist, ist sie unter Umständen im Steigen begriffen, und es ist von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen. Daten sind zwar zurzeit nur in sehr begrenztem Maße verfügbar, einige Länder geben jedoch an, dass Kokain bei etwa 10 % aller drogenbedingten Todesfälle eine entscheidende Rolle spielt. Ecstasybedingte Todesfälle stellen in den meisten EU-Ländern weiterhin eine Ausnahme dar; die Meldeverfahren könnten jedoch verbessert werden.

Gegen den globalen Trend: keine Anzeichen für signifikante Methamphetaminprobleme in Europa

Methamphetamin ist eine Droge, deren Konsum bekanntermaßen stark mit gesundheitlichen und sozialen Problemen einhergeht. Weltweit werden erhebliche Sorgen über zunehmende Methamphetaminprobleme geäußert, und die Konsumraten sind in den USA, Australien, in Teilen von Afrika und einem großen Teil von Südostasien offenbar hoch oder nehmen anscheinend zu. Bisher beschränkt sich der Methamphetaminkonsum in Europa weitgehend auf die Tschechische Republik, die traditionell Probleme mit dieser Droge hat. In anderen Teilen Europas gibt es nur sporadische Berichte über die Verfügbarkeit von Methamphetamin, wobei von einigen Sicherstellungen und gelegentlichen Einfuhren aus der Tschechischen Republik in Nachbarländer berichtet wurde. Da viele europäische Länder jedoch enge Beziehungen zu Regionen unterhalten, in denen Methamphetaminprobleme bestehen und sich das Wachstum des europäischen Marktes für Stimulanzien fortsetzt, kann das Potenzial für die Ausweitung des Methamphetaminkonsums nicht ignoriert werden und erfordert somit weiterhin besondere Wachsamkeit.

Ausbau und Entwicklung von Diensten für Menschen mit Drogenproblemen

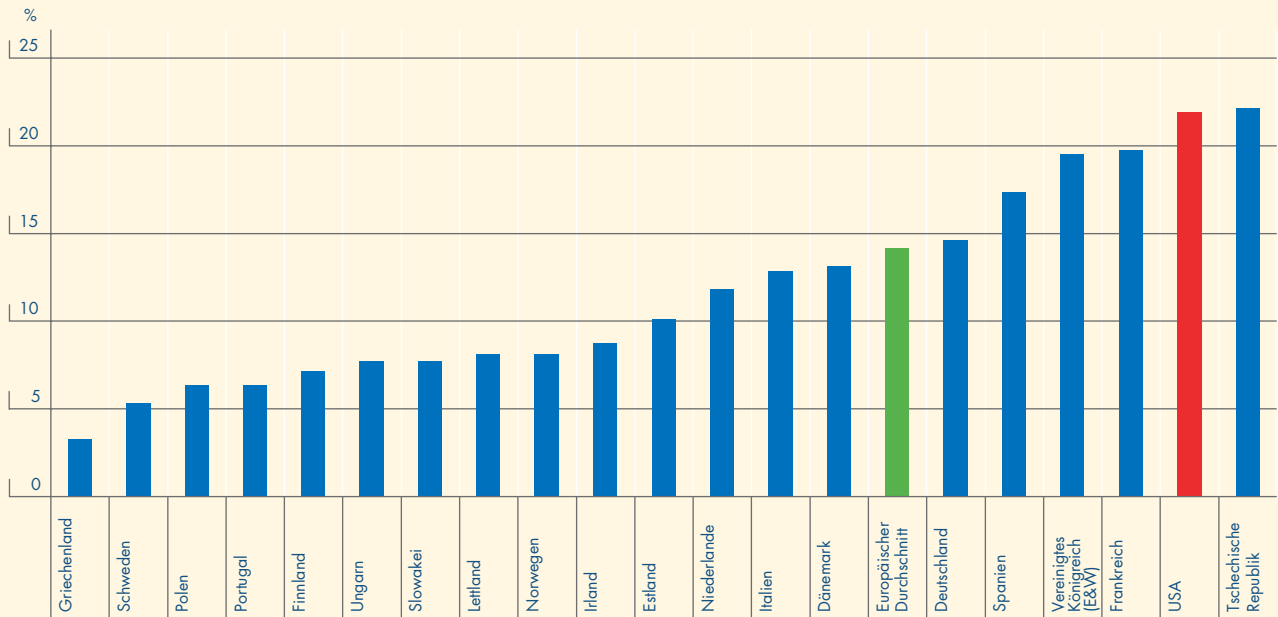
Dienste für Menschen mit Drogenproblemen können sich sowohl für die einzelnen Drogenkonsumenten als auch für die Gemeinschaften, in denen sie leben, positiv auswirken. Dieser Tatsache wird vielfach in der nationalen Drogenpolitik Rechnung getragen, und sowohl der alte als auch der neue EU-Drogenaktionsplan sieht vor, Dienste für Menschen mit Drogenproblemen auszubauen. Auch wenn es schwierig ist, den Umfang der Maßnahmen für Menschen mit Drogenproblemen umfassend darzustellen, lassen mehrere Indikatoren erkennen, dass sowohl Behandlungsdienste als auch einige Arten von Diensten zur Schadensminimierung erheblich ausgebaut wurden. Art und Umfang der verschiedenen Dienste variieren dabei beträchtlich zwischen den Ländern. Eine Form von Diensten, die in den letzten zehn Jahren deutlich ausgebaut wurde, ist die Substitutionsbehandlung von Opiatkonsumenten, insbesondere in Ländern mit einem relativ hohen Anteil von injizierenden Heroinkonsumenten.

Der Drogenkonsum in Europa ist nach wie vor geringer als in den USA – doch die Prävalenzschätzungen gleichen sich in einigen Bereichen schon an

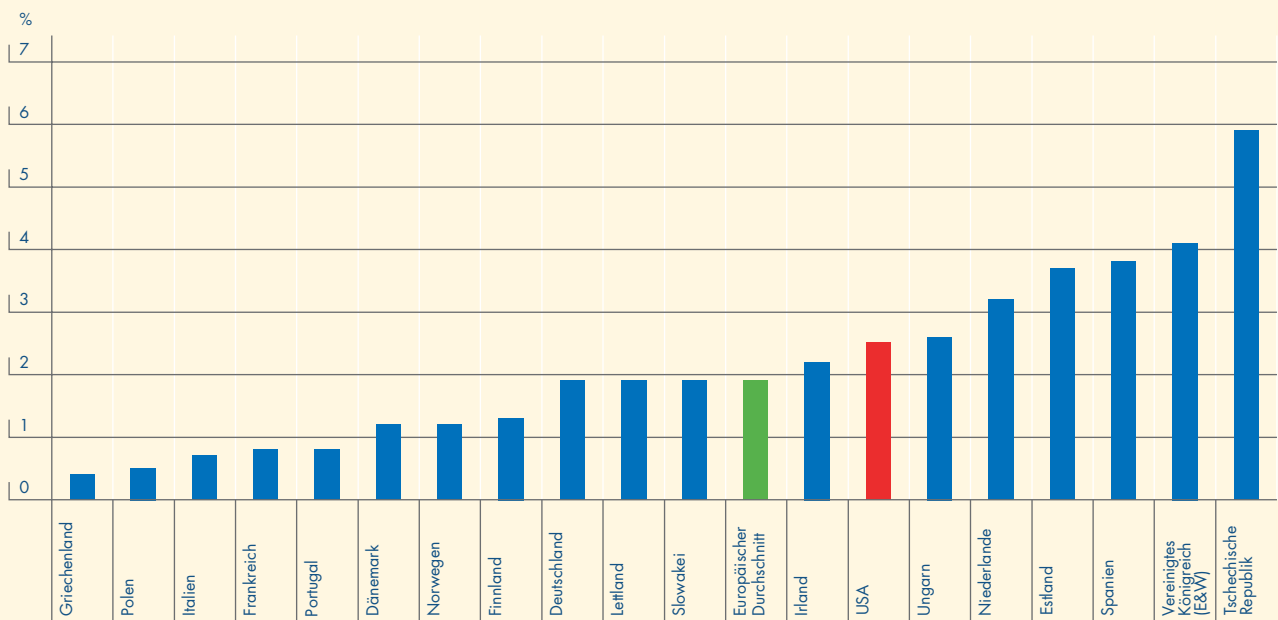
In der Vergangenheit lag der Drogenkonsum in den USA stets beträchtlich höher als in den europäischen Ländern. Diese Aussage trifft auch heute noch weitgehend zu. Allerdings lässt ein Vergleich jüngster Konsumdaten (Prävalenz während des letzten Jahres) die Vermutung zu, dass in einigen wenigen europäischen Ländern der Konsum von Cannabis, Ecstasy und Kokain bei jungen Erwachsenen heute ein ähnliches Ausmaß wie in den USA erreicht hat (siehe Abbildung). Beim jüngsten Ecstasy-Konsum junger Erwachsener liegen die US-Schätzungen unter denen einiger europäischer Länder, was wahrscheinlich auf die herausragende Rolle zurückzuführen ist, die Europa historisch bei der Entwicklung des Konsums dieser Droge gespielt hat. Insgesamt gesehen liegt der Durchschnittswert in der europäischen Bevölkerung jedoch in allen Erhebungen weiterhin unter dem US-amerikanischen Durchschnitt. In vielen europäischen Ländern entwickelte sich ein weit verbreiteter Drogenkonsum historisch gesehen später als in den USA. Dies schlägt sich unter Umständen in den höheren Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz in den USA nieder (siehe Abbildungen 1, 2 und 3 im *Statistical Bulletin 2005*), die in gewisser Weise als kumulative Indikatoren für die Konsumintensität im Zeitverlauf betrachtet werden können.

12-Monats-Prävalenzraten des Cannabis-, Ecstasy- und Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren) in Europa und den USA

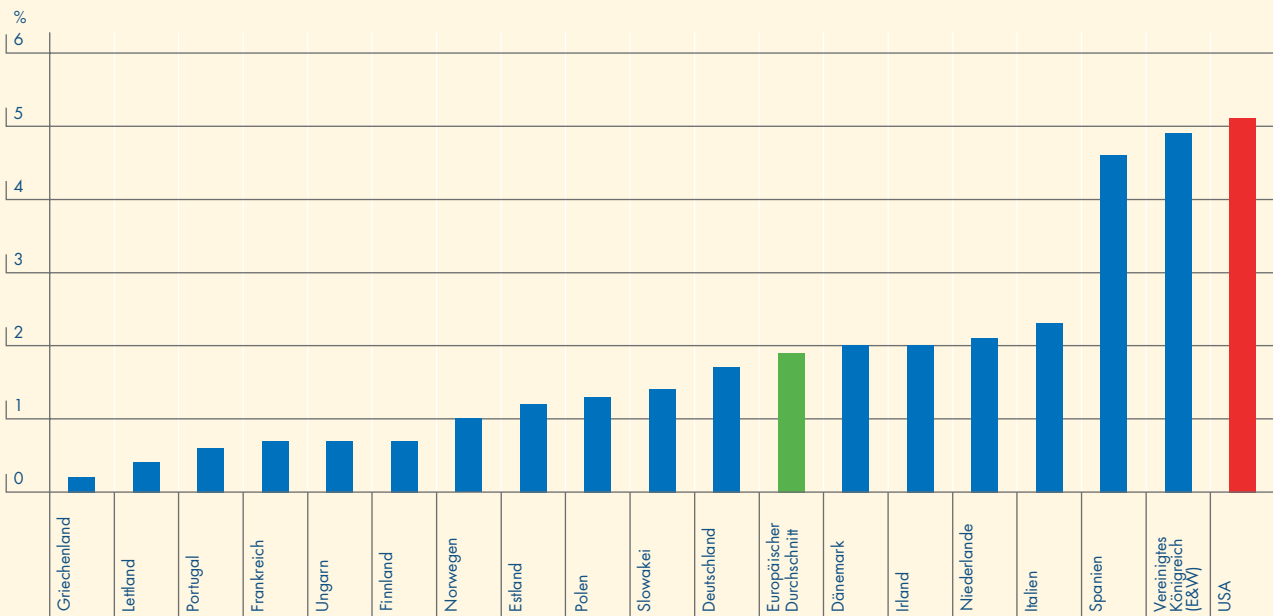
Jüngster Konsum (im letzten Jahr) von Cannabis unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



Jüngster Konsum (im letzten Jahr) von Ecstasy unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



Jüngster Konsum (im letzten Jahr) von Kokain unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



Anmerkungen: In den USA wurde die Umfrage im Jahr 2003 durchgeführt. Die Altersspanne reicht von 16 bis 34 Jahren (neu berechnet anhand der Originaldaten). In den europäischen Ländern wurden die meisten Umfragen (17 von 19) zwischen 2001 und 2004 durchgeführt. Die Standardaltersspanne reicht von 15 bis 34 Jahren (in einigen Ländern beginnt sie unter Umständen bei 16 oder 18 Jahren). Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als Durchschnitt der nationalen Prävalenzraten berechnet, gewichtet nach der Bevölkerung der einzelnen Staaten im Alter von 15 bis 34 Jahren (2001, Eurostat-Daten).

Quellen: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug Use and Health [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit], 2003 (www.samhsa.gov) und <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>. Europa: Tabelle GPS-11 im *Statistical Bulletin* der EBDD 2005. Auf der Grundlage der Nationalen Reitox-Berichte (2004).

Auf Methadon entfallen knapp 80 % der Substitutionsbehandlungen in Europa und über 90 % der Substitutionsbehandlungen in spezialisierten Einrichtungen. Dagegen findet Buprenorphin zunehmend Verbreitung als pharmakologische Alternative, und auf diese Droge entfallen etwa 20 % der Substitutionsbehandlungen in Europa. (Weitere Informationen über den Konsum dieser Droge sind in dem ausgewählten Thema „Buprenorphin: Behandlung, Missbrauch und Verschreibungspraxis“ – „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“ – im entsprechenden Abschnitt zu finden, der diesem Bericht beiliegt.) Gegenwärtig wird geschätzt, dass die Anzahl der Personen in Drogensubstitutionsbehandlungen in Europa bei über 500 000 liegt. Dies würde bedeuten, dass sich zwischen 25 % und 50 % der Menschen mit Opiatproblemen in Substitutionsbehandlungen befinden.

Eine Substitutionsbehandlung ist nicht die einzige Möglichkeit für Menschen mit Opiatproblemen. Es liegen jedoch nur unzureichende Angaben über andere therapeutische Ansätze vor, so dass keine zuverlässigen Schätzungen über die Bereitstellung dieser Dienste auf EU-Ebene erfolgen können. Erhebliche Fortschritte wurden bei der Entwicklung von Gesundheitskonzepten für Menschen mit Opiatproblemen erzielt, und die Evidenzdaten für die Beurteilung der Effizienz in diesem Bereich sind relativ aussagekräftig. Dies ist nicht der Fall bei

Konsumenten anderer Drogenarten, die in zunehmender Zahl europäische Behandlungsdienste aufsuchen. Hinsichtlich der am besten geeigneten Therapieformen für Personen, die z. B. Hilfe bei Problemen mit Stimulanzien oder Cannabis suchen, gehen die Meinungen dagegen weit auseinander. Es ist anzunehmen, dass die Entwicklung wirksamer Behandlungsmöglichkeiten für solche Patienten eine immer wichtigere Aufgabe darstellen wird.

Drogenkonsum, HIV-Infektionen und Aids – Maßnahmen sind in zunehmendem Maße verfügbar und können die Gesamtentwicklung beeinflussen

Der Ausbau von Behandlungsdiensten ist nicht der einzige Bereich, in dem die Dienste für problematische Drogenkonsumenten verbessert wurden. Praktisch alle EU-Mitgliedstaaten verfügen nun über Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, bei denen injizierende Drogenkonsumenten mit sterilem Zubehör versorgt werden. In den meisten Ländern wurden mittelfristig sowohl der Umfang der Maßnahmen erhöht als auch die flächendeckende Versorgung verbessert. In einigen Mitgliedstaaten spielen auch die Apotheken eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Reichweite solcher Programme. Spezielle Programme werden oft in umfassendere Dienste für Menschen mit Drogenproblemen integriert, insbesondere niedrigschwellige Dienste, und werden als solche oft als eine Möglichkeit angesehen, den

Kontakt mit aktiven Drogenkonsumenten herzustellen und sie eventuell zu Behandlungen und anderen Diensten hinzuführen.

Insgesamt nimmt die Inzidenz von Aids infolge des injizierenden Drogenkonsums seit einiger Zeit ab. Heterosexuelle Kontakte haben nun den injizierenden Drogenkonsum als wichtigsten Risikofaktor für die Verbreitung von Aids in Europa abgelöst. Gründe dafür könnten die zunehmende Verfügbarkeit der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) seit 1996, die Zunahme von Diensten zur Behandlung und Schadensminimierung sowie die rückläufigen Zahlen injizierender Drogenkonsumenten in den meisten betroffenen Ländern sein. Schätzungen der WHO zufolge haben in den meisten europäischen Ländern mehr als 75 % der behandlungsbedürftigen Menschen Zugang zu HAART. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Versorgung in einigen baltischen Ländern schlecht ist. Dies könnte zumindest in einigen Ländern dieser Region die Ursache für eine Zunahme der Aids-Inzidenz bei injizierenden Drogenkonsumenten sein. Zwar stieg die Rate neuer HIV-Infektionen auch in einigen baltischen Ländern mitunter drastisch an, die Raten haben jedoch in jüngster Zeit ebenso stark abgenommen. Dies ist wahrscheinlich auf den hohen Erfassungsgrad der am meisten gefährdeten Bevölkerungsgruppen zurückzuführen. Außerdem könnte auch ein Ausbau des Dienstangebots in einigen Gebieten Wirkung entfalten.

In den meisten anderen neuen EU-Mitgliedstaaten wie auch in vielen der EU-15-Mitgliedstaaten sind die HIV-Prävalenzraten weiterhin niedrig. Die meisten EU-Länder, in denen die HIV-Prävalenzraten bei injizierenden Drogenkonsumenten historisch hoch waren, haben einen erheblichen Rückgang und anschließend eine Stabilisierung verzeichnet. Das bedeutet nicht, dass diese Probleme beseitigt wurden. Obwohl Tendenzen auf nationaler Ebene aufgrund methodischer Probleme nur schwer zu interpretieren sind, wird in einigen Studien aus jüngster Zeit über neue Übertragungen in bestimmten Untergruppen injizierender Drogenkonsumenten berichtet und betont, dass weiterhin Wachsamkeit geboten ist.

Gesamtberichte über rechtliche Sanktionen für den Besitz oder Konsum von Drogen

Auf europäischer Ebene fehlen weitgehend vergleichbare Daten über die meisten Aspekte der Beziehung zwischen Drogen und Kriminalität. Die wichtigste Ausnahme bilden diejenigen Drogendelikte, die als erfasste Straftaten in Form von Verstößen gegen die Drogengesetzgebung definiert werden. Obwohl Vergleiche zwischen den Ländern mit Vorsicht zu betrachten sind, haben Drogendelikte in vielen EU-Ländern zwischen Ende der 90er Jahre und 2003 offensichtlich zugenommen. Die Zunahme war in einigen der neuen Mitgliedstaaten besonders ausgeprägt. In den meisten Ländern betrifft die

Mehrheit der Delikte den Besitz oder Konsum von Drogen. In den meisten Mitgliedstaaten steht die Mehrzahl der Delikte im Zusammenhang mit Cannabis. Seit 1998 ist der Anteil dieser Delikte in den meisten Ländern angestiegen oder stabil geblieben. Dagegen hat der Anteil der heroinbezogenen Delikte in vielen Ländern abgenommen.

In vielen europäischen Ländern werden zunehmend Sorgen über die Auswirkungen geäußert, die der Drogenkonsum in den davon betroffenen Gesellschaften nach sich zieht. Fragen der öffentlichen Sicherheit und der Kontakt von Jugendlichen mit Drogen gehören zu den am häufigsten erwähnten Anliegen, die sich unter dem Titel „Drogenbedingte Störung der öffentlichen Ordnung“ zusammenfassen lassen. Dieser Punkt wird eingehend im Abschnitt „Ausgewählte Themen“ behandelt, der dem Jahresbericht beiliegt. Das Thema der Strafverfolgung wird in einem weiteren ausgewählten Thema behandelt, das der Analyse von Strategien gewidmet ist, die Personen mit Drogenproblemen weg von Freiheitsstrafen und hin zu Behandlungen führen sollen („Alternativen zu Gefängnisstrafen: Maßnahmen für straffällige problematische Drogenkonsumenten in der EU“ – „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“).

Entwicklungen in der Drogenpolitik: Zwar lassen sich einige gemeinsame Elemente erkennen, nationale Unterschiede sind jedoch zu respektieren

Wie dieser Bericht deutlich aufzeigt, gibt es in Europa beträchtliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten sowohl in Bezug auf die Drogenprobleme, mit denen sie konfrontiert sind, als auch bezüglich der Politik sowie des Umfangs und der Art der Maßnahmen. Trotzdem gibt es auch einige gemeinsame Elemente mit Blick auf die Drogensituation, der sich die meisten Länder gegenüber sehen. Auf der Ebene der Politik machen die Mitgliedstaaten im Einklang mit internationalen Vereinbarungen eine generelle politische Verpflichtung zur Entwicklung von ausgewogenen und evidenzbasierten Maßnahmen deutlich. Sie lassen zwar keinen Zweifel daran, dass die Drogenpolitik auch weiterhin in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fallen soll, sie prüfen jedoch auch die Vorteile, die aus einer vertieften Zusammenarbeit auf europäischer Ebene erwachsen können. Diese Bestrebungen kommen in der Drogenstrategie und den Aktionsplänen der EU zum Ausdruck. Im Rahmen der Drogenstrategie und des Drogenaktionsplans der EU für den Zeitraum 2000-2004 wurden zwar nicht alle ehrgeizigen Ziele erreicht, diese Dokumente belegen jedoch eine wichtige Entwicklung in der Art und Weise, in der Mitgliedstaaten, EU-Organe und Sonderorganisationen zusammenarbeiten können, um die Fortschritte im Drogenbereich zu koordinieren und zu bewerten. Mit der neuen EU-Drogenstrategie 2005-2012 soll dieser Prozess weiter vorangebracht werden.



Kapitel 1

Neue politische und rechtliche Entwicklungen

Allgemeines

Da auf einzelstaatlicher und europäischer Ebene unterschiedliche Ansätze verfolgt werden, liegt es auf der Hand, dass in der Drogenpolitik der einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedliche Entwicklungen beobachtet werden können. Es gibt jedoch auch gemeinsame Merkmale, die analysiert werden sollten.

Das wichtigste dieser Merkmale war im Berichtszeitraum die Art der Evaluierung der Drogenstrategien in den einzelnen Mitgliedstaaten. In mehreren EU-Ländern erfolgt eine Evaluierung der Umsetzung der nationalen Drogenstrategien. Es kann zwar noch nicht festgestellt werden, welche Auswirkungen die Evaluierung auf die Drogenpolitik insgesamt haben wird, sie hat jedoch bereits zu einigen vielversprechenden Ergebnissen geführt: Erfolge und Misserfolge sind nun klarer erkennbar, und zuweilen führte die Evaluierung dazu, dass mehr Mittel bereitgestellt wurden, um strategische Ziele zu erreichen, die zuvor nicht verwirklicht werden konnten. Darüber hinaus stellt die Evaluierung der Drogenstrategie und des Drogenaktionsplans der EU für den Zeitraum 2000-2004 das erste Ergebnis eines wichtigen Prozesses dar, in dem Mitgliedstaaten, EU-Organe und Sonderorganisationen zusammenarbeiten, um die Fortschritte im Drogenbereich zu bewerten. Zu den weiteren politischen Entwicklungen im Berichtszeitraum gehören die Herabsetzung des Strafmaßes für den Drogenkonsum in einigen Ländern sowie die Verschärfung der Strafen für Delikte im Bereich des Drogenhandels und für Drogendelikte, die Minderjährige gefährden.

Strategischer Ansatz für die Drogenpolitik in der Europäischen Union

In der im Dezember 2004 vom Europäischen Rat verabschiedeten EU-Drogenstrategie 2005-2012 werden die Ergebnisse der abschließenden Bewertung der im vorangegangenen Zeitraum (2000-2004) erzielten Fortschritte berücksichtigt. Mit dieser Drogenstrategie soll ein Mehrwert für die nationalen Strategien geschaffen werden, wobei jedoch die in den Verträgen vorgesehenen Grundsätze der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit berücksichtigt werden. In der Strategie werden im Drogenbereich zwei allgemeine Ziele für die EU festgelegt:

- Ein hohes Maß an Gesundheitsschutz, Wohlergehen und sozialem Zusammenhalt durch die Ergänzung der

Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Vermeidung bzw. Verringerung des Drogenkonsums, der Drogenabhängigkeit sowie der drogenbedingten Gesundheitsschäden und Risiken für das Gesellschaftsgefüge;

- Gewährleistung eines hohen Maßes an Sicherheit für die Öffentlichkeit durch Maßnahmen zur Bekämpfung der Drogenherstellung, des Drogenangebots und des grenzüberschreitenden Drogenhandels sowie durch die Intensivierung der Präventivmaßnahmen gegen Drogenstraftaten im Wege einer wirksamen Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten.

Diese beiden Ziele decken die sechs Prioritäten ab, die in der EU-Drogenstrategie 2000-2004 festgelegt wurden. In der neuen Strategie wird das integrierte, multidisziplinäre, ausgewogene Konzept der Verknüpfung von Maßnahmen zur Nachfrage- und Angebotsreduzierung wieder aufgenommen. Neben diesen beiden Politikbereichen konzentriert sich die Drogenstrategie auf zwei bereichsübergreifende Themen – „internationale Zusammenarbeit“ und „Information, Forschung und Evaluierung“ – sowie auf die „Koordination“.

Im Februar 2005 legte die Europäische Kommission dem Europäischen Parlament und dem Europäischen Rat eine Mitteilung über einen EU-Drogenaktionsplan für den Zeitraum 2005-2008 vor. Die EBDD und Europol wurden in die Ausarbeitung dieses Aktionsplans einbezogen. Darüber hinaus führte die Kommission eine Konsultation der Zivilgesellschaft durch. Der Aktionsplan trägt den Ergebnissen der Bewertung des vorangegangenen Plans Rechnung und ist so konzipiert, dass für jede Maßnahme die beteiligten Akteure klar benannt und die Bewertungsinstrumente, Indikatoren und einzuhaltenden Fristen genau angegeben werden. Dadurch sollen die anschließende Überwachung der Maßnahmen erleichtert und wirksamere Leitlinien für die Umsetzung des Plans bereitgestellt werden. Die Kommission wird jährliche Fortschrittsberichte über die Umsetzung des Aktionsplans erstellen und vor der Unterbreitung eines Vorschlags für einen Aktionsplan für den Zeitraum 2009-2012 eine Folgenabschätzung vornehmen.

Dem Vorbild der EU folgend wurden in den meisten Mitgliedstaaten nationale Drogenstrategien verabschiedet. Von den 29 in diesem Bericht erfassten Ländern richten sich 26 in ihrer nationalen Drogenpolitik nach nationalen Plänen, Strategien oder vergleichbaren Dokumenten. Was die

übrigen Länder betrifft, so wurde in Italien vom Nationalen Koordinierungsausschuss für Maßnahmen im Bereich der Drogenbekämpfung im März 2003 ein nationaler Plan verabschiedet, der derzeit von den Regionen und autonomen Provinzen geprüft wird; Malta und Österreich haben mitgeteilt, dass zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts an der Konzeption und Verabschiedung nationaler Drogenstrategien gearbeitet werde⁽¹⁾.

In sieben EU-Ländern wurden neue nationale Drogenstrategien verabschiedet (vgl. Tabelle 1). Der Grundsatz, dass drogenpolitische Maßnahmen global und multidisziplinär sein müssen, wird offenbar im Einklang mit dem EU-Ansatz zur Drogenproblematik in allen nationalen Drogenstrategien der Mitgliedstaaten berücksichtigt. Die nationalen Strategien der einzelnen Länder können jedoch grundlegende Unterschiede inhaltlicher Art aufweisen, beispielsweise bei der Durchführung von Maßnahmen, die trotz der Verwendung einer einheitlichen Terminologie in unterschiedlicher Weise erfolgen kann, beim Gewicht, das der Evaluierung im Rahmen der Strategie beigemessen wird und von hoch bis hin zu unbedeutend reichen kann, und selbst bei Entscheidungen über wichtige politische Konzepte wie die Schadensminimierung. Betrachtet man die 26 geprüften politischen oder strategischen Pläne⁽²⁾, scheinen die größten Diskrepanzen tatsächlich im Zusammenhang mit der Schadensminimierung zu

bestehen: In zwölf Ländern ist sie von vorrangiger Bedeutung, in weiteren neun wird sie im Rahmen der Erörterung anderer Themen behandelt, und in fünf Ländern wird sie in keiner Weise erwähnt.

Die Evaluierung der Drogenstrategien führt zu ersten Ergebnissen

Die EU-Drogenstrategie (2000-2004) wurde während des Berichtszeitraums evaluiert. Der Rat (Justiz und Inneres) vom 25./26. Oktober 2004 prüfte den Bericht der Kommission über die Ergebnisse dieser Abschlussbewertung⁽³⁾. Im Rahmen der Abschlussbewertung sollte geprüft werden, inwieweit durch den Aktionsplan die Ziele der Drogenstrategie verwirklicht wurden und welche Auswirkungen die Drogenstrategie und der Aktionsplan auf die Drogensituation in der Europäischen Union hatten. Sie leistete auch einen Beitrag zu der Erörterung, die ihren Abschluss in der Annahme⁽⁴⁾ einer neuen Drogenstrategie fand. Die Kommission wurde bei der Abschlussbewertung von einer Lenkungsgruppe (bestehend aus Vertretern der Kommission, der vier Mitgliedstaaten, die 2003/2004 den EU-Vorsitz innehatten, der EBDD und von Europol) unterstützt. Das Fehlen präziser und quantifizierbarer operativer Ziele stellte bei dieser Aufgabe ein ernsthaftes Problem dar.

Tabelle 1: Neue nationale Drogenstrategien

Land	Titel	Zeitplan oder Datum der Annahme	Ziele	Quantifizierbare Ziele	Leistungsindikatoren	Zuständigkeit für die Durchführung	Für die Durchführung vorgesehene Mittel
Estland	Nationale Strategie für die Prävention von Drogenabhängigkeit	2004-2012	✓	✓	✓	n. v.	n. v.
Estland	Zielorientierter Aktionsplan der Strategie	2004-2008	✓	✓	✓	✓	✓
Frankreich	Aktionsplan zur Bekämpfung von illegalen Drogen, Tabak und Alkohol	2004-2008	✓	✓	✓	n. v.	✓
Zypern	Nationale Drogenstrategie	2004-2008	✓	n. v.	n. v.	n. v.	✓ ⁽¹⁾
Litauen ⁽¹⁾	Strategie für das nationale Programm für die Prävention von Drogenabhängigkeit	2004-2008	✓	n. v.	✓	✓	✓
Luxemburg	Strategie und Aktionsplan für Drogen und Drogenmissbrauch	2005-2009	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slowenien ⁽¹⁾	Beschluss über das nationale Drogenprogramm	2004-2009	✓	n. v.	n. v.	✓	✓
Finnland	Aktionsprogramm Drogenpolitik	2004-2007	✓	n. v.	n. v.	✓	n. v.

Anmerkungen: n. v. = keine Information verfügbar.

⁽¹⁾ Daten von den Mitarbeitern der nationalen Knotenpunkte bereitgestellt.

⁽²⁾ In der Strategie Luxemburgs sind für die Angebotsreduzierung keine quantifizierbare Ziele verfügbar.

⁽³⁾ In der Strategie Zyperns wird angegeben, dass für die Erreichung der Ziele der Strategie finanzielle Ressourcen und Mitarbeiter bereitgestellt werden – keine Spezifizierung der Zahlen im Text.

⁽¹⁾ Weitere Informationen und Erläuterungen sind der Website der EBDD (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360) zu entnehmen.

⁽²⁾ Für Malta, die Slowakei und die Türkei sind keine Informationen über dieses Thema verfügbar.

⁽³⁾ KOM(2004) 707 endg.

⁽⁴⁾ Europäischer Rat (16./17. Dezember 2004) – Schlussfolgerungen.

In der Mitteilung über die Abschlussbewertung und ihren Anhängen ⁽⁹⁾ wurden die wichtigsten Erfolge im Drogenbereich auf einzelstaatlicher und EU-Ebene ermittelt und die Bereiche aufgezeigt, in denen es weiterer Fortschritte bedarf. Es wurden die Fortschritte beleuchtet, die bei der Senkung der Inzidenz drogenbedingter Gesundheitsschäden [einschließlich Infektionen mit dem Human-Immunschwäche-Virus (HIV) sowie Hepatitis] sowie der Zahl drogenbedingter Todesfälle (Ziel 2 der EU-Drogenstrategie) und insbesondere bei der Verbesserung des Zugangs zu Therapieprogrammen (Ziel 3) erzielt wurden. Bei Ziel 1 wurden bezüglich der Verringerung des Drogenkonsums keine nennenswerten Fortschritte verzeichnet. Auch die Verfügbarkeit von Drogen konnte nicht reduziert werden (Ziel 4). Die Ziele 4 und 5 wirkten jedoch gemeinsam als Katalysator für eine Reihe von Initiativen auf EU-Ebene, die die Strafverfolgungsmaßnahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels und -angebots verstärkt haben. Während der Laufzeit des Aktionsplans wurde eine Reihe bedeutender Maßnahmen getroffen, um die Geldwäsche zu bekämpfen (Ziel 6.1) und gegen die Abzweigung von Grundstoffen vorzugehen (Ziel 6.2), insbesondere durch die Änderung der Gemeinschaftsvorschriften über die Kontrolle des Handels mit Grundstoffen.

In der Mitteilung wurde ferner die Notwendigkeit der Erforschung unter anderem biomedizinischer, psychosozialer und sonstiger Faktoren im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und der Drogenabhängigkeit unterstrichen, vor allem in Bereichen, über die bisher kaum Informationen vorliegen (z. B. langfristiger Konsum von Cannabis oder synthetischen Drogen). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass bei der Konzeption der EU-Drogenpolitik eine regelmäßige Konsultation der Zivilgesellschaft erfolgen muss. Die Kommission empfahl ferner, die Laufzeit der EU-Strategie von fünf auf acht Jahre zu verlängern, um so die Umsetzung von zwei aufeinander folgenden EU-Aktionsplänen in einem Zeitraum zu erfassen und die vollständige Umsetzung sowie die Feinabstimmung von Initiativen zu ermöglichen und damit die Ziele der Strategie zu erreichen.

Während des Berichtszeitraums wurde auf nationaler Ebene eine Reihe aufschlussreicher Evaluierungen durchgeführt. Besonders interessant sind Evaluierungen jener Länder, die bei ihrer nationalen Drogenstrategie einen stärker „strukturierten“ Ansatz verfolgen, der die nachstehenden Elemente umfasst: formale Dokumentation der Ziele, Definition und Quantifizierung der Ziele, Benennung der für die Umsetzung zuständigen Behörde und Festlegung einer Frist für die Realisierung der Ziele. Dieser Ansatz erleichtert den Ländern die Berichterstattung über die abgeschlossenen Aufgaben sowie die Ermittlung problematischer Aspekte und versetzt sie dadurch in die Lage, gegebenenfalls Maßnahmen zu ergreifen.

Ein solcher Ansatz liegt den Strategien der Tschechischen Republik, Irlands, Luxemburgs, Polens und Portugals

zugrunde. Hier wurden – oder werden möglicherweise in Zukunft – im Zuge der Evaluierung der nationalen Drogenstrategien erfolgreich durchgeführte Maßnahmen sowie nicht erledigte Aufgaben ermittelt, an denen noch gearbeitet werden muss. Ein Beispiel dafür, welchen Beitrag ein strukturierter Ansatz zur Evaluierung der Fortschritte leisten kann, bietet die im Jahr 2004 durchgeführte Bewertung der nationalen Drogenstrategie Portugals. Externe Evaluatoren haben festgestellt, dass bei der Umsetzung einiger der 30 wichtigsten Ziele des portugiesischen Aktionsplans Fortschritte erzielt wurden, wobei acht Ziele in vollem Umfang und zehn teilweise erreicht wurden. Aufgrund fehlender Informationen erwies sich jedoch die Evaluierung anderer Ziele als schwierig, und bei fünf Zielen wurde festgestellt, dass sie nicht erreicht wurden. In Deutschland wurde mit dem Drogen- und Suchtrat eine Lenkungsgruppe eingerichtet, die die Umsetzung des Aktionsplans 2003 begleiten und die Ergebnisse überprüfen soll.

In einigen Ländern führte die Verabschiedung einer nationalen Drogenstrategie oder die Evaluierung des Erfolgs einer früheren Drogenstrategie zu einer Erhöhung der für den Drogensektor bereitgestellten Haushaltsmittel. In Griechenland beispielsweise war eine kontinuierliche Zunahme der Ausgaben für Gesundheitsdienste zu verzeichnen. In Ungarn wurden Mittel bereitgestellt, um die bisher nicht umgesetzten Teile der Strategie zu finanzieren, und in Luxemburg wurden die dem Gesundheitsministerium für den Drogenbereich zur Verfügung gestellten Mittel von etwa 1 Mio. EUR im Jahr 1999 auf fast 6 Mio. EUR im Jahr 2004 aufgestockt. In allen Mitgliedstaaten machen jedoch die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor nur einen geringen Teil (zwischen 0,1 % und 0,3 %) der gesamten öffentlichen Ausgaben aus. Dies könnte zum Teil die Feststellung erklären, dass in der gesamten EU kein direkter Zusammenhang zwischen dem Wirtschaftswachstum und den damit verbundenen Änderungen des Gesamthaushalts einerseits und der Entwicklung des Niveaus der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor andererseits besteht.

In mehreren EU-Ländern machen die Ausgaben für die Reduzierung des Angebots den größten Teil der öffentlichen Ausgaben aus (schätzungsweise 68-75 % der gesamten Ausgaben im Drogensektor) ⁽⁹⁾. In einigen Ländern, darunter in Malta und Luxemburg, waren die Ausgaben für die Reduzierung der Nachfrage jedoch deutlich höher als die Ausgaben für die Verringerung des Angebots (hier beliefen sich die Ausgaben für die Reduzierung der Nachfrage auf 66 % bzw. 59 % der gesamten Ausgaben im Drogensektor). Es ist jedoch unklar, ob die berichteten Unterschiede in den Mittelzuweisungen auf einen grundsätzlichen Unterschied in den politischen Prioritäten oder auf Verzerrungen bei der Datenerhebung zurückzuführen sind.

Der Mangel an verfügbaren Informationen über direkte öffentliche Ausgaben im Drogensektor stellt nach wie vor ein Problem dar. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass mit

⁽⁹⁾ Dazu gehört auch die Statistische Momentaufnahme (1999-2004) von EBDD und Europol (<http://snapshot.emcdda.eu.int/>).

⁽⁹⁾ Vgl. das ausgewählte Thema „Öffentliche Ausgaben für die Reduzierung der Drogennachfrage“ im EBDD-Jahresbericht 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/de/page077-de.html>).

dem zunehmenden wissenschaftlichen Interesse an diesem Bereich (?) auch ein stärkeres politisches Engagement für die Ermittlung und Beschreibung der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor einhergeht, so dass die nationalen Ausgaben im Drogenbereich als ein Schlüsselfaktor in Kosten-Nutzen-Evaluierungen herangezogen werden können. Wie im EU-Aktionsplan 2005 vorgesehen, entwickelt die EBDD derzeit gemeinsam mit dem Reitox-Netz und der Europäischen Kommission eine Methodik, die konsistente und zuverlässige Schätzungen der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor in der EU ermöglichen wird.

Dieser erste Evaluationsprozess auf nationaler und europäischer Ebene ist ein wertvoller Feedback-Mechanismus, der die Entscheidungsträger darüber in Kenntnis setzt, in welchem Maße ihre Entscheidungen umgesetzt wurden und welche Kosten damit verbunden waren. Damit werden diese in die Lage versetzt, ihre Bemühungen in den Bereichen zu verstärken, in denen Probleme festgestellt wurden oder die Bewertung zu schlechten Ergebnissen geführt hat. Obwohl es bisher keine eindeutigen Belege für die Auswirkungen der nationalen Drogenstrategien auf die Drogenproblematik insgesamt gibt (EBDD, 2004a), ist der Ansatz, die erzielten Ergebnisse zu überprüfen, ein Schritt in die richtige Richtung und wird hoffentlich europaweit eine allgemeine Tendenz zu einer ausführlichen Bewertung jeder einzelnen nationalen Drogenstrategie auslösen.

Debatten in nationalen Parlamenten und Erörterungen in den Medien

Die sozialen Fragen im Zusammenhang mit der Drogenproblematik werden sowohl in den Medien als auch in Parlamentsdebatten erörtert. Was die Parlamentsdebatten betrifft, so waren die im Berichtszeitraum am häufigsten in den Nationalen Reitox-Berichten erwähnten Themen die „Schadensminimierung“ oder Maßnahmen in diesem Zusammenhang, „Cannabiskonsum“ sowie „drogenbedingte Kriminalität und damit verbundene Änderungen der Betäubungsmittelgesetze“.

Die Vor- und Nachteile von Substitutionstherapien und Maßnahmen zur Schadensminimierung gegenüber drogenfreien Konzepten waren in der Tschechischen Republik sowie in Estland, Frankreich, Irland und Norwegen Gegenstand lebhafter Parlamentsdebatten. Anlass zu hitzigen politischen Debatten gaben unter anderem der Vorschlag, das Spritzenaustauschprogramm in Schweden dauerhaft zu etablieren, obwohl dies unter streng kontrollierten Bedingungen erfolgen soll, und die vorübergehende Einrichtung von Drogenkonsumräumen in

Norwegen (vgl. das ausgewählte Thema „Nationale Gesetzgebung und Störung der öffentlichen Ordnung“).

Cannabis war nach wie vor ein wichtiges Diskussionsthema, vor allem in Deutschland, wo der Schwerpunkt in erster Linie auf dem Cannabiskonsum Jugendlicher lag, sowie in Luxemburg und Portugal, wo vorgeschlagen wurde, Cannabis auf Rezept auszugeben. Über den Cannabiskonsum, oder allgemeiner den Drogenkonsum, in Schulen und unter Jugendlichen berichteten die Medien ausführlich in Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Zypern, Luxemburg und Österreich. In den Niederlanden galt das Medieninteresse dem gemeldeten Anstieg der Konzentration von Tetrahydrocannabinol (THC) in bestimmten Cannabispflanzen („nederwiet“) und den möglichen Gesundheitsschäden durch hochpotentes Cannabis. In Polen fand Cannabis mit 865 von insgesamt 2 500 Berichten über Drogen die größte Beachtung in den Medien. Gesetzesvorschläge für die Legalisierung von Cannabis wurden in Belgien, Dänemark und einigen Stadträten der Niederlande vorgelegt [um dem so genannten „Back-Door-Problem“ entgegenzuwirken (8)] und stießen auf heftigen öffentlichen Widerstand der meisten Parlamentsmitglieder und Minister.

In Frankreich und Italien erregte die Aussicht auf Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes das Medieninteresse und löste politische Debatten aus. In Frankreich wurde ein Vorschlag, Drogenkonsum statt mit Gefängnisstrafen mit Geldbußen zu ahnden, fallen gelassen, da man befürchtete, eine solche Änderung könnte „als ein Zeichen interpretiert werden, dass Drogen nicht besonders gefährlich seien“ und „einen erneuten Anstieg des Konsums und ein sinkendes Einstiegsalter“ zur Folge haben (9). In Italien berichteten die Medien über die lebhafteste Parlamentsdebatte zur Änderung des Gesetzes von 1990, und in der Tschechischen Republik war eine Differenzierung der Sanktionen für den Drogenbesitz Gegenstand des medialen und politischen Interesses.

Ad-hoc-Studien zur Analyse von Medienbotschaften wurden in der Tschechischen Republik, Griechenland, Luxemburg, Polen und Portugal durchgeführt, und in Belgien (10), Polen sowie im Vereinigten Königreich (11) fanden nationale Medienkampagnen statt, die speziell auf Jugendliche zugeschnitten waren.

Neue Entwicklungen in Programmen und Rechtsvorschriften der EU

Im Berichtszeitraum wurden im Drogensektor wichtige EU-Initiativen in den Bereichen öffentliches Gesundheitswesen, Drogenhandel und Kontrolle von Grundstoffen und synthetischen Drogen realisiert.

(?) In Belgien, Spanien, Frankreich, Luxemburg, den Niederlanden, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich. Ausführliche Literaturhinweise sind der EBDD-Website (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>) zu entnehmen.

(8) Coffeeshops dürfen bis zu 500 g Cannabis für den Verkauf bereithalten, können dieses jedoch ausschließlich auf illegalen Märkten beschaffen. Dies wird als das so genannte „Back-Door-Problem“ bezeichnet.

(9) MILDT (2004), S. 43, zitiert im Nationalen Bericht Frankreichs.

(10) www.partywise.be

(11) Die Kampagne „Talk to Frank“ zu den Risiken des Cannabiskonsums (<http://www.talktofrank.com/>).

Öffentliches Gesundheitswesen

Auf europäischer Ebene ist die Drogenprävention dem Aktionsschwerpunkt Gesundheitsfaktoren des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit⁽¹²⁾ zugeordnet. Im Arbeitsplan 2004 dieses Programms lag der Schwerpunkt auf der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 und der Entwicklung einer geeigneten Basis für ein Tätigkeitsinventar in der EU in Zusammenarbeit mit der EBDD. Die Europäische Kommission forderte die Akteure auf, Vorschläge in Verbindung mit einer Lifestyle-Strategie zur Eindämmung des Missbrauchs aller Stoffe mit Suchtpotenzial, insbesondere in Freizeiteinrichtungen (z. B. in Nachtclubs) und in Justizvollzugsanstalten, einzureichen. Die Kommission äußerte besonderes Interesse an der Entwicklung bewährter Verfahren, der Verbesserung der Kommunikation und der Verbreitung von Informationen mithilfe moderner Kommunikationsmethoden. Die Kommission wählte im Jahr 2004 vier Projekte mit den folgenden Zielsetzungen aus: Verringerung der Risikobereitschaft, Harmonisierung des internationalen Kenntnisstandes über die biomedizinischen Nebenwirkungen des Doping, Stärkung des Wissenstransfers über Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenkonsums und Ausweitung des bestehenden Internet-gestützten Informationsdienstes über legale und illegale Drogen auf die neuen Mitgliedstaaten.

Illegaler Drogenhandel

Im Jahr 2004 wurde auf EU-Ebene eine Reihe neuer Rechtsinstrumente zur Bekämpfung des Drogenhandels angenommen. Im Rahmenbeschluss 2004/757/JI des Rates vom 25. Oktober 2004 zur Festlegung der Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels⁽¹³⁾ wurden für die Mitgliedstaaten Mindeststrafen für solche Straftaten bestimmt. Damit stellt dieser Rahmenbeschluss ein entscheidendes Instrument zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels dar.

Im Dezember 2004 erzielte der Rat Einvernehmen über einen Beschluss des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen. Dieser Beschluss bietet einen Rahmen für einen wirksamen Informationsaustausch über neue psychotrope Substanzen und beschreibt ein Verfahren zur Einführung von Kontrollmaßnahmen für diese Substanzen auf EU-Ebene.

Am 30. März 2004 nahm der Rat eine Empfehlung betreffend Leitlinien für die Entnahme von Proben sichergestellter Drogen an. Darin empfiehlt er den Mitgliedstaaten – soweit dies noch nicht geschehen ist –, ein System der Probenentnahme einzuführen, das auf international anerkannten Leitlinien beruht. Der Rat nahm ferner einen Beschluss zu Cannabis und einen Fortschrittsbericht über die Pläne für die Umsetzung der

Aufbau eines nachhaltigen Systems zur Gesundheitsüberwachung

Der Aufbau und Betrieb eines nachhaltigen Systems zur Gesundheitsüberwachung ist eines der wichtigsten Ziele des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008). Die Kommission hat Konsultationen mit den Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen durchgeführt, um eine Reihe von Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft festzulegen. In diesem Zusammenhang wurden „drogenbedingte Todesfälle“ und „Konsum psychotroper Drogen“ in den Entwurf der Liste der Kernindikatoren aufgenommen. Dadurch wurden die strukturellen Beziehungen zur EBDD als potenziellen Datenproduzenten verstärkt.

Reduzierung des Angebots von und der Nachfrage nach Drogen sowie des Angebots synthetischer Drogen an.

Am 11. Februar 2004 erließen das Europäische Parlament und der Rat die Verordnung (EG) Nr. 273/2004 betreffend Drogenausgangsstoffe⁽¹⁴⁾. Durch diese Verordnung 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 erhalten die Mitgliedstaaten darin Leitlinien für die Ergreifung von Maßnahmen, die erforderlich sind, damit die zuständigen Behörden in die Lage versetzt werden, ihre Kontroll- und Überwachungsaufgaben wahrzunehmen, sowie Informationen darüber, wie verdächtige Vorgänge zu erkennen und zu melden sind. Am 22. Dezember 2004 nahm der Rat die Verordnung (EG) Nr. 111/2005 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern an.

Entsprechend einer Entschliebung des Rates vom November 2002 legte die Europäische Kommission der Horizontalen Gruppe „Drogen“ des Rates im November 2004 eine Studie über das Eilverfahren und den generischen Ansatz für die Kontrolle synthetischer Drogen vor. Ferner unterbreitete sie der Horizontalen Gruppe „Drogen“ im April 2004 Vorschläge für mögliche weitere Verbesserungen der Methoden für die Kartierung der Verteilungsnetzwerke synthetischer Drogen in der EU.

