



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

ISSN 1 609-6088

JAHRESBERICHT 2004

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN DER
EUROPÄISCHEN UNION UND IN NORWEGEN



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN DER
EUROPÄISCHEN UNION UND IN NORWEGEN

JAHRESBERICHT 2004

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

Dieser Bericht liegt in spanischer, tschechischer, dänischer, deutscher, estnischer, griechischer, englischer, französischer, italienischer, lettischer, litauischer, ungarischer, niederländischer, polnischer, portugiesischer, slowakischer, slowenischer, finnischer, schwedischer 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, 2004

ISBN 92-9168-197-0

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2004
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>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkung	7
Auf einen Blick – eine Übersicht über die Drogensituation in Europa	9
Kapitel 1 Neue politische und rechtliche Entwicklungen	15
Kapitel 2 Drogenprävention – Zusammenarbeit mit Gemeinden und Fokussierung auf die am stärksten gefährdeten Gruppen	24
Kapitel 3 Cannabis	28
Kapitel 4 Amphetaminartige Stimulanzien, LSD und andere synthetische Drogen	34
Kapitel 5 Kokain und Crack	44
Kapitel 6 Heroinkonsum und injizierender Drogenkonsum	50
Kapitel 7 Behandlung – Hilfe für Drogenkonsumenten	63
Kapitel 8 Kriminalität und Strafvollzug	70
Ausgewähltes Thema 1 Evaluierung der „nationalen Drogenstrategien“ in Europa	75
Ausgewähltes Thema 2 Cannabisprobleme im Kontext – zur Zunahme der Behandlungsnachfrage in Europa	82
Ausgewähltes Thema 3 Komorbidität	94
Literaturangaben	105
Nationale Reitox-Knotenpunkte	111



Vorwort

Der diesjährige Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) enthält Daten aus den 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Norwegen. Diese reichhaltigen Informationen ermöglichen nicht nur ein besseres Verständnis dafür, in welchem Umfang Drogenprobleme sowohl die europäischen Bürger und die Gemeinden betreffen, sondern auch das Nachdenken über die von den Mitgliedstaaten entwickelten Strategien und Maßnahmen angesichts der komplexen und vielfältigen Herausforderung, die der Drogenkonsum darstellt.

Denjenigen, die bereits mit den früheren EBDD-Berichten über den Stand der Drogenproblematik in Europa vertraut sind, dürfte auffallen, dass sich aus dieser erweiterten Perspektive erhebliche Unterschiede ergeben haben. Viele unserer Annahmen über die Art und die Richtung der Drogentrends müssen überprüft und an die Realität der verschiedenartigen, komplexeren und dynamischeren Situation im heutigen Europa angepasst werden.

Nicht alle Länder können auf allen Gebieten Informationen liefern, auch sind nicht alle verfügbaren Daten ohne Weiteres vergleichbar. Aus diesem Grunde wurden Anmerkungen zur Methodik eingefügt, und wir möchten den Leser darauf hinweisen, dass bei Schlussfolgerungen eine gewisse Vorsicht geboten ist. Nichtsdestoweniger stehen nunmehr substantielle und immer zuverlässigere Informationen über die Drogensituation in Europa zur Verfügung. Wir freuen uns darauf, Ihnen in künftigen Jahren immer umfassendere Daten anbieten zu können, wenn die gegenwärtig von den Mitgliedstaaten getätigten Investitionen ihre Früchte tragen. Die Leser, die fachlich beschlagen sind oder auch nur nach spezifischeren Details über den einen oder anderen Aspekt dieses Berichts suchen, können in dem zugehörigen *Statistical Bulletin* und in der erweiterten Online-Fassung dieser Veröffentlichung die kompletten Datentabellen konsultieren, die den hier dargelegten zusammenfassenden Ausführungen zu Grunde liegen. Die Leser, die nur einen knappen Überblick über die Entwicklungen wünschen, werden im Abschnitt „Auf einen Blick“ eine Zusammenfassung der wichtigsten Entwicklungen finden, die im eigentlichen Bericht dann gründlicher erläutert werden.

Die in diesem Bericht enthaltenen Informationen sind das Produkt einer Partnerschaft; sie wurden auf einzelstaatlicher und EU-Ebene von unseren Partnern im Rahmen des Reitox-Netzwerks und von wissenschaftlichen Experten in Arbeitsgruppen erarbeitet, bei denen wir uns hier bedanken möchten. Ferner wird in diesem Bericht auf die Ergebnisse unserer laufenden Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission bei der Evaluation des Europäischen Aktionsplans zur Drogenbekämpfung (2000-2004) zurückgegriffen.

Manche Kommentatoren befassen sich insbesondere mit den Schwierigkeiten, die aus einer stärkeren europäischen Integration resultieren können, insbesondere damit, dass sich die organisierte Kriminalität die Öffnung der Grenzen und den freien Waren- und Personenverkehr zunutze machen könnte. Dieser Bericht befasst sich mit solchen Problemen, doch er enthält auch eine andere Botschaft. Als Europäer stehen wir zunehmend den aus dem Drogenkonsum resultierenden gemeinsamen Problemen gegenüber, aber wir bringen verschiedene geschichtliche Erfahrungen und Perspektiven in die Diskussion ein. Die in diesem Bericht enthaltenen Daten stellen ein gemeinsames Engagement unserer Mitgliedstaaten dar, vergleichbare Informationen zu sammeln und dazu zu verwenden, die Entwicklung von effizienteren und zielgerichteteren Politiken und Abhilfemaßnahmen zu fördern. Mit der Erweiterung der Europäischen Union wird uns eine neue Gelegenheit geboten, unsere Erfahrungen in Bezug auf erfolgreiche Maßnahmen weiterzugeben und enger zusammenzuarbeiten, um eine bessere Koordinierung unserer Aktivitäten zu erreichen. In diesem Bemühen verpflichtet sich die EBDD, die Rolle zu spielen, die ihr aufgetragen ist, indem sie mit den Mitgliedstaaten bei der Erstellung qualitativ hochwertiger Datensets zusammenarbeitet, die als Grundlage für eine sinnvolle Diskussion unerlässlich sind.

Marcel Reimen

Vorsitzender des EBDD-Verwaltungsrats

Georges Estievenart

Geschäftsführender Direktor der EBDD



Danksagung

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

- den Leitern der nationalen Kontaktpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirats der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ – und der Europäischen Kommission;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel des Europarates (Pompidou-Gruppe), dem United Nations Office on Drugs and Crime, der Weltgesundheitsorganisation, Europol, Interpol, der Weltzollorganisation, dem Schwedischen Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN) und der Europäischen Epidemiologischen Aids-Beobachtungsstelle (EuroHIV);
- dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union und dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften;
- Prepress Projects Ltd.;
- eLg Language Integration.

Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten und von Norwegen (das seit 2001 an der Arbeit der EBDD beteiligt ist) in Form eines Nationalen Berichts zur Verfügung gestellt wurden. Die hier veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen), während die Angaben zu den Entwicklungen im Bereich Maßnahmen gegen den Drogenkonsum und zu ausgewählten Themen mitunter jüngeren Datums sein können.

Die Nationalen Berichte der Reitox-Knotenpunkte können auf der Website der EBDD (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>) eingesehen werden.

Eine Online-Fassung des Jahresberichts steht in zwanzig Sprachen unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> zur Verfügung. Weiteres Material, auf das in den Fußnoten mit der Angabe OL Bezug genommen wird, ist nur in der Online-Fassung enthalten. Diese enthält in englischer Sprache eine Fülle von zusätzlichen Grafiken, Tabellen und Hintergrundmaterial.

Das *Statistical Bulletin 2004* der EBDD beinhaltet die vollständigen Quelltabellen, die für die statistische Analyse herangezogen wurden (<http://statistics.emcdda.eu.int>) sowie weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden.



Auf einen Blick – eine Übersicht über die Drogensituation in Europa

In dieser Übersicht wird auf einige der wichtigsten Entwicklungen hingewiesen, die im EBDD-Jahresbericht 2004 über den Stand der Drogenproblematik in Europa behandelt werden. Eine umfassende Beschreibung der Drogensituation ist dem vollständigen Bericht zu entnehmen.