Neue einzelstaatliche Rechtsvorschriften

Jugendliche

Die im Berichtszeitraum vorgenommenen Änderungen der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften mehrerer Mitgliedstaaten betrafen unter anderem Maßnahmen, um

⁽¹²⁾ Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) – Erklärungen der Kommission, ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 12.

⁽¹³⁾ ABl. L 335 vom 11.11.2004, S. 8; vgl. auch EBDD-Jahresbericht 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/>).

⁽¹⁴⁾ ABl. L 47 vom 18.2.2004, S. 1.

Jugendliche vor Straftätern zu schützen oder vom Drogenkonsum abzuhalten.

Jugendliche können durch gezielte Maßnahmen oder durch umfassendere Konzepte geschützt werden. In Ungarn wurde im März 2003 ein Gesetz verabschiedet, um Jugendliche unter 18 Jahren vor dem Missbrauch von Suchtstoffen zu schützen. Ferner wurden für Erwachsene strengere Strafen für Straftaten eingeführt, die Minderjährige betreffen. In Estland wurden Anfang 2004 die Strafen für die meisten drogenbedingten Straftaten verschärft, darunter auch für die Verführung Minderjähriger zum illegalen Drogenkonsum.

In Dänemark wurde das Betäubungsmittelgesetz im Juli 2004 geändert. Der Verkauf von Drogen in Restaurants, Diskotheken und an ähnlichen Orten, die von Kindern oder Jugendlichen besucht werden, wird nun als ein äußerst erschwerender Umstand betrachtet. Straftaten dieser Art sind grundsätzlich mit einer Gefängnisstrafe zu ahnden, und es ist beabsichtigt, das durchschnittliche Strafmaß für solche Straftaten um ein Drittel anzuheben. Ähnlich wird auch in Spanien seit Oktober 2004 der Drogenhandel in der Nähe von Schulen als erschwerender Umstand gewertet. Darüber hinaus wurde die Altersgrenze im Hinblick auf die Definition „Jugendlicher“ im Zusammenhang mit der Verführung zum Drogenhandel von 16 auf 18 Jahre angehoben. Mit der *Cannabis Enforcement Guidance* [Leitlinien für die Strafverfolgung von Cannabis-Delikten] (ACPO, 2003) wurden Leitlinien für die neuen Rechtsvorschriften in England und Wales herausgegeben, in denen Empfehlungen für das Vorgehen gegen Personen ausgesprochen werden, die mit Cannabis in oder in der Nähe von Schulen, Jugendklubs und Spielplätzen angetroffen werden.

In Lettland wurden im Dezember 2003 zwei Kabinettsverordnungen mit Maßnahmen für jugendliche Drogenkonsumenten verabschiedet. In einer dieser Verordnungen wurden Verfahren für die obligatorische institutionelle Behandlung (mit Einverständnis der Eltern) von Kindern festgelegt, die nachweislich Drogen konsumiert haben, in der anderen wurden Maßnahmen benannt, die zu ergreifen sind, wenn Drogen oder andere Rauschmittel in einer Schule gefunden werden. Je nach Schwere des Delikts erhalten in England und Wales Jugendliche unter 18 Jahren, die wegen Cannabis-Delikten festgenommen werden, weiterhin einen Verweis oder eine letzte Verwarnung oder werden von der Polizei einer Straftat beschuldigt. Nach der letzten Verwarnung wird der jugendliche Straftäter an ein Youth Offending Team (YOT) verwiesen, das für die Behandlung oder andere Hilfsmaßnahmen Sorge trägt.

In der Tschechischen Republik wurden mit dem Jugendstrafrechtsgesetz, das 2004 in Kraft trat, die Vorschriften für die Behandlung straffälliger Jugendlicher geändert. Diese Vorschriften haben Vorrang vor den allgemeinen Gesetzen. Strafrechtliche Sanktionen werden nur verhängt, wenn es notwendig ist, und erzieherische

Maßnahmen können das Verbot des Substanzmissbrauchs oder die Verpflichtung beinhalten, sich einer Behandlung zu unterziehen. Die Höchstgrenzen für Strafen ohne Freiheitsentzug betragen nun die Hälfte der für Erwachsene geltenden Grenzen. In Polen wurden mit der Ministerialverordnung vom Januar 2003 spezifische erzieherische und präventive Maßnahmen für drogengefährdete Kinder und Jugendliche angeordnet. Schulen müssen erzieherische und präventive Strategien einführen.

Im Oktober 2003 hat die Europäische Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung (ELDD) eine vergleichende Studie über die Rechtslage in Bezug auf Drogen und Jugendliche⁽¹⁵⁾ veröffentlicht. Diese diente als Grundlage für ein Arbeitsdokument⁽¹⁶⁾, das von der Europäischen Kommission für die im Oktober 2004 vorgelegte Abschlussbewertung des EU-Drogenaktionsplans 2000-2004 herangezogen wurde. In diesem Arbeitsdokument wurde festgestellt, dass insgesamt 22 Gesetze, die von elf Mitgliedstaaten (von 15) verabschiedet wurden, die im Aktionsplan enthaltenen Themen im Zusammenhang mit Jugendlichen zum Gegenstand hatten. Die meisten Gesetze zielten darauf ab, Alternativen zu Gefängnisstrafen zu schaffen, allerdings verabschiedeten sechs Länder Gesetze, um die Prävalenz des Drogenkonsums vor allem bei Jugendlichen zu senken. Insgesamt jedoch schenkte der Gesetzgeber diesen Themen des Aktionsplans während des Fünfjahreszeitraums offenbar vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit. Eine eingehende Analyse der Maßnahmen für jugendliche, Drogen konsumierende Straftäter finden Sie im ausgewählten Thema „Alternativen zu Gefängnisstrafen“.

Schadensminimierung

In den Jahren 2003 und 2004 wurden mehrere Gesetze zum Thema Schadensminimierung erlassen.

Frankreich verabschiedete im August 2004 ein Gesetz, mit dem der Fünfjahresplan für die Gesundheitspolitik angenommen und die Politik im Bereich der Schadensminimierung für Drogenkonsumenten in die Vorschriften über das öffentliche Gesundheitswesen einbezogen wurde. Damit erhielt die Schadensminimierung eine amtliche Definition und fand Eingang in den Geltungsbereich der französischen Gerichtsbarkeit.

In Finnland wurde das Gesetz über Infektionskrankheiten per Regierungsdekret dahin gehend geändert, dass nun Fachärzte für Infektionskrankheiten in Gesundheitszentren präventive Arbeit leisten. Darunter fallen auch die Beratung injizierender Drogenkonsumenten sowie gegebenenfalls der Austausch von Nadeln und Spritzen. In Luxemburg regelt der Großherzogliche Erlass vom Dezember 2003 das nationale Spritzenverteilungsprogramm und bestimmt, welche Einrichtungen und Berufsgruppen berechtigt sind, Spritzen an

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview* [Jugendliche und Drogen: Ein Überblick über die Rechtslage] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000-2004* [Drogengesetzgebung und Jugendliche 2000-2004] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

Drogenkonsumenten auszugeben. Damit setzte sich die Tendenz fort, den Besitz und die Ausgabe steriler Spritzen per Gesetz ausdrücklich zu gestatten⁽¹⁷⁾. Diese Entwicklung wurde im auslaufenden EU-Drogenaktionsplan 2000-2004 unterstützt, in dem die Erarbeitung vorbeugender Maßnahmen gefordert wurde. Weitere Informationen über Rechtsvorschriften sind dem *Topic Overview „Legal framework of needle and syringe programmes“* [Themenüberblick „Rechtsrahmen für Nadel- und Spritzenaustauschprogramme“]⁽¹⁸⁾ zu entnehmen.

Im Vereinigten Königreich wurde im August 2003 der *Misuse of Drugs Act* [Gesetz über den Drogenmissbrauch] dahin gehend geändert, dass Ärzte, Apotheker und Drogenarbeiter legal Tupfer, steriles Wasser, bestimmte Utensilien für die Zubereitung von Drogen (einschließlich Löffel, Schalen, Tassen und Teller) sowie Zitronensäure an Drogenkonsumenten ausgeben dürfen, die kontrollierte Substanzen ohne Rezept erhalten haben. Im Juni 2004 nahm das norwegische Parlament ein auf drei Jahre befristetes Gesetz über ein Versuchsprojekt für Drogenkonsumräume an. Dieses Gesetz erlaubt den Nutzern von Drogenkonsumräumen den straffreien Besitz und Konsum einer Einzeldosis und sieht die Eröffnung eines ausgewiesenen Drogenkonsumraums im Februar 2005 vor.

In der Tschechischen Republik bieten mehrere Nichtregierungsorganisationen (NRO) Pillentestdienste an, um das Risiko des Konsums einer unbekannteren oder unerwarteten Substanz zu verringern, obwohl über die Legalität solcher Projekte noch heftig diskutiert wird. Im Jahr 2003 gab es keine strafrechtlichen Verfolgungen, und der einzige bisher von der Polizei vorgebrachte Fall (aus dem Jahr 2002) wurde vom Staatsanwalt zurückgewiesen. Seitdem hat die Oberste Staatsanwaltschaft Leitlinien zu diesem Thema herausgegeben.

Entsprechend diesen rechtlichen Entwicklungen werden die Maßnahmen zur Schadensminimierung in der EU-Drogenstrategie sowie im Aktionsplan generell als angemessene Reaktion auf die Forderung anerkannt, besseren Zugang zu Nadelaustauschprogrammen zu gewährleisten, um die drogenbedingten Risiken für die Gesundheit des Einzelnen und die Gesellschaft insgesamt zu verringern.

Strafen

Neben den oben erläuterten Änderungen speziell für Jugendliche haben mehrere Länder im Berichtszeitraum ihre Drogengesetzgebung auch im Hinblick auf die Strafen geändert, die für verschiedene Straftaten verhängt werden können. Beispielsweise wurde im letzten Jahr berichtet, dass Belgien und das Vereinigte Königreich die Strafen für nichtproblematrischen Cannabisbesitz effektiv gemildert haben. In Belgien wurden in einer neuen Direktive vom Februar 2005 die Ausnahmen für diese verminderte Strafregelung festgelegt, wobei in Fällen, in denen eine

„Störung der öffentlichen Ordnung“ vorliegt, das volle Strafmaß gefordert wird. Dazu gehören auch der Besitz von Cannabis an oder in der Nähe von Orten, an denen sich Schulkinder aufhalten könnten (Schulen, Parks, Bushaltestellen), und der „sichtbare“ Cannabisbesitz an einem öffentlichen Ort oder in einem öffentlichen Gebäude. In Dänemark wurde in einer Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom Mai 2004 sowie in einem Rundschreiben der Staatsanwaltschaft bestimmt, dass der Besitz von Drogen für den Eigenbedarf nun in der Regel nicht mehr durch Verwarnungen, sondern durch eine Geldstrafe zu ahnden ist.

Diese Änderungen stehen im Einklang mit dem Muster, das sich in den letzten Jahren hinsichtlich der Änderungen möglicher Strafen für Drogenkonsumenten und -händler abgezeichnet hat und über das die EBDD berichtete⁽¹⁹⁾. Beispielsweise führte Belgien 2003 eine neue Regelung ein, die die Straffreiheit nichtproblematrischer Cannabiskonsumenten ermöglicht, Griechenland senkte die Höchststrafe für Drogenkonsum von fünf Jahren auf ein Jahr, und Ungarn strich den Straftatbestand des Drogenkonsums aus seinem Strafgesetzbuch. Estland schaffte 2002 den Straftatbestand des wiederholten Konsums oder Besitzes geringer Mengen illegaler Drogen für den persönlichen Gebrauch (sowie die damit verbundene Höchststrafe von drei Jahren Gefängnis) ab, während Litauen den Straftatbestand des Besitzes mit einer möglichen Gefängnisstrafe von bis zu zwei Jahren in sein Strafgesetzbuch aufnahm. Im Jahr 2001 entkriminalisierte Luxemburg den Cannabiskonsum und schaffte die damit verbundene Gefängnisstrafe für einfachen Drogenkonsum ohne erschwerende Umstände ab. Im gleichen Jahr führte Finnland den Straftatbestand des Drogenkonsums ein, wobei eine niedrigere Höchstgrenze für Gefängnisstrafen sowie summarische Verfahren der Staatsanwaltschaft vorgesehen wurden. Portugal führte im Jahr 2000 Verwaltungsstrafen für den Drogenkonsum ein, während Polen im selben Jahr die bis dahin mögliche Straffreiheit des Drogenbesitzes abschaffte. Diese Entwicklungen lassen jedoch nicht auf eine verminderte Kontrolle der Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Gesellschaft schließen. Dies geht aus dem ausgewählten Thema „Störung der öffentlichen Ordnung“ sowie den oben genannten Einschränkungen für den Drogenbesitz in der Nähe von Kindern und Jugendlichen hervor.

Bei Verdacht auf Drogenhandel dagegen ist eher die Tendenz zu einer Verschärfung der möglichen Strafen zu beobachten. In Dänemark wurden im März 2004 die Höchststrafen für Delikte im Bereich des Drogenhandels um über 50 % angehoben. Anfang 2004 führte Estland strengere Strafen für die meisten Drogendelikte ein, insbesondere bei Vorliegen erschwerender Umstände. Im Vereinigten Königreich wurde die Höchststrafe für den Handel mit Drogen der Klasse C von fünf auf 14 Jahre Gefängnis angehoben. Darüber hinaus rückten in Griechenland (2001), Litauen (2000) und Irland (1999)

⁽¹⁷⁾ Seit 1999 haben sieben Länder diesbezügliche Gesetze verabschiedet: Belgien, Frankreich, Luxemburg, Polen, Portugal, Slowenien und Finnland.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

⁽¹⁹⁾ Weitere Einzelheiten sind dem Themenpapier der EBDD *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* [Illegaler Drogenkonsum in der EU: legislative Ansätze] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>) zu entnehmen.

Strafen für bestimmte Delikte im Zusammenhang mit der Verteilung von Drogen an Jugendliche (vgl. oben) und für Delikte im Bereich des Drogenhandels verstärkt in den Mittelpunkt. Dieser allgemeinen Verschärfung der Strafen für den Drogenhandel wird im Rahmenbeschluss des Rates vom 25. Oktober 2004 zur Festlegung der Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels Rechnung getragen.

Drogen am Arbeitsplatz

Zwei Länder berichteten über Gesetzesinitiativen im Bereich Drogen am Arbeitsplatz. In Finnland wurde das Gesetz zum Schutz der Privatsphäre im Arbeitsleben (759/2004) erlassen, das Regelungen für einen verbesserten Schutz der Privatsphäre der Beschäftigten im Hinblick auf berufliche Drogentests vorsieht. Nach Maßgabe dieses Gesetzes müssen Arbeitgeber und Beschäftigte für den Arbeitsplatz ein Drogenbekämpfungsprogramm entwerfen, einschließlich Präventionsplänen und Behandlungsmöglichkeiten, und eine Liste der Arbeitsplätze erstellen, für die eine Bescheinigung über einen Drogentest erbracht werden muss. Während des Einstellungsverfahrens darf ein Arbeitgeber ausschließlich von dem erfolgreichen Bewerber eine Bescheinigung über einen Drogentest verlangen. Der Arbeitgeber hat das Recht, die in der Bescheinigung enthaltenen Informationen zu verwenden, wenn der Arbeitsplatz Präzision, Zuverlässigkeit, eigenständiges Arbeiten oder Wachsamkeit verlangt und wenn die Tätigkeit unter Drogeneinfluss oder bei Drogenabhängigkeit eine Gefahr für Leben oder Gesundheit darstellen oder zu erheblichen Schäden führen kann. Während der Laufzeit des Arbeitsverhältnisses

müssen Arbeitnehmer nur dann eine Bescheinigung vorlegen, wenn tatsächlich Verdachtsmomente dafür vorliegen, dass sie drogenabhängig sind oder unter dem Einfluss von Drogen arbeiten.

In Irland wurde im Juni 2004 der *Safety, Health and Welfare at Work Bill* [Gesetzesentwurf über Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz] veröffentlicht. Den Bestimmungen dieses Gesetzesentwurfs zufolge haben Arbeitnehmer dafür Sorge zu tragen, dass sie am Arbeitsplatz nicht unter dem Einfluss von Rauschmitteln stehen, sofern sie dadurch für sich selbst oder andere eine Gefahr für Sicherheit, Gesundheit oder Wohlbefinden darstellen würden. Ferner sind die Arbeitnehmer verpflichtet, sich im Falle einer berechtigten Aufforderung des Arbeitgebers jedem angemessenen, zumutbaren und verhältnismäßigen Test durch eine hierfür befähigte Person zu unterziehen.

Präventionsmaßnahmen für bestimmte Situationen, wie z. B. am Arbeitsplatz, werden nun im neuen EU-Aktionsplan besonders hervorgehoben. Die verstärkte Betonung der gezielten Prävention könnte ein Gegengewicht zu der allgemeinen Tendenz darstellen, mildere Strafen für Drogenkonsumenten einzuführen, und ist unter Umständen auf die Besorgnis angesichts der Prävalenz und Häufigkeit des Drogenkonsums in der EU zurückzuführen. Es liegen jedoch keine eindeutigen Zahlen über das wahre Ausmaß dieses beobachteten Phänomens vor, und Drogentests aus anderen Gründen als tatsächlichem Drogeneinfluss könnten nach Maßgabe mancher einzelstaatlicher und internationaler Rechtsvorschriften komplexe rechtliche Fragen mit Blick auf die Privatsphäre aufwerfen. In der Zwischenzeit wird weiterhin von privater Seite investiert, um die Genauigkeit und Nutzerfreundlichkeit der Test-Kits zu verbessern.

Drogenbedingte Störung der öffentlichen Ordnung: politische Tendenzen und Maßnahmen. In: *EBDD-Jahresbericht 2005: ausgewählte Themen*

Die Störung der öffentlichen Ordnung ist sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene in zunehmendem Maße Gegenstand der politischen Drogendebatte. Die Verhaltensweisen und Aktivitäten, die gewöhnlich unter dem Begriff „drogenbedingte Störung der öffentlichen Ordnung“ zusammengefasst werden, sind in den meisten Mitgliedstaaten, den Beitritts- bzw. Kandidatenländern und in Norwegen bereits seit langer Zeit zu beobachten. Es geht hier also nicht um ein neues Phänomen, sondern vielmehr um die neue, zumindest in einigen Mitgliedstaaten zu beobachtende Tendenz in der Drogenpolitik, diese Erscheinungen unter einem Oberbegriff einzustufen und zusammenzuführen und ihre Reduzierung als Ziel in der nationalen Drogenstrategie zu verankern.

In welchem Maße ist diese Tendenz in den europäischen Ländern verbreitet? Gibt es eine einvernehmliche Definition dieses Begriffs? Wie sind Art und Ausmaß des Phänomens

zu bewerten? Was bezwecken die politischen Maßnahmen, und welche Arten von Interventionen werden durchgeführt – unabhängig davon, ob sie speziell und ausdrücklich konzipiert wurden, um die drogenbedingte Störung der öffentlichen Ordnung einzudämmen? Liegen bereits Evaluierungsergebnisse vor und wurden Qualitätsstandards für Interventionen geschaffen? Alle diese Fragen gehören zu den Schlüsselthemen, die in diesem ausgewählten Thema behandelt werden sollen.

Im Rahmen dieser zeitnahen Analyse der Entwicklungen der politischen Debatte in Europa über den Themenbereich der drogenbedingten Störungen der öffentlichen Ordnung strebt die EBDD eine umfassende Unterrichtung der politischen Entscheidungsträger und der Öffentlichkeit über die Natur des Phänomens und die Tendenzen und Maßnahmen in diesem Bereich der Drogenpolitik an.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>) verfügbar: „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*.



Kapitel 2

Schulen, Jugendliche und Drogen

Vergleichbare Daten über den Drogen- und Alkoholkonsum Jugendlicher stammen weitgehend aus Erhebungen unter 15- bis 16-jährigen Schülern. Im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurden 1995, 1999 und zuletzt 2003 Umfragen durchgeführt. Die Umfrage von 2003 (Hibell et al., 2004) liefert vergleichbare Daten aus 22 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen sowie drei Beitritts- bzw. Kandidatenländern (Bulgarien, Rumänien und Türkei). Andere Schülerumfragen (z. B. in den Niederlanden sowie in Schweden und Norwegen) und Erhebungen im Rahmen des Projekts „*Health Behaviour in School-aged Children*“

[Internationale Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern] (HBSC) stellen ebenfalls Daten über den Drogenkonsum unter Schülern bereit und kommen im Großen und Ganzen zu sehr ähnlichen Ergebnissen.

Prävalenz und Drogenkonsummuster

Cannabis

Den Daten der jüngsten ESPAD-Umfrage aus dem Jahr 2003 zufolge wurde die höchste Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- und 16-jährigen Schülern in

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): ein zunehmend wichtiges Instrument für das Verständnis von Tendenzen beim Drogen- und Alkoholkonsum Jugendlicher

Die 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. Durch die Anwendung standardisierter Verfahren und Instrumente in national repräsentativen Stichproben von 15- bis 16-jährigen Schülern ist es möglich, eine qualitativ hochwertige und vergleichbare Datenreihe zu gewinnen. An ESPAD nehmen sowohl EU-Mitgliedstaaten als auch Drittländer teil, und mit jeder Umfrage war eine zunehmende Beteiligung zu verzeichnen. Im Jahr 1995 nahmen insgesamt 26 europäische Länder teil (einschließlich der zehn Länder, die der EU im Mai 2004 beigetreten sind). Im Jahr 1999 beteiligten sich 30 Länder, während bei der Umfrage des Jahres 2003 die beeindruckende Teilnehmerzahl von 35 Ländern erreicht wurde, darunter 23 EU-Mitgliedstaaten (einschließlich der zehn Länder, die der EU 2004 beigetreten sind) und drei Beitritts- bzw. Kandidatenländer (Bulgarien, Rumänien und die Türkei) sowie Norwegen. Spanien beteiligte sich nicht an der Umfrage, jedoch enthält der ESPAD-Bericht 2003 nationale Daten aus der spanischen Schulumfrage (PNSD).

Die Vergleichbarkeit der ESPAD-Schülerumfrage basiert auf der Standardisierung der untersuchten Altersgruppe sowie der Verfahren und zeitlichen Abstimmung der Datenerhebung, der Nutzung von Zufallsstichproben, dem einheitlich konzipierten Fragebogen und der Gewährleistung der Anonymität der Befragten.

Der Schwerpunkt der Fragebogen liegt auf dem Alkoholkonsum (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz, durchschnittlicher Konsum, „Binge-Drinking“) und dem Konsum illegaler Drogen (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz, einschließlich Angaben dazu, wie häufig in diesen Zeitebenen Drogen konsumiert wurden).

Einige der wichtigsten Ergebnisse der Umfrage des Jahres 2003 in den EU-Mitgliedstaaten, den Beitritts- und Kandidatenländern sowie Norwegen waren:

- Cannabis ist bei weitem die am häufigsten konsumierte illegale Droge.
- Ecstasy steht an zweiter Stelle der am meisten konsumierten illegalen Drogen, die Erfahrungsraten sind jedoch relativ niedrig.
- Die Lebenszeitprävalenzraten für den Konsum von Amphetaminen sowie von LSD und anderen Halluzinogenen sind niedrig.
- Trotz der relativ niedrigen Prävalenzraten des Konsums von „Magic Mushrooms“ sind diese in zwölf EU-Mitgliedstaaten die am häufigsten konsumierten Halluzinogene.
- Zu den anderen von Schülern konsumierten Substanzen zählen Tranquilizer und Sedativa ohne ärztliche Verordnung (hier lag die höchste von einem Land gemeldete Rate bei 17 %) und Schnüffelstoffe (der höchste in einem Land festgestellte Wert betrug 18 %).
- Hinsichtlich der 30-Tage-Prävalenz für das „Binge-Drinking“ (definiert als der Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken nacheinander) sind erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern zu verzeichnen.

Informationen über ESPAD und die Verfügbarkeit des neuen Berichts können auf der ESPAD-Website (www.ESPAD.org) abgerufen werden.

der Tschechischen Republik (44 %) festgestellt (Abbildung 1). Die niedrigsten Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz (unter 10 %) werden aus Griechenland, Zypern, Schweden, Norwegen, Rumänien und der Türkei gemeldet. Zu den Ländern mit einer Lebenszeitprävalenzrate von über 25 % gehören Deutschland, Italien, die Niederlande, die Slowakei und Slowenien (27 % und 28 %), während die höchsten Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz (32 % bis 40 %) aus Belgien, Frankreich, Irland und dem Vereinigten Königreich berichtet werden. In den meisten Ländern wird seit 1995 ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der Schüler verzeichnet, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben ⁽²⁰⁾. Es wurden jedoch ausgeprägte Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt.

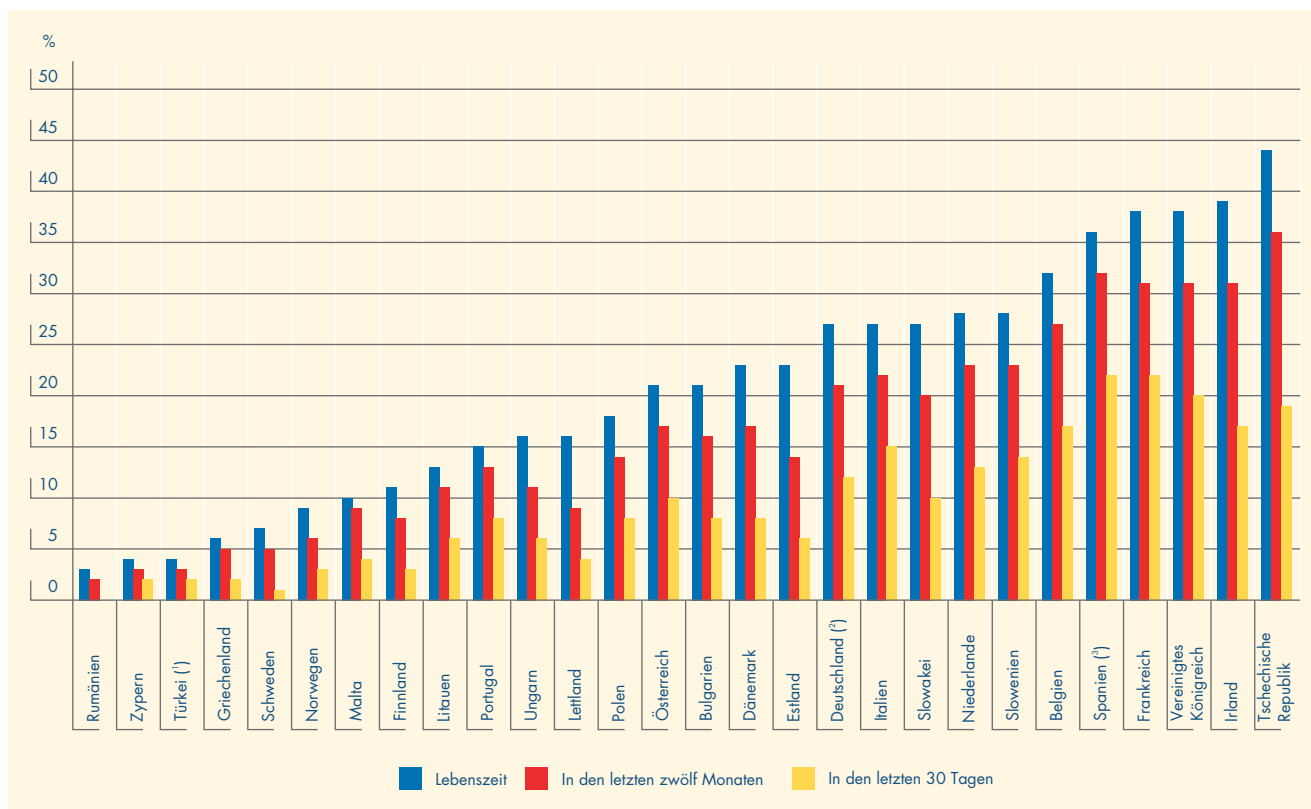
Aus den neuen Daten der ESPAD-Umfragen des Jahres 2003 unter 15- bis 16-jährigen Schülern geht hervor, dass die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 3 % bis 44 % reicht. Zwischen 2 % und 36 % der Schüler gaben an, in den letzten zwölf Monaten die Droge konsumiert zu haben, während der Anteil derer, die im letzten Monat Cannabis eingenommen haben, zwischen 0 % und 19 %

lag ⁽²¹⁾ (Abbildung 1). Die verschiedenen Prävalenzraten weisen relative Abweichungen auf. So ist beispielsweise die Lebenszeitprävalenz in der Tschechischen Republik am höchsten, während jedoch für den aktuellen Konsum (im letzten Monat) die höchsten Werte aus Spanien und Frankreich (22 %) gemeldet werden.

In fast allen Ländern ist die Prävalenz des Cannabiskonsums bei Männern höher als bei Frauen. Bei Schülern, die angeben haben, mindestens 40 Mal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben, sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede stärker ausgeprägt ⁽²²⁾.

Ältere Schüler (17 bis 18 Jahre) wurden in nationalen Schulerhebungen befragt, die in elf Mitgliedstaaten und Bulgarien durchgeführt wurden. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in dieser Altersgruppe reicht von unter 2 % in Zypern bis zu 56 % in der Tschechischen Republik, während sich der aktuelle Cannabiskonsum (im letzten Monat) zwischen unter 1 % in Zypern und fast 30 % in Frankreich bewegt. Mit Ausnahme Zyperns lagen die Prävalenzschätzungen in allen Ländern, die

Abbildung 1: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern im Jahr 2003



(¹) Die türkischen Daten basieren auf je einer größeren Stadt in sechs verschiedenen Regionen (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir und Samsun).
 (²) Die deutschen Daten basieren lediglich auf sechs Bundesländern (Bayern, Brandenburg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen).
 (³) Spanien hat an der ESPAD-Umfrage nicht teilgenommen. Die hier berücksichtigten Daten basieren auf einer spanischen Erhebung, die von November bis Dezember 2002 durchgeführt wurde. Die Fragen zur Prävalenz des Drogenkonsums können als vergleichbar mit den ESPAD-Fragen betrachtet werden, aufgrund anderer methodischer Aspekte sind die spanischen Daten jedoch streng genommen nicht vergleichbar.
 Quelle: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Siehe Abbildungen EYE-1 (Teil ii) und EYE-1 (Teil ix) im *Statistical Bulletin 2005*.
⁽²¹⁾ Eine ausführliche Darstellung des Cannabiskonsums unter Schülern ist Kapitel 3 zu entnehmen.
⁽²²⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil iii) im *Statistical Bulletin 2005*.

Erhebungen durchgeführt haben, bei den älteren Schülern über den Schätzungen für die 15- bis 16-Jährigen ⁽²³⁾.

Zwischen 1999 und 2003 stieg in der Tschechischen Republik die Zahl der Schüler, die angaben, im Alter von 13 Jahren oder früher Cannabis probiert zu haben, um 5 %. 13 andere EU-Länder berichteten über geringe Zunahmen (1 bis 3 %) ⁽²⁴⁾. Ein Rückgang (um 1 %) wurde nur aus den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich gemeldet.

Einer kürzlich durchgeführten *Eurobarometer-Umfrage* (2004) ⁽²⁵⁾ zufolge ist die Zahl der Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, die angaben, ihnen sei Cannabis angeboten worden, von 46 % im Jahr 2002 auf 50 % im Jahr 2004 gestiegen. Im selben Zeitraum nahm die Zahl der Jugendlichen, die angaben, jemanden zu kennen, der Cannabis konsumiert habe, ebenfalls von 65 % auf 68 % zu.

ESPAD-Erhebungen zeigen, dass bei Schülern die Wahrnehmung von Cannabis, und zwar sowohl der mit dem Konsum verbundenen Risiken als auch der Verfügbarkeit der Droge, in engem Zusammenhang mit der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums steht. Das Risiko steht in umgekehrter Relation zur Prävalenz ⁽²⁶⁾, d. h., eine hohe Risikowahrnehmung geht mit einer niedrigen Prävalenz einher und umgekehrt. Die Wahrnehmung der Verfügbarkeit dagegen korreliert direkt mit der Lebenszeitprävalenz des Konsums ⁽²⁷⁾.

In Ländern mit überdurchschnittlich hohen Prävalenzschätzungen für den Cannabiskonsum neigen Jugendliche unter Umständen eher dazu, diesen als „normal“ zu empfinden. Die meisten Länder, die über relativ hohe Schätzungen für den Lebenszeitkonsum von Cannabis berichten, melden auch relativ hohe Schätzungen für das so genannte „Binge-Drinking“ (exzessives Rauschtrinken, definiert als das Trinken von fünf und mehr Alkoholgetränken nacheinander) in den letzten 30 Tagen ⁽²⁸⁾. Dies legt den Schluss nahe, dass diese beiden Verhaltensweisen Teil desselben Lebensstils sind. Ausnahmen von diesem Muster werden aus Frankreich, Italien und Bulgarien gemeldet, wo der Cannabiskonsum relativ hoch, das „Binge-Drinking“ jedoch relativ wenig verbreitet ist.

Andere Drogen

In 14 der EU-, Beitritts- und Kandidatenländer, die in der ESPAD-Umfrage 2003 erfasst wurden, war die Prävalenz des Ecstasy-Konsums höher als die des Amphetamin-konsums ⁽²⁹⁾. Die niedrigste Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums (2 % und weniger) wurde in Dänemark,

Griechenland, Zypern, Litauen, Malta, Finnland, Schweden, Norwegen, Rumänien und der Türkei festgestellt. Höhere Prävalenzraten zwischen 3 % und 4 % wurden aus Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Lettland, Österreich, Polen, Portugal, Slowenien, der Slowakei und Bulgarien gemeldet. Die Länder mit den höchsten Lebenszeitprävalenzraten des Ecstasy-Konsums waren die Tschechische Republik (8 %) sowie Estland, Spanien, Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich (alle 5 %).

Was die Prävalenzraten für unterschiedliche Zeiträume betrifft, so lag die höchste Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums 2003 bei 8 %, gegenüber 5 % für den Konsum während der letzten zwölf Monate (jüngster Konsum) und 2 % für den Konsum im letzten Monat (aktueller Konsum).

Die aufeinander folgenden Erhebungen zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums 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 Mitgliedstaaten beobachtet wurde ⁽³⁰⁾. Die Daten der ESPAD-Umfrage aus dem Jahr 1999 zeigen jedoch für einige Länder Schwankungen in der Lebenszeitprävalenz. Der im Vereinigten Königreich vor 1999 festgestellte Rückgang des Ecstasy-Konsums könnte zum Teil auf die intensive Medienberichterstattung über ecstasybedingte Todesfälle in den späten 90er Jahren zurückzuführen sein.

Psilocin und Psilocybin – „Magic Mushrooms“ (Zauberpilze)

Psilocin und Psilocybin, die psychoaktiven Inhaltsstoffe der so genannten „Magic Mushrooms“, sind in Anhang 1 des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Stoffe enthalten und werden somit in allen Mitgliedstaaten kontrolliert. Zwischen den Mitgliedstaaten bestehen jedoch Unterschiede hinsichtlich des Rechtsstatus der „Magic Mushrooms“ sowie des Grades der Durchsetzung rechtlicher Beschränkungen für deren Anbau und Konsum: Die Pilze werden teilweise kontrolliert und teilweise nicht bzw. nur dann kontrolliert, wenn sie „verarbeitet“ werden, so dass der Rechtsstatus nicht eindeutig geklärt ist.

In der ESPAD-Umfrage wurden 2003 erstmals „Magic Mushrooms“ erfasst. Die Prävalenzschätzungen für den Konsum von „Magic Mushrooms“ unter 15- bis 16-jährigen

⁽²³⁾ Siehe Tabelle EYE-1 und EYE-3 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽²⁴⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil vii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽²⁵⁾ Eine zweite *Eurobarometer-Umfrage* (*Eurobarometer*, 2004), *Young people and drugs* [Jugendliche und Drogen], wurde 2004 durchgeführt. Diese Ermessensstichprobenerhebung wurde unter 7 659 Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren in den 15 Mitgliedstaaten durchgeführt, die in der vorangegangenen Umfrage aus dem Jahr 2002 erfasst wurden.

⁽²⁶⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil v) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽²⁷⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil vi) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽²⁸⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil viii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽²⁹⁾ Siehe Abbildung EYE-2 (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽³⁰⁾ Siehe Abbildung EYE-2 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

Schülern lagen in den meisten teilnehmenden Ländern höher als die Schätzungen für LSD oder andere halluzinogene Drogen⁽³¹⁾ oder entsprachen diesen. Darüber hinaus war die Lebenszeitprävalenz des Konsums von „Magic Mushrooms“ in Belgien, Deutschland und Frankreich höher als die Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy-Konsum, während sie in der Tschechischen Republik, Dänemark, Italien, den Niederlanden und Polen genauso hoch war wie die Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy-Konsum. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von „Magic Mushrooms“ lag in Zypern, Finnland, und Rumänien bei null, während sie in Deutschland, Irland und im Vereinigten Königreich 4 % und in Belgien, Frankreich und den Niederlanden 5 % betrug. In der Tschechischen Republik wurde die höchste Prävalenz (8 %) festgestellt. Trenddaten für den Konsum von „Magic Mushrooms“ sind nicht verfügbar.

Neue Entwicklungen bei der Prävention

Die Werte und Verhaltensweisen des Einzelnen werden davon beeinflusst, was er in seinem sozialen Umfeld als Normalität empfindet. Dies gilt ganz besonders für Jugendliche. Wenn sie den experimentellen Cannabiskonsum als „normal“ und gesellschaftlich anerkannt empfinden (und die Droge als wenig riskant und leicht verfügbar einschätzen), könnte dies ihre Werte und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum entscheidend beeinflussen (Botvin, 2000). Aufgabe der Prävention ist es, Jugendlichen soziale und kognitive Strategien an die Hand zu geben, um mit diesen Einflüssen umzugehen. Es ist somit nicht realistisch, die Effizienz von Präventionsmaßnahmen anhand von Daten über den Drogenkonsum unter Jugendlichen zu bewerten, insbesondere anhand von Schätzungen über den experimentellen Konsum, da diese gesellschaftliche Normen und kein tatsächliches Problemverhalten widerspiegeln.

Stattdessen sollte die Prävention anhand einer Reihe eindeutiger Kriterien bewertet werden: klar definierte Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen, die in den nationalen Strategien festgelegt sind und auf dem internationalen Wissensstand basieren; Maßnahmen zur Qualitätssicherung; Entwicklung selektiver Präventionsmaßnahmen und familienbasierter Prävention; Regulierungsmaßnahmen für legale Suchtmittel, um die gesellschaftlichen Normen zu verändern, die bestimmte Formen des Konsumverhaltens entschuldigen oder billigen.

Was die Evaluierung von Präventionsstrategien betrifft, so wurden in den neuen nationalen Strategien Frankreichs und Italiens insofern erhebliche Fortschritte erzielt, als sowohl die Rolle der Prävention als auch die Bedeutung strukturierter Programme und vorrangiger Aktionsbereiche klarer definiert wurden. In fast allen Mitgliedstaaten zeichnet sich eine Tendenz zu stärker strategisch ausgerichteten Ansätzen ab,

und gefährdete Gruppen werden in zunehmendem Maße in der Gesamtplanung berücksichtigt.

Normative und strukturelle Maßnahmen

Kontrollmaßnahmen für legale Suchtmittel helfen bei der Schaffung der normativen Grundlagen, auf denen andere Präventionsmaßnahmen aufbauen können. Gesellschaftliche Normen, die Tabak- und Alkoholkonsum billigen und deren Einfluss auf das Verhalten tolerieren, sind wohlbekannt Risikofaktoren für eine aufgeschlossene Haltung gegenüber illegalen Drogen und deren Konsum (Becoña, 2002). Entgegen der landläufigen Meinung werden gesellschaftliche Normen mehr von Kontrollmaßnahmen als durch Kampagnen in den Massenmedien oder pädagogische Ansätze beeinflusst (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Eurostat (2002) hat Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums mit Indikatoren für die Rauchgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen in den Mitgliedstaaten verglichen. Dabei wurde ein Zusammenhang zwischen restriktiven Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums (Werbeverbot, Mindestalter für den Erwerb, Beschränkungen usw.) und Rauchgewohnheiten festgestellt. In Ländern mit relativ lockeren Regelungen (z. B. Dänemark, Deutschland und Vereinigtes Königreich) wurden bei Jugendlichen höhere Raucherzahlen ermittelt als in Ländern mit restriktiveren Vorschriften (z. B. Frankreich, Schweden und Norwegen). Die Auswirkungen von Präventionsmaßnahmen sind bekanntermaßen begrenzt, wenn sie durch gesellschaftliche Normen und gesellschaftspolitische Maßnahmen konterkariert oder zumindest nicht unterstützt werden. Initiativen der EU und der WHO (Aspect Consortium, 2004) haben in diesem Bereich Erfolge erzielt, und die Mitgliedstaaten verknüpfen nun zunehmend Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums mit der Drogenprävention.

Schulbasierte Prävention

In allen Mitgliedstaaten gilt die Schule als der wichtigste Ansatzpunkt für allgemeine Präventionsmaßnahmen. Daher wird in den nationalen Strategien eine spürbare Schwerpunktverlagerung auf die schulbasierte Prävention vollzogen und die strukturierte Umsetzung dieses Ansatzes verstärkt berücksichtigt. Dies kommt in der Ausweitung der Drogenpolitik an Schulen (Abbildung 2), der Entwicklung spezifischer Modulprogramme zur Drogenprävention an Schulen sowie einer verbesserten Ausbildung von Lehrern zum Ausdruck.

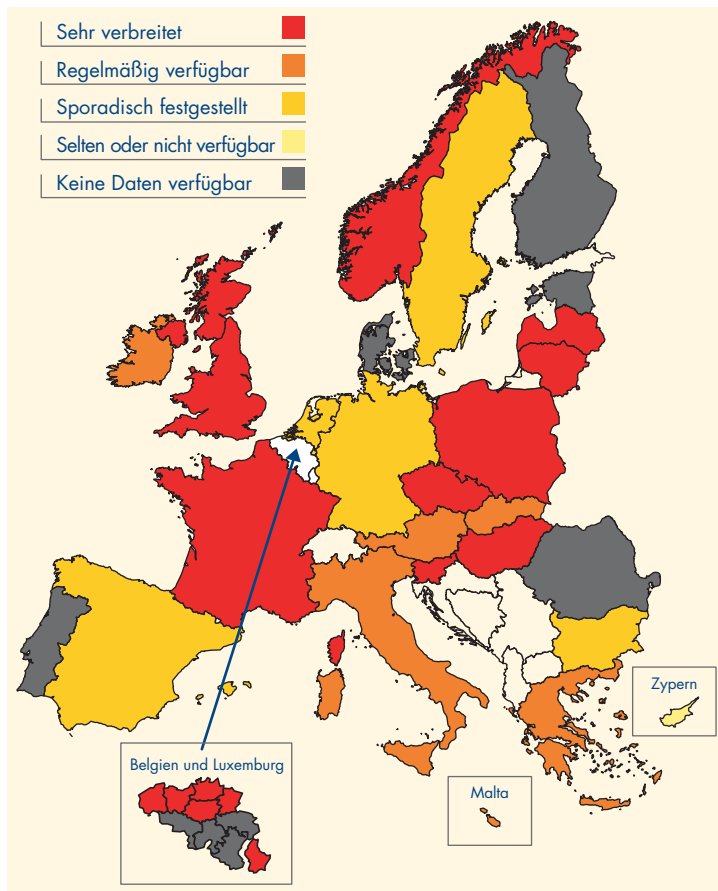
Immer mehr Länder haben stärker strukturierte Präventionsprogramme eingeführt (in Dänemark gibt es nun das erste schulbasierte Lebenskompetenzprogramm) bzw. ausgeweitet (Deutschland) oder planen solche Programme (Frankreich und Italien, in ihren nationalen

⁽³¹⁾ Siehe Abbildung EYE-2 (Teil v) im *Statistical Bulletin 2005*.

Strategien). Beispielsweise wurden 2003 in 60 % der polnischen Schulen Präventionsprogramme durchgeführt.

Griechenland stellt ein besonders gutes Beispiel für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen dar, die weniger auf den traditionellen informationsbasierten und individualisierten (Beratungs-)Konzepten beruhen, sondern vielmehr auf die Umsetzung einer wirklichen Gesundheitsstrategie abzielen, mit der die Reichweite durch programmorientierte Ansätze verbessert werden kann. Die Zahl der schulbasierten Präventionsprogramme hat sich in Griechenland zwischen 2000 und 2003 mehr als verdoppelt, und die Zahl der familienbasierten Programme hat sich im selben Zeitraum verdreifacht. Auch Malta und das Vereinigte Königreich messen in ihren Präventionsmaßnahmen programmorientierten Ansätzen größere Bedeutung bei: Im Rahmen des *Blueprint Programme* soll festgestellt werden, wie internationale Forschungen im Bereich effizienter Drogenprävention im englischen Schulsystem verwertet werden können. Es basiert auf der Erkenntnis, dass eine Kombination aus schulbasierter Drogenziehung unter Einbeziehung der Eltern und Medienkampagnen, lokalen

Abbildung 2: Entwicklung einer Schulpolitik



Anmerkung: Deutschsprachiger Teil Belgiens = sporadisch festgestellt.
Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Gesundheitsinitiativen und gemeindenahen Partnerschaften wirksamer ist als schulische Maßnahmen alleine. Für dieses Programm wurden 6 Mio. GBP (8,5 Mio. EUR) für einen Zeitraum von fünf Jahren bereitgestellt ⁽³²⁾.

Monitoring und Qualitätssicherung

Die Sicherung und Verbesserung der Präventionsqualität hängt in hohem Maße davon ab, dass zunächst ein aussagekräftiges Gesamtbild der bestehenden Maßnahmen und ihrer Inhalte gewonnen wird. Dementsprechend messen die Mitgliedstaaten dem Monitoring von Präventionsprogrammen zunehmend Bedeutung bei. Beispiele hierfür sind die neuen Projekte in Deutschland ⁽³³⁾ und Norwegen ⁽³⁴⁾ sowie das ungarische Forschungsprojekt „Lichter und Schatten“, in dessen Rahmen Informationen über Inhalt, Ziele, Methodik, Zielgruppen und Reichweite schulbasierter Präventionsprogramme erhoben wurden. Auch in der Tschechischen Republik sowie in Flandern (im Rahmen der Datenbank „Ginger“) erfolgt ein Monitoring. Bedauerlicherweise wurde in Spanien das Projekt IDEA Prevención eingestellt, das über viele Jahre hinweg europaweit das ausgereifteste Monitoring- und Qualitätssicherungssystem dargestellt hatte.

Informationssysteme zur Prävention tragen auch dazu bei, ineffiziente Verfahren und Programmkomponenten zu ermitteln. Beispielsweise finden in mehreren Mitgliedstaaten noch immer verbreitet punktuelle Informationsveranstaltungen oder Vorträge von Fachleuten oder Polizeibeamten statt, obwohl Forschungen einhellig zu dem Schluss gekommen sind, dass solche Maßnahmen bestenfalls ineffizient, wenn nicht gar schädlich sind (Canning et al., 2004).

Nur durch eine systematische Erfassung von Präventionsmaßnahmen ist es möglich, die Inhalte von Präventionsprogrammen zu prüfen und sie auf der Grundlage der vorliegenden Kenntnisse über die Effizienz auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zuzuschneiden. Leitlinien oder Standards für die Durchführung von Präventionsprogrammen sind von wesentlicher Bedeutung, insbesondere in Ländern, in denen die Prävention stark dezentralisiert ist.

Programminhalte und Aktivitäten

Dank der zunehmenden Zahl programmbasierter Ansätze und der verbesserten standardisierten Datenerhebung ist es möglich geworden, die Inhalte und Trends von Präventionsmaßnahmen zu prüfen und EU-weit zu vergleichen. Die Informationen stammen in der Regel von nationalen Fachleuten oder Expertengruppen, die einen zuverlässigen Überblick über die Lage in ihrem Land besitzen und auf dieser Grundlage standardisierte Ratings abgeben können. Einige Mitgliedstaaten, wie z. B. Griechenland oder

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

Ungarn, stellen auch quantitative Daten aus dem Monitoring programmbasierter Maßnahmen zur Verfügung.

Beispielsweise haben die meisten Mitgliedstaaten im Rahmen ihres Präventionskonzepts Schulungen zur Förderung der persönlichen und sozialen Kompetenz an Schulen eingeführt. Behandelt wurden hierbei unter anderem die Themen Entscheidungsfindung, Problembewältigung, Festlegung von Zielen, Selbstbehauptung, Kommunikation und Empathie. Dieses evidenzbasierte Verfahren, das aus der sozialen Lerntheorie ⁽³⁵⁾ stammt, stellt nun offenbar in den meisten

Mitgliedstaaten eine wichtige Methodik dar, selbst in den Ländern, in denen keine programm-basierten Ansätze verfolgt werden (Frankreich, Luxemburg und Schweden) (Tabelle 2). Estland berichtet über den weit verbreiteten Einsatz eines Buches, das soziale Kompetenz vermitteln soll.

Die Bereitstellung von Informationen spielt in vielen Mitgliedstaaten nach wie vor eine zentrale Rolle in der Drogenprävention (Tabelle 2). Der begrenzte Wert solcher Maßnahmen für die Drogenprävention wird nur allmählich anerkannt (siehe beispielsweise den Nationalen Bericht

Tabelle 2: Schulbasierte Prävention in Europa

	Qualitätsstandards/-leitlinien ⁽¹⁾			Persönliche soziale Kompetenz	Ziele	
	Vorhanden	Obligatorisch	Bedingung für die Finanzierung		primär	sekundär
Belgien fl	Ja	Ja	Ja	Sehr verbreitet	Lebenskompetenz	Information
Belgien fr	Ja	Ja	Ja	n. v.	Schützendes Umfeld	Erziehungsverhältnis
Tschechische Republik	Geplant		Ja	Sehr verbreitet	Selbstwertgefühl	Schützendes Umfeld
Dänemark	Nein			Nein	Information	
Deutschland	Nein			Sehr verbreitet	Lebenskompetenz	Information
Estland	Nein			Sporadisch	n. v.	
Griechenland	Ja	Ja	Ja	Sehr verbreitet	Lebenskompetenz	Erziehungsverhältnis
Spanien	Geplant	Ja	Ja	Sehr verbreitet	Lebenskompetenz	Selbstwertgefühl
Frankreich	Ja			Selten	Information	Lebenskompetenz
Irland	Ja	Ja		Sehr verbreitet	Lebenskompetenz	Selbstwertgefühl
Italien	Ja			Regelmäßig	Information	Lebenskompetenz
Zypern	Geplant	Ja	Ja	Sporadisch	Schützendes Umfeld	Lebenskompetenz
Lettland	Geplant			Sporadisch	Information	Lebenskompetenz
Litauen	Nein			Regelmäßig	Information	
Luxemburg	Ja		Ja	Regelmäßig	Erziehungsverhältnis	Lebenskompetenz
Ungarn	Geplant			Regelmäßig	Information	Lebenskompetenz
Malta	Nein			Sehr verbreitet	Information	Lebenskompetenz
Niederlande	Ja			Nein	Information	
Österreich	Ja		Nein	Sporadisch	Lebenskompetenz	Schützendes Umfeld
Polen	Nein			Regelmäßig	Lebenskompetenz	Information
Portugal	Ja	Ja	Ja	Sporadisch	Information	Lebenskompetenz
Slowenien	Geplant			Sporadisch	Information	Lebenskompetenz
Slowakei	Nein			Selten		
Finnland	n. v.			n. v.	Bereitstellung von Sozialdiensten	Information
Schweden	Nein			Regelmäßig	Schützendes Umfeld	Soziale Integration
Vereinigtes Königreich	Ja			Sehr verbreitet	Information	Lebenskompetenz
Norwegen	Nein			Regelmäßig	Information	Selbstwertgefühl
Bulgarien	n. v.			Sporadisch	Information	Schützendes Umfeld
Rumänien	n. v.			Sporadisch		

Anmerkungen: n. v. = keine Information verfügbar.

(1) Es ist daran zu erinnern, dass es keine gemeinsame europäische Definition von „Qualitätsstandards und Leitlinien“ gibt und die Detailtiefe variieren kann, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigt.

⁽³⁵⁾ Das Verhalten wird als Ergebnis sozialen Lernens durch Rollenmodelle, Normen und Einstellungen „wichtiger anderer Bezugspersonen“ betrachtet (Bandura, 1977). Eine ablehnende Haltung gegenüber dem Konsum von Drogen sowie eine schützende Selbstwirksamkeit können erlernt oder konditioniert werden. Dieser Ansatz bildet die Grundlage für Peer-Modelle und das spezifische Lebenskompetenzmodell.

Schwedens). Ansätze, die ausschließlich auf der Gesundheitserziehung beruhen, sind ebenfalls auf die Beeinflussung kognitiver Prozesse beschränkt und enthalten häufig keine konkreten Maßnahmen im Zusammenhang mit Verhaltenstraining und der Förderung sozialer Interaktion. Ungeachtet der derzeit vorhandenen Kenntnisse über eine effiziente Drogenprävention sind diese Ansätze jedoch in einigen Ländern noch immer weit verbreitet.

Für die Beibehaltung dieser Konzepte in der Drogenprävention gibt es zwei Erklärungen. Die erste Erklärung beruht auf der instinktiven und althergebrachten Annahme, dass die Bereitstellung von Informationen über Drogen und die mit dem Drogenkonsum verbundenen Gefahren abschreckende Wirkung hat. Die zweite Erklärung spiegelt eine völlig neue Entwicklung wider, die aus den Initiativen zur Schadensminimierung hervorgegangen ist und auf der Überzeugung basiert, dass kognitive Fähigkeiten geeigneter sind als verhaltensorientierte Ansätze, wenn es darum geht, Jugendlichen die Fähigkeit zu vermitteln, im Leben durchdachte Entscheidungen zu treffen. Verfechter dieser Strategie sind der Auffassung, dass verhaltensorientierte Ansätze für die Drogenprävention, wie z. B. die Verbesserung der Lebenskompetenz, den Drogenkonsum ächten und dämonisieren (Ashton, 2003; Quensel, 2004), und dass die beste Methode darin besteht, Jugendlichen durch Information die erforderlichen kognitiven Mittel an die Hand zu geben. Trotz ihrer unterschiedlichen Grundlagen betrachten beide Ansätze das Gesundheitsverhalten und insbesondere den Drogenkonsum als eine Frage der persönlichen, rationalen Entscheidung. Dagegen herrscht in den Gesundheitswissenschaften weitgehend Einigkeit darüber, dass soziale Faktoren (Nachbarschaft, Peer-Gruppen, Normen) sowie persönliche Faktoren (Temperament, Bildung, emotionale Kompetenz) einen stärkeren Einfluss auf das Gesundheits- und Drogenkonsumverhalten haben als die Kognition allein.

Die falsche Wahrnehmung des Drogenkonsums durch die Peer-Gruppe als normal und gesellschaftlich anerkannt ist das wichtigste kognitive Element, auf das durch Prävention Einfluss genommen werden kann. Tatsächlich bedeutet eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen von 30 %, dass über zwei Drittel dieser Bevölkerungsgruppe niemals Cannabis probiert haben – und genau das ist die wahre „Normalität“. Trotz ihrer erwiesenen Wirksamkeit finden jedoch Verfahren, die auf die normativen Einstellungen Jugendlicher abzielen (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), in Europa nur selten Anwendung.

Selektive Prävention

In nationalen Drogenstrategien und Aktionsplänen wird in zunehmendem Maße ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Präventionsmaßnahmen ganz besonders auf gefährdete Gruppen zugeschnitten sein müssen. In den neuen Mitgliedstaaten wird dieser Schwerpunkt sogar

noch stärker betont: Estland (Straßenkinder, Sonderschulen), Ungarn, Zypern, Malta, Polen (vernachlässigte Kinder und Jugendliche aus dysfunktionalen Familien) und Slowenien.

Da die gefährdeten Gruppen, auf die die selektive Prävention abzielt, häufig erhebliche Erfahrung mit legalen und illegalen Suchtmitteln haben, beschränken sich die meisten selektiven Präventionsmaßnahmen darauf, speziell zugeschnittene Informationen, persönliche Beratung und kreative oder sportliche Betätigung als Alternative anzubieten. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass die in den umfassenden sozialpädagogischen Programmen der universalen Prävention angewandten Verfahren auch in der selektiven Prävention ebenso effizient, wenn nicht gar effizienter, eingesetzt werden können. 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 haben sich als sehr effektive Verfahren für gefährdete Jugendliche erwiesen (Sussman et al., 2004), werden jedoch in der EU nur selten als selektive Präventionsmaßnahmen eingesetzt. In Freizeitsettings (siehe „Prävention in Freizeitsettings“, S. 50) hingegen erfolgen die Maßnahmen zumeist in Form der Bereitstellung gezielter Informationen.

Selektive Prävention in Schulen

Bei der Prävention in Schulen liegt der wichtigste Schwerpunkt auf der Krisenintervention und der frühzeitigen Erkennung von Schülern mit Problemen. Ziel ist es, auf Schulebene Lösungen zu finden, um zu verhindern, dass gefährdete Schüler die Schule abbrechen oder der Schule verwiesen werden und dadurch ihre Lage weiter verschärft wird. Programmbasierte Ansätze werden in Deutschland, Irland, Luxemburg und Österreich (Leppin, 2004) verfolgt, während in Polen und Finnland Lehrer im Rahmen von Fortbildungen oder mit Hilfe von Leitlinien darüber informiert werden, wie Schüler mit Drogen- und anderen Problemen erkannt werden können und welche geeigneten Maßnahmen zu ergreifen sind. Zu den herkömmlichen, individualisierten Ansätzen gehört die erziehungspsychologische Beratung (wie in Frankreich und Zypern), die auf (Selbst-)Überweisungen angewiesen ist. In Irland gibt es einen neuen schulischen Sozialdienst, der mit Schulen und Familien in bildungsschwachen Gebieten zusammenarbeitet, um einen regelmäßigen Schulbesuch der Kinder sicherzustellen.

Selektive Ansätze auf Gemeindeebene

Selektive Ansätze auf Gemeindeebene zielen meistens auf gefährdete Jugendliche auf der Straße ab. In den skandinavischen Ländern sind im Rahmen des Projekts „Nightwalker“ nachts Gruppen von Eltern in den Straßen präsent. Österreich hat umfangreiche Investitionen vorgenommen, um das Gleichgewicht zwischen Drogenprävention, sozialer Bildung und Sozialarbeit zu verbessern, und bietet dazu Kurse, Qualitätsrichtlinien und gemeinsame Seminare beispielsweise für

Jugendsozialarbeiter in Freizeitsettings an. Ziel ist es, auch die Strukturen der Jugendsozialarbeit für professionelle Drogenpräventionsmaßnahmen zu nutzen. Denselben Grundgedanken folgend fördert auch Norwegen die Zusammenarbeit und die verstärkten interdisziplinären Bemühungen von Schulen, Kinderschutzeinrichtungen und Sozialdiensten. Die Methoden des RAR (Rapid Assessment and Response) ⁽³⁶⁾ – die zügige Erhebung von Informationen (statistischem Material) in Verbindung mit Befragungen (Fragebogen, Zielgruppen) und/oder Beobachtungen des Problembereichs – werden im Rahmen dieser Projekte in Norwegen, aber auch in Deutschland und den Niederlanden genutzt.

Maßnahmen mit Schwerpunkt auf besonders gefährdeten Wohngebieten haben in Irland, dem Vereinigten Königreich und, in geringerem Maße, in den Niederlanden und Portugal Tradition. In Deutschland (Stöver und Kolte, 2003, zitiert im Nationalen Bericht Deutschlands) und Frankreich wurden nun jedoch ebenfalls Maßnahmen in diesem Bereich vorgeschlagen. In diesen Ländern werden erstmals Drogenpräventionsmaßnahmen durchgeführt, die anhand sozialer Kriterien auf bestimmte geografische Bereiche zugeschnitten sind.

In einigen Mitgliedstaaten werden selektive Präventionsstrategien auch zunehmend auf bestimmte ethnische Gruppen ausgerichtet (z. B. in Irland, Luxemburg und Ungarn). In Ungarn beispielsweise stellt der ethnische Schwerpunkt einen wichtigen Aspekt dar, da die Roma-Bevölkerung aufgrund ihrer sozialen und kulturellen Merkmale sowie ihrer benachteiligten Lebensbedingungen einem hohen Drogenrisiko ausgesetzt ist. Dort bieten Nichtregierungsorganisationen (NRO) Peer-Trainings, Selbsthilfegruppen, Supervision, verschiedene Präventionsprogramme und niedrigschwellige Hilfsdienste für Roma an.

Gefährdete Familien

Eine universale familienbasierte Prävention, zumeist in Form von Abendveranstaltungen, Vorträgen, Seminaren und Elternworkshops, ist in vielen Mitgliedstaaten (Deutschland, Frankreich, Zypern und Finnland) noch immer sehr verbreitet, obwohl ihre Wirksamkeit nicht bewiesen ist (Mendes et al., 2001). In Griechenland, Spanien, Irland und Norwegen waren jedoch im Bereich der selektiven Prävention für Familien durch die Einführung innovativer Konzepte interessante Entwicklungen festzustellen. Diese Konzepte gehen über Familien/Eltern mit Drogenproblemen hinaus und berücksichtigen in gebührender Weise die Bedeutung sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Faktoren für den Drogenkonsum. In den Niederlanden wurde im Zuge der Bewertung von Drogenpräventionsprogrammen für Migranteltern festgestellt, dass eine über Migrantennetze für Frauen und Männer getrennt angebotene, standardisierte Maßnahme einen gangbaren

neuen Weg darstellen würde (Tarweij und Van Wamel, 2004). In Norwegen wurde das *Parent Management Training* [Managementtraining für Eltern] (PMTO, Oregon-Modell), ursprünglich eine Trainingsmethode für Familien mit schwer verhaltensgestörten Kindern, in drei Gemeinden durchgeführt und bewertet. In zwei anderen Ländern wurde das *Iowa Strengthening Families Program* [Iowa-Programm zur Stärkung von Familien] (ISFP) durchgeführt. Dieses intensive Maßnahmenprogramm für Risikofamilien verbindet Lehrmethoden für Schüler (10 bis 14 Jahre) mit einem Bildungsprogramm für deren Eltern; dadurch soll eine Drogenprävention durch stärkere Familienkompetenz und familiäre Bindungen erreicht werden (Kumpfer et al., 2003).

Bedarf an indizierter Prävention

Indizierte Prävention legt den Schwerpunkt auf Einzelpersonen, bei denen Risikofaktoren für Drogenprobleme wie beispielsweise eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) festgestellt wurden. Über Drogenpräventionsmaßnahmen für Jugendliche mit ADHS wird jedoch lediglich aus Deutschland und Schweden berichtet. In Deutschland gehen aktuelle Prävalenzschätzungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) von 2 % bis 6 % betroffener Kinder und Jugendlicher zwischen 6 und 18 Jahren aus. ADHS ist damit eines der häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. In Schweden schließt die Präventivstrategie für diese Kinder auch kognitives und soziales Training ein. Darüber hinaus werden in Schulungen für Mitarbeiter von Präventionsmaßnahmen einschlägige Verfahren vermittelt. Da fast alle Vorschulkinder von der medizinischen Primärversorgung erfasst werden und die meisten anderen Kinder die Grundschule besuchen, konnte der Großteil der gefährdeten Kinder im Rahmen systematischer Screenings und anschließender individueller Maßnahmen erkannt werden.

Im Aktionsplan Italiens liegt ein wichtiger Schwerpunkt auf den psychopathologischen Befunden und schweren Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, die sehr wahrscheinlich zu Drogenkonsum und -missbrauch führen, wenn sie nicht in einem frühen Stadium behandelt werden. Zu den genannten Problemen gehören Verhaltensstörungen, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit, Angststörungen im Zusammenhang mit Stimmungsstörungen, Bulimie und psychogene Adipositas, Persönlichkeitsstörungen, zwischenmenschliche Kommunikationsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Panikattacken. Als Reaktion sind sowohl universale als auch selektive Präventionsansätze vorgesehen.

⁽³⁶⁾ Weltgesundheitsorganisation: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* [Leitfaden für die rasche Bewertung und Reaktion im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen insbesondere unter gefährdeten Jugendlichen] (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



Kapitel 3 Cannabis

Prävalenz und Konsummuster

Cannabis ist in Europa bei weitem die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Neueren demografischen Erhebungen zufolge haben zwischen 3 % und 31 % der Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) zumindest einmal im Leben Cannabis probiert (Lebenszeitkonsum). Die niedrigsten Prävalenzraten für den Lebenszeitkonsum wurden in Malta (3,5 %), Portugal (7,6 %) und Polen (7,7 %) festgestellt, die höchsten in Frankreich (26,2 %), dem Vereinigten Königreich (30,8 %) und Dänemark (31,3 %). In den meisten Ländern (in 15 von 23 Ländern, über die Informationen vorliegen) liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 10 % und 25 %.

Zwischen 1 % und 11 % der Erwachsenen gaben an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben, wobei Malta, Griechenland und Schweden die niedrigsten und die Tschechische Republik, Frankreich, Spanien und das Vereinigte Königreich die höchsten Prävalenzraten melden. Die meisten Länder (14) melden für den jüngsten Konsum Prävalenzraten zwischen 3 % und 7 %.

Eine Schätzung der Gesamtzahl der Erwachsenen (15 bis 64 Jahre), die in der EU insgesamt Cannabis konsumieren, kann aus den verfügbaren nationalen Schätzungen errechnet werden. Daraus ergibt sich, dass etwa 20 % der Gesamtbevölkerung bzw. mehr als 62 Millionen Menschen in ihrem Leben schon einmal Cannabis probiert haben. Für den jüngsten Cannabiskonsum (während des letzten Jahres) errechnet sich eine Prävalenz in Höhe von etwa 6 % der Erwachsenen bzw. über 20 Millionen Menschen. Im Vergleich dazu gaben in der *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit] (SAMHSA, 2003) der Vereinigten Staaten für das Jahr 2003 insgesamt 40,6 % der Erwachsenen (12 Jahre und älter) an, Cannabis oder Marihuana mindestens einmal im Leben probiert zu haben, während 10,6 % berichteten, die Droge während der vergangenen zwölf Monate konsumiert zu haben. Für die 18- bis 25-Jährigen lagen die Zahlen bei 53,9 % (Lebenszeit), 28,5 % (die letzten zwölf Monate) und 17 % (letzter Monat) ⁽³⁷⁾.

Wie auch bei anderen Drogen gaben junge Erwachsene durchgehend höhere Konsumraten an. Zwischen 11 % und 44 % der jungen Europäer im Alter zwischen 15 und 34 Jahren gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben

Schätzungen des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung

Der Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung wird anhand von Erhebungen ermittelt, die Schätzungen des Anteils der Bevölkerung ermöglichen, der über einen bestimmten Zeitraum Drogen konsumiert hat: Lebenszeitkonsum (Experimentieren), Konsum in den letzten zwölf Monaten (jüngster Konsum) und Konsum in den letzten 30 Tagen (aktueller Konsum) ⁽¹⁾.

Die EBDD hat einen Satz gemeinsamer Kernpunkte entwickelt („*European Model Questionnaire*“ [Europäischer Musterfragebogen], EMQ), die in den meisten Umfragen in den EU-Mitgliedstaaten umgesetzt werden oder mit diesen kompatibel sind. Der EMQ ist in einem Bericht enthalten, der auf der EBDD-Website abgerufen werden kann ⁽²⁾. Der „Lebenszeitkonsum“ ist zwar unter Umständen als Indikator für die aktuelle Situation unter Erwachsenen nur von begrenztem Wert (obwohl er bei Schulkindern ein sinnvoller Indikator sein kann), in Verbindung mit anderen Maßnahmen kann er jedoch Einblicke in die Konsummuster (Fortsetzung oder Unterbrechung des Konsums) sowie in die generationenbezogenen Entwicklungen in der Verbreitung des Drogenkonsums geben. Der „Konsum in den letzten zwölf Monaten“ ist ein Indikator für den jüngsten Drogenkonsum, wobei jedoch dieser Konsum häufig nur gelegentlich stattfindet. Der „Konsum in den letzten 30 Tagen“ schließlich ist ein Indikator für den aktuellen Konsum, der auch jene erfasst, die die Droge häufig konsumieren.

⁽¹⁾ Weitere Informationen über die Methodik demografischer Erhebungen und die in den einzelnen nationalen Erhebungen verwendete Methodik sind dem *Statistical Bulletin 2005* zu entnehmen.

⁽²⁾ *Handbook for surveys about drug use among the general population* [Handbuch für Erhebungen über den Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung] (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

Cannabis probiert zu haben, wobei in Griechenland, Portugal und Polen die niedrigsten und in Frankreich (39,9 %), dem Vereinigten Königreich (43,4 %) und Dänemark (44,6 %) die höchsten Prävalenzraten festgestellt wurden. Für den jüngsten Konsum wurden bei jungen Erwachsenen Prävalenzraten zwischen 3 % und 22 % gemeldet, wobei die niedrigsten Zahlen in Griechenland, Schweden, Polen und Portugal und die

⁽³⁷⁾ 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 bis 64 Jahre). Andererseits ist die Altersspanne für junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) enger als die in den meisten EU-Erhebungen herangezogene Spanne (15 bis 24 Jahre).

höchsten im Vereinigten Königreich (19,5 %), in Frankreich (19,7 %) und in der Tschechischen Republik (22,1 %) festgestellt wurden. Dabei meldeten elf Länder für den jüngsten Konsum Prävalenzraten zwischen 7 % und 15 %.

Unter den 15- bis 24-jährigen Europäern gaben 9 % bis 45 % an, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis probiert zu haben, wobei die Raten in den meisten Ländern zwischen 20 % und 35 % lagen. Der jüngste Konsum (während der letzten zwölf Monate) lag zwischen 4 % und 32 %, wobei die Raten in den meisten Ländern zwischen 9 % und 21 % betragen ⁽³⁸⁾.

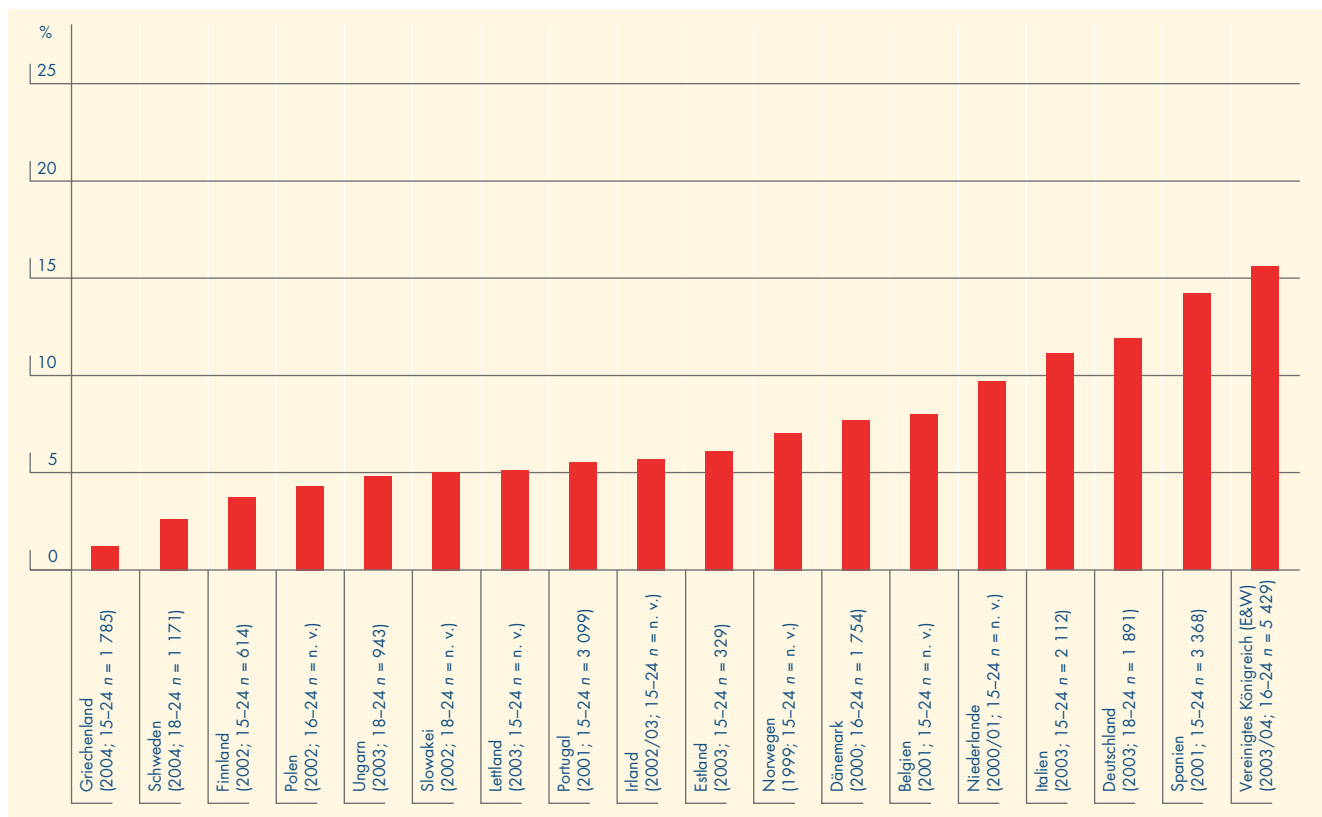
Wie bei anderen illegalen Drogen sind auch die Raten des Cannabiskonsums bei Männern erheblich höher als bei Frauen, wobei jedoch die Unterschiede von Land zu Land variieren. Das Verhältnis Männer/Frauen liegt bei der Lebenszeitprävalenz zwischen 1,25:1 und 4:1 (1,25 bis 4 Männer je Frau) und beim aktuellen Konsum zwischen rund 2:1 und 6:1. Erhebungen zufolge ist darüber hinaus der Cannabiskonsum in städtischen Gebieten oder Gebieten mit einer hohen Bevölkerungsdichte stärker verbreitet. Somit könnten die ermittelten Differenzen

zwischen den Ländern zum Teil auch auf einen unterschiedlichen Urbanisierungsgrad zurückzuführen sein, obwohl festgestellt wurde, dass der Drogenkonsum in der Freizeit von städtischen auf ländliche Gebiete übergreift.

Die Tatsache, dass die Raten für den jüngsten und den aktuellen Konsum erheblich unter den Lebenszeitprävalenzraten liegen, belegt, dass der Cannabiskonsum eher gelegentlich stattfindet oder nach einiger Zeit wieder eingestellt wird. In den meisten EU-Ländern berichteten 20 % bis 40 % aller Erwachsenen, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben, Cannabis während der vergangenen zwölf Monate konsumiert zu haben, und 10 % bis 20 % gaben an, die Droge in den letzten 30 Tagen eingenommen zu haben („Fortsetzungsraten“).

In jüngsten Erhebungen wurden für den Konsum im letzten Monat die folgenden Raten ermittelt: 0,5 % bis 9 % aller Erwachsenen (in vielen Ländern zwischen 2 % und 4 %), 1,5 % bis 13 % der jungen Erwachsenen (in vielen Ländern zwischen 3 % und 8 %) und 1,2 % bis 16 % der 15- bis 24-Jährigen (in vielen Ländern zwischen 5 % und 10 %) (Abbildung 3). Sehr grob geschätzt ist einer von

Abbildung 3: Aktueller Konsum (im letzten Monat) von Cannabis unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 24 Jahren), ermittelt in nationalen Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Einige Länder ziehen für junge Erwachsene eine geringfügig von der EBDD-Standardaltersspanne abweichende Altersspanne heran. Abweichungen bei der Altersspanne können zu geringfügigen Differenzen zwischen den Ländern führen.
Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽³⁸⁾ Siehe Abbildung GPS-2 im *Statistical Bulletin 2005*.

10 bis 20 jungen Europäern aktueller Cannabiskonsument. Zu den Ländern mit den niedrigsten Prävalenzraten gehörten Malta, Griechenland, Schweden, Polen und Finnland, während im Vereinigten Königreich und Spanien die höchsten Raten verzeichnet wurden.

Den im Jahresbericht 2004 (EBDD, 2004a) vorgelegten Daten zur Häufigkeit des Cannabiskonsums in den vergangenen 30 Tagen zufolge nahm ungefähr ein Viertel (19 % bis 33 %) derer, die Cannabis während des vergangenen Monats konsumiert hatten, die Droge täglich oder fast täglich⁽³⁹⁾. Dabei handelte es sich größtenteils um junge Männer. Es wurde geschätzt, dass 0,9 % bis 3,7 % der 15- bis 34-jährigen Europäer tägliche Cannabiskonsumanten waren und wahrscheinlich etwa drei Millionen Menschen in Europa die Substanz täglich oder fast täglich konsumierten.

Tendenzen

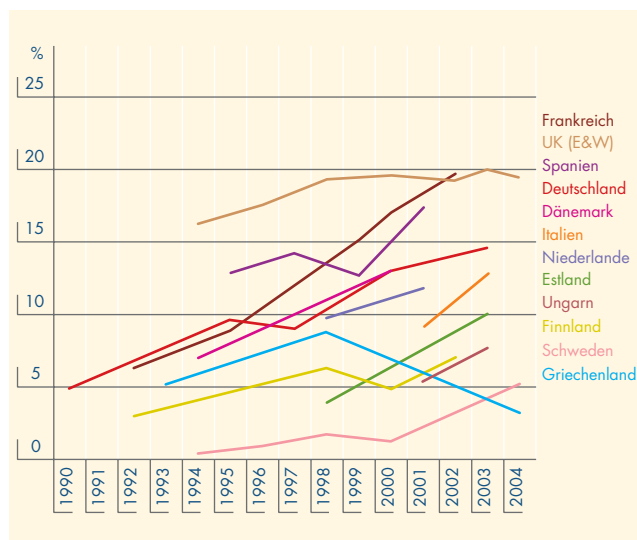
Die zuverlässige Ermittlung von Tendenzen des Drogenkonsums wird dadurch erschwert, dass in den meisten EU-Ländern zusammenhängende Erhebungsreihen über einen langen Zeitraum fehlen. Viele Länder führen aufeinander folgende Erhebungen durch, diese bilden jedoch streng genommen keine Reihen: Obwohl bei der Harmonisierung Fortschritte erzielt wurden, gibt es noch immer Unterschiede zwischen Verfahren und Stichprobengrößen der einzelnen Erhebungen. Darüber hinaus werden die Erhebungen unter Umständen in unregelmäßigen Abständen durchgeführt. Überdies erfolgen die Erhebungen in den einzelnen Ländern in unterschiedlichen Jahren, wodurch die Ermittlung europäischer Tendenzen erschwert wird. Idealerweise müssten nationale demografische Erhebungen in allen Mitgliedstaaten zur selben Zeit erfolgen; damit wäre es wesentlich einfacher, die Ergebnisse auf nationaler Ebene (im Zeitverlauf) und auf europäischer Ebene (zwischen den Ländern) zu vergleichen, was wiederum die Evaluierung der Ergebnisse des europäischen Drogenaktionsplans erleichtern würde.

Die verfügbaren Ergebnisse der unterschiedlichen Erhebungsformen (nationale oder lokale Haushaltserhebungen, 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 und in den letzten Jahren in einigen Ländern weiter gestiegen ist (Abbildung 4). Im Vereinigten Königreich, das bis zum Jahr 2000 die höchsten Zahlen aufwies, ist der Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen zwischen 1998 und 2003/2004 relativ stabil geblieben, während er in anderen Ländern [Frankreich und Spanien⁽⁴⁰⁾] zugenommen hat. Aus Griechenland wurde zwischen 1998 und 2004 ein Rückgang gemeldet.

Was die neuen Mitgliedstaaten betrifft, so geht aus den verfügbaren Daten, die in erster Linie aus Erhebungen an Schulen stammen, hervor, dass in vielen dieser Länder in den letzten Jahren eine erhebliche Zunahme des Cannabiskonsums zu verzeichnen war. Diese Entwicklung begann in den meisten Fällen Mitte der 90er Jahre und betraf vor allem städtische Gebiete sowie Männer und junge Erwachsene. In Estland und Ungarn konnten anhand aufeinander folgender Erhebungen unter Erwachsenen jüngste Tendenzen ermittelt werden (Abbildung 4).

Ein Vergleich der Ergebnisse aus den ESPAD-Schulumfragen der Jahre 1995, 1999 und 2003 (Hibell et al., 2004) zeigt, dass in fast allen an der Umfrage beteiligten Mitgliedstaaten sowie Beitritts- und Kandidatenländern die Prävalenz des Lebenszeitkonsums von Cannabis unter 15- bis 16-jährigen Schülern um 2 % oder mehr gestiegen ist (Abbildung 5). In über der Hälfte dieser Länder haben sich die Prävalenzschätzungen seit 1995 verdoppelt oder verdreifacht. Die höchsten relativen Zunahmen wurden vor allem in den osteuropäischen Mitgliedstaaten verzeichnet, die 1995 für den Cannabiskonsum Lebenszeitprävalenzraten von unter

Abbildung 4: Tendenzen beim jüngsten Konsum (im letzten Jahr) von Cannabis unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren), ermittelt in nationalen Erhebungen⁽¹⁾



(1) Die Stichprobengrößen (Befragte) für die Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren für jedes Land und jedes Jahr sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

Anmerkungen: Die Daten stammen aus den nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Einzelheiten zu Zahlen und Methodik der jeweiligen Erhebungen sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

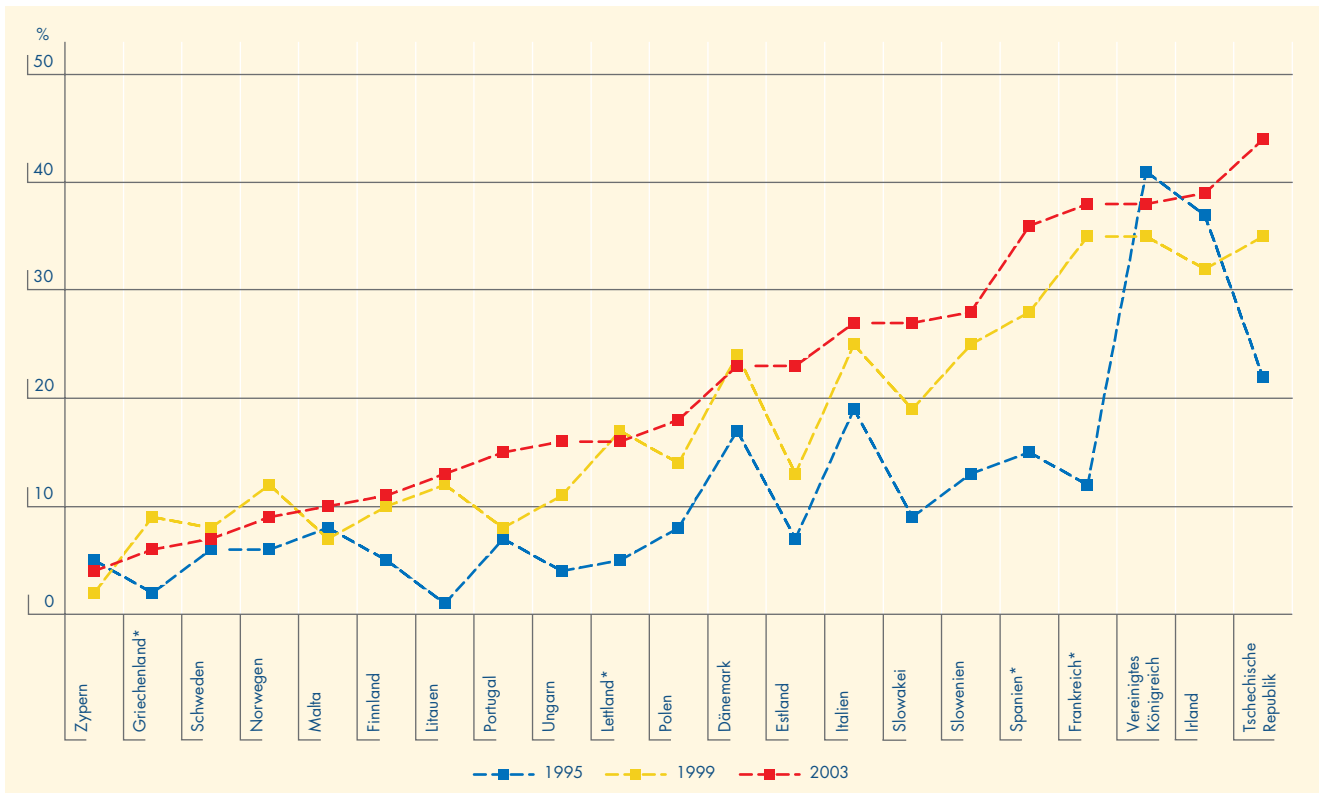
Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen beträgt die EBDD-Standardaltersspanne 15 bis 34 Jahre [Dänemark und das Vereinigte Königreich ab 16 Jahren, Deutschland, Estland (1998) und Ungarn ab 18 Jahren]. In Frankreich reichte die Altersspanne im Jahr 1992 von 25 bis 34 Jahren und im Jahr 1995 von 18 bis 39 Jahren.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

(39) Siehe Jahresbericht 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Die Angaben beziehen sich auf den „Konsum an 20 oder mehr Tagen in den vergangenen 30 Tagen“, auch als „täglich oder fast täglicher Konsum“ bezeichnet.

(40) Daten zufolge, die zu spät eingingen, um noch in den Bericht aufgenommen zu werden, wurde bei der Erhebung 2003 in Spanien eine jüngste Einjahresprävalenz (LYP) des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen von 20,1 % festgestellt.

Abbildung 5: In den ESPAD-Umfragen der Jahre 1995, 1999 und 2003 ermittelte Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern



Anmerkungen: Im Jahr 1995 waren die Erhebungen in den mit einem Sternchen gekennzeichneten Ländern streng genommen nicht mit den ESPAD-Erhebungen vergleichbar. Spanien hat an der ESPAD-Umfrage nicht teilgenommen. Die hier berücksichtigten Daten basieren auf einer spanischen Erhebungsreihe, die 1996, 1998 und 2002 durchgeführt wurde. Die Fragen zur Prävalenz des Drogenkonsums können als vergleichbar mit den ESPAD-Fragen betrachtet werden, aufgrund anderer methodischer Aspekte sind die spanischen Daten jedoch streng genommen nicht vergleichbar.
Quelle: Hibell et al., 2004.

10 % gemeldet hatten. In keinem der im Rahmen der ESPAD untersuchten Länder wurde im Zuge der drei Erhebungen ein kontinuierlicher und spürbarer Rückgang der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums festgestellt.

Erhebungen an Schulen zufolge können die EU-Mitgliedstaaten hinsichtlich der Tendenzen beim Freizeit- und Gelegenheitskonsum von Cannabis in drei Gruppen eingeteilt werden. In der ersten Gruppe (zu der Irland und das Vereinigte Königreich gehören) ist die Lebenszeitprävalenz zwar hoch (etwa 38 % bis 39 %), blieb jedoch im Laufe der letzten acht Jahre stabil. In diesen Ländern wird Cannabis bereits seit langem konsumiert, und die hohen Prävalenzraten des Cannabiskonsums haben sich dort in den 80er und 90er Jahren entwickelt. In der zweiten Ländergruppe ist die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülern im Laufe der Zeit erheblich gestiegen (um bis zu 26 Prozentpunkte). Zu dieser Gruppe gehören alle neuen osteuropäischen Mitgliedstaaten sowie Dänemark, Spanien, Frankreich, Italien und Portugal. In der dritten Gruppe sind die Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz unter Schülern auf relativ niedrigem Niveau (etwa 10 % und weniger) stabil geblieben. Zu dieser Gruppe zählen Mitgliedstaaten in Nord- und Südeuropa (Finnland,

Schweden und Norwegen sowie Griechenland, Zypern und Malta).

Bei den Erwachsenen ist das Bild weniger eindeutig, da hier weniger Informationen zur Verfügung stehen und die vorhandenen Daten weniger homogen sind. Es ist jedoch ein ähnliches Muster hinsichtlich des jüngsten Cannabiskonsums (während des letzten Jahres) zu beobachten: hohe, aber stabile Raten im Vereinigten Königreich, eine erhebliche Zunahme im Laufe der letzten Jahre in einigen Ländern (z. B. Dänemark, Deutschland, Estland, Spanien und Frankreich) und niedrigere Prävalenzschätzungen mit weniger deutlichen Tendenzen in anderen Ländern (z. B. Griechenland, Finnland und Schweden). Neue Erhebungen an Schulen und unter Erwachsenen in den nächsten zwei bis drei Jahren werden dazu beitragen, das komplexe Thema der Ermittlung von Tendenzen des Drogenkonsums zu erhellen.

Prävention des Cannabiskonsums

Die in einigen Ländern herrschende Besorgnis über den zunehmenden Cannabiskonsum unter Jugendlichen hat die Frage aufgeworfen, ob Drogentests eine sinnvolle Kontrollmaßnahme darstellen würden. Einige Länder haben

Schritte in diese Richtung unternommen, wobei Drogentests nach wie vor wenig verbreitet sind. In der Tschechischen Republik berichteten die Medien über den Einsatz von Urintests und Drogenspürhunden in Schulen. Diese Maßnahmen fanden zwar einige Unterstützung, jedoch kam ein Expertenpanel zu dem Schluss, dass solche Methoden nicht Teil einer effizienten Strategie für eine Primärprävention sein sollten. Im Vereinigten Königreich wird in kürzlich herausgegebenen Leitlinien für Schulen eine Reihe wichtiger Themen benannt, die vor der Durchführung eines Drogentestprogramms bedacht werden müssen. Dazu gehören die Einholung einer entsprechenden Zustimmung der Eltern (und Schüler, sofern dies für erforderlich gehalten wird), die Prüfung, ob die Tests mit der Fürsorgepflicht der Schule vereinbar sind, und die Berücksichtigung der Verfügbarkeit oder des Fehlens geeigneter Hilfsdienste. Jede Entscheidung, Schüler einem Drogentest zu unterziehen, muss durch die Drogenpolitik der Schule gerechtfertigt sein. Auf der Website der EBDD ist ein kurzer Bericht über Drogentests an Schulen in der EU abrufbar ⁽⁴¹⁾.

Cannabis ist Gegenstand fast aller universalen (nicht an bestimmte Gruppen gerichteten) Drogenpräventionsprogramme. Da auch die Medien über den steigenden Cannabiskonsum unter Jugendlichen berichten und dabei unterstellen, dass dieser in zunehmendem Maße als „normal“ empfunden wird, ist es dringend erforderlich, auf die normativen Einstellungen Jugendlicher einzuwirken. Aufgrund der Besorgnis angesichts der zunehmenden Akzeptanz von Cannabis unter Jugendlichen wurden Präventionsprogramme aufgelegt, die darauf abzielen, die Einstellung der Jugendlichen dazu, was normales oder akzeptables Verhalten darstellt, zu beeinflussen. Dieses Thema wird in Kapitel 2 im Einzelnen erörtert. Viele Maßnahmen stellen in der Hauptsache darauf ab, über Medienkampagnen, Broschüren oder Websites Informationen über Cannabis zu vermitteln. Es gibt jedoch einige interessante Beispiele für selektive Präventionsmaßnahmen. Informationen über diese Maßnahmen sind der EDDRA-Datenbank der EBDD zu entnehmen, in der evaluierte Präventionsprojekte erfasst sind ⁽⁴²⁾. Diese Projekte zielen zumeist auf junge Cannabiskonsumanten ab, die Drogendelikte begangen haben, und bieten Beratung, persönliches Kompetenztraining und einrichtungsübergreifende Unterstützung an. Beispiele hierfür sind unter anderem die Projekte FRED (Deutschland), MSF-Solidarité Jeunes (Luxemburg), Ausweg (Österreich) und die Youth Offending Teams (YOT) im Vereinigten Königreich.

Die hohe Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen bedeutet, dass der Konsum der Droge häufig ein zentrales Thema für jene darstellt, die mit Kindern im

Schulalter arbeiten. Ein möglicherweise viel versprechender selektiver und schulbasierter Präventionsansatz ist das Programm Step by Step in Deutschland und Österreich. Dieses Programm hilft Lehrern, Drogenkonsum und Problemverhalten ihrer Schüler zu erkennen und damit umzugehen ⁽⁴³⁾.

Eine schwierige Frage für jene, die sich mit Maßnahmen zur Bekämpfung des Cannabiskonsums beschäftigen, liegt darin, wo die Grenze zwischen Prävention und Behandlung zu ziehen ist. Der Cannabiskonsum wird durch soziale und persönliche Faktoren sowie durch die Peer-Gruppe beeinflusst. Diese Faktoren sind von großer Bedeutung für das Risiko des Einzelnen, ein langfristiges Drogenproblem zu entwickeln. Daher liegt der Schwerpunkt bei der Prävention häufig eher auf diesen Bereichen als auf der Droge selbst (Morral et al., 2002). Beispielsweise wurde bei einer Bewertung des österreichischen Projekts Ausweg festgestellt, dass Jugendliche, die erstmals Cannabisdelikte begangen haben, seltener als erwartet Persönlichkeitsdefizite aufweisen. Dies belegt, dass die Einflüsse durch situative und soziale Faktoren sowie Peer-Gruppen für den Drogenkonsum von größerer Bedeutung sind als individuelle psychische Probleme (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). Dennoch liegt bei einer Reihe von Projekten der Schwerpunkt auf Cannabis und der Beratung Jugendlicher, wie sie ihren Drogenkonsum verringern können. Ein Beispiel aus Deutschland ist die Website „Quit the Shit“ (www.drugcom.de). Dabei handelt es sich um ein innovatives Internetportal, das Beratung für Cannabiskonsumanten anbietet.

Daten zur Behandlungsnachfrage

Bei den etwa 480 000 insgesamt gemeldeten Behandlungsnachfragen wird Cannabis in rund 12 % der Fälle als Primärdroge genannt. Damit steht es an zweiter Stelle hinter Heroin. Im Laufe der acht Jahre von 1996 bis 2003 ist der Anteil der Cannabispatienten an den Erstpatienten, die sich wegen Drogenproblemen in Behandlung begeben, in vielen Ländern um mindestens das Doppelte gestiegen ⁽⁴⁴⁾, wobei auch bei der Zahl der Patienten insgesamt ein ähnlicher Anstieg verzeichnet wurde. Diese Analyse ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da sie auf einer begrenzten Zahl von Ländern basiert, die die erforderlichen Daten für einen Vergleich der Tendenzen im Zeitverlauf bereitstellen können.

Insgesamt ist Cannabis auch in den Berichten über die Drogenkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben, nach Heroin die am zweithäufigsten genannte Droge ⁽⁴⁵⁾. Dabei gibt es beträchtliche Unterschiede

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>

⁽⁴³⁾ Weitere Informationen auf der EDDRA-Website: Step by Step (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) und Früherkennung und Intervention bei Drogenproblemen und Drogenabhängigkeit (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-2 (Teil i) und TDI-3 (Teil iii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁴⁵⁾ Siehe ferner das ausgewählte Thema zur Behandlungsnachfrage wegen Cannabisproblemen im EBDD-Jahresbericht 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). 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 Konsummuster auf den ambulanten Behandlungseinrichtungen beruht.

Indikator Behandlungsnachfrage

Informationen über die Zahl der Personen, die aufgrund ihres Drogenproblems eine Behandlung beantragen, geben Aufschluss über allgemeine Tendenzen des problematischen Drogenkonsums und zeigen Perspektiven hinsichtlich der Organisation und des Zugangs zu Behandlungseinrichtungen in Europa. Der Indikator Behandlungsnachfrage (TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ der EBDD stellt eine einheitliche Struktur dar, um die Zahl und die charakteristischen Merkmale der Patienten, die an Drogenbehandlungseinrichtungen überwiesen werden, zu erfassen. Obwohl es sich bei den TDI-Daten um eine relativ robuste und nützliche Darstellung der charakteristischen Merkmale der Personen handelt, die spezialisierte Drogenhilfsdienste in Anspruch nehmen, ist aus technischen Gründen bei der Extrapolation der Ergebnisse auf die Patienten der anderen Hilfsdienste Vorsicht geboten. Vor allem ist zu beachten, dass die Zahl der Länder, die Daten übermitteln, von Jahr zu Jahr schwankt, und somit die auf europäischer Ebene ermittelten Tendenzen mit Bedacht zu interpretieren sind. Ferner ist zu berücksichtigen, dass es zwischen den Ländern Unterschiede hinsichtlich des Erfassungsbereichs der Datenerhebung geben kann (Daten über die erfassten Einheiten werden im *Statistical Bulletin* wiedergegeben) und dass die Daten zur Behandlungsnachfrage zum Teil auch die Verfügbarkeit von Drogentherapien in den einzelnen Ländern widerspiegeln.

Die Berücksichtigung der folgenden Punkte erleichtert die Interpretation und den Vergleich von Daten zur Behandlungsnachfrage:

- Patienten, die sich erstmals wegen Drogenkonsums in Behandlung begeben, werden als „Erstpatienten“ bezeichnet. Diese Gruppe gilt als aussagekräftigerer

Indikator für die Analyse von Tendenzen beim Drogenkonsum. Darüber hinaus werden Analysen für alle Patienten bereitgestellt. Zu dieser Gruppe gehören die Erstpatienten sowie jene, die in den Vorjahren eine Behandlung beendet oder abgebrochen und sie im Berichtsjahr wieder aufgenommen haben. Daten über Patienten, die während des Berichtszeitraums eine in den Vorjahren aufgenommene Behandlung ohne Unterbrechung fortgesetzt haben, werden nicht erfasst.

- Es werden zwei Arten von Daten erhoben: zusammengefasste Daten über alle Formen von Behandlungseinrichtungen sowie detaillierte Daten, aufgeschlüsselt nach Form der Einrichtung (ambulante Behandlungseinrichtungen, stationäre Behandlungseinrichtungen, niedrigschwellige Dienste, Allgemeinärzte, Behandlungsabteilungen in Haftanstalten, andere Formen von Einrichtungen). Für die meisten Länder liegen jedoch nur sehr wenige Daten über andere Einrichtungsformen als ambulante und stationäre Behandlungseinrichtungen vor. Aus diesem Grund beschränkt sich die Analyse häufig auf ambulante Behandlungseinrichtungen, die von den Datenerhebungen am besten erfasst werden.
- Qualitative und kontextbezogene Angaben aus den nationalen Reitox-Berichten 2004 werden ebenfalls einbezogen, um die Interpretation von TDI-Daten zu erleichtern.