Politische Maßnahmen und der Rechtsrahmen

Zu den wichtigsten politischen Entwicklungen, auf die in dem Bericht eingegangen wird, gehört die Halbzeitbewertung des Aktionsplans, der auf die Sondertagung der UN-Generalversammlung (UNGASS) von 1998 über das weltweite Drogenproblem zurückgeht. Darüber hinaus leistet die Beobachtungsstelle einen Beitrag zur Evaluierung des Aktionsplans der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung (2000–2004), die 2004 abgeschlossen sein wird.

Im Juni 2003 verabschiedete der Ministerrat eine Empfehlung zur Prävention und Reduzierung von gesundheitlichen Risiken im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit. Die Empfehlung bezieht sich auf folgende Schlüsselbereiche: Gesundheitsschutz und Risikominimierung, Verringerung der Inzidenz von durch das Blut übertragbaren Krankheiten (HIV, HCV und TBC) unter Drogenkonsumenten, Reduzierung drogenbedingter Todesfälle und Schaffung geeigneter Evaluierungsmechanismen. Ferner erzielte der Ministerrat im Jahr 2003 politische Einigung über den Rahmenbeschluss betreffend den illegalen Handel mit Drogen. Im Mittelpunkt standen dabei die Angleichung strafrechtlicher Sanktionen und die Ausdehnung der Maßnahmen auf kriminelle und terroristische Vereinigungen, die ihre illegalen Aktivitäten mit dem Drogenhandel finanzieren.

Die Anstrengungen zur Kontrolle neuer synthetischer Drogen in der Europäischen Union wurden 2003 mit dem Beschluss des Ministerrats über Kontrollmaßnahmen für die neuen synthetischen Drogen 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 und TMA-2 fortgesetzt.

Im Jahr 2003 hat sich die Zahl der Länder erhöht, deren Drogenpolitik auf einer umfassenden nationalen Strategie beruht. Drogenpläne wurden in Dänemark, Deutschland, Litauen und Slowenien verabschiedet. Wenn, wie geplant, im Jahr 2004 Estland und Frankreich diesem Beispiel folgen werden, haben sich mehr als drei Viertel aller Mitgliedstaaten der EU für einen solchen Ansatz entschieden. Gemeinsame Themen der nationalen Strategien sind ein ausgewogener Ansatz in Bezug auf Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage und des

Angebots sowie die ausdrückliche Anerkennung der Bedeutung von Koordinierungsmechanismen.

Evaluierungen der Drogenpolitik können wertvolle Hinweise für die Zukunft geben. Laut Angaben der Mitgliedstaaten wurden im Jahr 2003 Überwachungsmaßnahmen und Evaluierungen in folgenden Bereichen durchgeführt: Auswirkungen der neuen Drogengesetze; Auswirkungen veränderter Rechtsvorschriften hinsichtlich des Besitzes von Drogen, insbesondere von Cannabis, für den Eigengebrauch; Maßnahmen, die den kommunalen Behörden gestatten, gegen die Betreiber von Lokalitäten vorzugehen, die mit Drogenhandel oder Verstößen gegen die öffentliche Ordnung in Verbindung gebracht werden; Programme zur Überweisung von inhaftierten Drogenkonsumenten an Einrichtungen außerhalb des Strafvollzugssystems; und Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels und der Geldwäsche. Die Ansätze der Mitgliedstaaten zur Beurteilung der nationalen Drogenstrategien werden im Ausgewählten Thema „Evaluierung“ beschrieben.

Zwei Länder (Belgien und das Vereinigte Königreich) berichteten über Veränderungen bei der legalen Einstufung von Cannabis. In beiden Ländern ist der problematische Cannabiskonsum ausdrücklich in Rechtsvorschriften oder Leitlinien erwähnt. Die eingeleiteten Gesetzesänderungen weisen einige wichtige Dimensionen auf, die zum Teil von den Medien in ihrer Berichterstattung über diese Maßnahmen ignoriert worden sind.

Ein zunehmend wichtiger Bereich für weitere Aktivitäten und internationale Zusammenarbeit ist die Erweiterung der Befugnisse zur Einziehung des Vermögens von Drogenhändlern und kriminellen Gruppen. Spanien, Frankreich, Irland und das Vereinigte Königreich berichten ebenfalls von neuen Entwicklungen in diesem Bereich.

Das Führen von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss und der Umgang mit diesem Phänomen stellt in vielen Mitgliedstaaten nach wie vor ein großes Problem dar. Drei Länder (Frankreich, Österreich und Finnland) haben 2003 bedeutende Veränderungen vorgenommen, um die Gesetzgebung in diesem Bereich zu erläutern oder zu verstärken.

Drogenprävention

Die Maßnahmen der Drogenprävention in Europa richten sich an die allgemeine Bevölkerung (universale Prävention), an die am stärksten gefährdeten Gruppen (selektive Prävention) oder Einzelpersonen (indizierte Prävention). Die am weitesten entwickelten Modelle der universalen Prävention sind Programme für Schüler, die in Bezug auf

Inhalt und Umsetzung wissenschaftlich relativ gut fundiert sind. Eine Reihe von Ländern berichtet über ermutigende Entwicklungen hinsichtlich der Reichweite und Umsetzung der schulbasierten Präventionsprogramme. In vielen Ländern besteht jedoch noch erheblicher Verbesserungsbedarf, und zwar sowohl was die Reichweite als auch die Qualität der universalen Präventionsarbeit betrifft. Die universale Prävention außerhalb der Schule verfügt ebenfalls über ein erhebliches Potenzial, jedoch wird diese Art der Prävention zurzeit nur in einigen wenigen Ländern umgesetzt.

Obwohl zunehmend erkannt wird, welche Bedeutung der Präventionsarbeit unter den am meisten gefährdeten Personen zukommt, muss in diese Art der zielgerichteten Prävention in erheblich größerem Umfang investiert werden.

Cannabis

Nach wie vor ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Europa, wobei zwischen den einzelnen Ländern erhebliche Schwankungen auftreten. Aus neueren Studien unter 15-jährigen Schülern geht hervor, dass die Lebenszeitprävalenz von weniger als 10 % bis zu über 30 % reicht, wobei die Rate für Jungen im Vereinigten Königreich am höchsten ist (42,5 %). Eine geringe, allerdings gleichbleibende Zahl (ca. 15 %) der 15-jährigen Schüler, die Cannabis im vergangenen Jahr konsumiert haben, gibt an, die Droge 40-mal oder häufiger konsumiert zu haben. Ein derart intensiver Cannabiskonsum ist Besorgnis erregend, insbesondere da die Gefahr besteht, dass bei dieser Gruppe negative Folgen auftreten können. Auf dieses Problem und auf Berichte über die Zunahme der Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit in Europa wird in einem Ausgewählten Thema eingegangen. Der jüngste Cannabiskonsum (während der letzten zwölf Monate) ist unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) am höchsten und liegt in den meisten Ländern zwischen 5 und 20 %. Offenbar hat der Cannabiskonsum in den meisten Ländern in den 90er Jahren erheblich zugenommen, jedoch scheint er sich zumindest in einigen Ländern inzwischen stabilisiert zu haben.

Über 30 Länder werden als Quelle des in Europa sichergestellten Cannabis angegeben, was das globale Ausmaß der Cannabisproduktion veranschaulicht. Europa ist weltweit der größte Markt für Cannabisharz, wobei der größte Teil aus Marokko stammt, das derzeit die Hauptquelle für diese Cannabisform darstellt. Cannabis wird inzwischen auch in den meisten europäischen Ländern angebaut, obwohl in allen Ländern, mit Ausnahme der Niederlande, importierte Cannabisprodukte nach wie vor dominieren. Die Stärke des importierten Cannabis in Europa scheint seit einigen Jahren relativ konstant zu sein. Das in der Europäischen Union mit intensiven Methoden angebaute Cannabis ist in der Regel stärker, jedoch kommt es bei beiden Produkten zu erheblichen Überschneidungen.