⁽¹⁾ Weitere Einzelheiten sind der EBDD-Internetseite über die Behandlungsnachfrage (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) sowie dem *Joint Pompidou Group-EMCDDA Treatment demand indicator protocol version 2.0* [Gemeinsames Protokoll der Pompidou-Gruppe und der EBDD zum Indikator Behandlungsnachfrage, Version 2.0] zu entnehmen.

⁽²⁾ Einzelheiten über die Datenquellen der einzelnen Länder enthält Tabelle TDI-1 im *Statistical Bulletin 2005*.

zwischen den Ländern: In Bulgarien und Polen geben 2 % bis 3 % aller Patienten, in Dänemark, Deutschland, Ungarn und Finnland dagegen über 20 % aller Patienten ⁽⁴⁶⁾ Cannabis an. In allen Ländern, für die Daten verfügbar sind, ist der Anteil der Patienten, die wegen Cannabisabhängigkeit eine Behandlung in Anspruch nehmen, bei den Erstpatienten höher als bei den Patienten insgesamt. Es gibt lediglich einige wenige Ausnahmen, bei denen die Anteile in etwa gleich hoch sind ⁽⁴⁷⁾. Ungeachtet dessen ist im Laufe der acht Jahre von 1996 bis 2003 der Anteil der Cannabispatienten an der Gesamtzahl aller Patienten, die sich wegen Drogenproblemen einer Therapie unterziehen, von 9,4 % auf 21,9 % gestiegen ⁽⁴⁸⁾. Diese Analyse ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da sie auf einer begrenzten Zahl von Ländern basiert, die die erforderlichen Daten für einen Vergleich der Tendenzen im Zeitverlauf bereitstellen können.

Der weit überwiegende Teil der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten ist männlich. Die größte

Abweichung zwischen den Anteilen von Männern und Frauen wurde bei Erstpatienten festgestellt, die sich wegen Cannabisabhängigkeit in Therapie begeben (Quotient von 4,8:1). In Deutschland, Zypern, Ungarn und der Slowakei wurden größere und in der Tschechischen Republik, Slowenien, Finnland und Schweden kleinere Quotienten im Verhältnis Männer zu Frauen festgestellt. Diese Abweichungen zwischen den Ländern sind unter Umständen auf kulturelle Faktoren oder mögliche Unterschiede in der Organisation der Behandlungsdienste zurückzuführen ⁽⁴⁹⁾.

In der Regel sind die wegen Cannabisproblemen behandelten Patienten relativ jung. 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 65 % der

⁽⁴⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-2 (Teil ii) und TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁴⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-4 (Teil ii) und TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁴⁸⁾ Siehe Tabelle TDI-3 (Teil iii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁴⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-22 im *Statistical Bulletin 2005*.

Behandlungsnachfragen, bei den 15- bis 19-Jährigen in 59 % der Fälle Cannabis angegeben ⁽⁵⁰⁾.

Hinsichtlich der Häufigkeit des Cannabiskonsums bei Erstpatienten gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Der höchste Anteil täglicher Cannabiskonsumisten an den Cannabispatienten, die sich erstmals einer Therapie unterziehen, wird aus Dänemark und den Niederlanden gemeldet, während der Anteil der Gelegenheitskonsumenten oder derer, die im letzten Monat vor der Behandlung kein Cannabis konsumiert haben, in Deutschland und Griechenland am höchsten ist ⁽⁵¹⁾. Dies ist wahrscheinlich auf Unterschiede in der Überweisung zur Behandlung zurückzuführen. In Deutschland konsumiert ein Drittel der neuen Cannabispatienten die Droge gelegentlich oder hat im letzten Monat vor der Behandlung kein Cannabis genommen, während der Anteil dieser Gruppe in anderen Ländern bei etwa 11 % der Patienten liegt und etwa 60 % tägliche Cannabiskonsumisten sind.

Sicherstellungen und Marktinformationen

Herstellung und Handel

Auch 2003 war Cannabis die weltweit am häufigsten angebaute und gehandelte illegale Droge. Angesichts der weltweiten Ausdehnung des Anbaus von Cannabis und der Schwierigkeiten bei seiner Überwachung ist es jedoch sehr

schwer, genaue Angaben zum Umfang des Cannabisanbaus zu machen (UNODC, 2003a).

Die großflächige Herstellung von Cannabis harz konzentriert sich auf einige wenige Länder, vor allem auf Marokko, während der Handel in zahlreichen Ländern verbreitet ist (CND, 2004, 2005). Einer Erhebung zur Cannabis herstellung in Marokko zufolge, die vom UNODC und der marokkanischen Regierung (2003) durchgeführt wurde, stammen schätzungsweise 40 % des 2003 weltweit hergestellten Cannabis harzes aus der Rif-Region (INCB, 2005). Der Großteil des in der EU konsumierten Cannabis harzes stammt aus Marokko; es wird vor allem über die Iberische Halbinsel nach Europa eingeführt, wobei die Niederlande ein zweiter wichtiger Umschlagplatz für den Weitertransport in die EU-Länder sind (Bovenkerk und Hogewind, 2002). Zu den anderen im Jahr 2003 genannten Ursprungsländern für in der EU sichergestelltes Cannabis harz zählen Albanien, Afghanistan, der Iran, Pakistan, Nepal und Indien (Nationale Reitox-Berichte, 2004; INCB, 2005).

Der globale Anbau von Cannabis kraut ist nach wie vor über die ganze Welt verteilt, wobei das Herstellungspotenzial auf mindestens 40 000 Tonnen geschätzt wird (CND, 2005). Das 2003 in der EU beschlagnahmte Cannabis kraut stammt den Angaben zufolge aus einer Vielzahl von Ländern, unter anderem aus den Niederlanden und Albanien, aber auch aus afrikanischen Ländern (Malawi, Südafrika, Nigeria) sowie aus den USA (Nationale Reitox-Berichte, 2004). Darüber hinaus wird in den meisten EU-Mitgliedstaaten eine gewisse Menge Cannabis erzeugnisse lokal (im Innen- oder Außenanbau) angebaut und hergestellt (Nationale Reitox-Berichte, 2004).

Sicherstellungen

Weltweit wurden 2003 insgesamt 1 347 Tonnen Cannabis harz und 5 821 Tonnen Cannabis kraut sichergestellt. In West- und Mitteleuropa (70 %) sowie in Südwestasien und dem Nahen und Mittleren Osten (21 %) wurden die größten Mengen an Cannabis harz beschlagnahmt, während sich die Sicherstellungen von Cannabis kraut auf Nord-, Mittel- und Südamerika (68 %) sowie Afrika (26 %) konzentrierten (CND, 2005). Was die Zahl der Sicherstellungen betrifft, so ist Cannabis in allen Ländern der EU die am häufigsten beschlagnahmte Droge, mit Ausnahme von Estland und Lettland, wo im Jahr 2003 die Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin höher war. Auch im Hinblick auf die sichergestellten Mengen ist Cannabis EU-weit die am meisten beschlagnahmte Droge, obwohl 2003 aus einigen Ländern über die Sicherstellung größerer Mengen anderer Drogen berichtet wurde: Amphetamine in Estland und Luxemburg, Heroin in Ungarn und Kokain in Polen. In der Vergangenheit erfolgten die meisten Cannabis sicherstellungen innerhalb der EU im Vereinigten Königreich, gefolgt von Spanien und Frankreich. Dies ist wahrscheinlich noch immer der

Interpretation der Sicherstellungen und 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 sowie die Wahrscheinlichkeit wider, dass sich nationale und internationale Strategien 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 wird die Zahl der Sicherstellungen in mehreren Ländern als der bessere Indikator für Tendenzen angesehen. In allen Ländern umfasst die Zahl der Sicherstellungen einen großen Anteil kleinerer Sicherstellungen auf Kleinhandelsebene. Ursprungs- und Zielland der sichergestellten Drogen können Hinweise auf die Route des Drogenhandels und Erzeugungsgebiete liefern, jedoch ist diese Information nicht immer verfügbar. Daten über Preis und Reinheit der auf Kleinhandelsebene verkauften Drogen werden von den meisten Mitgliedstaaten bereitgestellt. Jedoch stammen die Daten aus einer Reihe verschiedener Quellen, die nicht immer vergleichbar oder zuverlässig sind, weshalb es schwierig ist, genaue Vergleiche zwischen den Ländern durchzuführen.

⁽⁵⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-10 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁵¹⁾ Siehe Tabelle TDI-18 (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2005*.

Fall ⁽⁵²⁾. Was jedoch die Quantität betrifft, so entfiel in den vergangenen fünf Jahren über die Hälfte der in der EU sichergestellten Gesamtmenge auf Spanien. Auf EU-Ebene ist seit 1998 bei der Zahl der Cannabissicherstellungen ⁽⁵³⁾ eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Aufwärtstendenz festzustellen, wobei dies jedoch aufgrund der bruchstückhaften Datenmeldungen aus einigen Ländern nicht mit absoluter Gewissheit feststeht. Die sichergestellten Mengen ⁽⁵⁴⁾ sind offenbar seit dem Jahr 2000 gestiegen.

Preis und Stärke

Im Jahr 2003 lag der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabisharz in der Europäischen Union zwischen

1,40 EUR pro Gramm in Spanien und 21,50 EUR pro Gramm in Norwegen, während sich der Preis für Cannabiskraut zwischen 1,10 EUR pro Gramm in Spanien und 12 EUR pro Gramm in Lettland bewegte ⁽⁵⁵⁾.

Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC), dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis. Die Länder, für die Daten vorlagen, meldeten im Jahr 2003 einen durchschnittlichen THC-Gehalt des gehandelten Cannabisharzes zwischen unter 1 % (Polen) und 25 % (Slowakei), während die Stärke des Cannabiskrauts zwischen 1 % (Ungarn, Finnland) und 20 % (Innenanbau in den Niederlanden) lag ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2003 vorliegen. Für Italien, Zypern, die Niederlande und Rumänien lagen für 2003 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Cannabis vor; für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2003 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Cannabis vor.

⁽⁵³⁾ Siehe Tabelle SZR-1 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁵⁴⁾ Siehe Tabelle SZR-2 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁵⁵⁾ Siehe Tabelle PPP-1 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁵⁶⁾ Siehe Tabelle PPP-5 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.



Kapitel 4

Amphetaminartige Stimulanzen, LSD und andere synthetische Drogen

Hinsichtlich der Prävalenz des Konsums steht in fast allen Ländern eine synthetische Droge an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten Drogen. Die Gesamtprävalenzraten des Konsums dieser Substanzen in der Allgemeinbevölkerung sind in der Regel gering, jedoch ist die Prävalenz unter Jugendlichen wesentlich höher, und auch in bestimmten sozialen Milieus und/oder in einigen Gruppen der Subkultur kann der Konsum dieser Drogen besonders hoch sein.

Zu den in Europa konsumierten synthetischen Drogen gehören sowohl Stimulanzen als auch halluzinogene Substanzen. Lysergsäurediethylamid (LSD) ist zwar die bei weitem bekannteste halluzinogene Substanz, die Gesamtkonsumraten sind jedoch niedrig und seit geraumer Zeit recht stabil. Seit kurzem gibt es Hinweise auf ein zunehmendes Interesse an natürlichen Halluzinogenen. Dieses Thema wird an anderer Stelle in diesem Bericht behandelt.

Als amphetaminartige Stimulanzen (ATS) werden sowohl Amphetamine als auch die Drogen der Ecstasy-Gruppe bezeichnet. „Amphetamine“ bilden den Oberbegriff für eine Reihe chemisch verwandter Substanzen, die allesamt auf das zentrale Nervensystem wirken. Die beiden für den europäischen Markt für illegale Drogen wichtigsten Stoffe dieser Gruppe sind Amphetamin und Methamphetamin. Davon ist Amphetamin die in Europa eindeutig am weitesten verbreitete Substanz. Weltweit lässt sich jedoch ein Anstieg des Methamphetaminkonsums beobachten. Bis jetzt scheint sich der signifikante Methamphetaminkonsum in Europa auf die Tschechische Republik zu beschränken, obwohl sporadische Berichte aus anderen Ländern zeigen, wie wichtig es ist, diese Droge zu beobachten, die bekanntermaßen gravierende gesundheitliche Probleme verursachen kann.

Die bekannteste Droge der Ecstasy-Gruppe ist 3,4-Methylenedioxy-Methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen. Diese Drogen, die auch als Entaktogene (wörtlich: „das Innere berührend“) bezeichnet werden, umfassen synthetische Substanzen, die chemisch mit dem Amphetamin verwandt sind, sich in ihrer Wirkung jedoch in gewisser Weise davon unterscheiden, da sie einige der Wirkungen zeigen, die in der Regel eher durch halluzinogene Substanzen hervorgerufen werden.

Prävalenz und Konsummuster

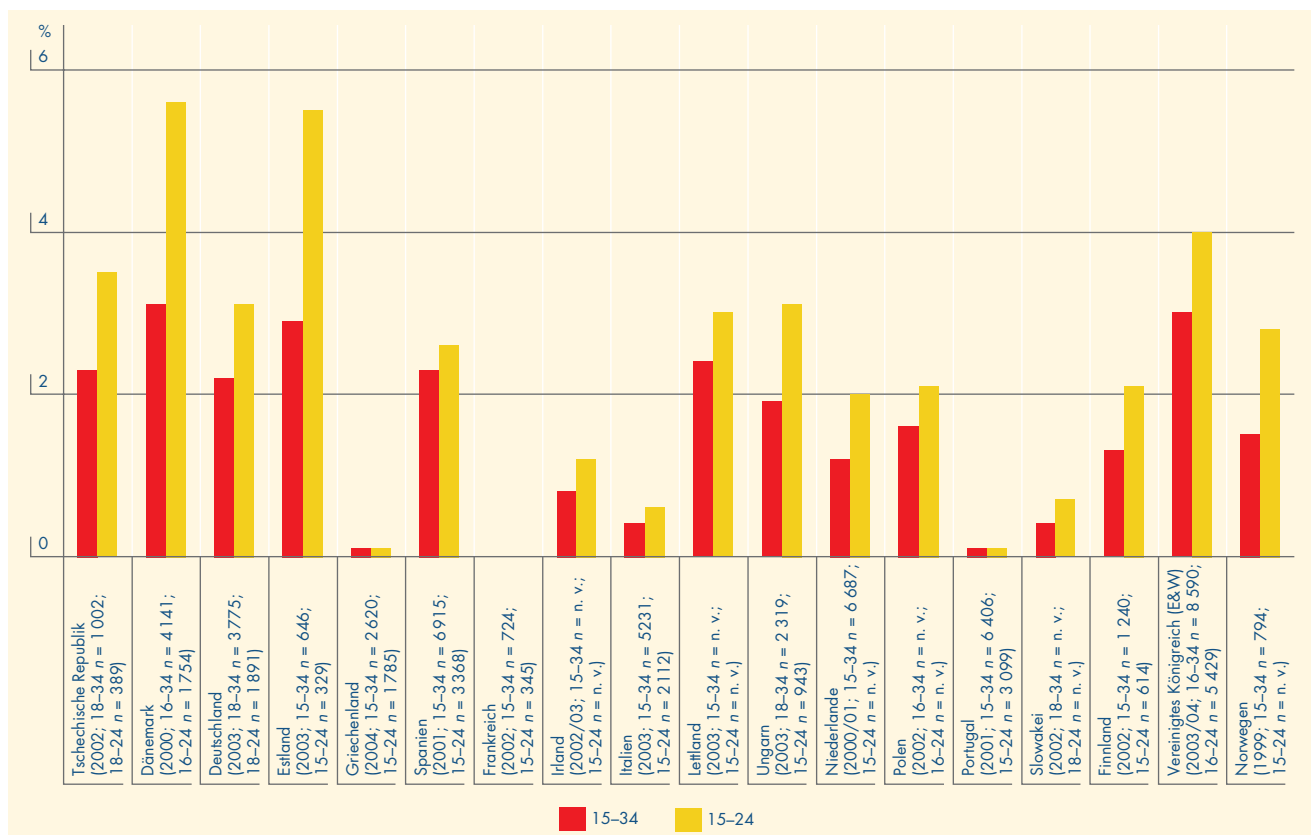
Demografischen Erhebungen zufolge sind Amphetamine nach Cannabis traditionell die am häufigsten konsumierte illegale Substanz, wenngleich die Gesamtprävalenz des Amphetaminkonsums deutlich geringer ist als bei Cannabis. Dieses Muster scheint sich nun in vielen Ländern zu ändern: Sowohl in den jüngsten Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung als auch in Schulumfragen hat Ecstasy die Amphetamine überrundet und nimmt nun die zweite Position hinter Cannabis ein. So wurde beispielsweise bei der in den EU-Mitgliedstaaten, Norwegen sowie den Beitritts- und Kandidatenländern durchgeführten ESPAD-Schulumfrage 2003 (Hibell et al., 2004) festgestellt, dass die Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums in 14 dieser Länder über denen für die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums lagen⁽⁵⁷⁾. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass Ecstasy erst in den 90er Jahren bekannt wurde, während Amphetamin bereits seit längerer Zeit konsumiert wird. Dies kommt in neueren Erhebungen unter Erwachsenen zum Ausdruck: Zwar wurden im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz in elf Ländern für den Amphetaminkonsum und in zehn Ländern für den Ecstasy-Konsum höhere Raten festgestellt. Was jedoch die Raten für den jüngsten Konsum (während der letzten zwölf Monate) betrifft, so wurden in 15 Ländern höhere Raten für Ecstasy und in nur fünf Ländern höhere Raten für Amphetamin gemeldet (in zwei Ländern wurden für beide Substanzen die gleichen Raten festgestellt).

Neuesten Erhebungen zufolge liegt die Lebenszeiterfahrung für den Amphetaminkonsum in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (15 bis 64 Jahre) in den EU-Mitgliedstaaten zwischen 0,1 % und 6 %, mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs, wo der Anteil 12 % beträgt. Die Raten für den jüngsten Konsum sind mit 0 % bis 1,5 % deutlich niedriger, wobei Dänemark, Estland und das Vereinigte Königreich die höchsten Prävalenzen melden.

Ein ähnliches Bild ergibt sich aus den demografischen Erhebungen für die Gruppe der jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): Hier liegt die Lebenszeitprävalenz für den Amphetaminkonsum zwischen 0,1 % und 10 %, wobei aus dem Vereinigten Königreich eine extrem hohe Rate von 18,4 % gemeldet wird. Der

⁽⁵⁷⁾ Siehe Abbildung EYE-2 (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2005*.

Abbildung 6: Jüngster Konsum (im letzten Jahr) von Amphetaminen unter jungen Erwachsenen ausgewählter Altersgruppen (15 bis 34 bzw. 15 bis 24 Jahre), ermittelt in demografischen Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen (siehe Tabelle GPS-4 für die Altersgruppe von 15 bis 34 Jahren). Einige Länder ziehen für junge Erwachsene eine geringfügig von der EBDD-Standardaltersspanne abweichende Altersspanne heran. Abweichungen bei der Altersspanne können zu geringfügigen Differenzen zwischen den Ländern führen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

jüngste Konsum liegt zwischen 0 % und 3 %, wobei wiederum Dänemark, Estland und das Vereinigte Königreich die Rangliste anführen (Abbildung 6). Obwohl im Vereinigten Königreich wesentlich höhere Zahlen für den Lebenszeitkonsum zu verzeichnen sind als in anderen Ländern, entspricht die Prävalenz des jüngsten Amphetaminkonsums (während der letzten zwölf Monate) nahezu den aus anderen Ländern gemeldeten Raten und fällt insgesamt weiter.

Neue Daten über den Amphetaminkonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern wurden im Rahmen der ESPAD-Umfragen 2003 gemeldet⁽⁵⁸⁾. Die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums reicht von unter 1 % bis 7 %; die höchsten nationalen Schätzungen für den jüngsten Konsum und den aktuellen Konsum (während der letzten 30 Tage) der Droge liegen bei 4 % bzw. 3 %.

Ecstasy wurde von etwa 0,2 % bis 6,5 % der erwachsenen Bevölkerung probiert, wobei die Zahlen in den meisten Ländern zwischen 1 % und 4 % liegen. Für den jüngsten Konsum unter Erwachsenen werden 0 % bis 2,5 % gemeldet,

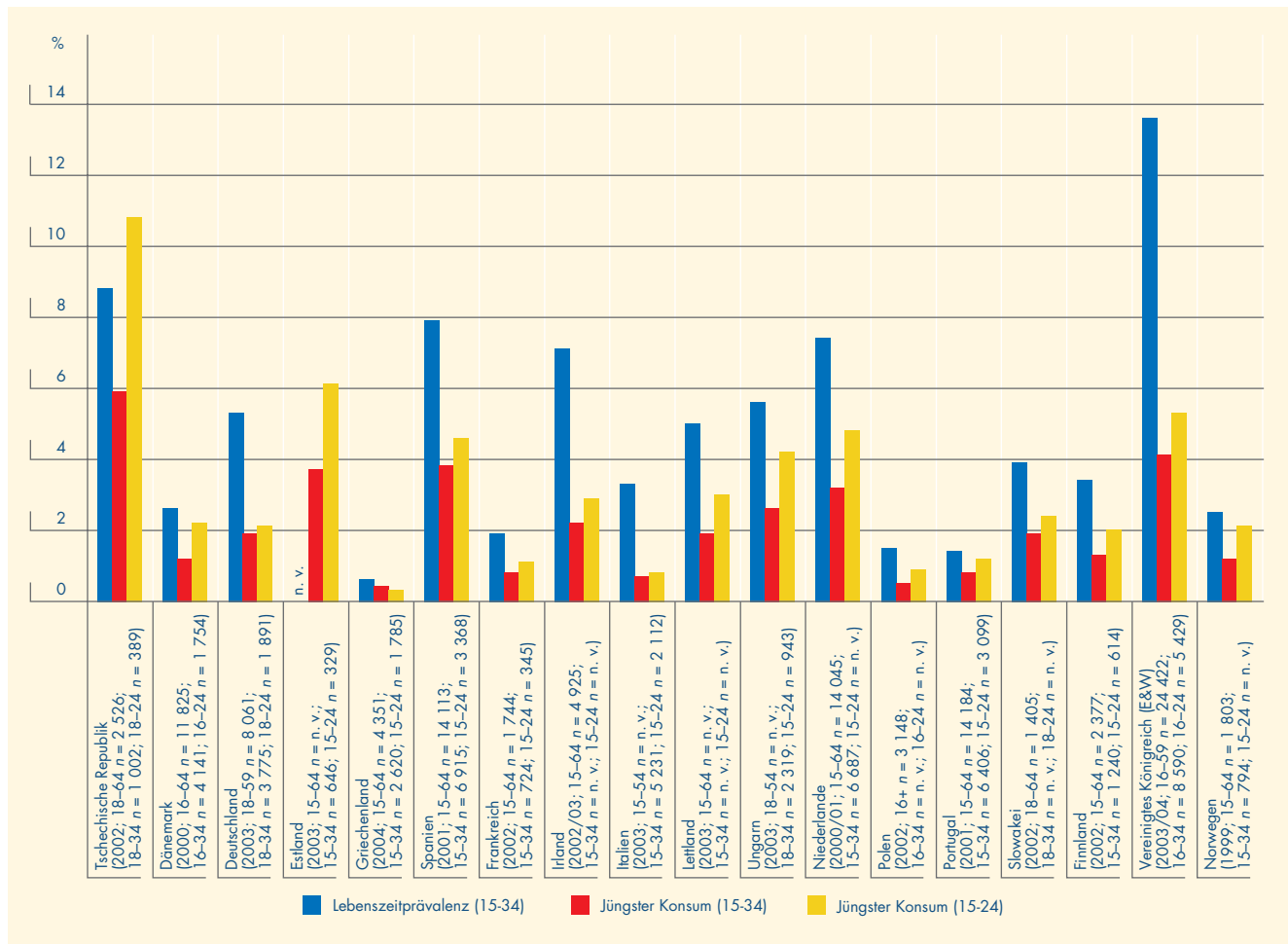
wobei die Tschechische Republik, Spanien und das Vereinigte Königreich die höchsten Prävalenzraten aufweisen.

Von den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) geben 0,6 % bis 13,6 % an, zumindest einmal Ecstasy konsumiert zu haben. Für den jüngsten Konsum (Prävalenz während der letzten zwölf Monate) werden Raten von 0,4 % bis 6 % gemeldet, wobei in der Tschechischen Republik, Estland, Spanien und im Vereinigten Königreich die höchsten Prävalenzraten ermittelt wurden (Abbildung 7).

Da der Ecstasy-Konsum vorwiegend Jugendliche betrifft, ist es sinnvoll, die Prävalenzraten unter 15- bis 24-Jährigen sowie unter 15- bis 16-jährigen Schülern zu analysieren. In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 0,4 % und 13 %, während die Prävalenzraten für den jüngsten Konsum 0,3 % bis 11 % betragen. Da die Raten für den Drogenkonsum in dieser Altersgruppe bei Männern höher sind als bei Frauen, melden die meisten Länder ferner bei 15- bis 24-jährigen Männern Lebenszeitprävalenzraten zwischen 4 % und 16 % und für den jüngsten Konsum Raten

⁽⁵⁸⁾ Eine eingehende Analyse der Ergebnisse der ESPAD-Schulumfrage 2003 ist Kapitel 2 zu entnehmen.

Abbildung 7: Lebenszeitprävalenz und jüngster Konsum (im letzten Jahr) von Ecstasy unter jungen Erwachsenen ausgewählter Altersgruppen (15 bis 34 bzw. 15 bis 24 Jahre), ermittelt in demografischen Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen (die Lebenszeitprävalenz für die Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren ist der Tabelle GPS-2, der jüngste Konsum dieser Altersgruppe der Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu entnehmen). Einige Länder ziehen für junge Erwachsene eine geringfügig von der EBDD-Standardaltersspanne abweichende Altersspanne heran. Abweichungen bei der Altersspanne können zu geringfügigen Differenzen zwischen den Ländern führen.

Quellen: Nationale Reintox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

zwischen 2 % und 8 %. Schließlich wurden aus sieben Ländern Daten für den aktuellen Konsum (während der letzten 30 Tage), der auch den regelmäßigen Konsum einschließt, gemeldet. Die Raten lagen hier zwischen 2 % und 5 %, woraus geschlossen werden kann, dass einer von 20 bis 50 Männern im Alter von 15 bis 24 Jahren regelmäßig Ecstasy konsumiert. Diese Raten dürften in städtischen Gebieten und vor allem unter den Besuchern von Diskotheken, Klubs oder Tanzveranstaltungen höher sein (Butler und Montgomery, 2004).

Die Schätzungen für die Prävalenz des Ecstasy-Konsums sind bei den 15- bis 16-jährigen Schülern erheblich niedriger als bei den 15- bis 24-Jährigen. Die Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums unter den befragten Schülern reicht von 0 % bis 8 %, wobei für den

jüngsten Konsum (0 % bis 4 %) und den aktuellen Konsum (0 % bis 3 %) noch niedrigere Raten ermittelt wurden. In den meisten Ländern liegen die Schätzungen für den aktuellen Konsum zwischen 1 % und 2 % und weisen geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf (Hibell et al., 2004).

Im Vergleich dazu gaben in der National Survey on Drug Use and Health der Vereinigten Staaten für das Jahr 2003 (SAMHSA, 2003) 4,6 % der Erwachsenen (12 Jahre und älter) an, mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy konsumiert zu haben, während die Prävalenzrate des jüngsten Konsums 0,9 % betrug. In derselben Umfrage berichteten 14,8 % der 18- bis 25-Jährigen über eine Lebenszeiterfahrung, 3,7 % über jüngsten Konsum und 0,7 % über aktuellen Konsum (während des letzten Monats) ⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁹⁾ 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 bis 64 Jahre). Andererseits ist die Altersspanne für junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) enger als die in den meisten EU-Erhebungen herangezogene Spanne (15 bis 24 Jahre).

Tendenzen

Demografischen Erhebungen zufolge ist der jüngste Konsum von Amphetamin (Abbildung 8) und Ecstasy (Abbildung 9) unter jungen Erwachsenen in den meisten Ländern gestiegen, die über Informationen aus aufeinander folgenden Erhebungen verfügen. Was Ecstasy betrifft, so gilt diese Feststellung nicht für Deutschland und Griechenland, wo die Raten nicht gestiegen sind, sowie das Vereinigte Königreich, wo sich der Konsum dieser Drogen vor kurzem stabilisiert hat (2002/2003), wenn auch auf relativ hohem Niveau (Abbildung 9).

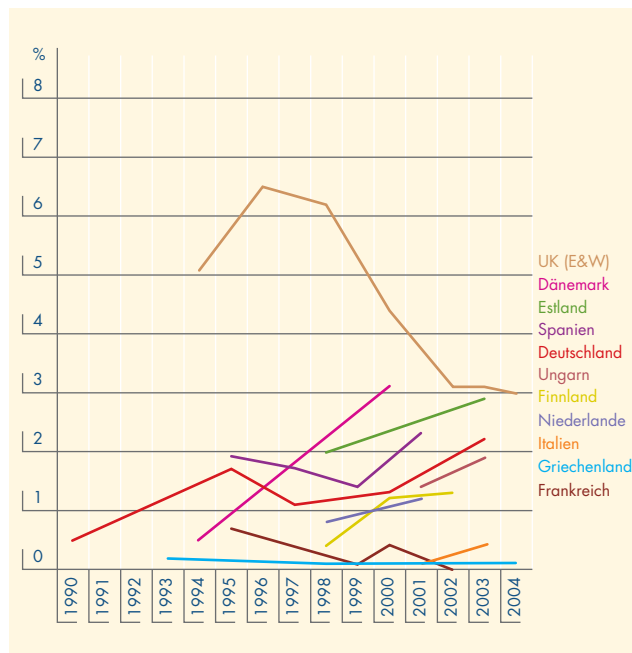
Wie bereits oben ausgeführt, übersteigt derzeit der Ecstasy-Konsum in vielen Ländern den Amphetaminkonsum. Dies stellt jedoch auf keinen Fall einen Rückgang des Amphetaminkonsums dar. In der Tat ist der Amphetaminkonsum (jüngster Konsum unter jungen Erwachsenen) in den meisten Ländern, die Informationen aus aufeinander folgenden Erhebungen bereitstellen können, gestiegen. Eine bemerkenswerte Ausnahme ist das Vereinigte Königreich, wo seit 1998 ein erheblicher Rückgang des Amphetaminkonsums beobachtet wird. Dies könnte erklären, warum im Vereinigten Königreich bei relativ niedrigen Raten für den jüngsten Konsum vergleichsweise hohe Lebenszeitprävalenzraten festgestellt wurden. Vermutlich wurde der Rückgang des Amphetaminkonsums teilweise durch einen Anstieg des Kokain- und Ecstasy-Konsums kompensiert (siehe Abbildung 8 und 9).

Daten zur Behandlungsnachfrage

Der Konsum von ATS ist selten der Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer Drogenbehandlung. Es gibt jedoch einige Ausnahmen: In der Tschechischen Republik, Finnland und Schweden machen ATS, vor allem Amphetamine und weniger Ecstasy, zwischen 18 % und über 50 % aller primären Behandlungsnachfragen aus. In der Tschechischen Republik sind über 50 % aller gemeldeten Behandlungsnachfragen auf ein primäres Methamphetaminproblem zurückzuführen. Dies gilt auch für die Erstbehandlungsnachfragen, wobei Letzteres auch aus der Slowakei gemeldet wird ⁽⁶⁰⁾. Darüber hinaus gaben 11 % der befragten europäischen Patienten, die eine Therapie beantragen, ATS als Sekundärdroge an ⁽⁶¹⁾.

Ein Vergleich der Daten aus den Jahren 2002 und 2003 zeigt, dass sich die Aufwärtstendenz in der Zahl der ATS-Konsumenten fortgesetzt hat (+ 3,5 %). Zwischen 1996 und 2003 ist die Zahl der Patienten, die sich in zwölf EU-Ländern aufgrund von ATS-Problemen in Behandlung begaben, von 2 204 auf 5 070 gestiegen.

Abbildung 8: Tendenzen beim jüngsten Konsum (im letzten Jahr) von Amphetaminen unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren), ermittelt in demografischen Erhebungen ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Die Stichprobengrößen (Befragte) für die Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren für jedes Land und jedes Jahr sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

Anmerkungen: Die Daten stammen aus den nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Einzelheiten zu Zahlen und Methodik der jeweiligen Erhebungen sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen beträgt die EBDD-Standardaltersspanne 15 bis 34 Jahre [Dänemark und das Vereinigte Königreich ab 16 Jahren, Deutschland und Estland (1998) und Ungarn ab 18 Jahren]. In Frankreich reichte die Altersspanne im Jahr 1995 von 18 bis 39 Jahren.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

Von den Erstpatienten, die wegen ATS-Konsums Therapien in ambulanten Einrichtungen in Anspruch nahmen, konsumierten 78,5 % Amphetamine und 21,4 % MDMA (Ecstasy) ⁽⁶²⁾. Der höchste Anteil von Ecstasy-Patienten wird in Ungarn, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich verzeichnet.

Fast ein Drittel der ATS-Konsumenten, die sich einer Therapie unterziehen, ist 15 bis 19 Jahre alt, ein weiteres Drittel 20 bis 24 Jahre ⁽⁶³⁾. Die große Mehrheit der ATS-Patienten hat die Droge erstmals im Alter zwischen 15 und 19 Jahren eingenommen ⁽⁶⁴⁾.

Unter den in Behandlung befindlichen ATS-Patienten sind die Anteile der Gelegenheitskonsumenten und der täglichen Konsumenten gleich hoch. In den Ländern mit einem höheren Anteil von Amphetaminpatienten konsumieren die meisten Patienten die Droge zwei- bis sechsmal wöchentlich ⁽⁶⁵⁾.

⁽⁶⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-4 (Teil ii) und TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁶¹⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im *Statistical Bulletin 2005*.

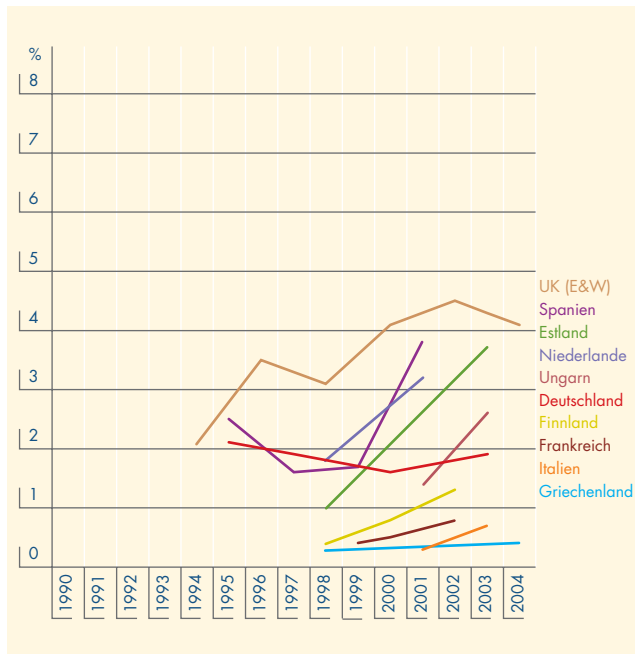
⁽⁶²⁾ Siehe Tabelle TDI-23 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁶³⁾ Siehe Tabelle TDI-11 (Teil i) und TDI-11 (Teil v) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁶⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-10 (Teil i) und TDI-10 (Teil v) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁶⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-18 (Teil iii) im *Statistical Bulletin 2005*.

Abbildung 9: Tendenzen beim jüngsten Konsum (im letzten Jahr) von Ecstasy unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren), ermittelt in demografischen Erhebungen (1)



(1) Die Stichprobengrößen (Befragte) für die Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren für jedes Land und jedes Jahr sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

Anmerkungen: Die Daten stammen aus den nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Einzelheiten zu Zahlen und Methodik der jeweiligen Erhebungen sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen beträgt die EBDD-Standardaltersspanne 15 bis 34 Jahre [Dänemark und das Vereinigte Königreich ab 16 Jahren, Deutschland und Estland (1998) und Ungarn ab 18 Jahren].

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

Amphetamine und Ecstasy werden zumeist oral eingenommen (58,2 %), etwa 15 % der Patienten injizieren die Droge jedoch; in einigen Ländern sind über 60 % der ATS-Patienten aktuelle Konsumenten, die Amphetamine injizieren (Tschechische Republik und Finnland) (66).

Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy

Im Vergleich zu opiatbedingten Todesfällen sind Todesfälle im Zusammenhang mit Ecstasy relativ selten. In einigen Ländern ist ihre Zahl jedoch nicht zu vernachlässigen, und die Überwachung dieser Todesfälle ist verbesserungswürdig. Die Beschreibung „ecstasybedingte Todesfälle“ kann bedeuten, dass Ecstasy im Totenschein erwähnt oder in der toxikologischen Analyse nachgewiesen wurde (oft in Verbindung mit anderen Drogen) (67).

Obwohl keine harmonisierte Meldung erfolgt, legen die Daten aus den nationalen Reitox-Berichten 2004 den Schluss nahe, dass in den meisten EU-Ländern Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy und insbesondere Todesfälle, die ausschließlich auf Ecstasy zurückgeführt werden, selten sind. Im Jahr 2003 haben mehrere Länder Todesfälle gemeldet, die mit Ecstasy in Verbindung gebracht wurden: Österreich (ein Todesfall, der ausschließlich auf Ecstasy zurückgeführt wurde), Tschechische Republik (ein Todesfall, der wahrscheinlich durch eine Überdosis MDMA verursacht wurde), Frankreich (acht Fälle im Zusammenhang mit Ecstasy), Deutschland (zwei Fälle, die ausschließlich mit Ecstasy in Verbindung gebracht wurden, und acht Fälle, bei denen Ecstasy in Kombination mit anderen Drogen im Spiel war – die entsprechenden Zahlen für 2002 waren 8 und 11), Portugal (2 % der drogenbedingten Todesfälle) und das Vereinigte Königreich („Erwähnung“ von Ecstasy auf 49 Totenscheinen im Jahr 2000, 76 im Jahr 2001 und 75 im Jahr 2002). Die Niederlande meldeten sieben Todesfälle infolge akuter Vergiftung durch Psychostimulanzien, wobei jedoch die entsprechende Substanz nicht angegeben wurde.

Einige wenige Länder haben Daten über Notaufnahmen in Krankenhäusern im Zusammenhang mit Ecstasy übermittelt. In Amsterdam ist die Zahl der nichttödlichen Notfälle (Nationaler Bericht der Niederlande), die mit Ecstasy in Verbindung gebracht wurden, zwischen 1995 und 2003 stabil geblieben (ebenso wie die Zahl der nichttödlichen Notfälle im Zusammenhang mit Amphetaminen), während die Zahl der durch halluzinogene Pilze und Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) verursachten Notfälle zunahm. In Dänemark (Nationaler Bericht) ist die Zahl der Behandlungskontakte in Krankenhäusern aufgrund von Vergiftungen durch Stimulanzien von 112 Fällen im Jahr 1999 auf 292 Fälle im Jahr 2003 gestiegen. Dabei nahm die Zahl der mit Ecstasy-Konsum in Verbindung gebrachten Fälle von 1999 auf 2000 deutlich zu. Anschließend konnte allerdings keine eindeutige Tendenz mehr festgestellt werden, während die Zahl der Fälle im Zusammenhang mit Amphetaminkonsum in diesem Zeitraum kontinuierlich zunahm.

Prävention

Mobile Präventionsmaßnahmen werden gegenwärtig auf die Zersplitterung der „Rave“-Kultur zugeschnitten, so dass die Zielgruppe junger Menschen, die in ihrer Freizeit Drogen konsumieren, weiterhin erreicht werden kann. Dies erfolgt beispielsweise durch Kontaktpunkte in den einzelnen „Szenen“. Von den Ländern, in denen Pillentests durchgeführt wurden, haben Deutschland und Portugal dieses Verfahren inzwischen eingestellt. In den Niederlanden erfolgen Pillentests ausschließlich in Labors, und in Frankreich wurde die Abschaffung der vor Ort

(66) Siehe Tabelle TDI-17 (Teil iii) im *Statistical Bulletin 2005*.

(67) Eine eingehendere Erörterung der ecstasybedingten Todesfälle ist dem EBDD-Jahresbericht 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/de/page038-de.html>) zu entnehmen.

durchgeführten Pillentests vorgeschlagen. Diese Veränderungen sind unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Konsum verschnittener Pillen in Westeuropa zurückgegangen ist und nach wie vor Zweifel an der Rechtmäßigkeit dieses Verfahrens bestehen. In der Tschechischen Republik wurden die Pillentestprogramme jedoch weitergeführt und waren Gegenstand von Medienberichten.

Prävention in Freizeitsettings

Selektive Präventionsprogramme in Freizeitsettings werden in zunehmendem Maße aus den neuen Mitgliedstaaten gemeldet, vor allem aus der Tschechischen Republik, Zypern (mobile Informationseinheit in Nachtclubs), Ungarn (drei Organisationen), Polen und Slowenien.

In der Regel bleiben die Maßnahmen inhaltlich unverändert und werden in den meisten Mitgliedstaaten in ähnlicher Form durchgeführt: Anti-Drogen-Diskotheken, künstlerische Darbietungen, Theater, Medienunterstützung (Filme, Cartoons usw.), Seminare, mobile Ausstellungen und Reisen (Nationaler Bericht Luxemburgs).

Strukturelle Ansätze spielen nach wie vor eine wichtige Rolle. In Italien, den Niederlanden und Skandinavien gilt die Zusammenarbeit in Netzen als unverzichtbar für die Drogenprävention. Ziel ist es, Einfluss auf das Nachtleben zu nehmen. Zu diesem Zweck nehmen die Mitarbeiter der Präventionsprogramme Kontakt zu den Eigentümern von Einrichtungen, in denen in der Regel Drogen in der Freizeit konsumiert werden (darunter auch der Coffeeshops in den Niederlanden), und zu anderen in der Nachtszene tätigen Personen wie Türstehern und Barkeepern auf. In Schweden werden solche Maßnahmen von Stockholm auch auf andere große Städte ausgeweitet. Eine Untersuchung ähnlicher Programme in den Niederlanden kam zu dem Schluss, dass „sich Besucher und Veranstalter von Parties im Hinblick auf illegale Drogen erheblich verantwortungsbewusster verhalten als erwartet“ (Pijlman et al., 2003). Integrierte Ansätze wie diese bringen auch den Vorteil mit sich, dass sie das öffentliche Interesse von den Vorfällen und medizinischen Nofällen im Zusammenhang mit illegalen Drogen bei großen Parties ablenken und verstärkt auf die allgemeinen Risiken in der Clubszene aufmerksam machen. Leitlinien für eine Verbesserung der Sicherheit im Nachtleben gehören ebenfalls in diese Kategorie, sind jedoch bisher in Europa kaum verbreitet (Calafat et al., 2003).

Die individuelle Online-Beratung über Websites ist ein relativ neuer Ansatz, der in Österreich und Deutschland eingeführt wurde (www.drugcom.de). In Österreich wird über das neue CallCenter der Wiener Drogenhilfe

ebenfalls Beratung über E-Mail angeboten, für die auch Qualitätsstandards erarbeitet wurden (FSW, 2004). Jedoch bieten die meisten Websites zur Drogenprävention ausschließlich Expertenberatung an und beinhalten keine Diskussionsforen, da es bisher keine eindeutigen Beweise für die Effizienz solcher Peer-to-Peer-Communities gibt (Eysenbach et al., 2004).

Sicherstellungen und Marktinformationen ⁽⁶⁸⁾

Angaben des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2003a) zufolge ist es schwierig, die Herstellung von ATS, d. h. „synthetischen Drogen, zu denen die chemisch verwandten Stoffe Amphetamin, Methamphetamin und Ecstasy gehören“, mengenmäßig zu erfassen, „da sie auf frei verfügbaren Chemikalien aufbaut, die in leicht zu verbergenden Labors verarbeitet werden“. Die weltweite Produktion von ATS wird jedoch auf etwa 520 Tonnen jährlich geschätzt (UNODC, 2003b). Die weltweite Sicherstellung von ATS erreichte im Jahr 2000 mit 46 Tonnen ihren Höchststand. Danach ging sie zunächst zurück, stieg jedoch anschließend erneut auf 34 Tonnen im Jahr 2003 an (CND, 2004, 2005).

Amphetamin

Beurteilt nach der Anzahl der ausgehobenen Labors bleibt die weltweite Amphetamin-Herstellung auf Europa konzentriert. Im Jahr 2003 wurden in acht EU-Ländern Amphetamin-Labors entdeckt (in Belgien, Deutschland, Estland, Litauen, Luxemburg, den Niederlanden, Polen und im Vereinigten Königreich). Der größte Teil des 2003 in der EU sichergestellten Amphetamins stammte aus den Niederlanden, gefolgt von Polen und Belgien. Ferner gibt es Berichte über in Estland und Litauen hergestelltes Amphetamin, das für die skandinavischen Länder bestimmt war. Der Amphetaminhandel erfolgt nach wie vor hauptsächlich auf intraregionaler Ebene (Nationale Reitox-Berichte, 2004; CND, 2005).

Dementsprechend wird das meiste Amphetamin in Europa sichergestellt. Aus West- und Mitteleuropa stammen 82 % der 2003 weltweit sichergestellten Gesamtmenge von Amphetamin, während auf Ost- und Südosteuropa 13 % und auf die Länder des Nahen und Mittleren Ostens 3 % entfielen (CND, 2005). In den vergangenen fünf Jahren wurde innerhalb der EU im Vereinigten Königreich ⁽⁶⁹⁾ das meiste Amphetamin sichergestellt. EU-weit erreichte die steigende Tendenz bei der Zahl der Sicherstellungen ⁽⁷⁰⁾ von Amphetamin im Jahr 1998 ihren Höchststand, während die Menge des beschlagnahmten Amphetamins ⁽⁷¹⁾ 1997 am höchsten war. Die Zahl der

⁽⁶⁸⁾ Siehe „Interpretation der Sicherstellungen und Marktdaten“, S. 42.

⁽⁶⁹⁾ Diese Angaben sollten jedoch überprüft werden, sobald die Daten für das Vereinigte Königreich für 2003 vorliegen. Für Italien, Zypern, die Niederlande und Rumänien lagen für 2003 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin vor; für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2003 weder Daten zur Zahl noch zur Menge der Amphetamin-Sicherstellungen vor.

⁽⁷⁰⁾ Siehe Tabelle SZR-7 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁷¹⁾ Siehe Tabelle SZR-8 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

Sicherstellungen von Amphetamin nahm 2001 und 2002 wieder zu. Den aus den Ländern, für die Daten verfügbar sind, gemeldeten Tendenzen zufolge könnte sie sich jedoch 2003 stabilisiert haben oder zurückgegangen sein. Auch bei den Mengen des sichergestellten Amphetamins wurden Schwankungen verzeichnet, allerdings sind seit 2002 offenbar steigende Mengen zu verzeichnen ⁽⁷²⁾.

Im Jahr 2003 reichte der durchschnittliche Konsumentenpreis für Amphetamin von unter 10 EUR pro Gramm in Belgien, Estland, Griechenland, Lettland, Ungarn, den Niederlanden und der Slowakei bis zu 37,50 EUR pro Gramm in Norwegen ⁽⁷³⁾. Die durchschnittliche Reinheit des gehandelten Amphetamins schwankte im Jahr 2003 zwischen 7,5 % (Deutschland) und 50 % (Norwegen) ⁽⁷⁴⁾.

Methamphetamin

Was die Menge der hergestellten und gehandelten ATS betrifft, so steht das Methamphetamin weltweit an der Spitze. Im Jahr 2003 wurden nach wie vor die größten Mengen in Ost- und Südostasien (China, Myanmar, Philippinen, Thailand) produziert und sichergestellt, gefolgt von Nordamerika (Vereinigte Staaten) (CND, 2005). Die Methamphetamin-Herstellung in Europa findet in einem viel kleineren Maßstab statt. Im Jahr 2003 wurde aus der Tschechischen Republik, Deutschland, Litauen und der Slowakei über die Entdeckung geheimer Methamphetamin-Labors berichtet (Nationale Reitox-Berichte, 2004; CND, 2005). In der Tschechischen Republik ist die Methamphetamin-Herstellung seit Anfang der 80er Jahre bekannt (UNODC, 2003a); der größte Teil des Methamphetamins wird im Land selbst konsumiert, obwohl ein Teil auch nach Deutschland und Österreich geschmuggelt wird (Nationaler Bericht der Tschechischen Republik, 2004). 2003 berichteten die tschechischen Behörden darüber, dass auf dem lokalen Schwarzmarkt „Pervitin“ (in der Tschechischen Republik illegal hergestelltes Methamphetamin) in Ermangelung von Ephedrin (der Vorläufersubstanz des Methamphetamin) vermehrt aus pharmazeutischen Markenprodukten hergestellt wurde. Obwohl die Daten zu den Sicherstellungen von Methamphetamin von der EBDD nicht systematisch erhoben werden, berichteten die Tschechische Republik, Deutschland, Litauen und Norwegen von Sicherstellungen im Jahr 2003. Darüber hinaus berichtete Dänemark von einer zunehmenden Verbreitung von Methamphetamin auf dem illegalen Drogenmarkt, und aus Lettland wurde im Jahr 2003 eine Zunahme (gegenüber

2002) der sichergestellten Ephedrinmenge (0,8 Tonnen) gemeldet (Nationale Reitox-Berichte, 2004).

Der Verkaufspreis von „Pervitin“ lag in der Tschechischen Republik zwischen 16 EUR und 63 EUR pro Gramm ⁽⁷⁵⁾, während die Reinheit der Droge zwischen 50 % und 75 % schwankte ⁽⁷⁶⁾.

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 sowie Ost- und Südostasien, ausgeweitet hat (CND, 2005; INCB, 2005). Im Jahr 2003 ging die Zahl der weltweit entdeckten Ecstasy-Labors zurück (CND, 2005); innerhalb der EU wurden Berichten zufolge solche Labors in Belgien, Estland, Litauen und den Niederlanden aufgedeckt (Nationale Reitox-Berichte, 2004; CND, 2005). Das in der EU sichergestellte Ecstasy stammt hauptsächlich aus den Niederlanden, gefolgt von Belgien; Estland und das Vereinigte Königreich werden jedoch ebenfalls als Ursprungsländer erwähnt (Nationale Reitox-Berichte, 2003).

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 (UNODC, 2003a). Im Jahr 2003 entfielen 58 % der sichergestellten Mengen auf West- und Mitteleuropa, gefolgt von Ozeanien mit 23 % (CND, 2005). Die Niederlande haben 2002 erstmals das Vereinigte Königreich als das EU-Land mit der größten sichergestellten Menge abgelöst ⁽⁷⁷⁾.

Die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy ⁽⁷⁸⁾ ist auf EU-Ebene im Zeitraum 1998 bis 2001 rapide gestiegen. Seit 2002 ist die Zahl der Sicherstellungen jedoch gesunken, und angesichts der Tendenzen in den Ländern, für die Daten vorliegen, ist anzunehmen, dass sich dieser Rückgang 2003 fortgesetzt hat. Die beschlagnahmten Ecstasymengen ⁽⁷⁹⁾ sind zunächst zwischen 1998 und 2000 drastisch und seitdem langsamer gestiegen. Im Jahr 2003 sind die sichergestellten Mengen jedoch in den meisten Berichtsländern rückläufig. Der offensichtliche Rückgang (sowohl der Zahl als auch der Mengen) der Sicherstellungen von Ecstasy in der EU im Jahr 2003 kann jedoch erst bestätigt werden, wenn die derzeit noch fehlenden Daten für das Jahr 2003 – insbesondere für das Vereinigte Königreich – vorliegen.

⁽⁷²⁾ Diese Angaben sollten überprüft werden, sobald die fehlenden Daten – insbesondere für das Vereinigte Königreich – für 2003 vorliegen.

⁽⁷³⁾ Siehe Tabelle PPP-4 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁷⁴⁾ Siehe Tabelle PPP-8 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁷⁵⁾ Siehe Tabelle PPP-4 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁷⁶⁾ Siehe Tabelle PPP-8 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁷⁷⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2003 vorliegen. Für Italien, Zypern, die Niederlande und Rumänien lagen für 2003 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy vor; für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2003 weder Daten zur Zahl noch zur Menge der Ecstasy-Sicherstellungen vor.

⁽⁷⁸⁾ Siehe Tabelle SZR-9 (Teil iv) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁷⁹⁾ Siehe Tabelle SZR-10 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

Im Jahr 2003 schwankte der Durchschnittspreis einer Ecstasy-Tablette im Straßenhandel zwischen unter 5 EUR (in Ungarn und den Niederlanden) und 20 bis 30 EUR (in Griechenland und Italien) ⁽⁸⁰⁾.

Im Jahr 2003 wurden in den meisten als illegale Droge verkauften Tabletten bei der Analyse Ecstasy (der Wirkstoff MDMA) und Ecstasy-ähnliche Substanzen (MDEA, MDA) als die einzigen psychoaktiven Substanzen nachgewiesen. Dies war in Dänemark, Spanien, Ungarn, den Niederlanden, der Slowakei und Norwegen der Fall, wo über 95 % der analysierten Tabletten diese Substanzen enthielten. Aus zwei Ländern, Estland und Litauen, wurde jedoch ein hoher Anteil (94 % bzw. 76 %) 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 (auch wenn sie das gleiche Logo tragen). Im Jahr 2003 lag der durchschnittliche MDMA-Gehalt von Ecstasy-Tabletten zwischen 54 mg und 78 mg ⁽⁸¹⁾. Zu den sonstigen psychoaktiven Substanzen, die 2003 in als Ecstasy verkauften Tabletten gefunden wurden, gehörten MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA und 1-PEA (Nationale Reitox-Berichte, 2004).

LSD

LSD wird in weit geringerem Umfang als ATS hergestellt und gehandelt. Bis zum Jahr 2000 war das Vereinigte Königreich das EU-Land mit der größten Zahl an LSD-Sicherstellungen, inzwischen werden jedoch die meisten Sicherstellungen aus Deutschland ⁽⁸²⁾ gemeldet ⁽⁸³⁾. Im Zeitraum von 1998 bis 2002 haben EU-weit sowohl die Zahl der Sicherstellungen von LSD ⁽⁸⁴⁾ als auch die beschlagnahmte Menge der Droge ⁽⁸⁵⁾ – abgesehen von einer Stagnation im Jahr 2000 – kontinuierlich abgenommen. Im Jahr 2003 sind jedoch erstmals seit neun Jahren sowohl die Zahl der Sicherstellungen von LSD als auch die beschlagnahmten Mengen erneut gestiegen. Besonders große Mengen wurden in Spanien, Frankreich und Polen sichergestellt. Dies könnte auf ein Wiedererstarken des LSD-Handels (und möglicherweise auch des LSD-Konsums) in der EU hindeuten. Im Jahr 2003 lag der durchschnittliche Konsumentenpreis für eine

LSD-Einheit zwischen 4 EUR im Vereinigten Königreich und 25 EUR in Italien ⁽⁸⁶⁾.

Informationen des Frühwarnsystems

Im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme betreffend neue synthetische Drogen der EU aus dem Jahr 1997 ⁽⁸⁷⁾ besteht das Hauptziel des europäischen Frühwarnsystems darin, zügig Informationen über neue synthetische Drogen unmittelbar nach ihrem Auftauchen in der europäischen Drogenszene zu gewinnen, zu analysieren und auszutauschen. Das Frühwarnsystem steht durch das Reitox-Netz unter der Schirmherrschaft der EBDD und wird in enger Zusammenarbeit mit Europol betrieben. Europol stellt über das Netz der nationalen Europol-Stellen relevante Strafverfolgungsdaten zur Verfügung.

Im Jahr 2004 meldeten die Mitgliedstaaten der EBDD sechs neue synthetische Drogen. Die Zahl der beobachteten Substanzen ist damit auf über 25 gestiegen. Dazu gehören ring-substituierte Phenethylamine (zumeist aus der 2C-Gruppe sowie TMA-2, 4-MTA, PMMA usw.), Tryptamine (wie DMT, AMT, DIPT und verschiedene Derivate) und Piperazine (darunter BZP und mCPP). Auch über verschiedene andere Substanzen, darunter einige Cathinone (wie substituierte Pyrrolidine), wurden Informationen erhoben und ausgetauscht. Die Europäische Kommission und der Europäische Rat wurden jedoch nicht ersucht, eine Risikobewertung einer der neuen Substanzen einzuleiten, da keine ausreichenden Beweise für eine Bedrohung der Gesundheit Einzelner oder der Öffentlichkeit bzw. für Risiken für die Gesellschaft vorlagen.

Ketamin und GHB, die beide 2000 einer Risikobewertung unterzogen wurden, werden weiterhin im Rahmen des Frühwarnsystems beobachtet. Obwohl es Hinweise darauf gibt, dass diese beiden Substanzen das Potenzial zu einer umfassenden Weiterverbreitung in Freizeitsettings in sich bergen, liegen bisher keine ausreichenden Erkenntnisse vor, um die Prävalenz ihres Konsums oder Tendenzen auf EU-Ebene zu ermitteln.

Nachweise von Ketamin wurden aus Belgien, Dänemark, Griechenland, Frankreich, Ungarn, den Niederlanden, Schweden, dem Vereinigten Königreich und Norwegen gemeldet. In den meisten Fällen wurde weißes Pulver

⁽⁸⁰⁾ Siehe Tabelle PPP-4 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁸¹⁾ Diese Spanne basiert auf Daten aus einigen wenigen Ländern, nämlich aus Dänemark, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden.

⁽⁸²⁾ Die geringe Zahl der LSD-Sicherstellungen sollte berücksichtigt werden, um zu vermeiden, dass den jährlichen Schwankungen eine allzu große Bedeutung beigemessen wird.

⁽⁸³⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2003 vorliegen. Für Italien, Zypern, die Niederlande und Polen lagen für 2003 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von LSD vor; für Irland, Malta, Slowenien, das Vereinigte Königreich, Bulgarien und Rumänien lagen für 2003 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von LSD vor.

⁽⁸⁴⁾ Siehe Tabelle SZR-11 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Tabelle SZR-12 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁸⁶⁾ Siehe Tabelle PPP-4 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁸⁷⁾ Die Gemeinsame Maßnahme von 1997 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen synthetischen Drogen (ABl. L 167 vom 25.6.1997) definiert neue synthetische Drogen als „synthetische Drogen, die derzeit in keinem der Anhänge des Übereinkommens über psychotrope Stoffe von 1971 aufgeführt sind, eine vergleichbar ernste Bedrohung der öffentlichen Gesundheit wie die in den Anhängen I und II dieses Übereinkommens aufgeführten Stoffe darstellen und nur einen begrenzten therapeutischen Wert haben“. Es handelt sich um Endprodukte im Unterschied zu Grundstoffen.

sichergestellt, aus Frankreich und dem Vereinigten Königreich wurde jedoch auch die Sicherstellung/Beschaffung von Ketamin in flüssiger Form gemeldet. Die meisten Nachweise in Körperflüssigkeiten und Proben wurden aus Schweden und Norwegen berichtet (51 bzw. 30), wobei jedoch keines der Länder zwischen medizinischem und illegalem Konsum unterschied.

Nachweise von GHB, einschließlich der Sicherstellungen seiner Grundstoffe GBL und 1,4-BD (Chemikalien, die im Handel frei verfügbar sind), wurden aus Belgien, der Tschechischen Republik, Dänemark, Estland, Frankreich, den Niederlanden, Schweden, Finnland, dem Vereinigten Königreich und Norwegen gemeldet. GHB wurde sowohl als Pulver als auch in flüssiger Form sichergestellt.

In den letzten beiden Monaten des Jahres 2004 meldeten Belgien, Frankreich, Italien und die Niederlande mehrere Fälle von Vergiftungen durch den Konsum von Kokain, das mit relativ hohen Dosen von Atropin⁽⁸⁸⁾ versetzt war. Sobald das Risiko einer kombinierten Vergiftung durch Kokain/Atropin bekannt wurde, gab die EBDD eine Warnung an die Partner im Frühwarnsystem heraus und riet ihnen, ihre Netze und insbesondere die zuständigen Gesundheitsbehörden über die Symptome einer Kokain/Atropin-Vergiftung zu informieren, damit diese in einem frühen Stadium diagnostiziert werden konnte. In der Folge beschlossen mehrere Mitgliedstaaten, ebenfalls Frühwarnungen an ihre Netze oder Gesundheitsbehörden herauszugeben.

Im Mai 2005 wurde das Frühwarnsystem durch einen Beschluss des Rates (2005/387/JI), der die Gemeinsame Maßnahme von 1997 ersetzte, weiter verbessert. Mit dem Beschluss des Rates wird der Handlungsbereich auf alle neuen psychoaktiven Substanzen (sowohl Suchtstoffe als auch synthetische Drogen) ausgeweitet. Außerdem ermöglicht der Mechanismus die Einbeziehung von Arzneimitteln in den Informationsaustausch über neue psychoaktive Substanzen.

Internationale Maßnahmen gegen die Herstellung von und den illegalen Handel mit synthetischen Drogen

Im Rahmen der Zusammenarbeit innerhalb der EU sowie auf internationaler Ebene wurde in zunehmendem Maße die Bedeutung der Überwachung und Kontrolle der für die Herstellung kontrollierter Substanzen erforderlichen chemischen Grundstoffe erkannt. Dank der erhöhten Wachsamkeit gegenüber Chemikalien, die für die Herstellung von Drogen wie Heroin, Kokain und Ecstasy benötigt werden, ist die Durchführung von Maßnahmen möglich, um das Angebot zu unterbinden oder einzuschränken. Derzeit gibt es in diesem Bereich drei

wichtige internationale Programme: Die „Operation Purpur“ zur Überwachung von Kaliumpermanganat, das zur Herstellung von Kokain verwendet wird; die „Operation Topaz“ zur Überwachung des internationalen Handels mit Essigsäureanhydrid, einem Grundstoff, der zur Herstellung von Heroin eingesetzt wird; das „Project Prism“ zur Rückverfolgung der in Einfuhrhäfen oder illegalen Drogenlabors sichergestellten Grundstoffe von amphetaminartigen Stimulanzien. Im Laufe der letzten zwei Jahre wurden im Rahmen dieser Programme insgesamt 20 227 Transaktionen an den INCB gemeldet und untersucht. Es gibt einige Belege dafür, dass sich diese Maßnahmen auf die Herstellung von Drogen ausgewirkt haben.

Das „Project Prism“ ist besonders im Zusammenhang mit der Herstellung synthetischer Drogen in der EU von Bedeutung. Dieser Bereich stellt eine Herausforderung dar, die in Angriff genommen werden muss, da viele der zahlreichen Chemikalien, die für die Herstellung von ATS verwendet werden können, Grundstoffe oder Nebenprodukte seriöser wirtschaftlicher Tätigkeiten sind. Im Rahmen des „Project Prism“ sind unter anderem die folgenden Bereiche von Interesse: Überwachung des internationalen Handels mit Safrol, das bei der Herstellung von Ecstasy verwendet wird; Eindämmung der Abzweigung pharmazeutischer Präparate, die Pseudoephedrin enthalten; Aufdeckung von Labors zur illegalen Herstellung von 1-Phenyl-2-Propanon. Trotz der für die Arbeit in diesem Bereich bestehenden Schwierigkeiten hat das „Project Prism“ offenbar zu einer Verbesserung der internationalen Zusammenarbeit beigetragen, die erfolgreiche Verbotmaßnahmen zur Folge hatte. Als Beispiel hierfür ist die im jüngsten Bericht des INCB (2005) erwähnte Zusammenarbeit zwischen China und Polen zu nennen, die zur Aufdeckung eines Falls führte, in dem in großem Umfang 1-Phenyl-2-Propanon nach Polen geschuggelt wurde.

Maßnahmen gegen die Herstellung von und den illegalen Handel mit synthetischen Drogen in Europa

Gemäß dem Plan zur Durchführung von Maßnahmen gegen das Angebot an synthetischen Drogen erstellte die Kommission im Dezember 2003 in Zusammenarbeit mit Europol einen Bericht, in dem der aktuelle Stand größerer multilateraler Projekte zur Kartierung der Verteilungsnetze und der Erfahrungen veranschaulicht wurde, die in diesem Bereich auf EU-Ebene, in den Mitgliedstaaten und in den beitriftswilligen Ländern gewonnen wurden. Der Bericht stellte die wesentlichen Elemente der behandelten Projekte heraus, die für den operativen Nutzen solcher Projekte unerlässlich scheinen. Darin wurden ferner „mögliche Vorteile einer Verknüpfung von Informationen und nachrichtendienstlichen Erkenntnissen aus verschiedenen Bereichen im Zusammenhang mit synthetischen Drogen in

⁽⁸⁸⁾ Atropin, eine anticholinerg wirksame Substanz, ist ein Alkaloid, das in natürlicher Form in *Atropa belladonna* (Tollkirsche) enthalten ist. Schwere Vergiftungen können tödlich sein.

einer alles umfassenden und integrierten Strategie“ festgestellt.

Im Dezember 2004 führte Europol die Projekte CASE und Genesis im Projekt Synergy zusammen. Dieses umfasst eine Arbeitsdatei zu Analysezwecken (Analytical Work File – AWF), an der 20 Mitgliedstaaten und einige Drittstaaten beteiligt sind, das Europol *Illicit Laboratory Comparison System* [Europol-System für den Vergleich von illegalen Labors] (EILCS) sowie das Europol Ecstasy Logo System (EELS). Das Projekt unterstützt weiterhin die *Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe* [Umfassende Aktion gegen synthetische Drogen in Europa] (CASE), eine schwedische Initiative zur Erstellung von Profilen für Amphetamin, sowie die *European Joint Unit on Precursors* [Gemeinsame europäische Stelle für Grundstoffe] (EJUP), an der Experten aus sechs Mitgliedstaaten mitwirken.

Im Rahmen der AWF-Komponente werden auf höchster Ebene kriminalpolizeiliche Erkenntnisse über synthetische Drogen und Grundstoffe gesammelt und analysiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Ermittlungen gegen kriminelle Vereinigungen und/oder der Untersuchung wichtiger Modi operandi.

Im Rahmen des Projekts EILCS werden fotografische und technische Daten aus Produktionsstätten für synthetische Drogen und den entsprechenden Deponien für chemische Abfälle zusammengeführt. Dies ermöglicht die

Untersuchung von Verbindungen zwischen den Sicherstellungen von Ausrüstung, Material und Chemikalien, den Austausch von Informationen, Rückverfolgungen, gerichtsmedizinische Untersuchungen zu Beweis Zwecken sowie die Ermittlung und gezielte Beobachtung von Vermittlern und beteiligten kriminellen Vereinigungen. Über das Projekt EILCS bildet Europol die europäische Anlaufstelle für das Projekt „Prism – Equipment“, das weltweite Programm des INCB der Vereinten Nationen zur Rückverfolgung von Tablettiermaschinen und anderen Anlagen zur Herstellung synthetischer Drogen.

Das Projekt EELS führt Modi operandi sowie fotografische und grundlegende gerichtsmedizinische Daten über wichtige Sicherstellungen zusammen und ermöglicht so die Ermittlung von Übereinstimmungen zwischen Sicherstellungen einerseits und zwischen sichergestellten Stoffen und beschlagnahmten Stanzen andererseits, den Austausch von Informationen über die Strafverfolgung, weitere Untersuchungen und die Erstellung gerichtsmedizinischer Profile zu Beweis Zwecken sowie die gezielte Beobachtung krimineller Vereinigungen.

Der *Europol Synthetic Drug Production Equipment Catalogue* [Europol-Katalog der Ausrüstungen für die Herstellung synthetischer Drogen] und der *Europol Ecstasy Logo Catalogue* [Europol-Katalog der Ecstasy-Logos] werden regelmäßig aktualisiert und veröffentlicht.



Kapitel 5

Kokain und Crack

Prävalenz und Konsummuster des Kokainkonsums

Jüngsten nationalen demografischen Erhebungen zufolge haben zwischen 0,5 % und 6 % der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert (Lebenszeitprävalenz), wobei Italien (4,6 %), Spanien (4,9 %) und das Vereinigte Königreich (6,8 %) das obere Ende dieses Spektrums bilden. Jüngster Kokainkonsum (während der letzten zwölf Monate) wird im Allgemeinen von weniger als 1 % der Erwachsenen angegeben. In den meisten Ländern liegt die Prävalenzrate zwischen 0,3 % und 1 %. Spanien und das Vereinigte Königreich verzeichnen für den jüngsten Konsum Prävalenzraten von über 2 %.

Die Prävalenzraten für den Kokainkonsum liegen zwar deutlich unter den Vergleichswerten für Cannabis, der Konsum unter jungen Erwachsenen kann jedoch den durchschnittlichen Konsum der Allgemeinbevölkerung beträchtlich übersteigen. Die Lebenszeiterfahrung unter den 15- bis 34-Jährigen liegt zwischen 1 % und 11,6 %, wobei die höchsten Werte wiederum in Spanien (7,7 %) und dem Vereinigten Königreich (11,6 %) festgestellt wurden. Der jüngste Konsum liegt zwischen 0,2 % und 4,6 %, wobei Dänemark, Irland, Italien und die Niederlande Raten von etwa 2 % aufweisen; in Spanien und dem Vereinigten Königreich beträgt die Prävalenzrate über 4 %.

Der Kokainkonsum ist unter Männern höher als unter Frauen. Beispielsweise wurde in Erhebungen in Dänemark, Deutschland, Spanien, Italien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich unter Männern im Alter zwischen 15 und 34 Jahren eine Lebenszeiterfahrung zwischen 5 % und 13 % festgestellt. In sechs Ländern lag der jüngste Konsum über 3 %, wobei Spanien und das Vereinigte Königreich Raten zwischen 6 % und 7 % meldeten (Abbildung 10).

In der Allgemeinbevölkerung wird der Kokainkonsum entweder nach einer Phase des Experimentierens im jungen Erwachsenenalter eingestellt oder gelegentlich –

hauptsächlich an Wochenenden und in Freizeitsettings (Bars und Diskotheken) – fortgesetzt. In einigen Ländern wurden jedoch nicht zu vernachlässigende Formen des regelmäßigen Konsums festgestellt. Über aktuellen Konsum (während der letzten 30 Tage) berichten 1,5 % bis 4 % der jungen Männer (im Alter von 15 bis 34 Jahren) in Spanien, Italien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. In städtischen Gebieten dürften die Raten des Kokainkonsums erheblich höher sein.

In einer vor kurzem in mehreren Städten durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass die große Mehrheit (95 %) der als sozial integriert geltenden Konsumenten (die in Diskotheken, Klubs oder über private Kontakte den Einstieg in den Drogenkonsum gefunden haben) Kokain geschnupft hat; nur ein geringer Bruchteil hat jemals Kokain geraucht oder injiziert (Prinzleve et al., 2004).

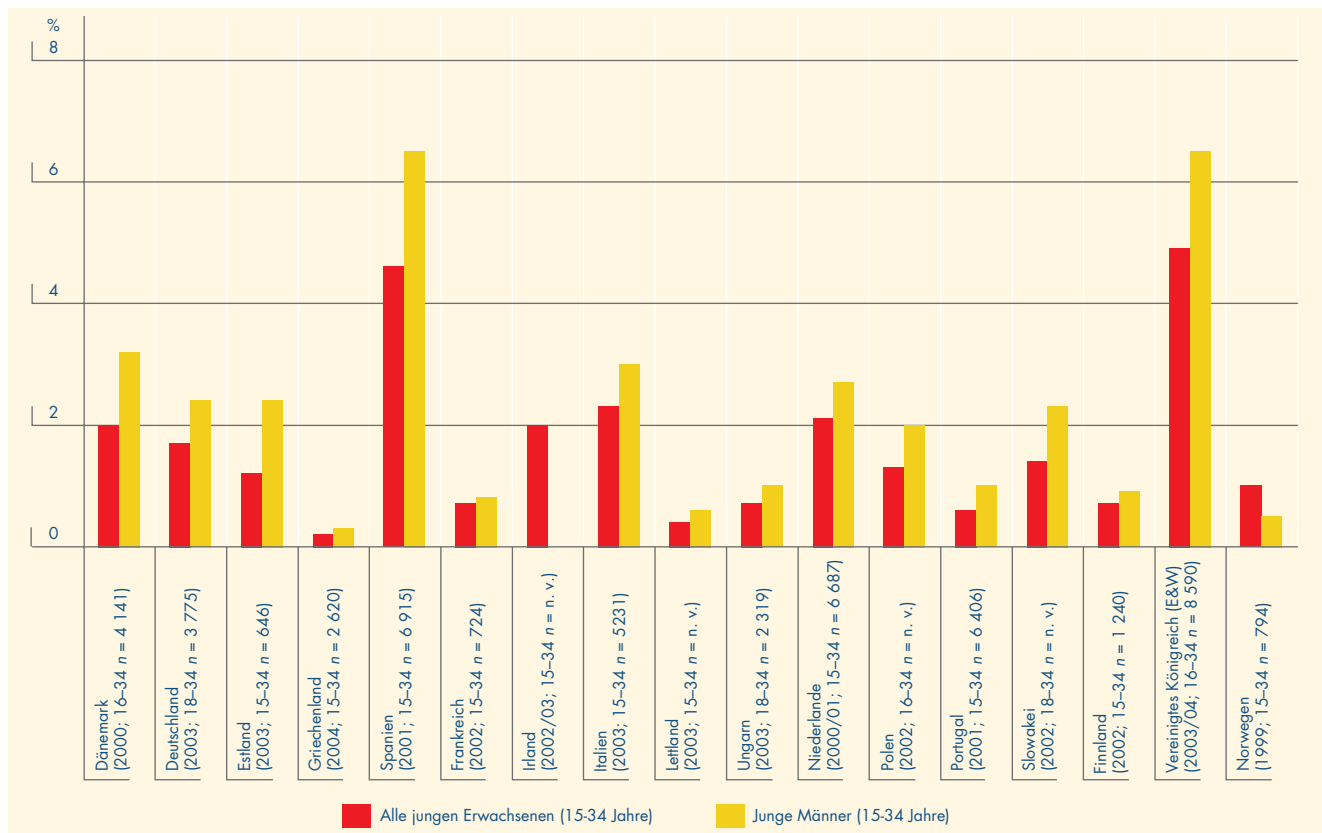
Bei einer angenommenen durchschnittlichen Prävalenzrate von 1 % aller Erwachsenen errechnet sich grob geschätzt für den jüngsten Kokainkonsum (während des letzten Jahres) eine Gesamtzahl von 3-3,5 Millionen Menschen in Europa. Anhand der Raten für den aktuellen Konsum ergibt sich eine grobe Schätzung von etwa 1,5 Millionen Konsumenten⁽⁸⁹⁾.

Einen außereuropäischen Vergleichswert bietet die National Household Survey on Drug Abuse (SAMHSA, 2003) der Vereinigten Staaten, in der 14,7 % der Erwachsenen (zwölf Jahre und älter) Lebenszeiterfahrung mit Kokain angaben und 2,5 % erklärten, in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert zu haben⁽⁹⁰⁾. Für die 18- bis 25-Jährigen lagen die Zahlen bei 15 % (Lebenszeit), 6,6 % (die letzten zwölf Monate) und 2,2 % (letzter Monat). Unter den Männern im Alter zwischen 18 und 25 Jahren betragen die Raten 17,4 %, 8,2 % bzw. 2,9 %. Insgesamt ist die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung in den Vereinigten Staaten höher als in jenen europäischen Ländern, die vergleichsweise hohe Prävalenzraten aufweisen. In jüngeren Konsumerhebungen wird allerdings kein solcher Unterschied mehr festgestellt, da nun einige

⁽⁸⁹⁾ Diese sehr groben Schätzungen basieren einfach auf den Prävalenzwerten, die in der Mitte der Skala der nationalen Prävalenzraten liegen (siehe Tabelle GPS-1 im *Statistical Bulletin* 2005). Es ist zu beachten, dass mehrere Länder mit großen Bevölkerungszahlen (Deutschland, Spanien, Italien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich) relativ hohe Prävalenzraten aufweisen, die in einigen Fällen über der für die Berechnung herangezogenen Skala liegen.

⁽⁹⁰⁾ 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). Andererseits ist die Altersspanne für junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) enger als die in den meisten EU-Erhebungen herangezogene Spanne (15 bis 24 Jahre).

Abbildung 10: Jüngster Konsum (im letzten Jahr) von Kokain unter allen jungen Erwachsenen und unter jungen Männern, ermittelt in nationalen Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen (siehe Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005*). Einige Länder ziehen für junge Erwachsene eine geringfügig von der EBDD-Standardaltersspanne abweichende Altersspanne heran. Abweichungen bei der Altersspanne können zu geringfügigen Differenzen zwischen den Ländern führen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

europäische Länder Schätzungen melden, die über den US-amerikanischen Werten liegen.

Tendenzen des Kokainkonsums

Es ist nach wie vor schwierig, auf der Grundlage demografischer Erhebungen eindeutige Tendenzen des Kokainkonsums in Europa zu ermitteln (siehe den Abschnitt zum Thema Tendenzen des Cannabiskonsums). Unterschiedlichen Quellen sind jedoch alarmierende Hinweise auf eine Zunahme des Kokainkonsums in Europa zu entnehmen, u. a. lokalen Berichten, gezielten Studien in Tanzlokalen, Berichten über die Zunahme der Sicherstellungen sowie einigen Anstiegen bei Indikatoren im Zusammenhang mit Drogenproblemen (Todesfälle, Nofälle).

Der jüngste Kokainkonsum unter Jugendlichen ist im Vereinigten Königreich zwischen 1996 und 2000 erheblich gestiegen. Seitdem ist er jedoch relativ stabil geblieben, obwohl in den letzten Jahren geringfügige

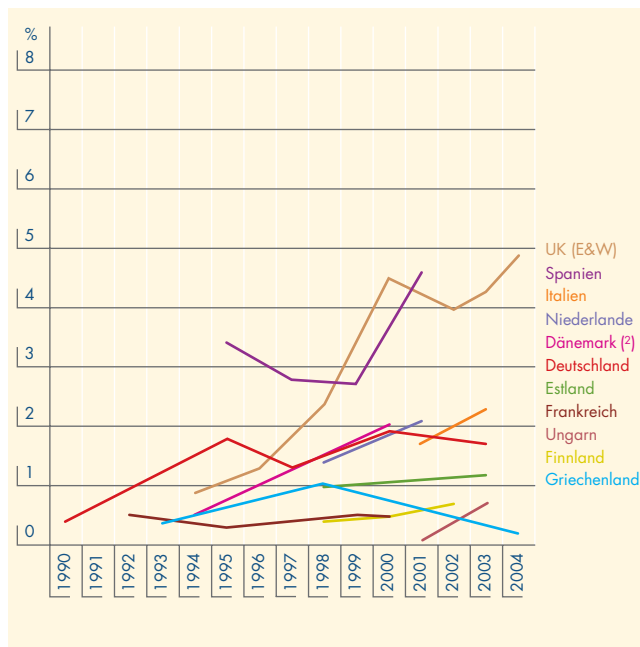
Zunahmen beobachtet wurden. Auch in Spanien ⁽⁹¹⁾ wurde zwischen 1999 und 2001 ein rapider Anstieg festgestellt. Weniger deutliche Zunahmen wurden in Dänemark, Italien, Ungarn, den Niederlanden und Österreich (in lokalen Erhebungen) sowie in Deutschland ermittelt, wobei in Deutschland im Laufe der 90er Jahre Schwankungen zu beobachten waren (Abbildung 11).

Todesfälle in Verbindung mit Kokain

Es herrscht zunehmend Besorgnis über die Gesundheitsrisiken des Kokainkonsums, vor allem aufgrund der in einigen Ländern beobachteten Tendenz eines steigenden Kokainkonsums in der Freizeit, insbesondere in von Jugendgruppen besuchten Einrichtungen (Diskotheken, Klubs). Trotz der Schwierigkeiten bei der Schätzung der Zahl der kokainbedingten Todesfälle könnte dieser Wert als ein nützlicher Indikator für ein erhöhtes Risiko dienen oder helfen, risikobehaftete Konsummuster zu ermitteln. Obwohl akute Todesfälle, die ausschließlich auf Kokain

⁽⁹¹⁾ Daten zufolge, die zu spät eingingen, um noch in den Bericht aufgenommen zu werden, wurde bei der Erhebung 2003 eine Stabilisierung festgestellt (Prävalenz im letzten Jahr unter jungen Erwachsenen von 4,8 % gegenüber 4,6 % im Jahr 2001).

Abbildung 11: Tendenzen beim jüngsten Konsum (im letzten Jahr) von Kokain unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren), ermittelt in demografischen Erhebungen (1)



(1) Die Stichprobengrößen (Befragte) für die Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren für jedes Land und jedes Jahr sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

(2) In Dänemark bezeichnet der Wert für 1994 den Konsum „harter Drogen“. Anmerkungen: Die Daten stammen aus den nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Einzelheiten zu Zahlen und Methodik der jeweiligen Erhebungen sind in Tabelle GPS-4 im *Statistical Bulletin 2005* zu finden.

Quellen: Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen beträgt die EBDD-Standardaltersspanne 15 bis 34 Jahre [Dänemark und das Vereinigte Königreich ab 16 Jahren, Deutschland und Estland (1998) und Ungarn ab 18 Jahren]. In Frankreich reichte die Altersspanne im Jahr 1992 von 25 bis 34 Jahren und im Jahr 1995 von 18 bis 39 Jahren. Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabelle GPS-0 im *Statistical Bulletin 2005*.

zurückzuführen sind und nicht mit Opiaten in Zusammenhang stehen, in Europa offenbar relativ selten sind, ist davon auszugehen, dass die aktuellen Statistiken zur Erfassung kokainbedingter Todesfälle nicht geeignet sind. Die über kokainbedingte Todesfälle verfügbaren Daten auf europäischer Ebene sind begrenzt und werden in unterschiedlicher Form bereitgestellt. Kokain wird häufig von Opiatkonsumenten eingenommen, und in der Regel wird bei Fällen einer Überdosierung von Opiaten bei der toxikologischen Analyse neben anderen Substanzen wie Alkohol und Benzodiazepinen auch Kokain festgestellt.

Im Jahr 2003 haben mehrere Länder Daten über kokainbedingte Todesfälle übermittelt (Nationale Reitox-Berichte): Deutschland (25 Fälle, die ausschließlich auf Kokain zurückzuführen waren, und 93 Fälle, in denen Kokain in Verbindung mit anderen Drogen im Spiel war; 2002 betrug die entsprechenden Zahlen 47 bzw. 84); Frankreich (zehn Todesfälle aufgrund von Kokain und ein Todesfall aufgrund von Kokain in Verbindung mit einem

Arzneimittel), Griechenland (zwei Todesfälle durch Kokain), Ungarn (vier Todesfälle aufgrund einer Kokain-Überdosierung), die Niederlande (17 Todesfälle durch Kokain 2003, wobei zwischen 1994 mit zwei Fällen und 2002 mit 37 Fällen eine Zunahme zu verzeichnen war), Österreich (Kokain wurde in 30 % der drogenbedingten Todesfälle festgestellt, jedoch waren nur drei Fälle ausschließlich auf Kokain zurückzuführen; ein Todesfall durch Kokain in Verbindung mit Gas), Portugal (Kokain wurde in 37 % der drogenbedingten Todesfälle nachgewiesen) und das Vereinigte Königreich (Zunahme der „Erwähnungen“ von Kokain im Totenschein von 85 im Jahr 2000 auf 115 im Jahr 2001 und 171 im Jahr 2002; die Zahl der Erwähnungen verachtete sich im Zeitraum von 1993 bis 2001). Dem nationalen Reitox-Bericht 2003 Spaniens zufolge spielte im Jahr 2001 in 54 % aller drogenbedingten Todesfälle Kokain eine Rolle; von den 39 Todesfällen (8 % aller drogenbedingten Todesfälle), bei denen keine Opiate festgestellt wurden, waren 21 ausschließlich auf Kokain zurückzuführen und fünf wurden durch Kokain in Verbindung mit Alkohol verursacht.

Obwohl nur in begrenztem Maße Informationen verfügbar sind, hat Kokain offenbar in Ländern, die eine Unterscheidung zwischen den für die Todesfälle verantwortlichen Drogen treffen konnten, in 1 % bis 15 % der drogenbedingten Todesfälle eine entscheidende Rolle gespielt, wobei mehrere Länder (Deutschland, Spanien, Frankreich und Ungarn) Zahlen in Höhe von etwa 8 % bis 12 % der drogenbedingten Todesfälle nannten. Diese Daten können zwar nur bedingt auf Europa als Ganzes extrapoliert werden, könnten jedoch darauf hindeuten, dass es jährlich EU-weit zu mehreren Hundert kokainbedingten Todesfällen kommt. Diese Zahlen liegen zwar deutlich unter den Raten der durch Opiate verursachten Todesfälle, dennoch stellen kokainbedingte Todesfälle ein ernstzunehmendes und sich möglicherweise verschärfendes Problem dar. In den wenigen Ländern, für die Schätzungen vorgenommen werden können, wird eine steigende Tendenz festgestellt.

Darüber hinaus kann Kokain bei Todesfällen aufgrund von Herz-Kreislauf-Problemen (Arrhythmie, Myokardinfarkt, zerebrale Hämorrhagie; siehe Ghuran und Nolan, 2000) eine Rolle spielen, insbesondere bei Drogenkonsumenten mit entsprechender Prädisposition. Allerdings werden unter Umständen viele dieser Todesfälle nicht gemeldet.

Daten zur Behandlungsnachfrage (92)

Nach Opiaten und Cannabis wird Kokain von Patienten, die sich einer Drogentherapie unterziehen, am häufigsten als Primärdroge genannt und macht etwa 10 % aller Behandlungsnachfragen in der EU aus. Hinter dieser Gesamtzahl verbergen sich jedoch große Unterschiede zwischen den Ländern: In den meisten Ländern ist die Zahl

(92) 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 Konsummuster auf den ambulanten Behandlungseinrichtungen beruht.

der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Kokain relativ niedrig. In Spanien und den Niederlanden jedoch beträgt der Anteil der Patienten, die sich wegen Kokainkonsums in Behandlung begeben, 26 % bzw. 38 % ⁽⁹³⁾. In den meisten Ländern ist bei den Erstpazienten der Anteil derer, die bei der Behandlung Kokain als primäre Droge nennen, höher als bei den Patienten insgesamt ⁽⁹⁴⁾. Kokain wird ferner von 13 % der Erstpazienten, die Therapien in ambulanten Einrichtungen in Anspruch nehmen, als Sekundärdroge angegeben ⁽⁹⁵⁾.

Viele Länder berichten über eine Zunahme des Kokainkonsums unter den Patienten, die sich in Behandlung begeben: Zwischen 1996 und 2003 nahm der Anteil der Erstpazienten, die wegen Kokainkonsums eine Therapie beantragten, von 4,8 % auf 9,3 % zu, und die Zahl der Erstpazienten, die bei der Behandlung Kokain als Primärdroge nannten, stieg von 2 535 auf 6 123. In den Niederlanden überstieg 2003 erstmals die Zahl der Erstpazienten, die sich wegen Kokainkonsums einer Behandlung unterzogen, die Zahl der Erstpazienten, die wegen Opiatkonsums eine Therapie beantragten. Einer in London durchgeführten Analyse der Behandlungsdaten für den Zeitraum 1995/1996 bis 2000/2001 zufolge hat sich die Zahl der Patienten, die Kokain konsumieren, mehr als verdoppelt (GLADA, 2004), wenn auch von einem niedrigen Ausgangsniveau aus (von 735 auf 1 917).

Diese Daten spiegeln wahrscheinlich ein kleines, aber zunehmendes Problem im Zusammenhang mit Crack (rauchbares Kokain) wider. Hinweise auf ein solches Problem wurden sowohl aus den Niederlanden als auch aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, wo die Zahl der Crack-Patienten in den letzten Jahren zugenommen hat. Die Zahl der problematischen Konsumenten ist zwar niedrig, da sich diese jedoch vorrangig in einigen wenigen größeren städtischen Gebieten aufhalten, werden sie am häufigsten in Berichten aus städtischen Überwachungen erfasst.

Crack-Konsumenten haben tendenziell einen anderen sozialen Hintergrund als Kokainkonsumenten. Crack-Konsumenten sind eher sozial benachteiligt, und es gibt einige Belege dafür, dass ethnische Minderheiten besonders anfällig für Crackprobleme sind: Zwei Drittel der Farbigen, die in London eine Drogentherapie in Anspruch nehmen, geben als Primärdroge Crack an (GLADA, 2004), und 30 % der Crack-Patienten in den Niederlanden sind nicht niederländischer Abstammung. Trotz der Besorgnis angesichts des Crack-Konsums ist daran zu erinnern, dass die Droge zwar sowohl die einzelnen Konsumenten als auch die Gemeinschaften schädigt, in denen sie leben, dieses Problem jedoch in Europa lokal begrenzt ist. Es ist festzuhalten, dass Crack-

Patienten vor allem von zwei Ländern (den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) gemeldet werden.

Insgesamt stehen die meisten Behandlungsnachfragen wegen Kokainkonsums in Europa nicht im Zusammenhang mit Crack. Etwa 70 % der Kokain-Erstpazienten konsumieren Kokainhydrochlorid (Kokainpulver), wobei die meisten die Droge schnupfen. Die verbleibenden 30 % konsumieren Crack. Etwa 5 % der Kokain-Erstpazienten geben an, Kokain zu injizieren.

Die meisten Erstpazienten, die eine Behandlung beantragen und Kokain als Primärdroge angeben, sind Männer (Verhältnis Männer zu Frauen 3,7:1). Bei der Verteilung nach Geschlecht bestehen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern ⁽⁹⁶⁾. In einer qualitativen Forschungsstudie, die in Italien unter Patienten durchgeführt wurde, die eine Behandlung wegen des Konsums von Stimulanzien, insbesondere von Kokain, beantragt haben, wurde festgestellt, dass zwar bei den Konsumenten die Anteile von Frauen und Männern nahezu gleich sind, sich jedoch wesentlich mehr Männer wegen des Konsums von Kokain und anderen Stimulanzien einer Behandlung unterziehen (Macchia et al., 2004).

Erstpazienten, die Kokain als Primärdroge konsumieren, sind im Durchschnitt älter als andere Drogenkonsumenten (Durchschnittsalter von 30 Jahren, die meisten Konsumenten in der Altersgruppe von 20 bis 34 Jahren). Ein kleinerer, aber dennoch bedeutender Anteil von Patienten wird für die Altersgruppe zwischen 35 und 39 Jahren gemeldet ⁽⁹⁷⁾.

Kokain wird häufig in Kombination mit anderen Sekundärdrogen konsumiert, zumeist mit Cannabis (40 %) oder Alkohol (37 %). Lokale Studien unter injizierenden Drogenkonsumenten belegen, dass in einigen Gebieten die Kombination von Heroin und Kokain in einer Injektion (von den Drogenkonsumenten zuweilen als „Speedballing“ bezeichnet) zunehmend Verbreitung findet. Sollte dies zutreffen, kommt es in den Gesamtdaten zur Behandlungsnachfrage der meisten Länder nicht zum Ausdruck, in denen nur ein kleiner Teil der Patienten angibt, eine Kombination aus Heroin und Kokain zu konsumieren. Dies gilt jedoch nicht für alle Länder. In den Niederlanden wurde beispielsweise in einer Analyse der Behandlungsnachfragedaten von Kokainkonsumenten festgestellt, dass viele Kokainkonsumenten mehrere Drogen konsumieren und die meisten dieser polyvalenten Drogenkonsumenten sowohl Kokain als auch Heroin einnehmen (Mol et al., 2002).

⁽⁹³⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*. Die Daten für Spanien beziehen sich auf das Jahr 2002.

⁽⁹⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-4 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁹⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽⁹⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-22 im *Statistical Bulletin 2005* und *Differences in patterns of drug use between women and men* [Unterschiede in den Drogenkonsummustern von Frauen und Männern] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-10 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

Behandlung des problematischen Kokainkonsums

Anders als für problematische Opiatkonsumenten gibt es für Konsumenten mit Kokainproblemen keine etablierte und allgemein anerkannte pharmakologische Behandlungsmethode. Manchmal werden Kokainkonsumenten Arzneimittel für eine gezielte Behandlung verschrieben. Diese werden jedoch im Allgemeinen nur kurzzeitig eingesetzt und sollen die mit dem Kokainmissbrauch einhergehenden Probleme wie beispielsweise Angstzustände oder Schlafstörungen lindern. Langfristigere Therapieformen für Kokainkonsumenten werden in der Regel in allgemeinen Drogendiensten durchgeführt. Insgesamt sind die Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Kokainproblemen jedoch offensichtlich unzureichend (Haasen, 2003). Dies könnte sich nun ändern, da einige Länder mit der Entwicklung neuer Behandlungsverfahren für problematische Kokainkonsumenten beginnen. So werden beispielsweise derzeit in England spezielle Dienste für Crack-Konsumenten entwickelt (NTA, 2003).

Die wissenschaftliche Literatur über die Behandlung von Kokainproblemen stammt größtenteils aus US-amerikanischen Studien und wird daher der Situation in Europa unter Umständen nicht gerecht. Bedauerlicherweise wird in der EU nach wie vor nur sehr wenig für die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden für problematischen Kokainkonsum getan, was zum Teil einfach darauf zurückzuführen ist, dass die Behandlungsdienste in der Vergangenheit nur relativ selten mit Kokainproblemen konfrontiert waren. Im Rahmen einer systematischen europäischen Auswertung der vorhandenen Literatur zur Behandlung von Kokainproblemen (Rigter et al., 2004) wurde festgestellt, dass problematische Kokainkonsumenten in der Regel eine geringe Kooperationsbereitschaft bei der Therapie sowie hohe Rückfallquoten aufweisen. Es gibt einige Hinweise darauf, dass Psychotherapien dazu beitragen können, den Konsum zu reduzieren. Für die Effizienz der Akupunkturbehandlung von Kokainproblemen konnten keine eindeutigen Beweise erbracht werden. Insgesamt sollte bei der Interpretation dieser Ergebnisse jedoch bedacht werden, dass es in Europa schlichtweg keine tragfähigen Evidenzdaten gibt, die als Richtschnur für die Durchführung therapeutischer Maßnahmen in diesem Bereich dienen könnten. So steht beispielsweise nicht einmal eindeutig fest, ob speziell auf Kokain zugeschnittene Maßnahmen effizienter sind als die Überweisung von Patienten mit Kokainproblemen in allgemeinere, nicht drogenspezifische Therapieprogramme. Darüber hinaus ist die Frage nicht geklärt, ob es möglich ist, eine pharmakologische Behandlungsmethode für problematische

Kokainkonsumenten zu entwickeln, die zu der „Standardoption für die Behandlung“ werden kann, so wie Methadon und Buprenorphin inzwischen als Standardkonzepte für die Therapie problematischen Opiatkonsums anerkannt sind. Es ist zu beachten, dass hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Körper große Unterschiede zwischen Opiaten und anderen Stimulanzien wie Kokain bestehen. Daraus folgt, dass für diese Drogenprobleme wahrscheinlich auch unterschiedliche Therapieformen angezeigt sind. Derzeit werden in den USA einige bemerkenswerte Ansätze verfolgt, um Maßnahmen zu entwickeln, die die Wirkung des Kokains auf den Konsumenten vorübergehend hemmen könnten. Ob aus dieser Arbeit künftig neue Behandlungsoptionen entstehen werden, bleibt abzuwarten.

Reduzierung von Gesundheitsschäden

In den letzten Jahren wurden zahlreiche neue Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain und Crack durchgeführt. Ferner wurde insbesondere über das Internet neues Informationsmaterial über Kokain und Crack bereitgestellt. Bei den Telefon-Helplines in Belgien, Frankreich und Portugal gingen mehr Anfragen über den Konsum von Kokain und Crack ein als jemals zuvor, wobei ihr Anteil jedoch noch immer weit unter dem der Anrufe im Zusammenhang mit legalen Suchtmitteln und Cannabis liegt. Für die Mitarbeiter der Drogendienste werden zunehmend Schulungen angeboten, bei denen vermittelt wird, wie angemessen auf die Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain und Crack zu reagieren ist, die seit kurzem in einer Reihe von Settings zu beobachten sind (beispielsweise in der Wochenend-Szene in Dublin oder der Techno-Szene in Wien).

In großen Ballungszentren gibt es spezielle Beratungs- und Therapieangebote für Kokain- und Crack-Konsumenten, beispielsweise in Frankfurt (Suchthilfezentrum Bleichstraße: www.drogenberatung-jj.de), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Wien (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) und London (www.cracklondon.org.uk).

Sicherstellungen und Marktinformationen ⁽⁹⁸⁾

Herstellung und Handel

Kolumbien ist weltweit mit Abstand der größte Lieferant von illegalem Koka, gefolgt von Peru und Bolivien. Die weltweite Produktion von Kokain im Jahr 2003 wurde auf 655 Tonnen geschätzt, zu denen Kolumbien 67 %, Peru 24 % und Bolivien 9 % beitrugen (CND, 2005). Der Großteil des in Europa sichergestellten Kokains gelangt

⁽⁹⁸⁾ Siehe „Interpretation der Sicherstellungen und Marktdaten“, S. 42.

direkt aus Südamerika (Kolumbien) oder über Zentralamerika und die Karibik auf den europäischen Markt. Als Transitländer oder -gebiete für in die EU eingeführtes Kokain wurden 2003 neben Argentinien, Costa Rica und Curaçao vor allem Brasilien und Venezuela genannt (Nationale Reitox-Berichte, 2004; CND, 2005). Als weitere Transitgebiete dienten das südliche und westliche Afrika (INCB, 2005). Kokain gelangt nach wie vor in erster Linie über Spanien, die Niederlande und Portugal in die EU (Nationale Reitox-Berichte, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Sicherstellungen

Den Sicherstellungsdaten zufolge ist Kokain nach Cannabiskraut und Cannabisharz die weltweit am dritthäufigsten gehandelte Droge. Der sichergestellten Menge nach zu schließen – 490,5 Tonnen weltweit im Jahr 2003 – fand 2003 wie in den Jahren zuvor der Großteil des Handels in Nord-, Mittel- und Südamerika (82 %) sowie in Europa statt. In Europa wurden 17 % des weltweit sichergestellten Kokains beschlagnahmt. Dies stellt gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme dar (CND, 2005). Innerhalb Europas wurden in den westlichen Ländern die größten Kokainmengen sichergestellt. In den letzten fünf Jahren verzeichnete Spanien kontinuierlich die meisten Kokain-Sicherstellungen in der EU. Im Jahr 2003 war Spanien für mehr als die Hälfte sowohl der Zahl als auch der Menge der EU-weiten Sicherstellungen verantwortlich ⁽⁹⁹⁾.