Amphetaminartige Stimulanzien (ATS), LSD und andere synthetische Drogen

Historisch gesehen sind Amphetamine nach Cannabis die am meisten konsumierte Droge in Europa. Dies scheint sich mittlerweile in einigen Ländern geändert zu haben, vor allem in Deutschland, Spanien, in den Niederlanden, in Finnland und im Vereinigten Königreich, wo neueren Erhebungen zufolge Ecstasy inzwischen in gleichem Umfang wie Amphetamine oder in noch größerem Maße konsumiert wird. Trotz dieser Zunahme des Ecstasy-Konsums wurde weltweit auch im Jahr 2002 die größte Menge von Amphetaminen in Europa sichergestellt (86 %). Die Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums liegt im Allgemeinen zwischen 0,5 und 7 % der erwachsenen Bevölkerung, wobei die Raten für junge Männer höher sind. Beispielsweise wird eine Lebenszeitprävalenz von 11 bis 17 % unter 15- bis 24-jährigen Männern aus Tschechien, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich gemeldet. Insgesamt scheint sich die in den 90er Jahren beobachtete Zunahme des Ecstasy-Konsums inzwischen stabilisiert zu haben, und nur einige wenige Länder berichten unverändert von einem Aufwärtstrend. Studien unter bestimmten Bevölkerungsgruppen haben wiederholt gezeigt, dass Ecstasy-Konsum vor allem unter den Jugendlichen verbreitet ist, die so genannte „Tanz-Events/Partys“ besuchen, obwohl neuerem Evidenzmaterial zufolge dieser Zusammenhang eine nicht mehr so große Rolle zu spielen scheint.

Die mit Ecstasy in Verbindung gebrachten Todesfälle sind im Vergleich zu Todesfällen im Zusammenhang mit Opiaten selten, dennoch rufen sie in der Öffentlichkeit große Besorgnis hervor. Die Analyse dieses Themas wird durch Definitions- und Erfassungsprobleme erschwert. Weniger als 100 ecstasybedingte Todesfälle wurden der Beobachtungsstelle im letzten Jahr, für das Daten vorlagen, gemeldet. Diese Zahl ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da aus einigen Ländern keine Angaben vorlagen, und wenn toxikologische Befunde vorhanden waren, so ging aus diesen hervor, dass häufig auch andere Substanzen im Spiel waren. Etwa zwei Drittel aller bei der Beobachtungsstelle eingegangenen Berichte über ecstasybedingte Todesfälle stammen aus dem Vereinigten Königreich, wobei die Tendenz in diesem Land steigend ist. Unklar ist, inwieweit dieses Ergebnis Ausdruck einer hohen Prävalenz des Ecstasy-Konsums ist und in welchem Maße sie auf Unterschiede in den Meldeverfahren zurückzuführen ist.

Nach wie vor steht der Freizeitkonsum von Stimulanzien im Mittelpunkt einer breiten Palette von Programmen zur Prävention und Schadensminimierung, wobei die Aktivitäten in diesem Bereich in einigen der neuen Mitgliedstaaten am stärksten ausgeprägt sind. Der Konsum von ATS wird selten als Hauptgrund für die Beantragung einer Drogenbehandlung angegeben, mit Ausnahme von Schweden und Finnland, die auf eine lange Tradition von Problemen infolge von chronischem Amphetamin-Konsum

zurückblicken, und von Tschechien, wo schon seit geraumer Zeit Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von „Pervitin“, einem lokal hergestellten Metamphetamin, auftreten.

Obwohl der Konsum von Metamphetaminen weltweit ein wachsendes Problem darstellt, ist der signifikante Konsum dieser Droge in Europa bislang auf Tschechien begrenzt. Jedoch erreichen die Beobachtungsstelle sporadisch Berichte über Metamphetamin-Konsum auch aus einigen anderen europäischen Ländern, was auf die Gefahr einer Weiterverbreitung dieser besonders schädlichen Form des Drogenkonsums hinweist.

Kokain

Neueren Erhebungen zufolge haben 0,5 bis 6 % der Erwachsenen schon einmal Kokain probiert (Lebenszeitprävalenz). Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) schwankt die Lebenszeitprävalenz im Allgemeinen zwischen 1 und 10 %. In der Regel berichtet die Hälfte der Personen, die schon einmal Kokain probiert haben, während der letzten zwölf Monate Kokain konsumiert zu haben. Spanien und das Vereinigte Königreich weisen höhere Konsumzahlen auf: In beiden Ländern beträgt der jüngste Konsum (während der letzten zwölf Monate) unter Erwachsenen über 2 %, im Vergleich zu weniger als 1 % in den meisten anderen Ländern. Damit weisen Spanien und das Vereinigte Königreich ein ähnliches Prävalenzmuster des Kokainkonsums auf wie die Vereinigten Staaten, wobei die Lebenszeitprävalenz weiterhin niedriger ist. Entwicklungen im Kokainkonsum sind auf nationaler Ebene schwer zu verfolgen, aus den vorliegenden Daten geht jedoch hervor, dass der jüngste Kokainkonsum unter Jugendlichen in Dänemark, Deutschland, Spanien, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich bis zu einem gewissen Grade gestiegen ist, und auch Griechenland, Irland, Italien und Österreich melden anhand von lokalen oder qualitativen Quellen einen Anstieg des Konsums.

Die Zahl der Kokainsicherstellungen hat sich zwischen 1997 und 2002 in allen Ländern mit Ausnahme von Deutschland und Italien erhöht. Den Tendenzen aus den vorhandenen Daten nach zu urteilen, wird eine vollständige Analyse aller Daten – sobald diese vorliegen – zeigen, dass die Zahl der Sicherstellungen EU-weit im Jahr 2002 erneut zugenommen hat. Die meisten Länder berichten, dass in diesem Zeitraum auch der Preis für Kokain gefallen ist.

Das Rauchen von Crack (Kokainbase) ist nach wie vor auf einige größere Städte in Europa begrenzt, wo der Konsum vor allem unter Randgruppen verbreitet ist. Beispielsweise geht aus Befragungen der Nutzer von Drogenkonsumräumen hervor, dass der Anteil derer, die Kokain rauchen, unter weiblichen Prostituierten besonders hoch ist. Zwar ist das Kokainrauchen in der Allgemeinbevölkerung kaum verbreitet, jedoch wird es in besonderem Maße mit erhöhten gesundheitlichen und sozialen Risiken in Verbindung gebracht.

Toxikologische Analysen ergeben, dass in einigen Ländern bei drogenbedingten Todesfällen häufig Kokain in Kombination mit Opiaten nachgewiesen wird. Obwohl Todesfälle, die ausschließlich auf Kokain und nicht auch auf Opiate zurückzuführen sind, nach wie vor selten auftreten, könnten sie jedoch zunehmen. Im Vereinigten Königreich ist die Zahl der Nennungen von Kokain auf Totenscheinen im Zeitraum von 1993 bis 2001 um das Achtfache gestiegen. In den Niederlanden erhöhte sich die Zahl der kokainbedingten Todesfälle von zwei im Jahr 1994 auf 26 im Jahr 2001. Kokain kann am Tod aufgrund von Herzkreislaufproblemen beteiligt sein, jedoch sind diese Fälle im statistischen Evidenzmaterial möglicherweise nur unzureichend vertreten.

Bei den Behandlungsmöglichkeiten für Kokainkonsumenten herrschen in der Regel generische Ansätze vor, die im Allgemeinen keine pharmakologische Komponente beinhalten. Es werden Anstrengungen unternommen, die Wirksamkeit pharmakologischer Interventionen zu verbessern. Abgesehen von der Verschreibung von Medikamenten zur Linderung der Symptome, herrscht jedoch keine Einigkeit darüber, was eine angemessene Verfahrensweise in diesem Bereich ausmacht. Insbesondere der Umgang mit Crack-Kokain-Konsumenten kann eine Herausforderung für die Behandlungszentren darstellen.

Problematischer Drogenkonsum, Heroinkonsum und injizierender Drogenkonsum

Heroinkonsum und injizierender Drogenkonsum sind die wichtigsten Komponenten des EBDD-Indikators für problematischen Drogenkonsum. Dabei handelt es sich um einen zusammengesetzten Indikator zur Erfassung des Ausmaßes des größtenteils verborgenen chronischen Drogenproblems. Schätzwerte für den problematischen Drogenkonsum liegen zwischen zwei und zehn Fällen je 1 000 Erwachsene. Die Schätzungen der Populationsgröße der problematischen Drogenkonsumenten weisen zwischen den Ländern und auch innerhalb dieser beträchtliche Schwankungen auf, wobei relativ hohe Zahlen aus Dänemark, Italien, Luxemburg, Portugal und aus dem Vereinigten Königreich gemeldet werden.