Im Zeitraum von 1998 bis 2002 ist die Zahl der Sicherstellungen von Kokain ⁽¹⁰⁰⁾ in allen Ländern mit Ausnahme von Deutschland und Portugal gestiegen. Im selben Zeitraum schwankte die Menge des in der EU sichergestellten Kokains ⁽¹⁰¹⁾, wobei jedoch ein Aufwärtstrend zu beobachten war. Die Tendenzen in den Ländern, für die Daten vorliegen, zeigen, dass die Zahl der Kokain-Sicherstellungen auf EU-Ebene im Jahr 2003 offenbar gesunken ist (vor allem in Spanien), während die Menge des beschlagnahmten Kokains beträchtlich gestiegen ist (vor allem in Spanien und den Niederlanden). Offenbar wurden 2003 in der EU bei Sicherstellungen besonders große Mengen Kokain beschlagnahmt.

Zwar meldeten einige EU-Mitgliedstaaten Sicherstellungen von Crack, jedoch sind diese häufig nicht von Kokain-Sicherstellungen zu unterscheiden. Folglich können die oben genannten Sicherstellungen von Kokain auch Crack einschließen.

Preis und Reinheit

Der durchschnittliche Verkaufspreis ⁽¹⁰²⁾ von Kokain lag 2003 in der EU zwischen 34 EUR pro Gramm in Spanien und 175 EUR pro Gramm in Norwegen und wies damit erhebliche Unterschiede auf.

Im Vergleich zu Heroin war der durchschnittliche Reinheitsgrad des konsumierten Kokains recht hoch und reichte 2003 von 32 % in der Tschechischen Republik und Deutschland bis zu 83 % in Polen ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁹⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2003 vorliegen. Für Italien, Zypern, die Niederlande und Rumänien lagen für 2003 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Kokain vor; für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2003 weder Daten zur Zahl noch zur Menge der Kokain-Sicherstellungen vor.

⁽¹⁰⁰⁾ Siehe Tabelle SZR-5 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁰¹⁾ Siehe Tabelle SZR-6 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁰²⁾ Siehe Tabelle PPP-3 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁰³⁾ Siehe Tabelle PPP-7 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*. Es ist anzumerken, dass die Schätzungen für die durchschnittliche Reinheit von Kokain in der Tschechischen Republik und Polen 2003 auf sehr wenigen Stichproben basieren ($n = 5$ bzw. 6).



Kapitel 6

Heroinkonsum und injizierender Drogenkonsum

Der regelmäßige und langfristige Konsum von Heroin, der injizierende Drogenkonsum und der intensive Konsum von Stimulanzien in einigen Ländern sind für einen Großteil der drogenbedingten Gesundheits- und Sozialprobleme in Europa verantwortlich. Der Anteil der Menschen mit einem solchen Verhaltensmuster an der Gesamtbevölkerung ist zwar relativ niedrig, die Folgen des problematischen Drogenkonsums sind jedoch beträchtlich. Um zum Verständnis der Dimension dieses Problems beizutragen und eine langfristige Überwachung von Tendenzen zu ermöglichen, arbeitet die EBDD gemeinsam mit den Mitgliedstaaten an einer neuen Definition des Begriffs „problematischer Drogenkonsum“ und an der Entwicklung von Strategien, um sowohl Ausmaß als auch Folgen des problematischen Drogenkonsums zu messen.

Der problematische Drogenkonsum

Der „problematische Drogenkonsum“ wird als „injizierender bzw. langjähriger oder regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen“ definiert⁽¹⁰⁴⁾. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen und methodischer Unsicherheiten ist es schwierig, in diesem Bereich zuverlässige Schätzungen zu erhalten. Daher ist bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern und im Zeitverlauf Vorsicht geboten.

Der problematische Drogenkonsum lässt sich in einige Hauptgruppen unterteilen. Allgemein kann zwischen dem Heroinkonsum, der traditionell den Großteil des problematischen Drogenkonsums in der Mehrheit der EU-Länder ausmacht, und dem problematischen Konsum von Stimulanzien unterschieden werden, der vorwiegend in Finnland und Schweden auftritt, wo die meisten problematischen Drogenkonsumenten als Primärdroge Amphetamin konsumieren. Ähnlich verhält es sich in der Tschechischen Republik, wo Methamphetaminkonsumenten traditionell einen bedeutenden Teil der problematischen Drogenkonsumenten ausmachen.

Der problematische Drogenkonsum nimmt in zunehmendem Maße unterschiedliche Formen an. Beispielsweise hat der polyvalente Drogenkonsum in den meisten Ländern nach und nach zugenommen, während andere Länder, in denen traditionell Probleme mit Opiaten vorherrschten, inzwischen von einer Hinwendung zu anderen Drogen berichten. In Spanien ist die Zahl der geschätzten problematischen Opiatkonsumenten

zurückgegangen, während bei den kokainbedingten Drogenproblemen ein Anstieg zu beobachten war. Jedoch gibt es keine zuverlässigen Daten zu den zeitlichen Entwicklungen des Drogenkonsums, die auch den problematischen Kokainkonsum berücksichtigen. Deutschland und die Niederlande berichten von immer mehr Crack-Konsumenten unter den problematischen Drogenkonsumenten, obwohl die geschätzte Gesamtzahl der problematischen Drogenkonsumenten in den Niederlanden unverändert geblieben ist.

Prävalenz

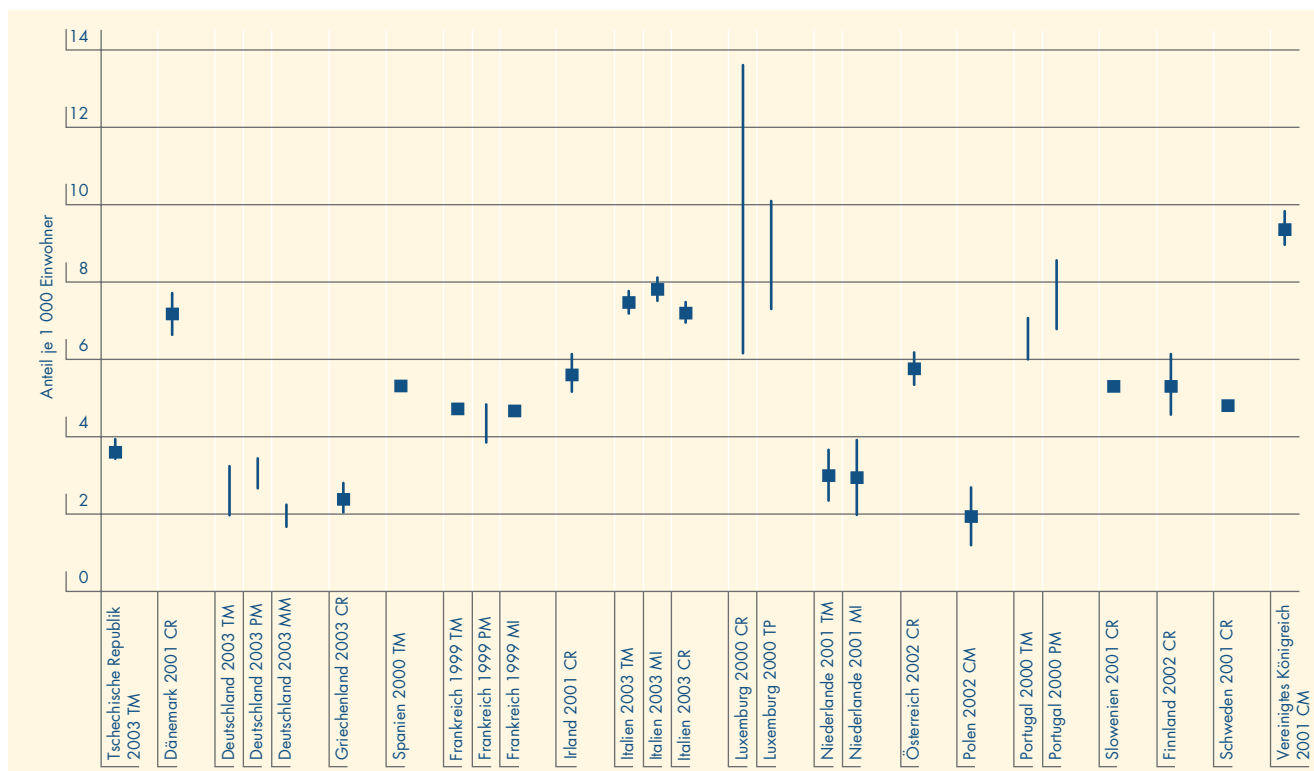
Für den Zeitraum 1999 bis 2003 liegen die Schätzungen der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums auf nationaler Ebene zwischen zwei und zehn Fällen je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (bezogen auf die mittleren Schätzwerte) bzw. bei bis zu 1 % der erwachsenen Bevölkerung⁽¹⁰⁵⁾. Hinsichtlich der Prävalenz 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 meldeten Dänemark, Irland, Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal, Spanien und das Vereinigte Königreich (sechs bis zehn Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren), während Deutschland, Griechenland, die Niederlande und Polen niedrigere Raten meldeten (weniger als vier Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) (Abbildung 12). Was die neuen EU-Mitgliedstaaten und die Beitritts- bzw. Kandidatenländer betrifft, so liegen gut dokumentierte Schätzungen nur von der Tschechischen Republik, Polen und Slowenien vor, wo die Zahlen mit 3,6, 1,9 bzw. 5,3 je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren im unteren bis mittleren Bereich liegen. Das gewogene Mittel des problematischen Drogenkonsums in der EU beträgt wahrscheinlich vier bis sieben Fälle je 1 000 Erwachsene im Alter von 15 bis 64 Jahren. Dies entspricht 1,2 bis 2,1 Millionen problematischen Drogenkonsumenten in der EU, von denen ca. 850 000 bis 1,3 Millionen aktive injizierende Drogenkonsumenten sind. Diese Schätzungen sind jedoch bei weitem nicht verlässlich und müssen präzisiert werden, wenn mehr Daten aus den neuen Mitgliedstaaten vorliegen.

Lokalen und regionalen Schätzungen zufolge gibt es zwischen Städten und Regionen gravierende Unterschiede

⁽¹⁰⁴⁾ Weitere Einzelheiten sind den *Methodological notes on problem drug use* [Methodische Anmerkungen zum problematischen Drogenkonsum] im *Statistical Bulletin 2005* zu entnehmen.

⁽¹⁰⁵⁾ Siehe Tabelle PDU-1 im *Statistical Bulletin 2005*.

Abbildung 12: Schätzungen der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums, 1999 bis 2003
(Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkungen: 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 2005* 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 (siehe Tabelle PDU-3). Aufgrund der verschiedenen Methoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. Die spanischen Schätzungen berücksichtigen problematischen Kokainkonsum nicht; eine höhere Schätzung ist in den Tabellen PDU-2 und PDU-3 zu finden; in diesen Tabellen wird diese Gruppe zwar berücksichtigt, die Daten sind jedoch eventuell nicht zuverlässig.

Quellen: Nationale Knotenpunkte. Siehe auch EBDD (2003).

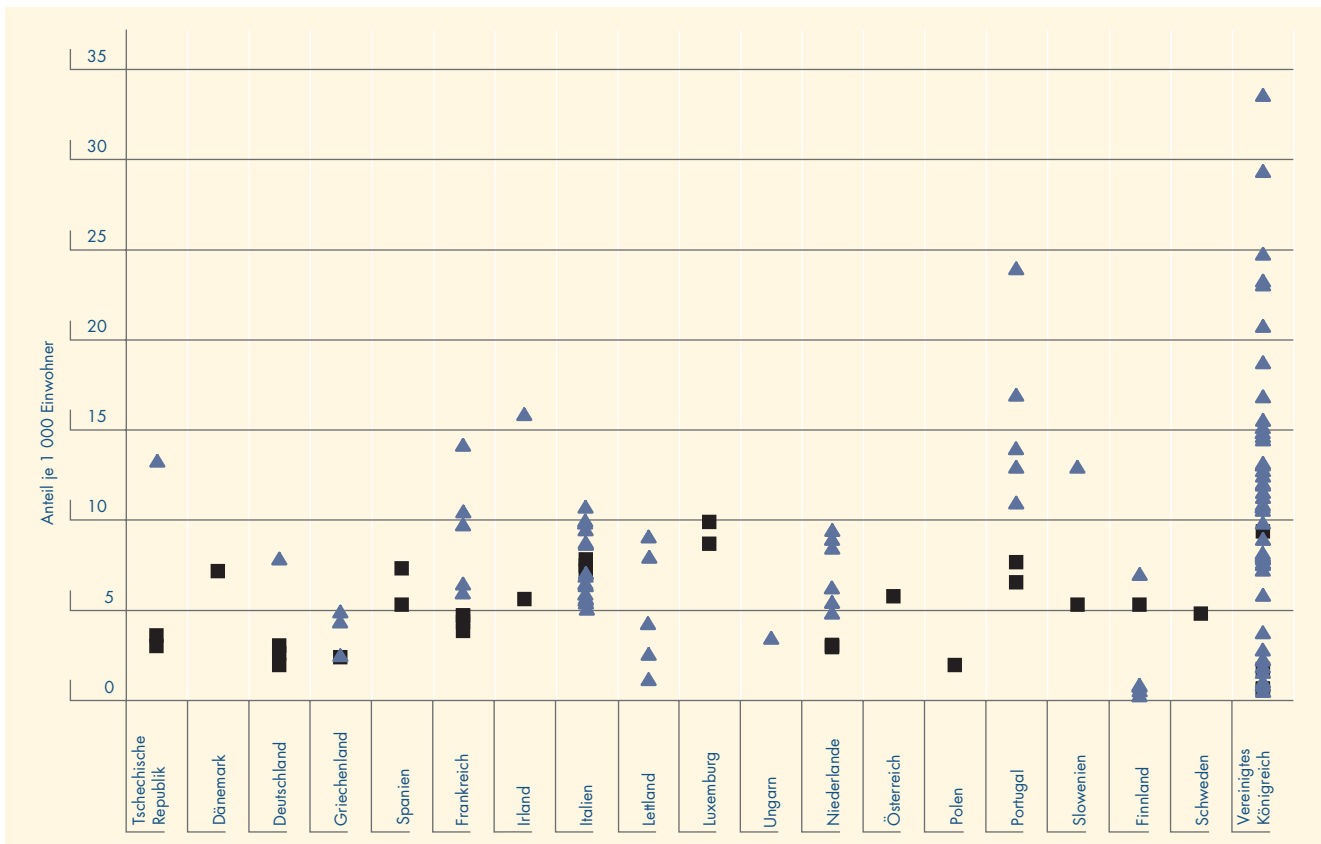
hinsichtlich der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums. Mit Raten von 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) und 25 (Teile von London) bis hin zu 29 (Dundee) und 34 (Glasgow) problematischen Drogenkonsumenten je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren wurden die höchsten lokalen Prävalenzschätzungen für den Zeitraum 1999 bis 2003 aus Irland, Portugal und dem Vereinigten Königreich gemeldet (Abbildung 13). Erhebliche geografische Unterschiede wurden jedoch auch auf lokaler Ebene festgestellt: In einem anderen Teil Londons liegen die Schätzungen bei sechs je 1 000 Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Dies legt den Schluss nahe, dass die Verfügbarkeit zuverlässiger lokaler Prävalenzschätzungen in vielen anderen Ländern verbessert werden muss, in denen unter Umständen besonders hohe (oder niedrige) lokale oder regionale Prävalenzraten vorliegen, die jedoch nicht erfasst werden.

Obwohl die Schätzmethoden wesentlich verbessert wurden, erschwert das Fehlen verlässlicher und konsistenter historischer Daten die Auswertung der Tendenzen des problematischen Drogenkonsums. Berichte aus einigen

Ländern über veränderte Schätzmethoden unter Zugrundelegung anderer Indikatordaten lassen erkennen, dass der problematische Drogenkonsum seit Mitte der 90er Jahre zugenommen hat (EBDD, 2004a); in einigen Ländern hat sich dieser jedoch offensichtlich in den letzten Jahren stabilisiert. Wiederholte Schätzungen sind für den Zeitraum 1999 bis 2003 aus 16 Ländern verfügbar (unter Einbeziehung Dänemarks und Schwedens, für die Daten für den Zeitraum 1998 bis 2001 vorliegen, und des Vereinigten Königreichs, das Daten für den Zeitraum 1996 bis 2001 bereitgestellt hat). Von diesen 16 Ländern berichten sechs über einen Anstieg des geschätzten problematischen Drogenkonsums (Dänemark, Finnland, Norwegen, Österreich, Schweden und das Vereinigte Königreich), fünf über eine stabile bzw. abnehmende Prävalenz (Tschechische Republik, Irland, Deutschland, Griechenland und Slowenien) und fünf (Spanien, Italien, Luxemburg, die Niederlande und Portugal) über unterschiedliche Tendenzen in Abhängigkeit von den herangezogenen Schätzmethoden, die zum Teil auf unterschiedliche Zielgruppen unter den problematischen Drogenkonsumenten zugeschnitten waren ⁽¹⁰⁶⁾.

⁽¹⁰⁶⁾ Siehe Abbildung PDU-4 im *Statistical Bulletin 2005*.

Abbildung 13: Nationale und lokale Schätzungen der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums, 1999 bis 2003
(Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkungen: Schwarzes Quadrat = Stichproben mit nationaler Erfassung; blaues Dreieck = Stichproben mit lokaler/regionaler Erfassung. Aufgrund der verschiedenen Methoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. Weitere Einzelheiten sind den Tabellen PDU-1, PDU-2 und PDU-3 im *Statistical Bulletin 2005* zu entnehmen. Das Muster der lokalen Prävalenzschätzungen ist stark davon abhängig, ob und an welchen Orten Studien durchgeführt wurden; soweit verfügbar können in lokalen Schätzungen für bestimmte Städte oder Regionen andere Prävalenzraten festgestellt werden als im nationalen Durchschnitt.

Quellen: Nationale Knotenpunkte. Siehe auch EBDD (2003).

Injizierender Drogenkonsum

Bei injizierenden Drogenkonsumenten (IDU) ist das Risiko schwer wiegender Folgen sehr hoch. Daher muss injizierender Drogenkonsum als eine Kernkategorie des problematischen Drogenkonsums gesondert betrachtet werden.

Trotz seiner großen Bedeutung für die öffentliche Gesundheit stellen nur wenige Länder nationale oder lokale Schätzungen für den injizierenden Drogenkonsum zur Verfügung. Verfügbaren Schätzungen auf nationaler Ebene zufolge liegen die Prävalenzraten zwischen einem und sechs Fällen je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, wobei zwischen den Ländern hinsichtlich der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums große Unterschiede bestehen⁽¹⁰⁷⁾. Luxemburg meldet mit etwa sechs Fällen je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren die höchsten nationalen Schätzungen für den injizierenden Drogenkonsum, während Griechenland mit nur einem Fall je 1 000 Erwachsene die niedrigste

Schätzung vorgelegt hat. Es liegen zwar nur sehr wenige Prävalenzschätzungen für den injizierenden Drogenkonsum vor, dennoch gibt es Hinweise darauf, dass die Prävalenz in Norwegen seit 1999 steigt, während in Portugal durch unterschiedliche Schätzmethoden verschiedene Tendenzen ermittelt wurden⁽¹⁰⁸⁾.

Die Analyse des Anteils der injizierenden Heroinkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, lässt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern und schwankende Tendenzen im Zeitverlauf erkennen⁽¹⁰⁹⁾. In einigen Ländern (in Spanien, den Niederlanden und Portugal) ist der Anteil der injizierenden Heroinkonsumenten relativ klein, wohingegen der injizierende Heroinkonsum in den meisten anderen Ländern noch immer die Norm darstellt. In einigen der alten EU-Mitgliedstaaten, für die Daten zur Verfügung stehen (in Dänemark, Spanien, Frankreich, Griechenland, Italien und dem Vereinigten Königreich) ist der injizierende Heroinkonsum unter in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten zurückgegangen. In den meisten

⁽¹⁰⁷⁾ Siehe Abbildung PDU-2 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁰⁸⁾ Siehe Abbildung PDU-5 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁰⁹⁾ Siehe Abbildung PDU-3 im *Statistical Bulletin 2005*.

neuen Mitgliedstaaten, zumindest in jenen, für die Daten vorliegen, injizieren jedoch fast alle in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten.

Daten zur Behandlungsnachfrage

Es ist bekannt, dass 60 % aller Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Opiaten stehen, obwohl in vielen Fällen die Primärdroge nicht erfasst wird. Über die Hälfte (54 %) dieser Opiatpatienten sind bekanntermaßen injizierende Drogenkonsumenten, während bei 10 % nicht feststeht, ob sie injizieren. Ferner werden Opiate von etwa 10 % der Erstpazienten als Sekundärdroge genannt ⁽¹¹⁰⁾.

In vielen Ländern werden nach wie vor Opiate (vor allem Heroin) von den meisten Patienten, die sich in Behandlung begeben, als Primärdroge angegeben, wobei jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt wurden. Je nach dem Anteil der Heroinabhängigen an den sich in Behandlung begebenden Drogenkonsumenten lassen sich die EU-Länder und die Beitritts- bzw.

Kandidatenländer grob in drei Gruppen unterteilen:

- unter 40 % – Tschechische Republik, die Niederlande, Polen, Finnland, Schweden;
- 50–70 % – Dänemark, Deutschland, Spanien, Irland, Zypern, Lettland, Slowakei, Rumänien;
- über 70 % – Frankreich, Griechenland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, Slowenien, Vereinigtes Königreich, Bulgarien ⁽¹¹¹⁾.

Die Prävalenz der Opiatpatienten, die über viele Jahre hinweg behandelt werden, steigt den Berichten zufolge, während die Inzidenz neuer Behandlungsnachfragen aufgrund von Opiatkonsum zurückgeht (Nationale Reitox-Berichte, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Für einige Länder können die Tendenzen des Heroinkonsums unter in Behandlung befindlichen Erstpazienten von 1996 bis 2003 verfolgt werden. Danach ist die absolute Zahl der Heroinkonsumenten, die eine Behandlung beantragen, insgesamt zurückgegangen.

Der relative Anteil der Opiatpatienten an den Erstpazienten ist noch stärker gesunken, da die Zahl der gemeldeten Patienten, die andere Drogen als Primärdroge angaben, gestiegen ist. Dies wiederum könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass manche Opiatpatienten von Heroin auf Kokain umgestiegen sind (Ouweland et al., 2004), zum anderen aber auch auf eine Differenzierung des Behandlungssystems, das für andere problematische Drogenkonsumenten leichter zugänglich geworden ist, oder auf die verringerte Inzidenz des problematischen Drogenkonsums (Nationaler Bericht der Niederlande).

Hinsichtlich dieser Tendenz wurden in den letzten zehn Jahren Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt, wobei in Dänemark, Deutschland, den Niederlanden, der Slowakei und Finnland ein starker Rückgang und in Bulgarien und dem Vereinigten Königreich ein moderater Anstieg der Zahl der Heroinpazienten verzeichnet wurde ⁽¹¹²⁾.

Die Analyse der Daten über Erstpazienten, die an einer Therapie in ambulanten Behandlungseinrichtungen teilnehmen, ermöglicht eine detailliertere Darstellung des Profils der Opiatkonsumenten. Auf jede Frau, die eine Erstbehandlung beantragt und Opiate als Primärdroge angibt, kommen 2,8 Männer. Zwischen den Ländern gibt es jedoch erhebliche Unterschiede im Verhältnis zwischen Männern und Frauen: Es variiert zwischen 5:1 und 2:1, mit Ausnahme von Zypern, wo der Quotient sehr hoch ist (11:1) und Schweden, wo er sehr niedrig ist (0,9:1) und der Anteil der Frauen an den Opiatkonsumenten den der Männer überwiegt ⁽¹¹³⁾.

Die meisten Opiatkonsumenten sind zwischen 20 und 34 Jahre alt, und in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren beantragt mehr als die Hälfte der Patienten eine Therapie wegen Opiatkonsums. Den Berichten zufolge gehören die Opiatpatienten zunehmend einer höheren Altersgruppe an. Beispielsweise sind in den Niederlanden etwa 40 % der neuen Opiatpatienten über 40 Jahre alt. Ausnahmen stellen hier Rumänien und Slowenien dar, wo die Opiatpatienten überwiegend sehr jung sind (15 bis 19 Jahre) ⁽¹¹⁴⁾.

Die meisten Opiatpatienten geben an, erstmals im Alter zwischen 15 und 24 Jahren Opiate konsumiert zu haben, wobei etwa 50 % der Patienten jünger als 20 Jahre waren, als sie die Droge zum ersten Mal konsumiert haben ⁽¹¹⁵⁾. Der Vergleich des Alters beim Erstkonsum mit dem Alter bei der ersten Therapie zeigt, dass zwischen dem Erstkonsum und der ersten Behandlungsnachfrage in der Regel fünf bis zehn Jahre vergehen. Der Erstkonsum von Opiaten in einem jungen Alter geht häufig mit einer Reihe von Verhaltensproblemen und sozialer Deprivation einher (Nationaler Bericht der Vereinigten Königreichs).

In den meisten Ländern konsumieren 60 % bis 90 % der Opiatpatienten die Droge täglich, während einige Patienten während des letzten Monats keine Opiate konsumiert haben oder die Droge nur gelegentlich einnehmen. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass diese Patienten den Drogenkonsum einstellen, bevor sie sich in Behandlung begeben ⁽¹¹⁶⁾.

40 % der Patienten injizieren, weitere 40 % rauchen oder inhalieren die Droge. Hinsichtlich der Art des Konsums gibt es den Berichten zufolge Unterschiede zwischen den

⁽¹¹⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹¹¹⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹¹²⁾ Siehe Tabelle TDI-3 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹¹³⁾ Siehe Tabelle TDI-22 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹¹⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-10 (Teil iii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹¹⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-11 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹¹⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-18 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*. Lediglich Deutschland berichtet, dass 70 % der Erstpazienten Opiate gelegentlich konsumieren oder während des letzten Monats keine Opiate eingenommen haben.

alten und den neuen Mitgliedstaaten⁽¹¹⁷⁾ (Abbildung 14): Der Anteil der injizierenden Opiatkonsumenten lag in den neuen Mitgliedstaaten bei über 60 % und in den alten Mitgliedstaaten unter 60 % (mit Ausnahme Finnlands, wo der Anteil der injizierenden Opiatkonsumenten unter den Patienten 78,4 % beträgt). Der niedrigste Anteil der injizierenden Opiatpatienten wird aus den Niederlanden gemeldet (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Viele Erstpazienten konsumieren neben den Opiaten noch andere Drogen, häufig Cannabis (47 %) oder Alkohol (24 %). Dabei wurden jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festgestellt: In der Tschechischen Republik und der Slowakei konsumiert nahezu die Hälfte der Patienten Opiate in Kombination mit anderen Stimulanzien als Kokain; in Griechenland und Malta konsumieren 18 % bzw. 29 % der Patienten Opiate in Verbindung mit Kokain als Sekundärdroge; in Finnland geben 37 % der Opiatkonsumenten (vor allem Konsumenten von Buprenorphin) als Sekundärdrogen Hypnotika und Sedativa (in erster Linie Benzodiazepine) an ⁽¹¹⁹⁾.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

HIV und Aids

Jüngste Tendenzen bei den gemeldeten HIV-Fällen

Nach massiven HIV-Epidemien in Osteuropa hat sich HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten in den neuen baltischen EU-Mitgliedstaaten epidemisch verbreitet (EuroHIV, 2004) (siehe Kasten „HIV und Aids in Osteuropa“). Die Raten der neu diagnostizierten Fälle erreichten in Estland und Lettland im Jahr 2001 und in Litauen im Jahr 2002 ihren Höhepunkt. In letzter Zeit sind die Raten jedoch drastisch gesunken. Dieses Muster ist typisch für HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten. Es ist darauf zurückzuführen, dass sich die am meisten gefährdete Kerngruppe der injizierenden Drogenkonsumenten binnen sehr kurzer Zeit infiziert und die Inzidenzrate anschließend aufgrund der geringen verbleibenden Zahl gefährdeter injizierender Drogenkonsumenten zurückgeht, um sich schließlich auf einem Niveau zu stabilisieren, das von der Zahl der neuen stark gefährdeten injizierenden Drogenkonsumenten abhängig ist. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass auch eine Verhaltensänderung stattgefunden hat, die gegebenenfalls teilweise auf spezielle Maßnahmen zurückzuführen sein könnte (siehe „Prävention bei drogenbedingten Infektionskrankheiten“, S. 71).

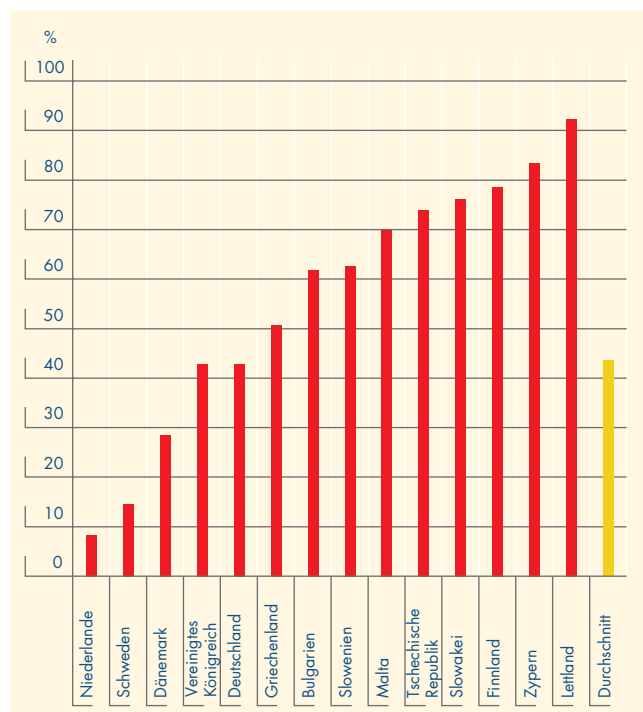
In den EU-15-Ländern sind die Raten der neu diagnostizierten HIV-Fälle in den letzten Jahren niedrig geblieben. Die einzige Ausnahme bildet Portugal. Die Vergleiche auf EU-Ebene sind jedoch unvollständig, da die

Berichtsdaten über HIV-Fälle in einigen der am stärksten von Aids betroffenen Ländern entweder nach wie vor nicht verfügbar sind (Spanien und Italien) oder erst seit kurzem bereitgestellt werden (Frankreich). Portugal verzeichnete zwar 2003 mit 88 Fällen je eine Million Einwohner eine sehr hohe Inzidenzrate, jedoch auch einen starken Rückgang seit 2000 (als die Rate bei 245 Fällen je eine Million Einwohner lag). Dieser Rückgang ist mit Vorsicht zu interpretieren, da Portugal erst seit dem Jahr 2000 an der Übermittlung von Daten auf europäischer Ebene teilnimmt.

HIV-Seroprävalenz

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

Abbildung 14: Anteil der ambulanten Erstpazienten, die Opiate injizieren, an der Gesamtzahl neuer Opiatpatienten nach Land, 2003



Anmerkung: Es sind ausschließlich die Länder erfasst, in denen es Patienten gibt, die Opiate als Primärdroge konsumieren, und/oder Länder, die Daten bereitgestellt haben.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004).

⁽¹¹⁷⁾ Nur Länder, für die Daten verfügbar waren.

⁽¹¹⁸⁾ Siehe Tabelle TDI-17 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹¹⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-25 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005*. Siehe auch das ausgewählte Thema Buprenorphin. Jeder Patient kann bis zu vier Sekundärdrogen angeben.

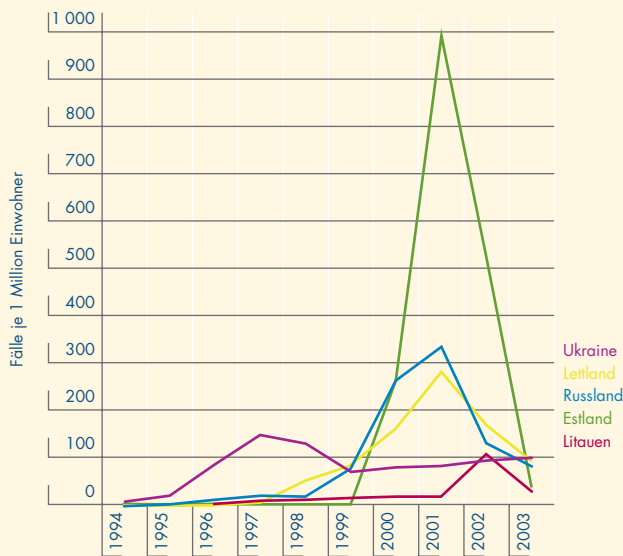
Die jüngsten in den Berichten über HIV-Fälle verzeichneten Anstiege werden zumeist durch die verfügbaren Seroprävalenzdaten bestätigt. In Lettland beispielsweise

HIV und Aids in Osteuropa

In jüngster Zeit war eine massive epidemische Ausbreitung des Human-Immunschwäche-Virus unter injizierenden Drogenkonsumenten in Russland und der Ukraine sowie in den baltischen EU-Mitgliedstaaten zu beobachten. Im Jahr 2001 erreichte die Rate der neu diagnostizierten Infektionen im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogenkonsum in Estland und der Russischen Föderation mit 991 bzw. 333 Fällen je eine Million Einwohner ihren Höhepunkt. In der Ukraine jedoch wurde mit 146 Fällen je eine Million Einwohner der Höchststand bereits 1997 verzeichnet. Dies war eine Folge der weit verbreiteten Übertragung durch injizierende Drogenkonsumenten. Danach gingen die Raten der neu diagnostizierten HIV-Infektionen im Zusammenhang mit injizierenden Drogenkonsumenten zurück, stiegen jedoch in letzter Zeit erneut an.

Die Inzidenz von Aids unter injizierenden Drogenkonsumenten nimmt in Lettland und der Ukraine rasch zu, was auf ein unzureichendes Angebot von antiviralen Therapien und einen mangelhaften Zugang zu diesen Behandlungen hinweist (siehe „Hochaktive antiretrovirale Therapie in der europäischen Region der WHO“, S. 69).

Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in ausgewählten EU-Ländern, Russland und der Ukraine, nach Berichtsjahr



Quelle: Europäisches Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV) (2004).

stieg die in nationalen Behandlungsstichproben getesteter IDU festgestellte Prävalenzrate von 1,5 % (5/336) im Jahr 1997 auf 14 % (302/2 203) im Jahr 2001 und fiel anschließend auf 7 % (65/987) im Jahr 2003. In Österreich, wo für IDU keine Berichtsdaten über HIV-Fälle vorliegen, weist die HIV-Prävalenz in nationalen Stichproben von (unmittelbar) drogenbedingten Todesfällen auf einen moderaten Anstieg von 1 % (1/117) im Jahr 1998 auf 7 % (11/163) im Jahr 2003 hin; aufgrund der niedrigen Zahlen ist die Tendenz jedoch statistisch nicht signifikant.

In den Jahren 2002 und 2003 variierte die HIV-Prävalenz unter IDU, vor allem unter jenen, die in Drogenbehandlung waren, sowohl innerhalb der Länder als auch zwischen ihnen und reichte von 0 % in Bulgarien, Ungarn, Slowenien und der Slowakei bis zu einem Höchstwert von 37,5 % (54/144) in einer italienischen Stadt (2003, Bozen – Konsumenten in Behandlung und Gefängnissen) ⁽¹²⁰⁾. Die höchsten Prävalenzraten in nationalen Stichproben (über 10 % in den Jahren 2002/2003) wurden in Italien, Lettland und Portugal festgestellt ⁽¹²¹⁾; in Spanien deuten die Daten für 2001 auf eine sehr hohe Prävalenz hin, jüngere Daten fehlen jedoch ⁽¹²²⁾. Die höchsten Prävalenzraten in regionalen und lokalen Stichproben (über 20 % in den Jahren 2002/2003) wurden aus Spanien, Italien, Lettland und Polen ⁽¹²³⁾ gemeldet, wobei jedoch aus einigen Ländern und Gebieten, die in den Vorjahren hohe Prävalenzraten aufwiesen, noch keine neueren Daten vorliegen. In Lettland und Polen deutet die in lokalen Untersuchungen festgestellte sehr hohe Prävalenz unter jungen IDU auf kürzlich erfolgte Übertragungen von HIV hin ⁽¹²⁴⁾. In der polnischen Studie wird diese kürzlich erfolgte Übertragung durch eine Prävalenzrate von 23 % bei einer Stichprobe von 127 neuen injizierenden Drogenkonsumenten bestätigt ⁽¹²⁵⁾.

Auch hinsichtlich der Tendenzen im Zeitverlauf gibt es bei der Prävalenz Unterschiede zwischen den Ländern. Zwar kam es im Baltikum in letzter Zeit zu HIV-Ausbrüchen, die HIV-Seroprävalenzdaten aus Stichproben von IDU lassen jedoch einen Rückgang seit Mitte der 90er Jahre in einigen der am meisten betroffenen Länder (Spanien, Frankreich, Italien) sowie eine Stabilisierung in den letzten Jahren ⁽¹²⁶⁾ erkennen. Bei einer hohen und stabilen Seroprävalenz ist es jedoch wahrscheinlich, dass HIV weiterhin übertragen wird. In Spanien weisen die Daten für neue IDU eindeutig auf eine fortgesetzte und sogar verstärkte Übertragung im Zeitraum zwischen 1999 und 2000 hin. In einigen anderen Ländern (Frankreich 2001 bis 2003, Portugal 1999 bis 2000) deuten die lokalen und regionalen Daten über neue und junge IDU auf eine gewisse (erhöhte) Übertragung hin, die Stichproben sind jedoch zu klein, um statistisch signifikante Tendenzen feststellen zu können ⁽¹²⁷⁾. Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass in mehreren Ländern die HIV-Prävalenz unter IDU im Zeitraum

⁽¹²⁰⁾ Siehe Abbildung INF-3 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹²¹⁾ Die Daten für Portugal und Italien beziehen sich nicht ausschließlich auf IDU und könnten daher die Prävalenz unter IDU zu niedrig ansetzen.

⁽¹²²⁾ Siehe Tabelle INF-1 und INF-8 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹²³⁾ Siehe Tabelle INF-8 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹²⁴⁾ IDU unter 25 Jahren: 33 % Infizierte von 55 jungen IDU in Polen und 20 % von 107 jungen IDU in Lettland.

⁽¹²⁵⁾ Siehe Tabelle INF-10 und Abbildung INF-4 sowie INF-5 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹²⁶⁾ Siehe Abbildung INF-16 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹²⁷⁾ Siehe Abbildung INF-26 und INF-27 im *Statistical Bulletin 2005*.

2002/2003 nach wie vor sehr niedrig war. Die Prävalenz von HIV lag in der Tschechischen Republik, Griechenland (nationale Daten), Ungarn, Slowenien, der Slowakei, Finnland, Rumänien (Daten nur für 2001), Bulgarien und Norwegen (Daten für Oslo) unter 1 %. Einige dieser Länder (z. B. Ungarn) wiesen sowohl bei der HIV-Prävalenz als auch bei der Prävalenz des Hepatitis-C-Virus (HCV) die EU-weit niedrigsten Raten auf, was auf ein niedriges Risiko für IDU hinweist (siehe Abschnitt „Hepatitis B und C“ unten).

Aids-Inzidenz

In Lettland ist die Aids-Inzidenz unter IDU von 0 Fällen im Jahr 1997 auf schätzungsweise 19 Fälle je eine Million Einwohner in den Jahren 2002 und 2003 gestiegen ⁽¹²⁸⁾. Das EU-Land mit der höchsten Inzidenz ist jedoch nach wie vor Portugal mit 33 Fällen je eine Million Einwohner, obwohl die Inzidenz hier seit 1999 zurückgeht. Die Aids-Inzidenz unter IDU in der EU hat Anfang der 90er Jahre ihren Höhepunkt erreicht und ist danach gesunken. Das am stärksten betroffene Land ist seit jeher Spanien, wo die Inzidenz 1994 mit 124 Fällen je eine Million Einwohner ihren Höhepunkt erreichte. Bis 2003 ist diese Zahl jedoch auf schätzungsweise 16 Fälle je eine Million Einwohner zurückgegangen.

Der Rückgang der Aids-Inzidenz Ende der 90er Jahre ist das Ergebnis der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) im Jahr 1996, die dem Ausbruch von Aids bei HIV-Infizierten vorbeugt (siehe Kasten zu HAART). Bei IDU haben unter Umständen auch HIV-Präventionsmaßnahmen eine große Rolle gespielt, und in einigen Ländern dürfte auch die Abnahme der Zahl der injizierenden Konsumenten ein wichtiger Faktor gewesen sein (siehe „Injizierender Drogenkonsum“, S. 65).

Die jährlichen Inzidenzdaten zeigen, dass bis 2002 die meisten neuen Aids-Fälle in der EU mit dem intravenösen Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht werden konnten. Anschließend wurde diese Form der Übertragung durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr abgelöst, was auf Veränderungen in der Epidemiologie von HIV in den Vorjahren schließen lässt (Abbildung 15). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es hinsichtlich der Infektionsmuster zuweilen große Unterschiede zwischen einzelnen Ländern gibt ⁽¹²⁹⁾.

Hepatitis B und 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 ⁽¹³⁰⁾. Für die Jahre 2002/2003 werden aus Belgien, Estland, Griechenland, Italien, Polen, Portugal und Norwegen Prävalenzraten von über 60 % bei Stichproben von injizierenden Drogenkonsumenten

Hochaktive antiretrovirale Therapie in der europäischen Region der WHO

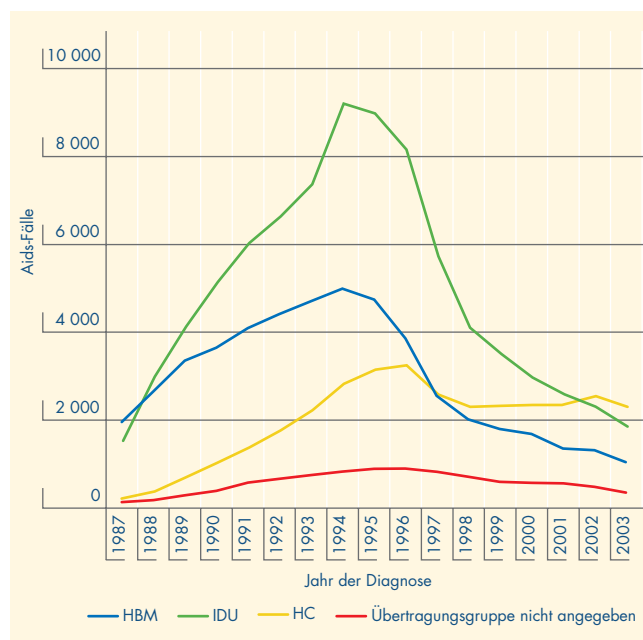
Schätzungen der WHO über den Erfassungsgrad der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) zufolge haben in der EU und den meisten mitteleuropäischen Ländern über 75 % der behandlungsbedürftigen Menschen Zugang zu HAART.

In den baltischen Staaten wird der Erfassungsgrad jedoch in Estland und Litauen als „schwach“ (25 % bis 50 %) und in Lettland als „sehr schwach“ (unter 25 %) eingeschätzt. In den meisten Ländern Osteuropas wird der Erfassungsgrad ebenfalls als „sehr schwach“ eingeschätzt.

Schätzungen über den Erfassungsgrad speziell für injizierende Drogenkonsumenten sind nicht verfügbar, jedoch haben Studien ergeben, dass für IDU häufig ein größeres Risiko besteht, keinen angemessenen Zugang zu HAART zu erhalten, als für Menschen, die sich auf anderem Wege infiziert haben.

Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa, Europäische Datenbank Gesundheit für alle (<http://www.euro.who.int/hfad/b?language=German>) (Abfrage vom 8. März 2005).

Abbildung 15: Aids-Fälle nach Übertragungsgruppe und Jahr der Diagnose (1987 bis 2003), um Meldeverzögerungen korrigiert, EU



Anmerkungen: Die Daten betreffen die drei wichtigsten Übertragungsgruppen sowie die Fälle, für die keine Übertragungsgruppe gemeldet wurde. HBM = homosexuelle und bisexuelle Männer; IDU = injizierende Drogenkonsumenten; HC = heterosexuelle Kontakte. Daten für Frankreich, die Niederlande (Daten für den gesamten Zeitraum nicht verfügbar) und Zypern (keine Daten verfügbar) sind nicht eingeschlossen.

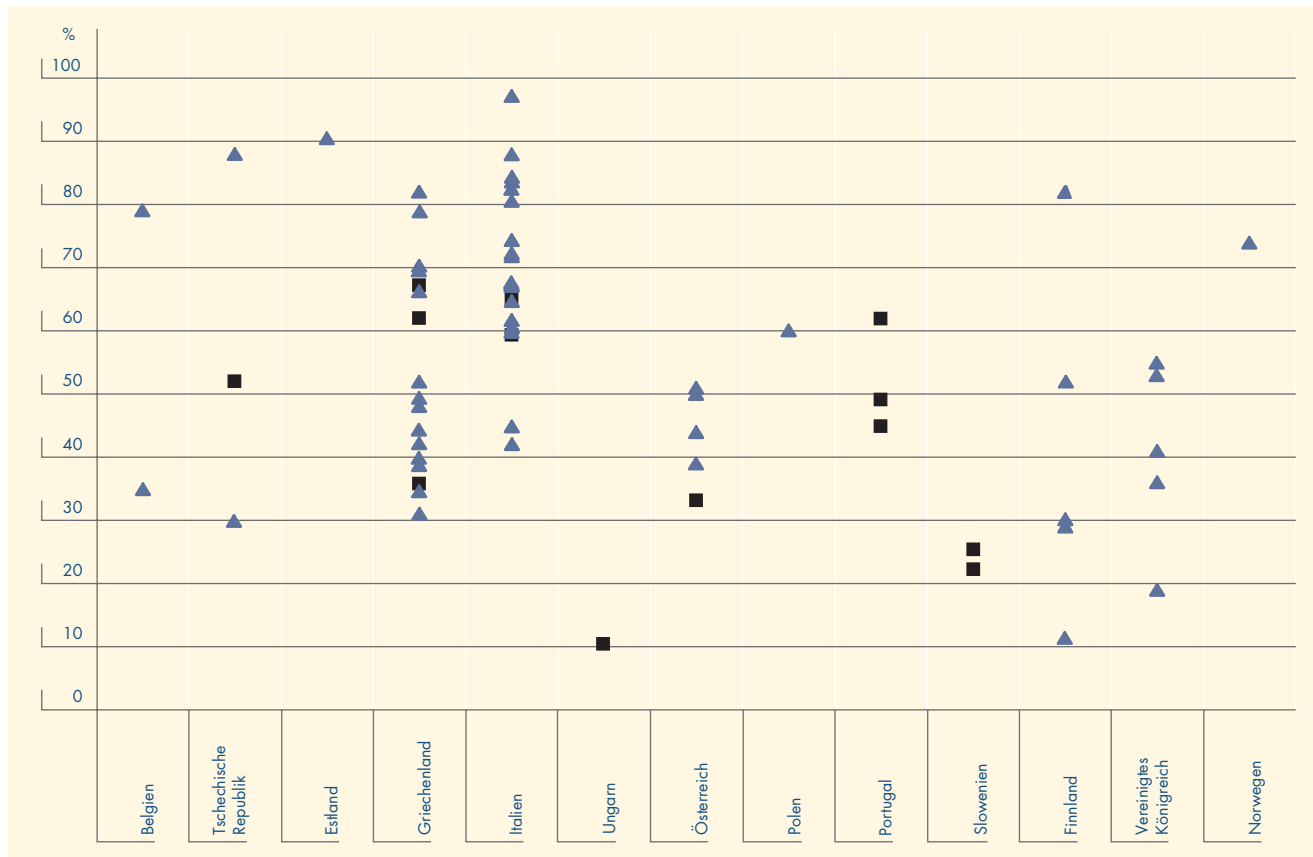
Quelle: EuroHIV; Daten gemeldet bis zum 31. Dezember 2003.

⁽¹²⁸⁾ Siehe Abbildung INF-1 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹²⁹⁾ Siehe Abbildung INF-2 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹³⁰⁾ Siehe Tabelle INF-2 und INF-11 im *Statistical Bulletin 2005*.

Abbildung 16: Nationale und lokale Schätzungen über die HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, 2002/2003



Anmerkungen: Schwarzes Quadrat = Stichproben mit nationaler Erfassung; blaues Dreieck = Stichproben mit lokaler/regionaler Erfassung. Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind aufgrund der verschiedenen Milieus und/oder Erhebungsmethoden mit Vorsicht zu interpretieren; die nationalen Strategien der Stichprobenerhebung können voneinander abweichen. In den Daten für Spanien und Portugal sowie in einigen der Daten für die Tschechische Republik werden nicht injizierende Drogenkonsumenten berücksichtigt; dies führt eventuell zu einer Unterschätzung der Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten (der Anteil der nicht injizierenden Drogenkonsumenten in den Stichproben ist nicht bekannt). Die Daten für Portugal, Slowenien und die Slowakei beschränken sich auf die HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in Behandlung und sind deshalb unter Umständen nicht repräsentativ für die HCV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte (2004). Primärquellen, Einzelheiten zu den Studien sowie Daten für den Zeitraum vor 2002 sind der Tabelle INF-11 im *Statistical Bulletin 2005* zu entnehmen.

gemeldet, während Belgien, die Tschechische Republik, Griechenland, Ungarn, Österreich, Slowenien, die Slowakei, Finnland und das Vereinigte Königreich über Stichproben mit Prävalenzraten unter 40 % berichten (Abbildung 16) ⁽¹³¹⁾.