Die problematischen Drogenkonsumenten in Europa scheinen eine zunehmend heterogene Gruppe zu werden. In der Vergangenheit bedeutete problematischer Drogenkonsum in vielen Ländern vor allem Konsum von Heroin, inzwischen nehmen jedoch der polyvalente Drogenkonsum und der Konsum von Stimulanzien immer mehr zu. Obwohl Schätzungen schwierig sind, scheint der Heroinkonsum in zahlreichen Ländern relativ konstant zu sein, und die Zahl der neu auftretenden Fälle von Heroinkonsum (Inzidenz) ist im Vergleich zur Situation in den 90er Jahren offenbar gesunken. Diese Analyse muss jedoch nicht unbedingt auch auf die neuen EU-Länder zutreffen.

Auf Europa entfällt etwas mehr als ein Viertel der gesamten Heroinsicherstellungen. Bei der Menge des in der EU sichergestellten Heroins ist keine deutliche Tendenz erkennbar, insgesamt scheint sie jedoch relativ konstant zu sein. Die meisten Sicherstellungen, sowohl was die Menge als auch die Anzahl betrifft, erfolgten im Vereinigten Königreich, während Spanien an zweiter Stelle steht.

In einigen europäischen Ländern werden in begrenztem Umfang Opiate hergestellt, wobei die Herstellung im Allgemeinen auf Mohnstroh-Produkte für den lokalen Konsum beschränkt ist. Die neueren Daten lassen keine eindeutigen Tendenzen erkennen, weder was die Reinheit des Heroins noch den Preis für Heroin im Straßenhandel betrifft.

Opiate sind in Europa auch weiterhin die Hauptursache für Todesfälle im Zusammenhang mit illegalen Drogen. Jährlich werden zwischen 8 000 und 9 000 tödliche Überdosierungen gemeldet, jedoch ist diese Zahl höchstwahrscheinlich zu niedrig angesetzt. Bei den meisten Opfern handelt es sich um junge Männer im Alter von Mitte 20 bis Anfang 30, obwohl das Alter der Todesopfer zu steigen scheint. Zwar treten zwischen den einzelnen Ländern beträchtliche Schwankungen auf, im Allgemeinen ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle EU-weit jedoch während der 80er und 90er Jahre kontinuierlich gestiegen. Zwischen 2000 und 2001 meldeten viele Länder einen Rückgang der drogenbedingten Todesfälle, und demzufolge war auf EU-Ebene eine geringfügige, jedoch statistisch signifikante Abnahme der Todesfälle von 8 838 auf 8 306 zu verzeichnen. Aus historischer Sicht ist die Zahl der Todesfälle jedoch auch weiterhin hoch.

Eine Besorgnis erregende Entwicklung zeigen die jüngsten Berichte über den illegalen Handel mit Fentanyl, einem synthetischen Opiat, das eine bis zu 100-mal stärkere Wirkung als Heroin hat. In letzter Zeit wurde Fentanyl in einigen Ostseeanrainerländern und in der Russischen Föderation sichergestellt. In Estland tauchte Ende 2001 Fentanyl als Heroinersatz auf dem Drogenmarkt auf. In Finnland wurde 2002 eine größere Lieferung von Methylenfentanyl sichergestellt.

Studien unter sich in Behandlung befindenden Heroinkonsumenten zeigen einen deutlichen Unterschied zwischen den Ländern, was das Ausmaß betrifft, in dem die Droge injiziert oder geraucht wird. Inzwischen geben weniger als die Hälfte der erstmals eine Behandlung beantragenden Heroinkonsumenten an, dass sie die Droge injizieren, und in einigen Ländern scheint der injizierende Konsum immer unpopulärer zu werden. In anderen Ländern, insbesondere in den neuen Mitgliedstaaten, jedoch nicht auf diese beschränkt, ist das Injizieren nach wie vor die Norm unter Heroinkonsumenten. Allgemeine Schätzungen der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums bewegen sich zwischen 2 bis 6 Fällen je 1 000 Erwachsene.

Die HIV-Epidemie breitet sich in einigen der neuen EU-Mitgliedstaaten und in deren Nachbarländern aus, jedoch weisen die Prävalenzraten EU-weit große Unterschiede auf. In Westeuropa gibt es Anzeichen dafür, dass die offensichtliche Stabilisierung oder Abnahme der HIV-Prävalenz durch einige lokale Ausbrüche der Epidemie seit Mitte der 90er Jahre und die anhaltend hohen Infektionsraten in einigen Bevölkerungsgruppen gefährdet sein könnte.

Die hohe Infektionsrate mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) ist unter den injizierenden Drogenkonsumenten in Europa unverändert hoch. Studien zufolge haben ein Viertel bis nahezu alle injizierenden Drogenkonsumenten Antikörper gegen das Virus gebildet. In einigen Fällen ist eine direkte Korrelation zwischen HCV-Raten und HIV-Infektion festzustellen. Auch Hepatitis-B-Infektionen sind nach wie vor unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa verbreitet, obwohl es Impfmöglichkeiten gibt. Möglicherweise mit Ausnahme einiger baltischer Länder scheint die Prävalenz von Tuberkulose unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU auch weiterhin niedrig zu sein, jedoch weisen einige EU-Nachbarländer hohe Infektionsraten auf.

Im Allgemeinen scheinen Investitionen in Nadel- und Spritzenaustauschprogramme (NSPs) für injizierende Drogenkonsumenten EU-weit zugenommen zu haben. Estland und Lettland haben ihre Dienste in diesem Bereich rapide erweitert, und auch in Nordirland und Flandern (Belgien) wurden NSPs eingeführt. In einigen Ländern mit etablierten Programmen ist die Zahl der verteilten Spritzen jedoch rückläufig, was vermutlich auf einen Rückgang des injizierenden Drogenkonsums zurückzuführen ist. Zu den wichtigsten Tendenzen bei der Entwicklung niedrigschwelliger Dienste zählen eine zunehmende Verknüpfung mit anderen überlebenswichtigen Dienstleistungen, wie zum Beispiel Unterkunft, Gesundheits- und medizinische Dienste, sowie flexiblere Öffnungszeiten. Drogenkonsumräume werden in drei Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt. Die Beobachtungsstelle hat im Jahr 2004 eine detaillierte Studie über diese Einrichtungen veröffentlicht.

Drogenbehandlung

In den meisten Mitgliedstaaten umfasst die Drogenbehandlung im Allgemeinen eine Behandlung aufgrund von Opiatkonsum oder polyvalentem Drogenkonsum, einschließlich des Konsums von Opiaten. Eine Art Substitutionsbehandlung ist auch weiterhin die am häufigsten angewandte Therapie für diese Gruppe, obwohl eine Substitutionsbehandlung in den neuen Mitgliedstaaten nur begrenzt zur Verfügung steht und abstinenzorientierte Programme nach wie vor die übliche Therapieform darstellen. Es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass in Tschechien, Finnland und Schweden injizierende Amphetamin-Konsumenten einen signifikanten Anteil der Teilnehmer einer Drogenbehandlung ausmachen.

Aus den vorhandenen Daten über Personen, die sich wegen Drogenproblemen in Behandlung begeben, geht hervor, dass die Hilfebedürftigen inzwischen differenziertere Merkmale aufweisen. Neben injizierendem und nicht injizierendem Heroinkonsum wird über eine Vielzahl von Problemen im Zusammenhang mit polyvalentem Drogenkonsum und dem Konsum von Stimulanzien und Cannabis berichtet. Den Daten des EBDD-Indikators Behandlungsnachfrage zufolge hat im Jahr 2002 in den elf Ländern, für die Daten vorliegen, Cannabis zum ersten Mal Opiate als die Droge abgelöst, wegen der die meisten Erstpazienten in spezielle ambulante Einrichtungen überwiesen wurden. Inwieweit dies Ausdruck veränderter Meldeverfahren, der Erweiterung der Dienstleistungen oder veränderter Merkmale der Hilfebedürftigen ist, wird im Ausgewählten Thema „Cannabisprobleme im Kontext“ ausführlich behandelt.

Die Erkenntnis setzt sich immer mehr durch, dass Drogendienste mit anderen Gesundheitsdiensten verknüpft werden müssen, insbesondere mit denen, die sich an ausgegrenzte und sozial benachteiligte Gruppen wenden. Wirksame Hilfe für diejenigen, die sowohl unter einem Drogenproblem als auch unter einem psychischen Problem leiden, stellt eine besondere Herausforderung dar. Mit dieser Frage beschäftigt sich das Ausgewählte Thema zur psychiatrischen Komorbidität.

Strafvollzug

Drogenkonsumenten sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Strafvollzugsanstalten überrepräsentiert. Je nach Gefängnispopulation, Haftanstalt und Land schwanken die Schätzungen der Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums unter Haftinsassen zwischen 22 und 86 %. Mit einer relativ hohen Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums besteht in Haftanstalten ein hohes Risiko für die Verbreitung von Infektionskrankheiten. Zu den Maßnahmen, die zur Reduzierung von Infektionskrankheiten beitragen, gehören die Substitutionsbehandlung sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Strafvollzugsanstalten. Die gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums in Haftanstalten, die durch den begrenzten Zugang zu Gesundheitsdiensten noch verstärkt werden, und der mangelnde Kontakt zwischen den Gesundheitsdiensten in den Haftanstalten und dem regulären Gesundheitssystem sind Fragen, die zunehmend im Zusammenhang mit den nationalen Gesundheits- und Sozialsystemen behandelt werden. Im Zuge der Innovationen in der Strafpolitik wurden Alternativen zur Haftstrafe eingeführt, die Drogenkonsumenten einer Art Zwangsbehandlung zuführen oder sie zu Dienstleistungen für die Allgemeinheit verpflichten, in der Annahme, dass ihren Bedürfnissen durch solche Maßnahmen besser Rechnung getragen wird.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 1

Neue politische und rechtliche Entwicklungen

In diesem Kapitel werden die jüngsten drogenpolitischen Entwicklungen in der EU insgesamt sowie in den einzelnen Mitgliedstaaten beschrieben. Die zur Verfügung gestellten Informationen beruhen größtenteils auf den Veränderungen, die im Laufe des Jahres 2003 eingetreten sind, das heißt in dem Jahr, das den Beginn der zweiten Hälfte des Aktionsplans der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung 2000–2004 eingeleitet hat. Darüber hinaus läuft mit dem Jahr 2003 die Frist ab, innerhalb derer die nationalen Regierungen – entsprechend der Erklärung über die Leitprinzipien für die Reduzierung der Drogennachfrage, die auf die Sondertagung der UN-Generalversammlung (UNGASS) (1) über das weltweite Drogenproblem zurückgeht – eine Zwischenevaluierung ihrer Fortschritte bei der Entwicklung und Umsetzung ihrer nationalen Drogenstrategie vornehmen sollten. Da der EU-Aktionsplan 2000–2004 dieses Jahr endet, ist es angemessen, die erzielten Fortschritte bei der Evaluierung der im Rahmen dieses Plans getroffenen Maßnahmen zu erörtern. Die EBDD spielt eine umfassende und aktive Rolle in diesem Prozess, der hoffentlich zu einer erfolgreichen Politik im Drogenbereich beitragen wird. Die Strategien und rechtlichen Entwicklungen sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene werden vor allem aus diesem Blickwinkel betrachtet.

Entwicklungen in der EU

Auf EU-Ebene wurden 2003 zwei neue Rechtsinstrumente zur Bekämpfung des Drogenproblems angenommen, die sich mit dem Gesundheitswesen bzw. mit dem illegalen Drogenhandel beschäftigen. Zu weiteren Themen, die im Laufe des Jahres 2003 auf EU-Ebene behandelt wurden, gehören Maßnahmen in Bezug auf neue synthetische Drogen, die Koordinierungsaktivitäten und -instrumente sowie die Rolle der EBDD.

Öffentliches Gesundheitswesen

Am 23. September 2002 verabschiedeten das Europäische Parlament und der Rat ein neues Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008), das sich an drei allgemeinen Zielen orientiert: Gesundheitsinformation, rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren und Gesundheitsförderung durch Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren. Die Maßnahmen

im Bereich der Gesundheitsinformation und -förderung sind von besonderer Bedeutung für den Drogenbereich.

Im Juni 2003 verabschiedete der Ministerrat eine Empfehlung zur Prävention und Reduzierung von gesundheitlichen Risiken im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit – ein Dokument, das auf Anregung der Europäischen Kommission im Mai 2002 ausgearbeitet worden war. Bei diesem Dokument, das eine große Errungenschaft darstellt, handelt es sich um die erste Empfehlung der Kommission auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit im Hinblick auf Drogen. Im Speziellen konzentriert sich das Dokument auf die Verringerung gesundheitlicher Schäden im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit (2). Viele Mitgliedstaaten haben die in diesem Dokument enthaltenen Erkenntnisse bereits in ihren nationalen Drogenstrategien berücksichtigt.

In diesem Dokument wird Folgendes empfohlen:

- Zur Gewährleistung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus sollten die Mitgliedstaaten die Prävention von Drogenabhängigkeit und die Verringerung damit verbundener Gefahren zum Ziel ihrer Gesundheitspolitik machen und dementsprechend umfassende Strategien entwickeln und umsetzen.
- Um eine deutliche Senkung der Inzidenz drogenbedingter Gesundheitsschäden (HIV, Hepatitis B und C, TBC) sowie der Zahl drogenbedingter Todesfälle zu erreichen, sollten die Mitgliedstaaten als integralen Bestandteil ihrer umfassenden Politiken zur Drogenbekämpfung und zur Drogenbehandlung verschiedene Dienstleistungen und Einrichtungen vorsehen, die insbesondere auf die Risikominderung ausgerichtet sind.
- Die Mitgliedstaaten sollten eine ausführliche Liste von Maßnahmen aufstellen, um geeignete Evaluationsverfahren zu entwickeln, Effizienz und Wirksamkeit der Drogenprävention zu erhöhen und drogenbedingte Gesundheitsrisiken zu verringern.

Die Mitgliedstaaten sollten der Kommission über die Umsetzung dieser Empfehlung innerhalb von zwei Jahren nach ihrer Annahme und anschließend auf Anfrage der Kommission Bericht erstatten. Dies ermöglicht es, die Umsetzung der Empfehlung auf Gemeinschaftsebene zu verfolgen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um

(1) <http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm>.

(2) Eine Übersicht über die Rolle der politischen Maßnahmen zur Schadensminimierung finden Sie in Tabelle 1 OL: Rolle der Schadensminimierung.

die Ziele des EU-Aktionsplans zur Drogenbekämpfung zu erreichen.

Des Weiteren wird die EBDD in der Empfehlung ersucht, der Europäischen Kommission bei der Erstellung eines Berichts im Rahmen des Aktionsplans der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung, vor allem mit Blick auf die Revision und Aktualisierung dieser Empfehlung, technische Unterstützung zu leisten.

Illegaler Drogenhandel

Gemäß den Schlussfolgerungen der Sondertagung des Europäischen Rates im Jahr 1999 in Tampere, Finnland, und als Reaktion auf die Strategie und den Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung legte die Europäische Kommission dem Rat und dem Europäischen Parlament einen Vorschlag für einen Rahmenbeschluss zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels vor. Der Ministerrat erzielte im November 2003 politische Einigung über diesen ersten Rahmenbeschluss zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels. Dieser Rahmenbeschluss stellt ein entscheidendes Instrument zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels dar, da in einer erweiterten EU die Angleichung der in den einzelnen Mitgliedstaaten verhängten Strafen für Delikte im Bereich des Drogenhandels immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Der Rahmenbeschluss beruht auf dem Grundsatz, dass die Mitgliedstaaten nicht nur den illegalen Drogenhandel, sondern auch den versuchten Drogenhandel oder die Anstiftung anderer Personen und die Beihilfe zum Drogenhandel als Straftatbestand einstufen sollten. Die in dem Rahmenbeschluss genannten Maßnahmen richten sich gegen Drogenhändler und kriminelle und terroristische Vereinigungen, die ihre illegalen Aktivitäten mit dem Drogenhandel finanzieren.