Prävalenzdaten für junge IDU (unter 25 Jahren) sind nur aus einigen wenigen Ländern verfügbar und beruhen zum Teil auf kleinen Stichproben. Den verfügbaren Daten zufolge wurden bei jungen injizierenden Drogenkonsumenten in den Jahren 2002/2003 in Stichproben aus Griechenland, Österreich und Polen die höchsten Prävalenzraten (über 40 %) und in Stichproben aus Ungarn, Slowenien, Finnland und dem Vereinigten Königreich die niedrigsten Prävalenzraten (unter 20 %) ermittelt ⁽¹³²⁾. Über die HCV-Prävalenz unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten (die seit weniger als zwei Jahren injizieren) liegen noch weniger Daten vor,

jedoch geht aus den für die Jahre 2002/2003 verfügbaren Informationen hervor, dass in Stichproben aus Belgien und Polen die höchsten (über 40 %) und in Stichproben aus der Tschechischen Republik, Griechenland und Slowenien die niedrigsten (unter 20 %) Prävalenzraten festgestellt wurden ⁽¹³³⁾. Den Meldedaten bezüglich Hepatitis C für den Zeitraum 1992-2003 zufolge machen in den Ländern, die Daten bereitgestellt haben, IDU die große Mehrheit der gemeldeten Fälle von Hepatitis C aus (die Meldungen sind zumeist auf diagnostizierte Fälle akuter Infektionen beschränkt) (Abbildung 17).

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 ⁽¹³⁴⁾. Die vollständigsten Daten liegen für den Marker Anti-HBc vor, der auf Infektionen in der Vergangenheit hinweist. Bei negativ getesteten Personen ist somit eine Impfung möglich. Für den Zeitraum 2002/2003 wurden

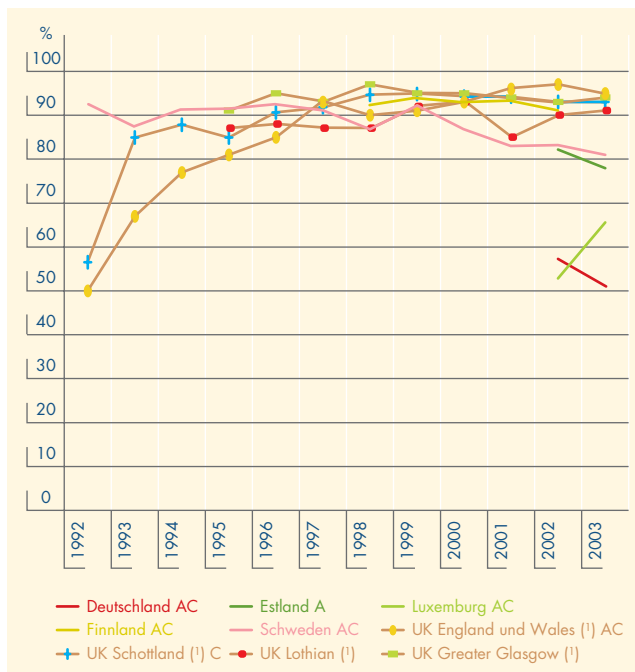
⁽¹³¹⁾ Siehe auch Abbildung INF-21 im *Statistical Bulletin 2005* und Matheï et al., 2005.

⁽¹³²⁾ Siehe Tabelle INF-12 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹³³⁾ Siehe Tabelle INF-13 und Abbildung INF-7 sowie INF-8 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹³⁴⁾ Siehe Tabelle INF-3, INF-14 und INF-15 im *Statistical Bulletin 2005*.

Abbildung 17: Gemeldete Fälle von Hepatitis C, Anteil der für injizierende Drogenkonsumenten gemeldeten Fälle, 1992 bis 2003



(!) Die Daten beziehen sich nicht auf die nationale Ebene.
 Anmerkungen: A = akute Fälle; AC = akute und chronische Fälle; C = chronische Fälle.
 Quellen: Nationale Knotenpunkte.

IDU-Stichproben mit Prävalenzraten über 60 % aus Belgien, Estland und Italien gemeldet, während Belgien, Spanien, Italien, Österreich, Portugal, Slowenien, die Slowakei und das Vereinigte Königreich über Stichproben mit Prävalenzraten unter 30 % berichteten ⁽¹³⁵⁾. Für die Länder, aus denen Meldedaten bezüglich Hepatitis B verfügbar sind, belegen diese für den Zeitraum 1992 bis 2003 einen zunehmenden Anteil von IDU ⁽¹³⁶⁾. 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 (Blystad et al., 2005).

Ein kurzer Überblick über andere drogenbedingte Infektionskrankheiten ist dem Jahresbericht 2004 zu entnehmen (<http://ar2004.emcdda.eu.int/de/page074-de.html>).

Prävention bei drogenbedingten Infektionskrankheiten

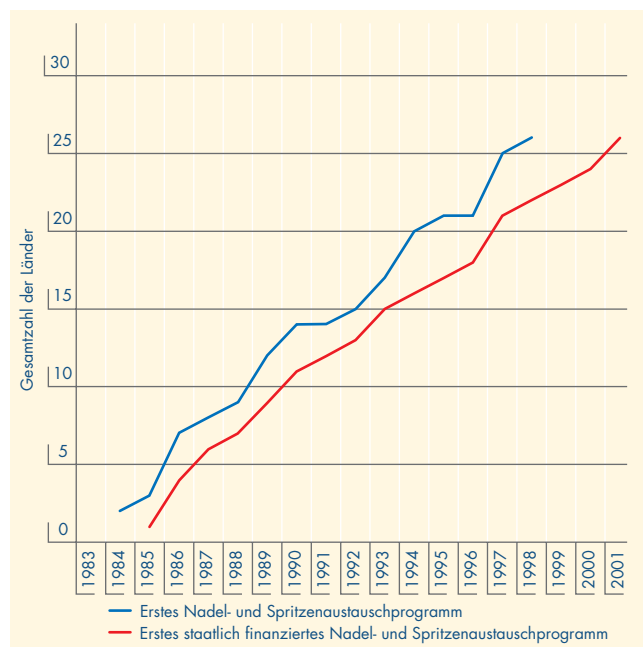
Die nationale Politik der Mitgliedstaaten unterscheidet sich zwar in Abhängigkeit von deren Drogensituation und dem gegebenen politischen Kontext, es gibt jedoch auch zunehmend Hinweise darauf, dass auf europäischer Ebene ein Konsens über die Schlüsselfaktoren im Entstehen begriffen ist, die für eine effiziente Bekämpfung von HIV

und anderen Infektionskrankheiten bei IDU erforderlich sind ⁽¹³⁷⁾. Zu den geeigneten Maßnahmen gehören unter anderem ein verbesserter Zugang zu Drogentherapien (WHO, 2005), die Entwicklung niedrigschwelliger Hilfsdienste, die Bereitstellung sterilen Zubehörs sowie Bildungsprogramme. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die einzelnen Länder diesen Hilfsdiensten unterschiedliche Bedeutung beimessen. Besonders wichtig ist die ausreichende Verfügbarkeit der oralen Substitutionsbehandlung für injizierende Opiatkonsumenten, da diese die mit einem hohen Risiko einer HIV-Übertragung verbundenen drogenbedingten Verhaltensweisen erheblich reduziert (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Verfügbarkeit von Nadeln und Spritzen

Als unmittelbare Reaktion auf die drohende HIV-Epidemie unter injizierenden Drogenkonsumenten begann man in der Europäischen Union Mitte der 80er Jahre mit der Durchführung von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen, die im Laufe der 90er Jahre zügig Verbreitung gefunden haben (Abbildung 18). 1993 gab es in über der Hälfte der derzeitigen 25 EU-Mitgliedstaaten sowie in Norwegen bereits staatlich finanzierte Programme. Heute sind Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Bulgarien, Rumänien und Norwegen sowie in allen EU-Ländern verfügbar. Eine Ausnahme bildet Zypern, wo jedoch steriles Zubehör in Apotheken frei

Abbildung 18: Einführung von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in 23 EU-Mitgliedstaaten, Norwegen und Bulgarien



Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004).

⁽¹³⁵⁾ Siehe Abbildung INF-9, INF-10, INF-22 und INF-23 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹³⁶⁾ Siehe Abbildung INF-14 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹³⁷⁾ Bei zwei Konferenzen haben die europäischen Regierungsvertreter kürzlich ihre Partnerschaft in der Bekämpfung von HIV/Aids bekräftigt und Maßnahmen festgelegt, um die Initiativen in diesem Bereich zu verstärken (Erklärung von Dublin, Februar 2004, und Erklärung von Wilna, September 2004). Alle wichtigen Dokumente der EU im Zusammenhang mit HIV/Aids können auf der Website der Europäischen Kommission zur öffentlichen Gesundheit (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm) abgerufen werden.

erhältlich ist und derzeit ein offizielles Nadel- und Spritzenaustauschprogramm geprüft wird⁽¹³⁸⁾. Nach der Einführung solcher Programme in einem Land nimmt die geografische Verbreitung von Stellen für den Austausch von Nadeln und Spritzen in der Regel kontinuierlich zu. Viele Länder haben bereits eine flächendeckende Versorgung verwirklicht, wobei Apotheken in mehreren Mitgliedstaaten wichtige Partner sind. In Schweden jedoch ist es bei den beiden Programmen geblieben, die 1986 im Süden des Landes eingeleitet wurden, und in Griechenland werden die Austauschprogramme in begrenzter Zahl und ausschließlich in Athen angeboten⁽¹³⁹⁾.

In den EU-Ländern und Norwegen sind Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in der Regel fester Bestandteil der Arbeit niedrigschwelliger Drogenberatungsdienste (siehe Kasten „Verbesserung des Zugangs zu Diensten“), der aufsuchenden Sozialarbeit und der Obdachlosenbetreuung. Dienste mit einer niedrigen Zugangsschwelle haben gute Chancen, schwer zugängliche Gruppen aktiver Drogenkonsumenten zu erreichen, und können somit wichtige Ausgangspunkte für Kontakte, Prävention, Bildung und Beratung sowie für Überweisungen in Therapien darstellen. Ferner wird in zunehmendem Maße anerkannt, dass niedrigschwellige Dienste eine unverzichtbare Plattform für die medizinische Grundversorgung, das Angebot von Untersuchungen und Impfungen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten sowie die antivirale Behandlung von Menschen sind, die aus den unterschiedlichsten Gründen unter Umständen Schwierigkeiten haben, Zugang zu den offiziellen Gesundheitsdiensten zu finden.

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme werden von 16 Mitgliedstaaten und Norwegen als einer der wichtigsten Ansätze für die Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten und von weiteren sechs Staaten als ein gängiges Konzept genannt. Zwei Drittel der EU-Länder betrachten diese Programme als vorrangige politische Maßnahme zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten⁽¹⁴⁰⁾.

Belege für die Wirksamkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen

Bereits in den 80er Jahren wurden wissenschaftliche Forschungen über die Wirksamkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen hinsichtlich der Eindämmung von HIV/Aids unter injizierenden Drogenkonsumenten durchgeführt⁽¹⁴¹⁾. Einem von der WHO im Jahr 2004 veröffentlichten Überblick über die einschlägige Literatur zufolge gibt es zwingende Beweise dafür, dass die erhöhte Verfügbarkeit und Nutzung steriler Spritzbestecke die Prävalenz von HIV-Infektionen unter IDU erheblich verringert. Auf der anderen Seite gibt es keinen Beleg für größere unbeabsichtigte negative Folgen (WHO, 2004). Bei der Untersuchung wurde jedoch der Schluss

Verbesserung des Zugangs zu Diensten

Der Begriff „niedrigschwellig“ beschreibt Einrichtungen, die den Drogenkonsumenten den Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdiensten erleichtern sollen. Um die Zugangsschwelle zu senken, werden die Dienste an speziellen Standorten angeboten. Ihre Öffnungszeiten sind an die Bedürfnisse ihrer Klientel angepasst, so dass diese Dienste auch am späten Abend oder nachts erreichbar sind. Niedrigschwellige Dienste bieten ihre Hilfe häufig auch durch aufsuchende Sozialarbeiter an. Die Inanspruchnahme der Leistungen dieser Dienste erfordert nur wenig bürokratischen Aufwand und ist häufig kostenlos. Darüber hinaus ist sie nicht mit einer Verpflichtung für die Betroffenen verbunden, drogenfrei zu sein oder zu werden. Zielgruppe solcher Dienste sind aktuelle Konsumenten, die niemals Kontakt zu anderen Drogen- und Gesundheitsdiensten hatten oder diesen verloren haben. Die Leistungen dieser Dienste sind auf „schwer erreichbare“ Gruppen und bestimmte stark gefährdete Gruppen von Konsumenten, aber auch auf experimentierende Konsumenten zugeschnitten (indem sie beispielsweise in Klubs oder Diskotheken oder anderen Einrichtungen der Partyszene angeboten werden). Die niedrigschwelligen Einrichtungen können ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Kontaktläden, mobile Gesundheitsdienste und auch Notunterkünfte umfassen. In einem umfassenden Gesundheitssystem spielen diese Einrichtungen eine wichtige Rolle, da sie einfach zugänglich sind und somit die „versteckteren“ oder „schwerer erreichbaren“ Gruppen von Drogenkonsumenten erreichen. Sie motivieren die Drogenkonsumenten, sich in Behandlung zu begeben, überweisen sie in andere Einrichtungen und bieten darüber hinaus häufig „überlebenswichtige“ Leistungen an wie Lebensmittel, Kleidung, Unterkunft, sterile Spritzbestecke und medizinische Versorgung. Diese Einrichtungen sind von unschätzbarem Wert, um Informationen im Rahmen der Gesundheitsförderung zu verbreiten und experimentellen, abhängigen oder problematischen Drogenkonsumenten die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten für einen sichereren Konsum zu vermitteln. In zunehmendem Maße bieten sie auch Behandlungsdienste an.

gezogen, dass Nadel- und Spritzenaustauschprogramme an sich nicht ausreichen, um HIV-Infektionen unter IDU zu bekämpfen, und dass diese Programme durch eine Reihe ergänzender Maßnahmen unterstützt werden müssen, um HIV-Infektionen von IDU sowie die Übertragung von HIV durch IDU einzudämmen. Bei einer Untersuchung der Kosteneffizienz von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen kommen de Wit und Bos (2004) zu dem Schluss, dass diese Programme offenbar im Hinblick auf die Prävention der Verbreitung von HIV kosteneffizient sind und neben der Reduzierung von HIV zusätzliche lohnende

⁽¹³⁸⁾ Siehe Tabelle NSP-2 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹³⁹⁾ Siehe „Needle and syringe availability“ [Verfügbarkeit von Nadeln und Spritzen] im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁴⁰⁾ Einen Überblick über die nationalen Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten bietet die Website der EBDD (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Eine Liste der wichtigsten Überblicke über die einschlägige Literatur ist auf der Website der EBDD (<http://emcdda.eu.int/?nodeid=5777>) verfügbar.

Vorteile mit sich bringen: Beispielsweise kommen durch sie schwer erreichbare Gruppen von Drogenkonsumenten in Kontakt mit Gesundheits- und Sozialdiensten.

Hepatitis-Prävention

Bei injizierenden Drogenkonsumenten ist das Risiko einer HBV- oder HCV-Infektion sehr hoch: 50 % bis 80 % der Drogenkonsumenten infizieren sich innerhalb von fünf Jahren nach dem Einstieg in den injizierenden Drogenkonsum. Die Folge können chronische Infektionen sein, die die Leber schädigen und letztlich zerstören (EBDD, 2004b). Während es gegen Hepatitis C derzeit noch keinen Impfstoff gibt, kann Hepatitis B wirksam durch Impfung verhindert werden ⁽¹⁴²⁾.

Mehrere EU-Länder haben in den letzten zehn Jahren Hepatitis B erstmals oder erneut in die nationalen Immunisierungsprogramme aufgenommen, und in den meisten EU-Ländern ist die Impfung nun Teil der routinemäßigen Impfpläne für Kinder. Lediglich Dänemark, die Niederlande, Schweden, das Vereinigte Königreich und Norwegen sind der WHO-Empfehlung bisher nicht gefolgt ⁽¹⁴³⁾.

Es wird noch einige Jahrzehnte dauern, bis keine großen Risikogruppen mehr vorhanden sind, in den meisten EU-Ländern und Norwegen werden jedoch derzeit gezielte Impfprogramme für Drogenkonsumenten durchgeführt. Um die Zielgruppen zu erreichen, wird die Impfung den Drogenkonsumenten an leicht zugänglichen Kontaktstellen und in zunehmendem Maße auch in Gefängnissen angeboten ⁽¹⁴⁴⁾.

Hepatitis-B-Immunisierungskampagnen werden häufig mit Hepatitis-A-Impfungen und Beratungen, Untersuchungen sowie Überweisungen im Zusammenhang mit dem Hepatitis-C-Virus kombiniert. Eine Behandlung von Hepatitis C wird zwar in allen Ländern angeboten, der Zugang für Drogenkonsumenten ist jedoch unter Umständen in der Praxis schwierig. Da offizielle medizinische Leitlinien als wichtiges Instrument im Hinblick auf die Steuerung der Bereitstellung von Hepatitis-C-Behandlungen angesehen werden, führte die EBDD im Zeitraum 2003/2004 eine Analyse dieser Leitlinien durch ⁽¹⁴⁵⁾. In den meisten Leitlinien wird empfohlen, dass Drogenkonsumenten erst behandelt werden sollten, wenn sie drogenfrei sind oder über einen bestimmten Zeitraum, der zwischen drei Monaten und zwei Jahren variieren kann, ohne Zwischenfall an einer oralen

Substitutionstherapie teilgenommen haben. Jüngere Leitliniendokumente berücksichtigen in zunehmendem Maße Forschungen, die belegen, welche Vorteile für Drogenkonsumenten ein multidisziplinäres Behandlungskonzept bietet, in das Teams aus Hepatologen und Drogenexperten eingebunden sind. Die in jüngster Zeit in zunehmendem Maße veröffentlichten nationalen Leitlinien werden wahrscheinlich zu einer Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten und der Ergebnisse für Drogenkonsumenten führen.

Drogenbedingte Todesfälle

Heroinbedingte Todesfälle

In diesem Abschnitt 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 bzw. Substanzen eingetreten ist. Diese Fälle werden auch als „Überdosis“, „Vergiftung“ oder „drogeninduzierte Todesfälle“ bezeichnet ⁽¹⁴⁶⁾.

Bei den meisten in der EU gemeldeten „drogenbedingten Todesfällen“, die auf illegale Substanzen zurückzuführen sind, spielen Opiate eine Rolle, obwohl in zahlreichen Fällen bei der toxikologischen Untersuchung auch andere Substanzen nachgewiesen wurden, insbesondere Alkohol, Benzodiazepine und, in einigen Ländern, Kokain ⁽¹⁴⁷⁾.

Zwischen 1990 und 2002 meldeten die EU-Länder jährlich 7 000 bis 9 000 Todesfälle infolge von Überdosierung ⁽¹⁴⁸⁾, insgesamt also über 100 000 Todesfälle. Diese Zahlen sind als Minimalschätzungen anzusehen, da wahrscheinlich in vielen Ländern nicht alle Fälle gemeldet werden.

Eine Überdosierung mit Opiaten ist eine der häufigsten Todesursachen bei jungen Menschen in Europa, vor allem unter Männern in städtischen Gebieten (EBDD, 2004c). Derzeit ist die Überdosierung auch die häufigste Todesursache bei Opiatkonsumenten in der EU insgesamt. Beispielsweise haben die EU-15-Mitgliedstaaten im Jahr 2001 insgesamt 8 347 drogenbedingte Todesfälle gemeldet, verglichen mit 1 633 Todesfällen aufgrund von Aids unter IDU (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾. Allerdings dürfen die

⁽¹⁴²⁾ Weitere Informationen über Hepatitis sind der EBDD-Website (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>) zu entnehmen.

⁽¹⁴³⁾ Report on the 14th Global Advisory Group: Expanded Programme on Immunization [Bericht über die 14. Sitzung der Global Advisory Group: Erweitertes Immunisierungsprogramm], 14.-18. Oktober 1991, Antalya, Türkei, 1992 von der Weltgesundheitsversammlung gebilligt.

⁽¹⁴⁴⁾ Siehe Tabelle *Hepatitis B vaccination* [Hepatitis-B-Impfung] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ *Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users* [Beraterstudie über Leitlinien zur Behandlung von Hepatitis C bei injizierenden Drogenkonsumenten] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Dies ist die von der nationalen Expertengruppe der EBDD vereinbarte Definition. Siehe auch die methodischen Anmerkungen „*Drug-related death EMCDDA definition*“ [EBDD-Definition der drogenbedingten Todesfälle] im *Statistical Bulletin 2005* und das „*DRD Standard protocol, version 3.0*“ [DRD-Standardprotokoll, Version 3.0] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). In den meisten Ländern gibt es nationale Falldefinitionen, die derzeit mit der Definition der EBDD übereinstimmen oder ihr weitgehend entsprechen. Allerdings werden in einigen Ländern auch Fälle einbezogen, die auf psychoaktive Arzneimittel zurückzuführen sind oder nicht durch eine Überdosierung verursacht wurden (siehe „*National definitions of drug-related deaths*“ [Nationale Definitionen drogenbedingter Todesfälle] im *Statistical Bulletin 2005*), wobei diese in der Regel einen begrenzten Teil der Todesfälle darstellen.

⁽¹⁴⁷⁾ Siehe Tabelle DRD-1 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁴⁸⁾ Siehe Tabelle DRD-2 und DRD-3 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁴⁹⁾ Die Abbildung zu Aids-bedingten Todesfällen bezieht sich auf das westliche Gebiet der Europäischen Region der WHO und schließt Todesfälle in mehreren Nicht-EU-Ländern wie beispielsweise der Schweiz, Island und Israel ein.

Kosten und möglichen langfristigen Probleme einer HIV-Infektion nicht vernachlässigt werden.

Am häufigsten werden Überdosen von männlichen Drogenkonsumenten eingenommen: In 60 % bis 100 % der Fälle sind Männer betroffen, wobei dieser Anteil in den meisten Ländern zwischen 75 % und 90 % liegt. Die meisten Opfer einer Überdosis stehen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei Mitte 30 liegt (die Spanne reicht von 22 bis 45 Jahren). Das niedrigste Durchschnittsalter wird aus den neuen Mitgliedstaaten (Estland, Lettland, Litauen und Rumänien) gemeldet. In vielen dieser Länder ist der Anteil der Opfer einer Überdosis im Alter von unter 25 Jahren relativ hoch, was darauf schließen lässt, dass die Heroinkonsumenten in diesen Ländern im Durchschnitt jünger sind ⁽¹⁵⁰⁾.

Durch Methadon verursachte Todesfälle

In den nationalen Reitox-Berichten 2004 meldeten mehrere Länder, dass bei einem erheblichen Anteil der drogenbedingten Todesfälle Methadon nachgewiesen wurde. Diese Informationen wurden unter Verwendung der nationalen Terminologie bereitgestellt, und in einigen Fällen kann kaum exakt festgestellt werden, inwieweit Methadon als Todesursache eine Rolle gespielt hat. Einige Fälle betreffen reine Methadon-Intoxikationen, in anderen wird lediglich festgestellt, dass diese Substanz nachgewiesen wurde. Dänemark berichtet, dass in 49 % der Todesfälle durch Intoxikation Methadon eine Rolle spielte (97 von 198 Fällen, wobei in 64 Fällen ausschließlich Methadon nachgewiesen wurde). Deutschland gibt an, dass 23 % der Fälle mit „Substitutionsmitteln“ in Verbindung gebracht wurden, wobei in 3 % der Fälle ausschließlich diese Substanzen beteiligt waren (55 Fälle) und in 20 % der Fälle eine Kombination aus Substitutionsmitteln mit Alkohol und anderen Suchtstoffen nachgewiesen wurde (354 Fälle). Die entsprechenden Zahlen für 2002 betragen insgesamt 30 % (7 % ausschließlich Substitutionsmittel und 23 % in Kombination mit anderen Substanzen). Aus dem Vereinigten Königreich werden 418 Fälle gemeldet, bei denen Methadon „erwähnt“ wurde, wobei dies keinen kausalen Zusammenhang herstellt. Andere Länder berichten über einen geringeren Anteil der drogenbedingten Todesfälle, bei denen Methadon nachgewiesen wurde: Frankreich (acht Fälle, bei denen Methadon allein oder in Verbindung mit anderen Substanzen nachgewiesen wurde), Österreich (Methadon-Nachweis in 10 % der Todesfälle), Portugal (Methadon-Nachweis in 3 % der Fälle) und Slowenien (vier Todesfälle durch Methadon). In den nationalen Reitox-Berichten 2003 haben Irland und Norwegen ebenfalls zahlreiche Fälle gemeldet, bei denen Methadon eine Rolle gespielt hat.

Wie alle anderen Opiate ist auch Methadon eine potenziell toxische Substanz. Forschungen haben jedoch gezeigt, dass eine Substitutionstherapie das Risiko eines Todes infolge einer Überdosierung unter den Teilnehmern

einer Methadon-Erhaltungstherapie verringert. Aus einigen Studien geht hervor, dass Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon eher Folge des illegalen als des ärztlich verschriebenen Methadonkonsums sind, während in anderen Studien ein höheres Risiko in der Anfangsphase einer Methadon-Erhaltungstherapie festgestellt wurde. Diese Forschungsergebnisse legen nahe, dass hohe Qualitätsstandards für Substitutionsprogramme gewährleistet werden müssen.

Todesfälle im Zusammenhang mit Fentanyl und Buprenorphin

In den letzten Jahren berichteten die baltischen Länder über einige Todesfälle, bei denen in der toxikologischen Analyse Fentanyl, oft in Verbindung mit Heroin, nachgewiesen wurde. In seinem Nationalen Bericht meldet Schweden 13 Todesfälle für das Jahr 2003 im Zusammenhang mit Fentanyl unter IDU, während in den Vorjahren nur vereinzelte Fälle festgestellt wurden. Informationen über drogenbedingte Todesfälle im Zusammenhang mit Buprenorphin sind dem ausgewählten Thema über Buprenorphin zu entnehmen.

Entwicklungstendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen

Bei drogenbedingten Todesfällen lassen sich zwischen den Ländern ⁽¹⁵¹⁾ und sogar zwischen den Regionen unterschiedliche Tendenzen feststellen. Dies ist auf Unterschiede im Verlauf der Heroinepidemie, in der Prävalenz des Heroinkonsums, im Risikoverhalten (z. B. hinsichtlich des Anteils der injizierenden Drogenkonsumenten oder des polyvalenten Drogenkonsums), in der Bereitstellung von Behandlungen und Hilfsdiensten für Drogenkonsumenten sowie eventuell auch in der Verfügbarkeit und Beschaffenheit des Heroins zurückzuführen. Unterschiede in Organisation und Verfahrensweisen der medizinischen Notfalldienste können ebenfalls eine große Rolle spielen.

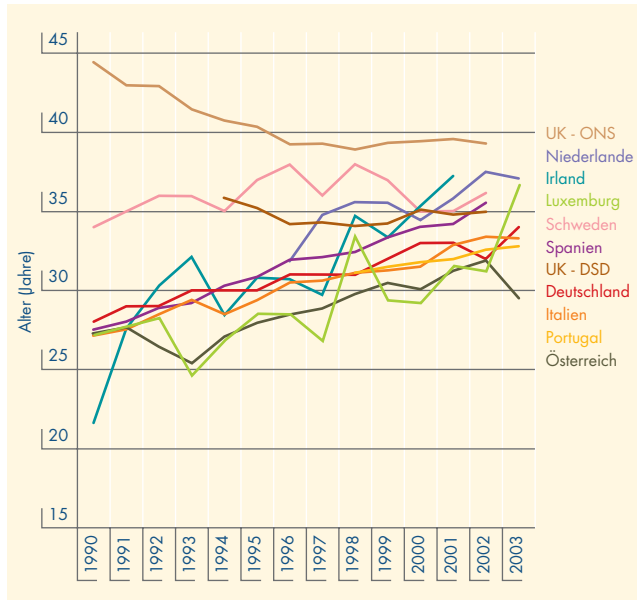
Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen können einige allgemeine Tendenzen für die EU ermittelt werden, vor allem für die EU-15-Mitgliedstaaten, für die längere und systematischere Datenreihen verfügbar sind. Insgesamt wurde in den 80er und frühen 90er Jahren ein deutlicher Anstieg der drogenbedingten Todesfälle beobachtet. Trotz einer rückläufigen Tendenz in einigen Ländern setzte sich die allgemein steigende Tendenz, wenn auch langsamer, von 1990 bis 2000 in Europa fort. Im Jahr 2000 wurden 8 930 drogenbedingte Todesfälle gemeldet, gegenüber 6 426 im Jahr 1990 (eine Zunahme um 40 %) ⁽¹⁵²⁾. In den meisten alten EU-Ländern ist die Tendenz zu beobachten, dass die Opfer einer Überdosis älter werden, was auf einen „Alterungseffekt der Kohorten“ hinweist. Dieser könnte darauf zurückzuführen sein, dass weniger junge Menschen in die Abhängigkeit geraten (Abbildung 19).

⁽¹⁵⁰⁾ Siehe Abbildung DRD-2 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁵¹⁾ Siehe Abbildung DRD-7 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁵²⁾ Siehe Abbildung DRD-8 im *Statistical Bulletin 2005*.

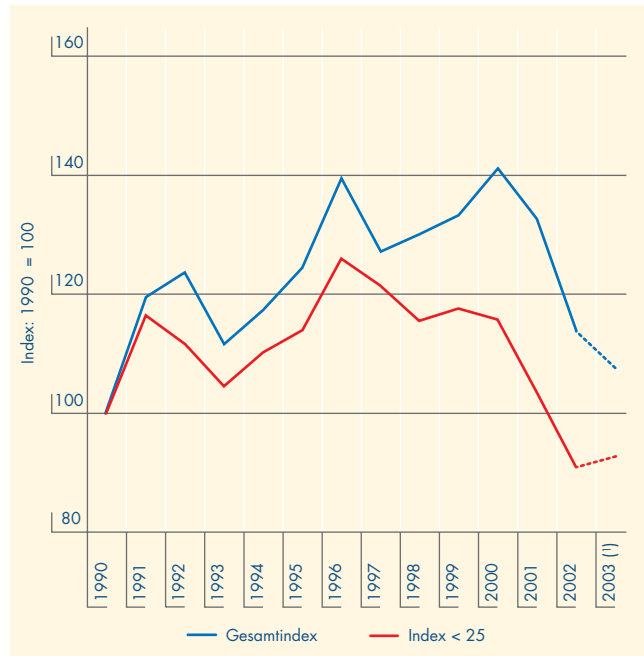
Abbildung 19: Tendenzen im Hinblick auf das Durchschnittsalter der Opfer akuter drogenbedingter Todesfälle in einigen der EU-15-Mitgliedstaaten, 1990 bis 2001/2003



Anmerkungen: Die Abbildung zeigt Daten aus Ländern, die für die meisten Jahre des Berichtszeitraums das Durchschnittsalter von Drogenopfern gemeldet haben. Die Informationen basieren auf den „nationalen Definitionen“, die Tabelle DRD-6 im *Statistical Bulletin 2005* zu entnehmen sind. In England und Wales wird die „Drug Strategy Definition“ herangezogen. **Quellen:** Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern.

Seit dem Jahr 2000 meldeten jedoch zahlreiche EU-Länder einen Rückgang der drogenbedingten Todesfälle. In den EU-15-Mitgliedstaaten und Norwegen ist die Gesamtzahl von 8 930 im Jahr 2000 auf 8 394 im Jahr 2001 (ein Rückgang um 6 %) und auf 7 122 Fälle im Jahr 2002⁽¹⁵³⁾ (ein Rückgang um weitere 15 %) gesunken. Da nur zehn Länder für 2003 Daten zur Verfügung gestellt haben, sollten nur vorsichtige Rückschlüsse auf Tendenzen in der EU gezogen werden. Auf der Basis dieser zehn Länder wurde jedoch 2003 ein Rückgang um 5 % festgestellt, was lediglich einem Drittel des 2002 verzeichneten Rückgangs entspricht. Von diesen zehn Ländern berichteten drei von einer Zunahme, eines von einer gleichbleibenden Zahl drogenbedingter Todesfälle und sechs von einem Rückgang, wobei die Abnahme in Griechenland (22 %) und Italien (17 %) als signifikant betrachtet werden kann⁽¹⁵⁴⁾. Diese Entwicklungen geben Anlass zu ernsthafter Besorgnis, da die für den Rückgang der drogenbedingten Todesfälle zwischen 2000 und 2002 (ein Rückgang um fast 20 %) verantwortlichen Faktoren möglicherweise 2003 keine Rolle mehr spielten. Dies ist umso wichtiger, als die Zahl der drogenbedingten Todesfälle weiterhin auf einem historisch hohen Niveau

Abbildung 20: Gesamttendenzen hinsichtlich akuter drogenbedingter Todesfälle in den EU-15-Mitgliedstaaten sowie Tendenzen beim Anteil der Opfer drogenbedingter Todesfälle im Alter von unter 25 Jahren, 1990 bis 2003



⁽¹⁾ Die Zahl für 2003 ist vorläufig, da nur zehn Länder für 2003 Daten übermittelt haben. Die Zahl für 2003 basiert auf den Ländern, die Daten sowohl für 2002 als auch für 2003 Daten bereitgestellt haben. **Anmerkungen:** Index: 1990 = 100. Die Zahl der Fälle je Land und Jahr wird in Tabelle DRD-2 (Teil i und v) im *Statistical Bulletin 2005* dargestellt. Belgien hat für den Zeitraum 1998 bis 2001 und Irland für 2002 keine Daten bereitgestellt. Um dies zu berichtigen, wurde die in EBDD (2001) definierte Berechnungsmethode herangezogen. **Quellen:** Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von allgemeinen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Es wurden die in Tabelle DRD-6 im *Statistical Bulletin 2005* dargestellten nationalen Definitionen zugrunde gelegt.

liegt und fast so hoch ist wie Anfang der 90er Jahre (Abbildung 20).

Insgesamt ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle unter jungen Menschen im Alter von unter 25 Jahren seit 1996 weitgehend kontinuierlich gesunken. Dies könnte auf einen möglichen Rückgang der Zahl junger injizierender Drogenkonsumenten (Abbildung 19 und 20) infolge der rückläufigen oder stabilen Tendenz hinweisen, die in den meisten EU-15-Mitgliedstaaten mit Ausnahme Frankreichs, Schwedens und Norwegens zu beobachten ist. In mehreren neuen Mitgliedstaaten wurde jedoch seit Mitte der 90er Jahre bis zum Zeitraum 2000 bis 2002 eine eindeutige Erhöhung des Anteils der Opfer im Alter von unter 25 Jahren festgestellt, die auf den zunehmenden Einstieg junger Drogenkonsumenten schließen lässt⁽¹⁵⁵⁾. Darüber hinaus betraf der in EU-15 seit 2000 beobachtete Rückgang in erster Linie Männer (ein Rückgang von 21,9 %). Unter den Frauen war der Rückgang wesentlich

⁽¹⁵³⁾ Die Zahlen für Belgien und Irland für das Jahr 2002 sind hier nicht enthalten (in Irland gab es 88 Fälle im Jahr 2001).
⁽¹⁵⁴⁾ Auf der Grundlage eines einfachen statistischen Poisson-Modells. Die polizeilichen Daten aus Norwegen belegen ebenfalls einen eindeutigen Rückgang im Jahr 2003.
⁽¹⁵⁵⁾ Siehe Abbildung DRD-9 im *Statistical Bulletin 2005*.

schwächer (14,5 %), und 2003 scheint sich im Gegensatz zu der bei Männern beobachteten Entwicklung die sinkende Tendenz bei Frauen umgekehrt zu haben ⁽¹⁵⁶⁾.

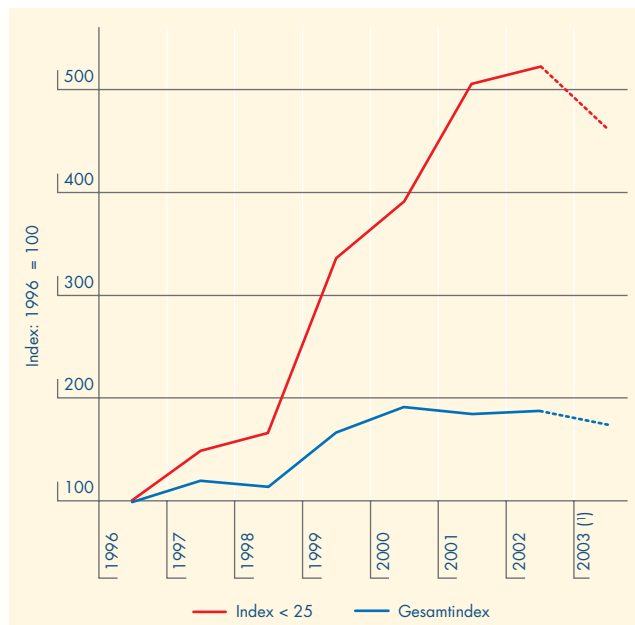
Aufgrund der begrenzten verfügbaren Informationen ist es schwierig, Tendenzen für die neuen Mitgliedstaaten zu ermitteln. Obwohl es Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt, deuten die vorhandenen Informationen darauf hin, dass die Zahl der drogenbedingten Todesfälle Anfang bis Mitte der 90er Jahre stärker zu steigen begann. Dies wird auch durch den zwischen Mitte der 90er Jahre und 1999/2000 in den meisten Ländern, die Informationen zur Verfügung gestellt haben, beobachteten Anstieg des Anteils der Opfer im Alter von unter 25 Jahren untermauert ⁽¹⁵⁷⁾. In den neuen Mitgliedstaaten, für die Daten verfügbar sind, ist die Zahl der Opfer im Alter unter 25 Jahren im Zeitraum von 1996 bis vor kurzem wesentlich stärker gestiegen als die Zahl der drogenbedingten Todesfälle insgesamt (Abbildung 21), was die These einer kürzlichen Epidemie untermauert. Seit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Todesfälle durch illegale Substanzen in Bulgarien, der Tschechischen Republik ⁽¹⁵⁸⁾, Lettland (2003) und Ungarn stabil geblieben oder gesunken. Insgesamt scheint in den letzten Jahren eine gewisse Stabilisierung eingetreten zu sein. Diese Schlussfolgerung ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da Qualität und Abdeckung der Berichte in vielen Ländern noch immer begrenzt sind. Der Anstieg des Heroinkonsums, der wahrscheinlich in den 90er Jahren in vielen neuen Mitgliedstaaten stattgefunden hat, wurde unter Umständen durch die zunehmende Bereitstellung von Behandlungsdiensten in jüngster Zeit oder durch andere Faktoren kompensiert. Eine künftige Tendenz ist jedoch nur schwer zu ermitteln (Abbildung 21).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass trotz der positiven Entwicklungen zwischen 2000 und 2002, die möglicherweise auf Faktoren wie den Rückgang der injizierenden Opiatkonsumenten in einigen Ländern und das ausgeweitete Therapieangebot zurückzuführen sind, und ungeachtet der möglichen Stabilisierung oder Abnahme der Zahl der Opiatkonsumenten die aktuellen Zahlen langfristig gesehen hoch bleiben und es Anzeichen dafür gibt, dass sich die Verbesserung unter Umständen nicht fortsetzen wird.

Allgemeine Mortalitätsrate bei Opiatkonsumenten

Die Mortalität unter Opiatkonsumenten ist bis zu zwanzig Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe. Besonders hoch ist die Mortalität unter injizierenden Opiatkonsumenten. Trotz der niedrigen Prävalenz der Opiatabhängigkeit hat diese einen erheblichen Einfluss auf die Mortalität junger Erwachsener in Europa (Bargagli et al., 2004).

Abbildung 21: Gesamttendenzen hinsichtlich akuter drogenbedingter Todesfälle in den neuen Mitgliedstaaten und den Beitritts- und Kandidatenländern sowie Tendenzen beim Anteil der Opfer im Alter von unter 25 Jahren, 1996 bis 2003



(1) Die Zahl für 2003 ist vorläufig.
 Anmerkungen: Erfasst wurden die Tschechische Republik, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Malta, Slowenien und Bulgarien.
 Index: 1996 = 100. Die Zahl der Fälle je Land und Jahr wird in Tabelle DRD-2 (Teil ii) im *Statistical Bulletin 2005* dargestellt. Es ist unbedingt zu berücksichtigen, dass der Index auf der Grundlage von Daten aus einer begrenzten Anzahl von Ländern berechnet wurde. Ferner ist zu beachten, dass auf die Tschechische Republik und Estland ein erheblicher Anteil der Opfer im Alter von unter 25 Jahren entfällt. Estland hat für 1996 und 2003, Ungarn für 2002 und die Tschechische Republik für den Zeitraum 1996 bis 2000 keine Daten bereitgestellt. Die Berechnungsmethode wird in EBDD (2001) im Einzelnen dargestellt. Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2004), auf der Grundlage von allgemeinen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Es wurden die in Tabelle DRD-6 im *Statistical Bulletin 2005* dargestellten nationalen Definitionen zugrunde gelegt.

Zu den Ursachen der Mortalität unter jungen Opiatkonsumenten gehören nicht nur Überdosen, sondern auch Aids und andere Infektionskrankheiten sowie externe Todesursachen (Unfälle, Gewalt, Selbstmord usw.). Die häufigste Todesursache bei Kohorten mit niedriger Prävalenz von HIV-Infektionen ist die Überdosierung. Die Zahl der Aids-Todesfälle ist in den letzten Jahren selbst bei Kohorten mit hoher Prävalenz von HIV-Infektionen erheblich gesunken, was auf die verbesserte Verfügbarkeit der HAART-Behandlung seit 1995 zurückzuführen ist (siehe oben die Gesamtzahlen für Europa) ⁽¹⁵⁹⁾.

Mit dem Alter der Opiatkonsumenten steigt nach und nach auch die Mortalität, da zu den Todesfällen durch eine Überdosis und externe Ursachen wie Selbstmord und

⁽¹⁵⁶⁾ Siehe Abbildung DRD-6 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁵⁷⁾ Siehe Abbildung DRD-9 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁵⁸⁾ Unter ausschließlicher Berücksichtigung der Fälle, die unter „Auswahl D“ der EBDD fallen; dazu gehören auch illegale Drogen. Die nationale Definition schließt viele Fälle ein, die auf psychoaktive Arzneimittel zurückzuführen sind (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ *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.* [Mortalität von Drogenkonsumenten in der EU: Koordinierung der Durchführung neuer Kohortenstudien, Follow-up und Analyse bestehender Kohorten und Entwicklung neuer Methoden und Ergebnisse], EBDD-Bericht CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

Gewalt auch Todesfälle aufgrund chronischer Krankheiten (Zirrhose, Krebs, Atemwegserkrankungen, Endocarditis, Aids) hinzukommen (Nationaler Bericht der Niederlande).

Ferner können die Lebensbedingungen und andere Faktoren als der Drogenkonsum an sich (Obdachlosigkeit, psychische Erkrankungen, Gewalt, Mangelernährung usw.) erheblich zu der hohen Mortalität unter Drogenkonsumenten beitragen. Studien belegen, dass die Mortalität unter Patienten, die sich in psychiatrischer Therapie befinden, vier Mal (Korkeila, 2000) und die Mortalität unter Obdachlosen drei bis vier Mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (Hwang, 2001).

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Politische Lösungsstrategien

Das für den Zeitraum 2000 bis 2004 von der EU definierte politische Ziel einer substanziellen Reduzierung der drogenbedingten Todesfälle wurde von den Mitgliedstaaten in bemerkenswertem Maße unterstützt. Acht der EU-15-Mitgliedstaaten (Deutschland, Griechenland, Spanien, Irland, Luxemburg, Portugal, Finnland und das Vereinigte Königreich) sowie vier neue EU-Länder (Zypern, Lettland, Litauen und Polen) haben die Reduzierung der drogenbedingten Todesfälle in ihre nationalen Strategiepapiere aufgenommen ⁽¹⁶⁰⁾. Die Tatsache, dass mehrere neue Mitgliedstaaten noch immer nicht über zuverlässige Daten über die Zahl der drogenbedingten Todesfälle verfügen, ist jedoch ein gravierendes Hemmnis für die Entwicklung angemessener politischer Lösungsstrategien.

In der neuen EU-Drogenstrategie (2005 bis 2012) liegt ein wichtiger Schwerpunkt auf der Verbesserung des Zugangs zu einer Reihe von Diensten, die geeignet sind, die mit der Drogenabhängigkeit verbundene Morbidität und Mortalität einzudämmen. Ferner wurde im ersten Vierjahresaktionsplan (2005 bis 2008) die Zahl der drogenbedingten Todesfälle als einer der Hauptindikatoren für die Bewertung der Fortschritte im Hinblick auf dieses Ziel festgelegt ⁽¹⁶¹⁾.

Interventionen

Gemessen an den Auswirkungen auf die Zahl der drogenbedingten Todesfälle ist eine der wichtigsten Interventionen die angemessene Bereitstellung von Behandlungen, insbesondere von Substitutionsbehandlungen (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal et al., 2005). In den 80er Jahren und mehr noch in den 90er Jahren fand die Substitutionsbehandlung rasche Verbreitung in Europa, vor allem in den EU-Mitgliedstaaten mit einer hohen Prävalenz des injizierenden Heroinkonsums. Derzeit nimmt in der EU mehr als eine halbe Million Heroinkonsumenten, d. h. ein Viertel bis die Hälfte

der geschätzten Zielgruppe von Heroinkonsumenten, an Substitutionsprogrammen teil.

In Ländern, in denen über die Hälfte der problematischen Drogenkonsumenten in Substitutionsbehandlung ist, wird wahrscheinlich eine Reduzierung des injizierenden Drogenkonsums sowie des damit verbundenen Risikoverhaltens und folglich eine Verringerung der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung erreicht werden.

Im Jahr 2003 empfahl der Europäische Rat den EU-Mitgliedstaaten eine Reihe von Maßnahmen zur Reduzierung der Zahl der drogenbedingten Todesfälle ⁽¹⁶²⁾. Neben der Bereitstellung von Behandlungen für Drogenabhängige empfahl der Rat die Verbesserung der Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, die Verbreitung von Informationen über die Risiken einer Überdosierung und den Umgang damit unter Drogenkonsumenten, ihren Altersgenossen und Familien sowie proaktive Strategien, um durch aufsuchende Sozialarbeit und leicht zugängliche, attraktive Drogendienste jene zu erreichen, die keinen Kontakt zu den Diensten haben. Der Grad der Umsetzung der Empfehlung und die damit verbundenen Auswirkungen werden von der Kommission in einem für 2006 erwarteten Bericht eingehend bewertet.

Das demografische Profil der Opfer einer Überdosierung zeigt, dass nicht behandelte, ältere Heroinkonsumenten am stärksten gefährdet sind, an einer Überdosis zu sterben. Eine spezielle Maßnahme, durch die diese Schwerpunktgruppe wirksam erreicht werden kann, ist die Einrichtung überwachter Drogenkonsumräume ⁽¹⁶³⁾. Derzeit werden solche Dienste in 15 deutschen und 15 niederländischen Städten, in Madrid, Barcelona und Bilbao (Spanien) sowie in Oslo (Norwegen) angeboten.

Opiatbehandlung

Vereinfacht können die für die Behandlung problematischen Opiatkonsums verfügbaren Möglichkeiten in drei allgemeine Kategorien eingeteilt werden: medikamentengestützte Behandlung, drogenfreie Behandlung und Entzugsbehandlung (Letztere wird in diesem Bericht nicht weiter ausgeführt). Die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit und dem Entzug ist jedoch nur ein Aspekt einer erfolgreichen Behandlung problematischer Opiatkonsumenten. Die Unterstützung des Einzelnen bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft durch soziale Integration, d. h. die Beschaffung eines Arbeitsplatzes und einer sicheren Wohnung, sowie die Entwicklung der erforderlichen sozialen Kompetenz und der Fähigkeit zur Problembewältigung, um einen Rückfall zu vermeiden, sind vermutlich ebenso wichtig, um langfristig ein positives Ergebnis zu erzielen. In zahlreichen Studien wurde festgestellt, dass problematische Opiatkonsumenten häufig zahlreiche

⁽¹⁶⁰⁾ Siehe die Überblickstabelle Strategien und ausgewählte Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Siehe EU-Drogenstrategie 2005-2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ *European report on drug consumption rooms* [Europäischer Bericht über Drogenkonsumräume] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Tabelle 3: In Europa in der medikamentengestützten Behandlung eingesetzte Substanzen (einschließlich Erprobung)

Land	Methadon	Buprenorphin	Dihydrocodein	retardiertes Morphin	Heroin	Naltrexon / Naloxon	Clonidin
Belgien	X	X	X			X	X
Tschechische Republik	X	X					
Dänemark	X	X					
Deutschland	X	X	X		X	X	
Estland	X	X					
Griechenland	X	X				X	
Spanien	X	X			X		
Frankreich	X	X		X			
Irland	X						
Italien	X	X				X	X
Zypern							
Lettland	X						
Litauen	X	X				X	
Luxemburg	X	X		X			
Ungarn	X						
Malta	X		X			X	X
Niederlande	X	X			X	X	X
Österreich	X	X	X	X			
Polen	X						
Portugal	X	X				X	X
Slowenien	X						
Finnland	X	X					
Schweden	X	X					
Vereinigtes Königreich	X	X	X		X	X	X
Bulgarien	X			X			
Rumänien	X						
Norwegen	X	X					

Anmerkungen: Für die Slowakei und die Türkei sind keine Daten verfügbar.
Quelle: Standardtabelle zur Verfügbarkeit von Drogenbehandlungen.

Behandlungskontakte haben und therapeutische Ziele, insbesondere Abstinenz, nicht unbedingt bei der ersten Behandlung, sondern erst durch wiederholte therapeutische Maßnahmen erreicht werden können.