Der Rahmenbeschluss sieht die Bestrafung all derer vor, die in irgendeiner Form am Handel mit den von den Übereinkommen der Vereinten Nationen und den Beschlüssen der Europäischen Kommission erfassten Substanzen beteiligt sind. Dies betrifft: Herstellung, Anbieten zum Verkauf, Transport, Vertrieb, Besitz oder Erwerb von Drogen in Handelsabsicht. Die Länder werden aufgefordert zu gewährleisten, dass bei strafbaren Handlungen Freiheitsstrafen im Höchstmaß von mindestens einem bis zu drei Jahren, oder – wenn die Straftat große Mengen von Drogen oder die gesundheitsschädlichsten Drogen betrifft – maximale Freiheitsstrafen von fünf bis zehn Jahren drohen. Der Rahmenbeschluss ist insofern von Bedeutung, als er eine gemeinsame Definition des illegalen Drogenhandels auf EU-Ebene enthält und Sanktionen für diesbezügliche Straftaten innerhalb der EU empfiehlt. Damit eine Einigung unter den Mitgliedstaaten erzielt werden konnte, mussten nationale Unterschiede in der Definition des persönlichen Konsums überwunden werden. Daher bezieht sich der Rahmenbeschluss nicht auf strafbare

Handlungen im Zusammenhang mit dem persönlichen Drogenkonsum nach der Definition der nationalen Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten.

Der Rahmenbeschluss tritt mit dem Tage seiner Veröffentlichung im *Amtsblatt der Europäischen Union* in Kraft, und die Mitgliedstaaten haben 18 Monate Zeit, um die erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung dieses Rechtsinstruments zu ergreifen.

Neue synthetische Drogen

In Wahrnehmung seiner Aufgabe hinsichtlich der Kontrolle neuer synthetischer Drogen hat der Ministerrat im November 2003 einen Beschluss über Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Sanktionen im Zusammenhang mit den neuen synthetischen Drogen 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 und TMA-2 angenommen. Diese in keinem der Anhänge des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Stoffe aufgeführten Substanzen sollen in den Mitgliedstaaten Gegenstand von Kontrollmaßnahmen und strafrechtlichen Sanktionen werden.

Im Oktober 2003 legte die Kommission einen Entwurf für einen Beschluss des Rates vor, der die Gemeinsame Maßnahme 1997 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen synthetischen Drogen ersetzen sollte⁽³⁾. Diese Initiative steht in direktem Zusammenhang mit dem Ergebnis der externen Evaluierung der Gemeinsamen Maßnahme, die von der Kommission, wie im Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung 2000–2004 festgelegt, durchgeführt wurde. Ziel des vorgeschlagenen neuen Rechtsinstruments ist die Klarstellung der Definitionen und Verfahren sowie die Einbeziehung aller neuen synthetischen Drogen sowie sämtlicher neuer Suchtstoffe.

Koordinierung

Ebenfalls im November 2003 hat die Kommission eine Mitteilung über Aktivitäten und Instrumente der Koordinierung im Drogenbereich in der EU angenommen. Die Mitteilung beruht auf den Ergebnissen einer Studie über bestehende Koordinierungsvereinbarungen und -mechanismen in den Mitgliedstaaten⁽⁴⁾, die von der EBDD gemeinsam mit der Kommission in Auftrag gegeben wurde. In der Mitteilung wird bekräftigt, dass die Koordinierung von entscheidender Bedeutung ist, wenn die EU die vielschichtige Drogenproblematik und ihre Folgen wirksam angehen will.

Die Rolle der EBDD

Im Dezember 2003 hat die Kommission schließlich vorgeschlagen, die Normen der Beobachtungsstelle zu überarbeiten. Der Vorschlag, der vom Rat 2004 erörtert wird, umfasst verschiedene Bereiche, darunter die Überarbeitung der grundlegenden Normen, Veränderungen, die auf eine Stärkung der Rolle der EBDD angesichts neuer Konsummuster und der EU-Erweiterung

⁽³⁾ ABl. C L 167 vom 25.6.1997, S.1-3.

⁽⁴⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356>.

abzielen, und Abänderungen, die die Rolle der EBDD bei der Evaluierung des EU-Aktionsplans zur Drogenbekämpfung berücksichtigen.

Nationale Politiken

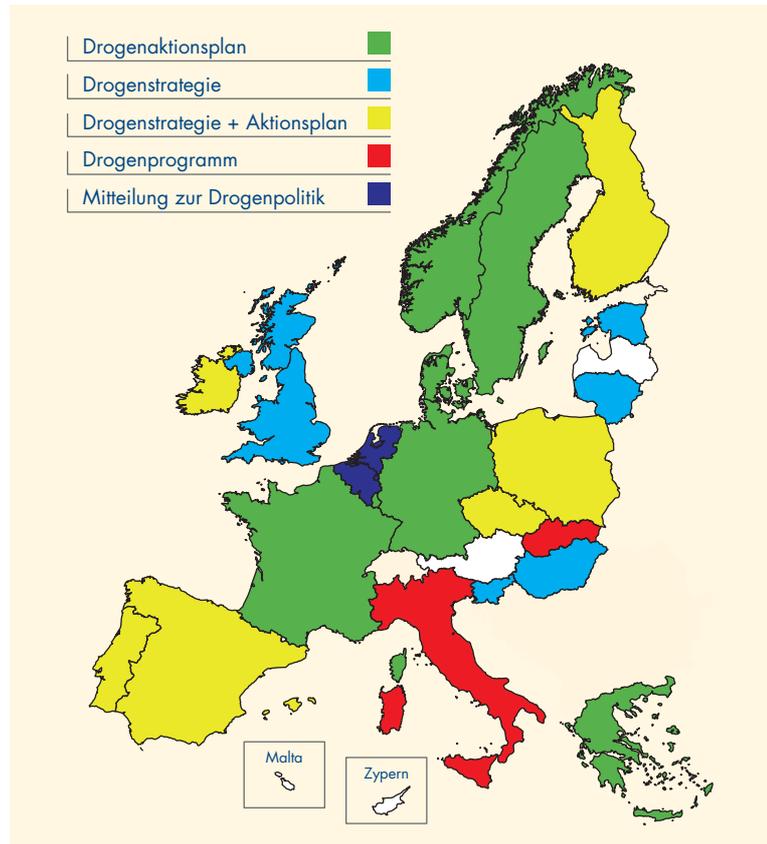
„Drogenstrategien“ ⁽⁵⁾

Über die in den Mitgliedstaaten beobachtete Entwicklung zur Annahme einer „nationalen Drogenstrategie“, die einen Grundpfeiler der Drogenpolitik der EU darstellt, wurde im letzten Jahresbericht berichtet. Dieser Trend setzte sich 2003 fort (Abbildung 1). Im Jahr 2003 wurden in Dänemark, Deutschland, Litauen und Slowenien Pläne und Programme zur Drogenbekämpfung verabschiedet. Mit Estland, Frankreich ⁽⁶⁾, das 2004 so weit sein wird, werden 21 der insgesamt 25 Mitgliedstaaten (bzw. 22 von 26 Mitgliedstaaten, wenn Norwegen mitgerechnet wird) ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ eine Drogenpolitik im Rahmen einer allgemeinen nationalen Drogenstrategie verfolgen.

Da „nationale Drogenstrategien“ in einem relativ kurzen Zeitraum (1997–2004) ⁽⁹⁾ derart umfassend und innerhalb eines klar abgegrenzten geografischen Gebiets umgesetzt wurden, können Vergleiche zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten gezogen werden, wodurch sich ein EU-weites Bild ergibt.

Als erstes lässt sich feststellen, dass zunehmend ein ganzheitlicher Ansatz in Bezug auf die Drogenpolitik verfolgt wird, der sowohl die Angebots- als auch die Nachfragereduzierung, den so genannten „ausgewogenen Ansatz“, umfasst ⁽¹⁰⁾. Dieser Aspekt kam in allen untersuchten Dokumenten zum Ausdruck. Zweitens kommt der Koordinierung eine immer größere Bedeutung zu. Nationale Drogenstrategien werden zunehmend zentral koordiniert [die meisten EU-Länder verfügen über nationale Koordinierungsstellen und nationale Koordinatoren ⁽¹¹⁾], allerdings in enger Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Stellen. Drittens wird den Maßnahmen vor Ort und der Beobachtung und Bewertung der Umsetzung als einem Mittel zur Durchsetzung der Rechenschaftspflicht gegenüber

Abbildung 1: Die Vielzahl an „nationalen Drogenstrategien“



Anmerkungen: Die theoretische Unterscheidung zwischen einer Drogenpolitik, einer nationalen Drogenstrategie (die allgemeine Prinzipien, einen Rahmen und eine Richtung vorgibt) und einem Aktionsplan (der die Strategie mittels detaillierter spezifischer Aktionen umsetzt) wird in den verschiedenen nationalen Dokumenten nicht immer beachtet. Aufgrund der Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern beschreiben wir die nationalen Strategiepapire, wie sie offiziell vorliegen, ohne den Versuch zu unternehmen, Definitionen zu vertiefen oder Vergleiche zu ziehen.

Quelle: Die nationalen Strategien der Mitgliedstaaten.

Entscheidungsträgern verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet (siehe das ausgewählte Thema Evaluierung, S. 75).

Es gibt jedoch bedeutende Unterschiede sowohl in der Struktur als auch im Inhalt der „nationalen

⁽⁵⁾ Da sich Struktur und Inhalt der nationalen Drogenstrategien der einzelnen Länder stark unterscheiden, wird in dem Bericht davon Abstand genommen, die Definitionen und Begriffe miteinander in Einklang zu bringen. Folglich bedeutet der Begriff „nationale Drogenstrategie“ (in Anführungszeichen) jedes von einer Regierung gebilligte offizielle Dokument, in dem allgemeine Prinzipien und spezifische Maßnahmen/Ziele festgelegt sind, die im Drogenbereich (in einem bestimmten Zeitraum) ergriffen bzw. erreicht werden müssen, ungeachtet dessen, ob diese Dokumente offiziell als Drogenstrategie, Aktionsplan, politischer Vermerk u. a. bezeichnet werden. Zu weiteren Informationen siehe den Bericht der EBDD zu *National strategies and coordination mechanisms* [Nationalen Strategien und Koordinierungsmechanismen] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>).

⁽⁶⁾ Siehe Kasten 1 OL: Kürzlich verabschiedete „nationale Drogenstrategien“.

⁽⁷⁾ Norwegen gehört zwar nicht der EU an, ist jedoch Mitglied der EBDD. Von den 25 EU-Mitgliedstaaten berichten nur die folgenden vier Länder (noch) von keiner so genannten nationalen Drogenstrategie: Zypern, Lettland, Malta, die Niederlande und Österreich. In Zypern und Lettland ist eine Drogenstrategie in Vorbereitung. In Österreich verfügt jedes Bundesland über einen eigenen Aktionsplan, es gibt jedoch keine bundesweite Drogenstrategie.

⁽⁸⁾ Siehe Tabelle 2 OL: Gegenwärtige „nationale Drogenstrategien“ in den EU-Ländern.

⁽⁹⁾ Dieser Zeitraum umfasst die Niederlande, die ihre Drogenpolitik in der Mitteilung *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (1995) [Drogenpolitik in den Niederlanden: Kontinuität und Wandel] sowie in verschiedenen Folgedokumenten (XTC 2001, Cocaine 2002, Cannabis 2004) festhalten.

⁽¹⁰⁾ Das Prinzip des ausgewogenen Ansatzes wurde in der politischen Erklärung der UNGASS von 1998 folgendermaßen bekräftigt: Ein einheitliches Konzept zur Bewältigung des Drogenproblems muss auf einem ausgewogenen Ansatz beruhen, bei dem sich die Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage und zur Reduzierung des Angebots gegenseitig verstärken. In diesem Kapitel wird davon Abstand genommen, einzuschätzen, inwieweit die Mitgliedstaaten einen „ausgewogenen Ansatz“ verfolgen, sondern lediglich festgestellt, dass ein solcher Ansatz immer mehr Aufmerksamkeit erhält.

⁽¹¹⁾ Zu den Einzelheiten siehe <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360>.

Drogenstrategien“. Beispielsweise treten beträchtliche Unterschiede auf, was die Ausführlichkeit der Angaben und die Bedeutung betrifft, die den einzelnen Maßnahmen und Zielen beigemessen wird. Einige Dokumente sind so angelegt, dass die festgelegten Maßnahmen und die allgemeine Umsetzung genau verfolgt werden können, andere sind weniger detailliert und legen allgemeine Ziele dar, ohne sie mit operationellen Zielen, Vorgaben oder Leistungsindikatoren zu verbinden. Drogenpolitische Dokumente unterscheiden sich auch in der verwendeten Terminologie: einige Länder haben *Aktionspläne* verabschiedet, andere *Strategien* und wieder andere führen *Programme* durch. Die verschiedenen politischen Zielsetzungen und Agenden dürften tatsächlich ein breites Bild vermitteln, in dem unter dem Begriff der „nationalen Drogenstrategie“ (Abbildung 1) ziemlich unterschiedliche Szenarien dargestellt sind. Die Begriffe

Aktionsplan, Programm und Strategie mögen zwar untereinander austauschbar sein ⁽¹²⁾, sind jedoch nicht unbedingt Ausdruck unterschiedlicher politischer Ziele oder Programme.

Des Weiteren treten in den einzelnen Mitgliedstaaten Unterschiede in Bezug auf den zeitlichen Rahmen der nationalen Drogenstrategie auf. In den meisten Ländern beträgt der zeitliche Rahmen drei bis fünf Jahre, in einigen Ländern umfasst die Strategie einen Zeitraum von acht bis zehn Jahren, während in anderen Ländern überhaupt kein Zeitrahmen vorgegeben ist (Tabelle 1). In dieser Hinsicht ist die Verbindung zwischen den „nationalen Drogenstrategien“ und dem EU-Aktionsplan zur Drogenbekämpfung zu berücksichtigen.

Die inhaltlichen Unterschiede können Ausdruck unterschiedlicher politischer Ziele oder nationaler Merkmale

Tabelle 1: Zeitrahmen der „nationalen Drogenstrategien“

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Europäische Union				(1)					(2)				
Belgien (2001)													
Tschechische Republik													
Dänemark (2003)													
Deutschland													
Estland													
Griechenland													
Spanien													
Frankreich				(1)					(2)				
Irland													
Italien													
Litauen				(1)					(2)				
Luxemburg													
Ungarn (2000)													
Niederlande (1995)													
Polen				(1)					(2)				
Portugal				(1)					(2)				
Slowenien													
Slowakei													
Finnland													
Schweden													
Vereinigtes Königreich				(1)					(2)				
Norwegen													

Die schattierten Felder kennzeichnen die Zeiträume, für die eine „nationale Drogenstrategie“ vorhanden ist: (1) und (2) kennzeichnen aufeinander folgende Strategien.

⁽¹²⁾ Eine Drogenstrategie kann als übergreifendes Thema, als Rahmen für Entschlossenheit, Kohärenz und Richtung und ein Aktionsplan als Programm für detaillierte spezifische Maßnahmen definiert werden (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review* [Strategien und Koordinierung auf dem Gebiet der Drogen in der Europäischen Union, eine Übersicht], November 2002: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>).

der Drogenproblematik sein. Wir beziehen uns hier auf zwei der wichtigsten Bereiche, in denen Abweichungen zu verzeichnen sind: die erfassten Substanzen und das Hauptziel der Strategien.