Medikamentengestützte Behandlung

Die medikamentengestützte Behandlung umfasst nicht nur die Substitutionstherapie mit Agonisten (Methadon, Buprenorphin, Dihydrocodein, Heroin, retardiertes Morphin), sondern auch, wenn auch weniger weit verbreitet, die Behandlung mit Antagonisten (wie beispielsweise Naltrexon).

Methadon ist in fast allen Mitgliedstaaten verfügbar (siehe Tabelle 3) und stellt nach wie vor die am häufigsten

verschriebene Substitutionsbehandlung in Europa dar. Allerdings haben die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren zugenommen. Buprenorphin ist nun in 18 der 26 Länder verfügbar, für die Daten vorliegen. Die Behandlung mit anderen Agonisten oder mit Antagonisten (Naltrexon, Naloxon oder Clonidin) wird in der EU weniger häufig angewendet. In Belgien wird derzeit eine Studie über die Einführung einer kontrollierten Heroinschreibung durchgeführt, und in Österreich wurde ein Sachverständigengutachten über die heroingestützte Behandlung chronisch Opiatabhängiger vorgelegt, das auf der Grundlage der Ergebnisse laufender internationaler Programme erstellt wurde.

Den jüngsten Daten zufolge unterzogen sich im Jahr 2003 in der EU mehr als 450 000 Patienten in spezialisierten

Tabelle 4: Schätzungen zur Zahl der Patienten, die sich 2003 in Europa in Substitutionsbehandlung befanden

Land	Patienten in Methadonbehandlung in spezialisierten Einrichtungen	Patienten in Buprenorphinbehandlung in spezialisierten Einrichtungen	Gesamtzahl der Patienten in Substitutionsbehandlung in spezialisierten Einrichtungen
Belgien	1 922	48	1 970
Tschechische Republik	368	204	572
Dänemark	4 971	484	5 455
Deutschland	65 000	9 000	74 000
Estland	60	13	73
Griechenland	2 018	275	2 293
Spanien	88 678	36	88 714
Frankreich	15 000	13 000	28 000
Irland ⁽¹⁾	5 561	0	5 561
Italien	79 065	7 113	86 178
Zypern	0	0	0
Lettland	67	0	67
Litauen	332	n. v.	332
Luxemburg	133	10	143
Ungarn	750	0	750
Malta	698	0	698
Niederlande	12 000	n. v.	12 000
Österreich ⁽²⁾	1 796	1 667	6 413 ⁽³⁾
Polen	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Slowenien	1 909	0	1 909
Finnland	170	430	600
Schweden	800	1 300	2 100
Vereinigtes Königreich	128 000	n. v.	128 000
Bulgarien	380	0	380
Rumänien	400	0	400
Norwegen	1 947	484	2 431
Insgesamt ⁽⁴⁾	422 655	36 807	462 412 ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Dies entspricht eher der Zahl der Fälle als der in diesem Jahr behandelten Personen.

⁽²⁾ In Österreich erhalten etwa 46 % der Patienten eine Substitutionsbehandlung mit anderen Substanzen als Methadon und Buprenorphin. Diese wurden bei der Berechnung der Gesamtzahl hinzuaddiert. Die proportionale Aufschlüsselung basiert auf Erstbehandlungen.

⁽³⁾ Die höhere aggregierte Gesamtzahl ist auf die Berücksichtigung der geschätzten 2 950 Patienten zurückzuführen, die in Österreich eine Substitutionsbehandlung mit anderen Substanzen als Methadon und Buprenorphin (in erster Linie mit retardiertem Morphin) erhalten.

⁽⁴⁾ n. v. = keine Daten verfügbar. Bei der Berechnung der Summen wurde für „keine Daten verfügbar“ der Wert 0 angesetzt. Somit sind die vorgelegten Zahlen Mindestwerte.

Anmerkungen: Für die Slowakei und die Türkei sind keine Daten verfügbar.

Quelle: Standardtabelle zur Verfügbarkeit von Drogenbehandlungen.

Einrichtungen einer Substitutionstherapie (Tabelle 4), wobei über 90 % Methadon erhielten. Weitere Patienten erhielten andere Substitutionssubstanzen (wie Dihydrocodein, retardiertes Morphin oder Heroin), wieder andere unterzogen sich der Substitutionsbehandlung bei anderen Stellen wie beispielsweise bei ihrem Hausarzt. Bedauerlicherweise sind derzeit in vielen Mitgliedstaaten keine zuverlässigen Daten über diese Formen der Substitutionsbehandlung verfügbar. Folglich ist es nicht möglich, aggregierte Zahlen für die EU insgesamt zu berechnen.

In einigen Ländern liegen jedoch verlässliche Daten oder Schätzungen zur Zahl der Patienten vor, die eine Substitutionsbehandlung bei Allgemeinärzten in Anspruch nehmen. Dies ist eine wichtige ergänzende Information für die Gesamtschätzungen der Zahl der Patienten, die sich EU-weit in Substitutionsbehandlung befinden. Im Jahr 2003 betrug die Zahl der Patienten, die bei ihrem Hausarzt eine Methadonbehandlung erhielten, in Frankreich 8 500, in Irland 2 682, in Luxemburg 851 und in den Niederlanden 930. Ferner wurden in der Tschechischen Republik und in

Frankreich 1 200 bzw. 70 000 Patienten von ihrem Hausarzt mit Buprenorphin behandelt. Schätzungsweise befanden sich in diesen fünf Ländern insgesamt 81 743 Patienten bei ihrem Hausarzt in Substitutionsbehandlung. Unter Berücksichtigung der über 450 000 Patienten, die sich in spezialisierten Einrichtungen einer Substitutionsbehandlung unterziehen, hat somit die Gesamtzahl der Patienten in Substitutionsbehandlung die Marke von einer halben Million überschritten und beläuft sich auf etwa 530 000. Aufgrund der unvollständigen Daten stellt auch diese Zahl eine Mindestschätzung der in Substitutionsbehandlung befindlichen Drogenkonsumenten dar.

Hinsichtlich der Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlungen gibt es gravierende Unterschiede zwischen den EU-15-Mitgliedstaaten, den neuen Mitgliedstaaten und den Beitritts- bzw. Kandidatenländern. Obwohl sie über 20 % der Gesamtbevölkerung ausmachen, beträgt der Anteil der neuen Mitgliedstaaten sowie der Beitritts- bzw. Kandidatenländer an der Gesamtzahl der Patienten in Substitutionsbehandlung lediglich 1,3 % (ausschließlich der Türkei, für die keine Daten über Substitutionsbehandlungen vorliegen). Nur zwei der neuen Mitgliedstaaten, die Tschechische Republik und Slowenien, stellen Schätzungen über die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums bereit, und in beiden Ländern steht für einen verglichen mit dem entsprechenden EU-Wert (35 %) unterdurchschnittlichen Anteil der problematischen Drogenkonsumenten (16 % bzw. 26 %) eine Substitutionstherapie zur Verfügung. Trotz der mangelnden Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Drogenkonsums in anderen neuen Mitgliedstaaten sowie in den Beitritts- bzw. Kandidatenländern kann festgestellt werden, dass hier das Angebot von Substitutionsbehandlungen weit unter dem in den EU-15-Mitgliedstaaten liegt. Angesichts des hohen Risikos der Verbreitung von Infektionskrankheiten in einigen Ländern und der präventiven Rolle, die eine medikamentengestützte Behandlung bei deren Begrenzung spielen kann (siehe beispielsweise UNODC, 2002), gibt diese Situation Anlass zur Besorgnis.

In den letzten Jahren waren zwei unterschiedliche Tendenzen bei der medikamentengestützten Behandlung zu beobachten. Zunächst kann eine Fortsetzung der Tendenz einer zunehmenden Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen festgestellt werden, wobei diese Zunahme weniger deutlich geworden ist. Darüber hinaus kam es zu einer Diversifizierung der angebotenen Substanzen. Beispielsweise stieg die Zahl der Länder, aus denen eine Behandlung mit Buprenorphin gemeldet wird, von sechs in den Jahren 1999/2000 auf 14 im Jahr 2003.

Drittens ist festzustellen, dass in zunehmendem Maße Allgemeinärzte in die medikamentengestützte Behandlung einbezogen werden, wobei diese Tendenz weniger ausgeprägt ist. Während in den Jahren 2000/2001 aus nur drei der 15 Mitgliedstaaten (Belgien, Frankreich und das Vereinigte Königreich) die Einbeziehung von Allgemeinärzten gemeldet wurde (Solberg et al., 2002), wird sie nun aus zehn der EU-15-Mitgliedstaaten (Belgien, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, die

Niederlande, Österreich, Schweden und das Vereinigte Königreich) sowie aus drei neuen Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Malta und Slowenien) berichtet.

Drogenfreie Behandlung

Die Behandlung ohne pharmakologische Substitution wendet psychosoziale und pädagogische Methoden an, um eine langfristige Abstinenz von Drogen zu erreichen. Traditionell erfolgt die drogenfreie Behandlung in Form des betreuten Wohnens bzw. langfristig beispielsweise in therapeutischen Gemeinschaften. Heutzutage findet die Behandlung häufig in gemeindebasierten Einrichtungen statt.

Während für die medikamentengestützte Behandlung in vielen Mitgliedstaaten zentrale nationale Register existieren, gibt es nur vereinzelt Register für die drogenfreie Behandlung, und auch verlässliche, eindeutige und quantitative Daten für diese Behandlungsmethode stehen nur in geringem Maße zur Verfügung. Es ist zwar nicht möglich, einen präzisen Vergleich mit der medikamentengestützten Behandlung durchzuführen, die Berichte aus den Mitgliedstaaten deuten jedoch darauf hin, dass die medikamentengestützte Behandlung in den meisten EU-Mitgliedstaaten und auf EU-Ebene insgesamt die häufigste Therapieform für problematische Opiatkonsumenten darstellt. Einige Länder berichten jedoch, dass der drogenfreien Behandlung gegenüber der medikamentengestützten Therapie insgesamt der Vorzug gegeben wird (Estland, Zypern, Litauen, Polen und Finnland). In einigen Ländern, vor allem in Griechenland, Spanien und Norwegen, werden offenbar medikamentengestützte und drogenfreie Therapien in nahezu gleichem Maße durchgeführt.

Neue Entwicklungen in der Qualitätssicherung

In mehreren Ländern (Deutschland, Österreich und Portugal) wurden Handbücher für das an der Drogenbehandlung beteiligte medizinische Personal herausgegeben. Die im Rahmen der Drogenstrategie der Regierung des Vereinigten Königreichs unternommenen Bemühungen haben gezeigt, dass durch Investitionen in Mittelausstattung, Organisation, Überwachung und Personal die Wartelisten verkürzt werden und mehr problematische Drogenkonsumenten Zugang zu Behandlung erhalten und in Behandlung bleiben können. In England lag der Anteil der problematischen Drogenkonsumenten, die Kontakt zu Drogenbehandlungsdiensten hatten, im Zeitraum 2003/2004 um 41 % über dem entsprechenden Wert in den Jahren 1998/1999, und die Wartezeiten wurden seit 2001 um zwei Drittel verkürzt. In den Jahren 2003/2004 hatten 72 % der Patienten entweder erfolgreich eine strukturierte Behandlung abgeschlossen oder befanden sich weiterhin in Behandlung, während ihr Anteil im Zeitraum 2002/2003 bei 57 % lag (NTA, 2004).

Hinsichtlich der Art der Einrichtungen, in denen drogenfreie Behandlungen angeboten werden, gibt es erhebliche Unterschiede. In zahlreichen Ländern (in Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Zypern,

Luxemburg, den Niederlanden, Polen, Slowenien und dem Vereinigten Königreich) findet die drogenfreie Behandlung problematischer Drogenkonsumenten überwiegend in ambulanten Einrichtungen statt, während sie in einer kleineren Gruppe von Ländern vor allem stationär erbracht wird (Irland, Italien und Österreich) und in wieder anderen (Schweden, Norwegen) nicht eindeutig festgestellt werden kann, welche Form von Behandlungseinrichtungen überwiegt.

Soziale Reintegration

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.

Die soziale Reintegration ist im Vergleich zur Behandlung eine weniger stark verbreitete Maßnahme zur Bekämpfung des problematischen Drogenkonsums, und daher sind die Beobachtungen und die Berichterstattung in diesem Bereich lückenhafter. Aus einigen Ländern gibt es Berichte über die qualitative Bewertung ihrer Bemühungen im Bereich der sozialen Reintegration, jedoch wird in keinem Land ein zufrieden stellender Erfassungsgrad verzeichnet. Die Länder, die Informationen bereitstellen (Estland, Irland, Malta, die Niederlande, Rumänien, Schweden und Norwegen), melden sämtlich Defizite bei den sozialen Reintegrationsdiensten und/oder -programmen. Eine Ausnahme bildet hier Griechenland, wo es ein relativ breit gefächertes Angebot sozialer Reintegrationsprogramme gibt und verlässliche Daten über die Zahl der von diesen erreichten Patienten vorliegen.

Sicherstellungen und Marktinformationen ⁽¹⁶⁴⁾

Herstellung, Handel und Sicherstellung von Opiaten

Aus Afghanistan stammt bei weitem der größte Teil des illegalen Opiums, zumal hier die gesamte Anbaufläche 2004 erneut gewachsen ist. Die Weltproduktion von illegalem Opium im Jahr 2004 wurde auf etwa 4 850 Tonnen (2003 waren es 4 766 Tonnen) geschätzt, wovon 87 % in Afghanistan und 8 % in Myanmar hergestellt wurden. Die weltweite Opiumherstellung ist in den letzten fünf Jahren stabil geblieben, mit Ausnahme von 2001, als ein vom Talibanregime in Afghanistan verhängtes Anbauverbot für Schlafmohn zu einem drastischen, aber kurzzeitigen Rückgang der Opiumherstellung führte.

Das weltweite Produktionspotenzial von Heroin wurde 2004 auf 485 Tonnen geschätzt (2003 waren es 477 Tonnen) (CND, 2005).

Das in der EU konsumierte Heroin wird vor allem (und in zunehmendem Maße) in Afghanistan oder entlang der Routen des Opiumhandels, insbesondere in der Türkei (UNODC, 2003a; INCB, 2005), hergestellt und 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, einen Teil Italiens, Serbien und Montenegro sowie Bosnien und Herzegowina, während die nördliche Route durch Bulgarien, Rumänien, Ungarn und Österreich führt. In INCB (2005) wird berichtet, dass 2003 der Heroinhandel insbesondere über den nördlichen Teil der Balkanroute erfolgte. Seit Mitte der 90er Jahre wird Heroin zunehmend entlang der „Seidenstraße“ über Zentralasien, das Kaspische Meer und die Russische Föderation, Weißrussland oder die Ukraine geschmuggelt (Nationale Reitox-Berichte, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Obwohl dies die wichtigsten Routen sind, wurde im Jahr 2003 auch in mehreren Ländern Ost- und Westafrikas sowie Nord-, Mittel- und Südamerikas Heroin sichergestellt, das für Europa bestimmt war (CND, 2005; INCB, 2005).

Zusätzlich zum importierten Heroin werden einige Opiate innerhalb der EU hergestellt. Dies ist hauptsächlich auf Herstellung von Produkten aus selbst angebaute Mohn (z. B. Mohnstroh, Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten) in einigen östlichen EU-Ländern wie Estland, Lettland und Litauen beschränkt (Nationale Reitox-Berichte, 2004). Diese Erzeugnisse sind offenbar im Jahr 2003 besonders in Estland immer beliebter geworden.

Was die Menge betrifft, so wurde auch im Jahr 2003 weltweit das meiste Heroin in Asien (56 %) und Europa (34 %) sichergestellt. Der Anteil Europas steigt, was insbesondere auf die zunehmenden Heroinsicherstellungen in den ost- und südosteuropäischen Ländern zurückzuführen ist (CND, 2005). Seit 1998 ist das Vereinigte Königreich das EU-Land mit der größten Zahl und Menge an Heroinsicherstellungen. An zweiter Stelle folgen Spanien (zahlenmäßig) bzw. Italien (mengenmäßig) ⁽¹⁶⁵⁾. Im Jahr 2002 entfielen auf das Vereinigte Königreich 30 % sowohl der Heroinsicherstellungen als auch der insgesamt in der EU beschlagnahmten Heroinmenge.

Die Mengen des in der EU sichgestellten Heroins ⁽¹⁶⁶⁾ sind in den letzten fünf Jahren insgesamt gestiegen, wobei in den Jahren 2000 bis 2002 ein Höhepunkt erreicht

⁽¹⁶⁴⁾ Siehe „Interpretation der Sicherstellungen und Marktdaten“, S. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Diese Angabe sollte jedoch überprüft werden, sobald die fehlenden Daten für 2003 vorliegen. Für Italien, Zypern, die Niederlande und Rumänien lagen für 2003 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Heroin vor; für Irland und das Vereinigte Königreich lagen für 2003 weder Daten zur Zahl noch zur Menge der Heroinsicherstellungen vor.

⁽¹⁶⁶⁾ Siehe Tabelle SZR-4 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

wurde. Unterdessen ging die Gesamtzahl der Sicherstellungen im selben Zeitraum zurück. Den aus den Ländern, für die Daten verfügbar sind, gemeldeten Tendenzen zufolge scheinen sowohl die Zahl als auch die Menge des in der EU sichergestellten Heroins seit 2003 zurückgegangen zu sein ⁽¹⁶⁷⁾.

Estland meldete 2003 erneut Sicherstellungen von Fentanyl und Methylylfentanyl – synthetischen Opiaten, die bis zu 100 Mal potenter sind als Heroin –, während in Lettland 2003 erstmals 3-Methylylfentanyl und in Österreich im Januar 2004 ebenfalls erstmalig Fentanyl sichergestellt wurde. In Estland wird die schlechte Qualität des auf dem lokalen Markt erhältlichen Heroins seit 2002 durch die Einführung dieser beiden synthetischen Opiate kompensiert, die unter den Bezeichnungen „China White“, „Persian White“ oder „synthetisches Heroin“ vertrieben werden (Nationale Reitox-Berichte, 2004).

Die Daten zu den Sicherstellungen von Benzodiazepinen – die in der Regel von Heroinkonsumenten als Sekundärdrugs eingenommen werden – werden zwar von der EBDD nicht systematisch erhoben, jedoch berichteten Spanien, Litauen, Schweden und Norwegen von

Sicherstellungen dieser Substanzen (insbesondere von Rohypnol) im Jahr 2003.

Preis und Reinheit von Heroin

In Europa kommt Heroin in zwei Formen vor: als das allgemein verfügbare braune Heroin (Heroinbase) und das weniger verbreitete und teurere weiße Heroin (in Salzform), das in der Regel aus Südostasien stammt. Den Berichten zufolge lag der durchschnittliche Preis für braunes Heroin im Straßenhandel 2003 in der EU zwischen 27 EUR pro Gramm in Belgien und 144 EUR pro Gramm in Schweden, während der Preis für weißes Heroin von 25 EUR (Slowakei) bis 216 EUR (Schweden) pro Gramm reichte ⁽¹⁶⁸⁾. Diese Preisspanne spiegelt wahrscheinlich die unterschiedliche Reinheit der gehandelten Droge wider.

Im Jahr 2003 lag die durchschnittliche Reinheit von braunem Heroin im Straßenhandel in der EU zwischen 6 % in Österreich und 40 % in Malta. Über die Reinheit von weißem Heroin wurden nur von einigen wenigen Ländern Daten bereitgestellt ⁽¹⁶⁹⁾. Sie lag durchschnittlich zwischen 6 % in Finnland und 70 % in Norwegen ⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorphin: Behandlung, Missbrauch und Verschreibungspraxis. In *EBDD-Jahresbericht 2005: ausgewählte Themen*

In den vergangenen zehn Jahren ist Buprenorphin in Europa zunehmend als Alternative zu Methadon für die Behandlung von Opiatabhängigkeit verfügbar geworden. Buprenorphin wurde ursprünglich als Schmerzmittel entwickelt und Ende der 70er Jahre für die Behandlung von Opiatabhängigen vorgeschlagen. In diesem ausgewählten Thema wird dargestellt, wie Buprenorphin in den EU-15-Mitgliedstaaten Eingang in die Opiatbehandlung fand und sich in diesen Ländern sowie in den neuen Mitgliedstaaten verbreitete.

Es werden Vergleiche zwischen Buprenorphin und Methadon im Hinblick auf Wirksamkeit und Kosten gezogen. Es folgt eine Darstellung des Angebots der Buprenorphinbehandlung in Europa sowie ein Vergleich zwischen den Mitgliedstaaten, in denen überwiegend Buprenorphin in der Behandlung von Opiatabhängigkeit eingesetzt wird, und jenen, in denen bei der medikamentengestützten Therapie in erster Linie Methadon verschrieben wird. Unter anderem wird festgestellt, dass derzeit in der EU etwa 20 % der Patienten in medikamentengestützter Behandlung Buprenorphin erhalten, wobei die meisten dieser Patienten in einem Land (nämlich Frankreich) leben. Insgesamt ist Buprenorphin in vielen Ländern verbreitet, allerdings ist in den meisten Mitgliedstaaten die tatsächliche Zahl der Patienten noch immer begrenzt.

In dem ausgewählten Thema wird Buprenorphin mit Blick auf potenziellen Missbrauch untersucht. Zunächst wird darauf hingewiesen, dass der Missbrauch von Buprenorphin nur in einigen wenigen Ländern stark verbreitet und ansonsten eher selten ist. Den Berichten zufolge gibt es einige Hinweise darauf, dass Buprenorphinmissbrauch in bestimmten Bevölkerungs- oder Altersgruppen stattfindet, und es wird versucht, verschiedene Gruppen von Konsumenten zu ermitteln, die Buprenorphin missbräuchlich konsumieren. Es kommt zwar nur selten zu Todesfällen durch Buprenorphinmissbrauch, in der wissenschaftlichen Literatur und in einigen europäischen Ländern wird jedoch über Todesfälle berichtet. Die Berichte über Todesfälle infolge von Buprenorphinmissbrauch werden den Todesfällen durch Methadonmissbrauch gegenübergestellt.

Im ausgewählten Thema werden Schlussfolgerungen über die jeweiligen Vorteile von Buprenorphin und Methadon bei der Behandlung von Opiatabhängigkeit gezogen. Es wird festgestellt, dass Buprenorphin eine Möglichkeit darstellt, die Verfügbarkeit der medikamentengestützten Therapie zu erweitern und den Zugang zu dieser Behandlungsform zu vereinfachen.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>) verfügbar: „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“, *EMCDDA annual report 2005: selected issues*.

⁽¹⁶⁷⁾ Siehe Tabelle SZR-3 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁶⁸⁾ Siehe Tabelle PPP-2 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁶⁹⁾ Siehe Tabelle PPP-6 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁷⁰⁾ Kleine Stichprobenzahl in Norwegen (n = 8).



Kapitel 7

Kriminalität und Strafvollzug

Drogenbedingte Kriminalität

Mit dem Begriff drogenbedingte Kriminalität werden 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.

„Berichte“⁽¹⁷¹⁾ über Drogendelikte machen die Unterschiede in der nationalen Gesetzgebung sowie 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. Aufgrund dieser Unterschiede sind Vergleiche zwischen den EU-Ländern kaum möglich.

Im Zeitraum 1998 bis 2003 hat sich die Anzahl der „Berichte“ über Drogendelikte in den meisten EU-Ländern erhöht. Ein besonders hoher Anstieg (auf das Doppelte oder mehr) war in Estland und Polen zu verzeichnen. In Belgien, Spanien, Italien (seit 2001), Ungarn, Malta, Österreich und Slowenien (seit 2002) ist die Zahl der „Berichte“ jedoch 2003 zurückgegangen⁽¹⁷²⁾.

In den meisten EU-Mitgliedstaaten bezieht sich die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte nach wie vor auf Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch⁽¹⁷³⁾; dieser Anteil bewegt sich zwischen 39 % aller Drogendelikte in Polen und 87 % in Österreich und dem Vereinigten Königreich. In der Tschechischen Republik und Luxemburg beziehen sich 91 % bzw. 46 % der gemeldeten Drogendelikte auf den Drogenhandel oder -schmuggel, während sich in Italien und Spanien,

Daten und Fakten zu Drogenkonsum und Straftaten

In einer im Jahr 2004 in der Tschechischen Republik durchgeführten Umfrage gaben in regionalen Dienststellen beschäftigte Polizeibeamte an, dass schätzungsweise etwa 40 % der einfachen Diebstähle und etwa 30 % der Einbruchsdiebstähle verübt wurden, um Drogen beschaffen zu können. Die in der Tschechischen Republik routinemäßig erhobenen Daten über erfasste Straftaten belegen, dass 0,7 % aller Straftaten im Jahr 2003 begangen wurden, während die Straftäter unter dem Einfluss von Suchtstoffen oder psychotropen Substanzen standen (wobei Alkohol nicht berücksichtigt ist) (Nationaler Bericht der Tschechischen Republik).

In Finnland wurden im Zeitraum 2000-2003 erheblich weniger Tötungsdelikte und tätliche Angriffe unter dem Einfluss illegaler Drogen verübt als unter Alkoholeinfluss (6 % gegenüber 64 % der Tötungsdelikte und 2 % gegenüber 71 % der tätlichen Angriffe) (Lehti und Kivivuori, zitiert im Nationalen Bericht Finnlands). Obwohl in den letzten zehn Jahren der Anteil der Raubüberfälle unter Drogeneinfluss gestiegen zu sein scheint, überwiegt auch hier nach wie vor der Anteil der Taten unter Alkoholeinfluss (43 % der Raubüberfälle wurden unter Alkoholeinfluss begangen, dagegen nur 9 % unter Drogeneinfluss).

In Deutschland ist die Zahl der Fälle „direkter Beschaffungskriminalität“, d. h. der Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln, Ersatzmitteln oder Ausweichmitteln begangen werden, im Jahr 2003 auf 2 568 Fälle zurückgegangen, von denen 70 % im Zusammenhang mit der Fälschung von Rezepten oder dem Diebstahl von Rezeptformularen standen (BKA, 2004).

In Lettland wurden routinemäßig erhobenen Daten des Innenministeriums zufolge 2,8 % aller im Jahr 2003 aufgedeckten Straftaten (3,1 % im Jahr 2002) unter dem Einfluss von Suchtmitteln begangen (Nationaler Bericht Lettlands).

⁽¹⁷¹⁾ Der Begriff „Berichte“ im Zusammenhang mit Verstößen gegen die Drogengesetze ist in Anführungszeichen gesetzt, da er Konzepte umfasst, die sich zwischen den einzelnen Ländern unterscheiden (polizeiliche Meldungen von Verdachtsfällen auf Drogendelikte, Strafanzeigen wegen Drogendelikten usw.). Genaue Definitionen zu jedem Land sind den *Methodological notes on definitions of 'reports' for drug law offences* [methodische Anmerkungen zur Definition des Begriffs „Berichte“ über Drogendelikte] im *Statistical Bulletin 2005* zu entnehmen (Anmerkung: In den Jahresberichten bis zum Jahr 2001 wurde der Begriff „Festnahmen“ verwendet.).

⁽¹⁷²⁾ Siehe Tabelle DLO-1 (Teil i) im *Statistical Bulletin 2005*. Für das Jahr 2003 lagen aus Dänemark, Deutschland, Irland, Lettland, der Slowakei und dem Vereinigten Königreich keine Daten über „Berichte“ über Drogendelikte vor.

⁽¹⁷³⁾ Siehe Tabelle DLO-2 im *Statistical Bulletin 2005*.

wo Drogenkonsum und Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch nicht als Straftat gelten, alle Drogendelikte auf den Drogenhandel oder -schmuggel beziehen. In Portugal⁽¹⁷⁴⁾ und Norwegen⁽¹⁷⁵⁾ schließlich betreffen 59 % der Drogendelikte sowohl den Drogenkonsum als auch den Drogenschmuggel.

In allen Ländern, für die Daten vorliegen, ist – mit Ausnahme Portugals – der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch an den Drogendelikten insgesamt im Fünfjahreszeitraum von 1998 bis 2003 gestiegen⁽¹⁷⁶⁾. Die Zunahme der Delikte vollzog sich im Allgemeinen langsam, in Belgien, Luxemburg und Slowenien sowie bis 2001 in Irland war jedoch eine deutlich steigende Tendenz zu verzeichnen. In Portugal hat der Anteil der Delikte im Zusammenhang mit dem eigenen Konsum seit dem Jahr 2000 abgenommen, genau ein Jahr bevor der Drogenkonsum und der Besitz für den eigenen Gebrauch im Juli 2001 entkriminalisiert wurden⁽¹⁷⁷⁾. Im Jahr 2003 wurde aus der Tschechischen Republik, Luxemburg, Österreich und Slowenien ein Rückgang der Drogendelikte gemeldet.

In den meisten Mitgliedstaaten ist Cannabis nach wie vor die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge⁽¹⁷⁸⁾. In diesen Ländern machten die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis im Jahr 2003 zwischen 39 % (Italien) und 87 % (Frankreich) der gesamten Drogendelikte aus. In den Niederlanden standen die meisten Drogendelikte (58 %) im Zusammenhang mit „harten Drogen“⁽¹⁷⁹⁾, während in der Tschechischen Republik die Mehrheit (48 %) der Drogendelikte mit Amphetaminen in Verbindung gebracht werden konnte. Der relative Anteil von auf eine bestimmte Droge bezogenen Drogendelikten wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, einschließlich der operativen Prioritäten der Strafverfolgungsbehörden und explizite oder implizite strategische Entscheidungen, unterschiedliche Arten von Drogendelikten differenziert anzugehen.

Seit 1998 stieg der Anteil der Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis⁽¹⁸⁰⁾ in Deutschland,

Spanien, Frankreich, Irland, Litauen, Luxemburg, Malta und Portugal an, während er in Belgien, der Tschechischen Republik, den Niederlanden, Slowenien, Schweden und dem Vereinigten Königreich insgesamt stabil blieb und in Italien und Österreich zurückging⁽¹⁸¹⁾.

Im selben Zeitraum ist der Anteil der Drogendelikte in Verbindung mit Heroin in allen Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen, zurückgegangen, mit Ausnahme Österreichs und des Vereinigten Königreichs, wo eine Zunahme zu verzeichnen war⁽¹⁸²⁾. Dagegen ist der Anteil der kokainbedingten Straftaten an den Drogendelikten insgesamt seit 1998 in allen Ländern, für die Daten vorliegen, gestiegen, mit Ausnahme Deutschlands, das von einem rückläufigen Trend berichtet⁽¹⁸³⁾.

Drogenkonsumenten und Strafvollzug

Drogenkonsumenten in Haftanstalten

Es liegen nur unzureichende und lückenhafte nationale Routineinformationen über Art und Muster des Drogenkonsums unter Haftinsassen vor. Ein großer Teil der in der EU verfügbaren Daten stammt aus Ad-hoc-Studien, die auf unterschiedlich großen Stichproben beruhen und deren Ergebnisse (und Tendenzen) für Extrapolationen ungeeignet sind.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind Drogenkonsumenten im Strafvollzug stark überrepräsentiert. Die meisten in der EU durchgeführten Studien geben die Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums unter Haftinsassen mit über 50 % an. Sie weist jedoch je nach Gefängnispopulation, Strafanstalt und Land große Schwankungen auf und reicht von 22 % bis 86 %⁽¹⁸⁴⁾. In der EU schwankt die Lebenszeitprävalenz eines vor Haftbeginn bestehenden regelmäßigen Drogenkonsums oder einer Abhängigkeit zwischen 8 % und 73 %⁽¹⁸⁵⁾.

Die Mehrheit der Drogenkonsumenten reduziert oder beendet den Drogenkonsum bei Haftantritt. Viele Haftinsassen setzen den Drogenkonsum jedoch in der Haftanstalt fort, andere beginnen dort erst mit dem Konsum (und/oder der Injektion) von Drogen. Aus den

⁽¹⁷⁴⁾ In Portugal betreffen die übrigen Drogendelikte den „Drogenhandel/Drogenschmuggel“, da der Drogenkonsum/Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch im Juli 2001 entkriminalisiert wurde.

⁽¹⁷⁵⁾ In Norwegen wird nicht zwischen „Drogenhandel/Drogenschmuggel“ als solchem und „Drogenkonsum/-handel und -schmuggel“ unterschieden. Die verbleibenden Drogendelikte beziehen sich daher ausschließlich auf den „Drogenkonsum“.

⁽¹⁷⁶⁾ Siehe Tabelle DLO-4 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁷⁷⁾ Das Gesetz zur Entkriminalisierung des Drogenkonsums und des Besitzes für den eigenen Gebrauch wurde im November 2000 verabschiedet und trat im Juli 2001 in Kraft.

⁽¹⁷⁸⁾ Siehe Tabelle DLO-3 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁷⁹⁾ Gemäß der Definition in den Niederlanden sind „harte Drogen“ Drogen, die inakzeptable Risiken für die öffentliche Gesundheit darstellen, wie Heroin, Kokain, Ecstasy und LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Die folgenden Länder schlüsselten Drogendelikte im Zeitverlauf nach den einzelnen Drogen auf: Belgien, die Tschechische Republik, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Litauen, Luxemburg, Malta, die Niederlande (nur nach „weichen Drogen“/Cannabis und „harten Drogen“), Österreich, Portugal, Slowenien, Schweden und das Vereinigte Königreich.

⁽¹⁸¹⁾ Siehe Tabelle DLO-5 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁸²⁾ Siehe Tabelle DLO-6 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁸³⁾ Siehe Tabelle DLO-7 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁴⁾ Siehe Tabelle DUP-1 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁵⁾ Siehe Tabelle DUP-5 (Anhang) im *Statistical Bulletin 2005*.

vorliegenden Studien geht hervor, dass zwischen 8 % und 60 % der Haftinsassen angaben, während der Inhaftierung Drogen konsumiert zu haben, und zwischen 10 % und 42 % berichteten, regelmäßig Drogen konsumiert zu haben ⁽¹⁸⁶⁾.

Die Lebenszeitprävalenz des injizierenden Drogenkonsums unter Haftinsassen wird im Allgemeinen mit 15 % bis 50 % angegeben, aus einigen Studien gehen jedoch auch so niedrige Werte wie 1 % oder so hohe Raten wie 69 % hervor. Wo vergleichbare Daten vorhanden sind (Österreich 1999, England und Wales 1997/1998), ist ersichtlich, dass jugendliche Straftäter seltener injizieren als Erwachsene und bei den Haftinsassen Frauen eher zum Injizieren neigen als Männer ⁽¹⁸⁷⁾. Anhand einiger in der EU durchgeführter Studien konnten Bird und Rotily (2002) nachweisen, dass etwa ein Drittel der erwachsenen männlichen Haftinsassen injizierende Drogenkonsumenten sind. Aus den Daten der Reitox-Knotenpunkte geht hervor, dass zwischen 0,2 % und 34 % der Haftinsassen ⁽¹⁸⁸⁾ während der Inhaftierung Drogen injiziert haben. Dies wirft die Frage nach sterilem Spritzenbesteck und hygienischen Verfahren des Nadelaustausches unter Haftinsassen auf und macht auf die Gefahr der Verbreitung von Infektionskrankheiten aufmerksam.

Hilfe und Behandlung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten

In allen Mitgliedstaaten sowie Beitritts- und Kandidatenländern wurden in der einen oder anderen Form Systeme geschaffen, um sicherzustellen, dass Drogenkonsumenten in Haftanstalten Hilfe angeboten wird, wobei es hinsichtlich der Vielfalt und Verfügbarkeit der Dienste beträchtliche Unterschiede gibt. Bemerkenswert ist die zunehmende Anerkennung der Tatsache, dass Haftinsassen im Hinblick auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung dieselben Rechte haben wie die übrige Bevölkerung, was auch den Zugang zu Hilfsdiensten und Behandlungen für Drogenkonsumenten einschließt (WHO-Regionalbüro für Europa, 2002; Nationale Berichte Irlands, Litauens und Finnlands). Zu den Diensten, die den Haftinsassen zur Verfügung gestellt werden sollten, gehören Präventionsstrategien, einschließlich drogenfreier Programme, Entgiftungstherapien, Substitutionsbehandlung mit Methadon und anderen Substanzen, Beratung und Bildung.

Die Länder berichten jedoch über verschiedene Probleme im Zusammenhang mit der Bereitstellung angemessener Hilfsdienste. Beispielsweise werden in Estland nur in unzureichendem Maße Dienste angeboten; in Lettland sind keine speziellen Dienste für Drogenkonsumenten verfügbar; Polen meldet lange Wartelisten für die Behandlung; Schweden berichtet über überfüllte

Haftanstalten und einen Abbau des Gefängnispersonals; in Rumänien gibt es keine geeigneten Rechtsvorschriften. In Zypern steht zwar kein integriertes Unterstützungsprogramm für inhaftierte Drogenkonsumenten zur Verfügung, es wurden jedoch einige Präventionsmaßnahmen ergriffen.

Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen bilden die wichtigsten Präventionsstrategien. In den meisten EU-Mitgliedstaaten sowie Beitritts- und Kandidatenländern werden solche Maßnahmen sowohl für inhaftierte Drogenkonsumenten als auch für das Gefängnispersonal durchgeführt. Den Berichten zufolge führen Estland, Spanien, Zypern, Ungarn, Rumänien und Slowenien derartige Maßnahmen durch (Nationale Reitox-Berichte).

Eine weitere Präventivmaßnahme ist die Schaffung drogenfreier Abteilungen in den Haftanstalten. Die Teilnahme ist freiwillig und setzt in der Regel die Unterzeichnung einer schriftlichen Erklärung des inhaftierten Drogenkonsumenten voraus, bestimmte Bedingungen, wie beispielsweise regelmäßige Urintests, zu akzeptieren. Drogenfreie Abteilungen gibt es in allen EU-15-Mitgliedstaaten sowie in den meisten „neuen“ Mitgliedstaaten. Eine Evaluierung der drogenfreien Zone in einer österreichischen Haftanstalt hat ergeben, dass Haftinsassen, die aus der drogenfreien Zone entlassen wurden, signifikant weniger häufig rückfällig wurden als Haftinsassen, die aus normalen Abteilungen des Gefängnisses entlassen wurden (35 % gegenüber 62 %).

Die am weitesten verbreitete Behandlungsform in Haftanstalten ist die drogenfreie Therapie, die es in allen Mitgliedstaaten (mit Ausnahme Zyperns und Lettlands) gibt, wobei sie jedoch in unterschiedlichem Maße verfügbar ist. In vielen Ländern, z. B. in Belgien, der Tschechischen Republik, Griechenland, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich bieten gemeindegestützte Behandlungseinrichtungen Hilfe und Behandlung sowie Nachsorge an.

In den meisten Ländern werden innerhalb der Haftanstalten nicht in gleichem Maße substitutionsgestützte Erhaltungstherapien angeboten wie außerhalb. Lediglich in Spanien ist die Erhaltungstherapie weit verbreitet. Hier erhalten 18 % aller Haftinsassen bzw. 82 % aller inhaftierten problematischen Drogenkonsumenten eine solche Behandlung. Auch aus Luxemburg wird ein hoher Versorgungsgrad gemeldet. Zu den Ländern, die über eine erhebliche Verbesserung der Verfügbarkeit medikamentengestützter Behandlungen berichten, gehören Frankreich, wo vor allem Buprenorphin zum Einsatz kommt, und Irland (Nationale Reitox-Berichte). In den Niederlanden werden medikamentengestützte Behandlungen ausschließlich für Kurzzeithäftlinge angeboten, die vor ihrer Inhaftierung mit Methadon behandelt wurden. In Polen wurde in einem Unter-

⁽¹⁸⁶⁾ Siehe Tabelle DUP-3 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁷⁾ Siehe Tabelle DUP-2 im *Statistical Bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁸⁾ Siehe Tabelle DUP-4 im *Statistical Bulletin 2005*.

suchungsgefängnis das erste Methadonprogramm aufgelegt, an dem 14 Patienten teilnehmen.

Neue Entwicklungen bei der Bekämpfung der Verbreitung von Infektionskrankheiten in Haftanstalten

In Estland hat sich die Situation im Hinblick auf die Prävention der Verbreitung von HIV im Jahr 2003 verbessert. Die Zahl der HIV-Ersttests stieg gegenüber 2002 um das 2,6fache, wobei die Zahl der positiven Tests jedoch nur leicht zunahm. Die vor und nach den Tests angebotenen Beratungsdienste wurden ebenfalls sowohl

quantitativ als auch qualitativ verbessert. In Rumänien wurden in Zusammenarbeit mit einigen internationalen Nichtregierungsorganisationen (NRO) Programme zur Prävention der Verbreitung von HIV/Aids in Haftanstalten und unter Häftlingen erarbeitet.

Spanien ist das einzige Land, das systematisch Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Haftanstalten durchführt. Im Jahr 2003 wurden im Rahmen dieser Programme insgesamt 18 260 Spritzen ausgegeben. Weder in anderen Mitgliedstaaten noch in den Beitritts- bzw. Kandidatenländern sind ähnliche Programme vorgesehen.

Alternativen zu Gefängnisstrafen: Maßnahmen für straffällige problematische Drogenkonsumenten in der EU. In: *EBDD-Jahresbericht 2005: ausgewählte Themen*

Das Gefängnis ist eine denkbar schlechte Umgebung für problematische Drogenkonsumenten, und es besteht ein breiter politischer Konsens darüber, dass die Behandlung grundsätzlich eine Alternative zu Gefängnisstrafen darstellt. Die Alternativen zu Gefängnisstrafen, die straffälligen Drogenkonsumenten angeboten werden könnten, umfassen eine ganze Reihe von Sanktionen, die Gefängnisstrafen für jene Drogenkonsumenten, die eine nach nationalem Recht gewöhnlich mit einer Inhaftierung geahndete Straftat begangen haben, verzögern, vermeiden, ersetzen oder ergänzen können. Das ausgewählte Thema behandelt schwerpunktmäßig Maßnahmen, die auch eine Drogenbehandlung einschließen.

Seit den 60er Jahren wurde der Grundsatz, als Alternative zur Verurteilung und Bestrafung drogenbedingter Straftaten den Tätern Behandlung, Bildung und Rehabilitation anzubieten, wiederholt in Übereinkommen, Strategien und Aktionsplänen auf der Ebene der Vereinten Nationen sowie der EU bekräftigt und bestätigt. Dies wurde in den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten umgesetzt, und die Strafverfolgungssysteme sowie die Systeme von Gesundheits- und Sozialdiensten wurden entsprechend angepasst. Junge Drogenkonsumenten sind besonders gefährdet, in einen Teufelskreis von Drogen und Kriminalität zu geraten, und man ist insbesondere entschlossen, die Inhaftierung junger Straftäter zu vermeiden.

Die Umsetzung alternativer Maßnahmen zur Inhaftierung ist jedoch mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, die auf die Unterschiede zwischen den beteiligten Verwaltungssystemen und den diesen zugrunde liegenden Prinzipien zurückzuführen sind. Man bemüht sich, die Kluft zwischen den Strafverfolgungssystemen und den Systemen der Gesundheits- und Sozialdienste, d. h. zwischen Polizei, Gerichten und Justizvollzugsanstalten einerseits und Drogenbehandlungsdiensten andererseits, durch

Koordinierungsstrukturen und -initiativen zu überbrücken. In vielen Fällen ebneten informelle Kooperationsmechanismen auf lokaler Ebene den Weg für stabilere, institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit.

In den letzten Jahrzehnten ist in den EU-15-Mitgliedstaaten die Zahl der Fälle, in denen auf Alternativen zu Gefängnisstrafen zurückgegriffen wurde, gestiegen; in jüngster Zeit ist diese Entwicklung in einigen Ländern zum Stillstand gekommen. In den neuen Mitgliedstaaten dagegen wurde erst später damit begonnen, alternative Maßnahmen gesetzlich zu verankern und durchzuführen. In der Regel wird das übliche Behandlungssystem in Anspruch genommen, um die Behandlung von straffälligen problematischen Drogenkonsumenten sicherzustellen. In den meisten Ländern wird die Behandlung in aller Regel in stationären Einrichtungen durchgeführt, es gibt jedoch auch die Möglichkeit der Teilnahme an ambulanten Behandlungsprogrammen.

Die europäischen Evaluierungsstudien über Behandlung als Alternative zu Gefängnisstrafen sind dünn gesät und zum Teil wenig aufschlussreich. In Übereinstimmung mit anderen Behandlungsstudien wurde jedoch festgestellt, dass der Verbleib in der Behandlung einen Schlüsselindikator für den Erfolg darstellt und Alternativen zu Gefängnisstrafen vor allem durch die Abbruchraten konterkariert werden. Es gibt Belege dafür, dass es für den Behandlungserfolg nicht ausschlaggebend ist, auf welchem Wege der Patient in die Behandlung gefunden hat, sondern vielmehr die Qualität der angebotenen Therapie. Behandlung als eine Alternative zu Gefängnisstrafen scheint am besten zu funktionieren, wenn die Abhängigen motiviert sind, sich behandeln zu lassen, und wenn die Behandlungseinrichtungen nach bewährten klinischen Standards arbeiten und über ausreichendes und qualifiziertes Personal verfügen.

Dieses ausgewählte Thema ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://issues05.emcdda.eu.int>) verfügbar: „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“, *EMCDDA annual report 2005: selected issues*.



Literaturangaben

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), The American STAR comes to England, *Drug and Alcohol Findings* 8, S. 21-26.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Bargagli, A. M., et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paris.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S., und Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates behavioural risks – results from European prisons, *Howard Journal* 41 (2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A., und Aavitsland, P. (2005), Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>.
- Botvin, G. J. (2000), Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors, *Addictive Behaviours* 25, S. 887-897.
- Bovenkerk, F., und Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain, *Addiction*, im Druck.
- Butler, G. K. L., und Montgomery, A. M. J. (2004), Impulsivity, risk taking and recreational „ecstasy“ (MDMA) use, *Drug and Alcohol Dependence* 76, S. 55-62.
- Butters, J. E. (2004), The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, S. 381-390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., und Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Suchtstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Suchtstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.
- Cuijpers, P., et al. (2002), The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project, *Addiction* 97, S. 67-73.
- Cunningham, J. A. (2001), Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study, *Journal of Studies on Alcohol* 62, S. 228-233.
- De Wit, A., und Bos, J. (2004) Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature. In: *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon, S. 329-343.
- Drug Misuse Research Division (2004), Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002, *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EBDD (2001), Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths, Projekt CT.99.RTX.04, koordiniert vom Trimbos Institut, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2003), National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000, CT.00.RTX.23, koordiniert vom Institut für Therapieforschung, München, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EBDD (2004a), *Jahresbericht 2004: Der Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2004b), Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, *EMCDDA Monographs 7*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EBDD (2004c), *Drogen im Blickpunkt Nr. 13: Überdosierung – eine der häufigsten vermeidbaren Todesursachen bei jungen Menschen*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- Eurobarometer (2004), Young people and drugs, *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Generaldirektion Presse und Kommunikation, Europäische Kommission, Brüssel.
- EuroHIV (Europäische Epidemiologische Aids-Beobachtungsstelle) (2004), *HIV/Aids Surveillance in Europe, End-year report, 2003, Nr. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Statistiken zur Gesundheit: Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002*, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg, S. 62.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions, *BMJ* 328, S. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Wien.
- Ghuran, A., und Nolan, J. (2000), Recreational drug misuse: issues for the cardiologist, *Heart* 83, S. 627-633.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., und Ali, R. (2005), Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review), *The Cochrane Library*, 2005, Ausgabe 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), Vortrag bei der EBDD-Konferenz zum Thema „Treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000-2004“, November 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- 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.
- Hwang, S. (2001), Mental illness and mortality among homeless people, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, S. 81-82.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Vereinte Nationen, International Narcotics Control Board, New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., und Whiteside, H. O. (2003), Family-based interventions for substance use and misuse prevention, *Substance Use and Misuse* 38, S. 1759-1787.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C., und Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Mailand.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences, *Epidemiology and Infection* 133, S. 127-136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olajo, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L., und De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994-2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F., und Paddock, S. M. (2002), Reassessing the marijuana gateway effect, *Addiction* 97, S. 1493-1504.
- Nationale Reitox-Berichte (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>)
- National Treatment Agency (NTA) (2003), New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers, Pressemitteilung vom 13. Juni 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), 54 per cent more drug misusers get treatment in England, Pressemitteilung vom 30. September 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A., und Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J., und Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos Instituut, Utrecht.
- 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.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L., und Baer, J. (2000), Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education, *Journal of Drug Education* 30, S. 399-421.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of „risk environment“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, S. 303-329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., und Van Laar, M. (2004), Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004, Trimbos Instituut/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G., und Nilson, M. (2002), An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway, *International Journal of Drug Policy* 13, S. 477-484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J., und Fiellin, D. A. (2005), Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users, *Addiction* 100, S. 150-158.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), The motivation, skills and decision-making model of „drug abuse“ prevention, *Substance Use and Misuse* 39, S. 1971-2016.
- Taylor, B. J. (2000), Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial, *Prevention Science* 1, S. 183-197.
- Terweij, M., und Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- UNODC und Regierung Marokkos (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Weltgesundheitsorganisation, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Genf.
- WHO (2004), Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/Aids among injecting drug users, *Evidence for action technical papers*, WHO, Genf.
- WHO (2005), Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users, *Evidence for action technical papers*, endgültiger Entwurf, März 2005, WHO, Genf.
- WHO-Regionalbüro für Europa (2002), *Haftanstalten, Drogen und die Gesellschaft, Eine Stellungnahme zu Grundsätzen, Maßnahmen und Praktiken*, WHO-Regionalbüro für Europa, Genf.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht 2005: Stand der Drogenproblematik in Europa

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
2005 — 90 S. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-225-X

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.eu.int/>),
- 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.