Obwohl sich nationale Drogenstrategien in der Regel auf klassifizierte Drogen konzentrieren, beziehen sich zahlreiche Dokumente auch auf die so genannten legalen Drogen, in erster Linie Alkohol und Tabak, und vor allem im Zusammenhang mit Aufklärung, Prävention und Behandlung (Tabelle 2). In einigen Ländern geschieht dies in Form von speziellen Aktionen und Projekten, während in anderen Ländern das Problem der „legalen Drogen“ nur erwähnt wird. Viele Länder, die sich in ihren „Drogen“-Strategien

**Tabelle 2: „Legale Drogen“
in den nationalen Drogenstrategien**

Land	Alkohol	Tabak	Aktionsplan Alkohol (!)
Belgien	●	●	Nein
Tschechische Republik	●	●	Nein
Dänemark	–	–	Ja
Deutschland	●	●	Ja
Estland	○	○	Ja
Griechenland	●	–	–
Spanien	●	●	Nein
Frankreich	●	●	Ja
Irland	●	○	Ja
Italien	○	–	Ja
Litauen	–	–	Ja
Luxemburg	–	–	Nein
Ungarn	●	○	Ja
Niederlande	●	●	Ja
Polen	○	○	Ja
Portugal	●	○	Ja
Slowenien	○	○	Nein
Slowakei	●	●	Nein
Finnland	–	–	Ja
Schweden	–	–	Ja
Vereinigtes Königreich	○	○	Ja
Norwegen	●	●	Ja

● Aktionsplan vorgesehen; ○ erwähnte Substanz; – nicht verfügbar.
(!) WHO alcohol database (<http://www.euro.who.int/alcoholdrugs>) (WHO-Datenbank zu Alkohol).

auch mit dem Alkoholproblem auseinandersetzen, verfügen ebenfalls über einen nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs.

Obwohl alle Länder die gleichen allgemeinen Ziele verfolgen (Reduzierung von Angebot und Nachfrage usw.) und im Aktionsplan der Europäischen Union 2000–2004 sechs gemeinsame Ziele⁽¹³⁾ festgelegt sind, hängt die Art und Weise, in der diese Ziele zu erreichen sind, vom allgemeinen Ziel der Drogenpolitik ab. Der wichtigste Unterschied besteht darin, dass einige Länder eine „drogenfreie Gesellschaft“ anstreben, während andere das Hauptziel in der Reduzierung der negativen Folgen des Drogenkonsums sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft sehen. Die Situation ist jedoch nicht eindeutig: In den meisten „nationalen Drogenstrategien“ werden diese beiden Ziele mit unterschiedlicher Gewichtung miteinander vermischt (und auch weitere hinzugefügt). Die Maßnahmen, die aufgrund der „nationalen Drogenstrategien“ getroffen werden, richten sich nach dem gewählten Ziel (und dem Schwerpunkt, der auf das Erreichen des Ziels gelegt wird).

Obwohl anerkannt wird, dass Unterschiede unvermeidlich sind, um bestimmten politischen Programmen und den lokalen Merkmalen und kulturellen Besonderheiten Rechnung zu tragen, wurden die Anstrengungen zur Koordinierung auf europäischer Ebene verstärkt. Die koordinierte EU-weite Vorgehensweise bei der Drogenbekämpfung (Drogenstrategie und Aktionsplan der Europäischen Union 2000–2004), die in den vergangenen Jahren verstärkt und systematisiert wurde, soll fortgesetzt werden.

Es bleibt abzuwarten, welche Richtung die Drogenpolitik in der erweiterten EU einschlagen wird und ob 25 verschiedene nationale Drogenstrategien (ohne Berücksichtigung regionaler und lokaler Strategien) schließlich unter dem Dach der EU-Strategie vereint werden können. Doch könnten Themen, wie die Art von Instrumenten, die von den Mitgliedstaaten in Betracht gezogen werden könnten, die Dauer dieser Instrumente, die ihnen zugrunde liegenden Prinzipien und Kriterien sowie die Hauptzielsetzungen gemeinschaftlich unter den Mitgliedstaaten diskutiert werden.

Nationale Politiken: Bewertung der Rechtsvorschriften⁽¹⁴⁾

In den vergangenen Jahren hat der Trend zugenommen, neue Rechtsvorschriften (ihre Umsetzung und/oder ihre Auswirkungen) zu bewerten und über ihre Bewertung zu berichten. Im Drogenbereich gibt es Maßnahmen zur Überwachung und Bewertung einer Vielzahl von Aspekten der Drogenkontrollgesetze, einschließlich der grundlegenden Rechtsvorschriften über das Verbot des

⁽¹³⁾ (1) Die deutliche Verminderung der Prävalenz des Drogenkonsums und seiner Ausbreitung, insbesondere bei Jugendlichen unter 18 Jahren, innerhalb der nächsten fünf Jahre; (2) die deutliche Verminderung des Auftretens von drogenbedingten Erkrankungen (HIV, Hepatitis, TBC usw.) sowie der Zahl der drogenbedingten Todesfälle innerhalb der nächsten fünf Jahre; (3) die deutliche Erhöhung der Zahl der erfolgreich therapierten Drogenabhängigen; (4) die deutliche Verminderung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb der nächsten fünf Jahre; (5) die deutliche Verminderung der drogenbedingten Kriminalität innerhalb der nächsten fünf Jahre; und (6) die deutliche Verminderung der Geldwäsche und des illegalen Handels mit Vorläufersubstanzen innerhalb der nächsten fünf Jahre.

⁽¹⁴⁾ Weitere Informationen zu diesem Abschnitt siehe Kasten 2 OL: Nationale Politiken: Bewertung der Rechtsvorschriften.

Konsums und des Besitzes von Drogen, der Maßnahmen im Fall von Drogendelikten sowie der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels und der Geldwäsche. In einigen Ländern werden Pilotprojekte durchgeführt und bewertet, bevor das Projekt landesweit eingeführt wird.

Seit 1999 berichten beispielsweise Belgien, die Tschechische Republik, Deutschland, Ungarn, Schweden und das Vereinigte Königreich von Formen der Überwachung und Bewertung der verschiedenen Aspekte der grundlegenden Rechtsvorschriften im Hinblick auf unerlaubten Drogenkonsum oder -besitz. Dies führte zu bedeutenden Änderungen in der Drogengesetzgebung in Belgien, Ungarn und dem Vereinigten Königreich.

Die Debatten und Bewertungen konzentrierten sich auf die Beurteilung der Auswirkungen der Kriminalisierung. Hervorzuheben ist, dass zwei der verschiedenen Bewertungsinitiativen zu jeweils verschiedenen Ergebnissen führten: Sowohl in Ungarn als auch in Schweden wurden unlängst die Auswirkungen der Kriminalisierung des Drogenkonsums bewertet. Nach den Änderungen des ungarischen Strafgesetzbuches im März 1999 stellte der Drogenkonsum eine Straftat dar, und die Option, Straftäter einer Therapie zu unterziehen, wurde auf Drogensüchtige beschränkt. Allerdings zeigten die darauffolgenden wissenschaftlichen Studien, dass das Ziel, Drogenmissbrauch, Drogenkonsum und Verbreitung von Suchtstoffen zu verringern, nicht erreicht wurde; die Zahl derjenigen, die Drogen probierten, sowie die Zahl der registrierten Straftaten und Straftäter stieg weiter. Zudem wurde die gesetzliche Klassifizierung der Drogen aufgrund der Gesetzesänderungen schwieriger, die Gerichtsverfahren wurden komplizierter, und es waren negative Auswirkungen auf das Verhalten von am Drogenmarkt Beteiligten zu beobachten. Die Autoren der Studien kamen zu dem Schluss, dass die Strafen zu hart waren und die Tatsache, dass junge Menschen nicht ihrer kriminellen Natur sondern der Umstände wegen zu Drogenkonsumenten werden, nicht berücksichtigt wurde. Infolgedessen trat mit 1. März 2003 eine neue Änderung in Kraft, die die früheren Änderungen gewissermaßen rückgängig machte und die Erkenntnisse der Studie in Betracht zieht.

In Schweden untersuchte der Nationale Rat zur Verbrechensbekämpfung im Jahr 2000 die Auswirkungen der Gesetzesverordnung von 1988 (bekräftigt im Jahr 1993), der gemäß einfacher Drogenkonsum eine Straftat darstellt. Die Untersuchung zeigte, dass die Zahl der aufgrund von kleinen Drogendelikten Verhafteten nach Inkrafttreten der Gesetzesverordnung stark anstieg. Unter den Verhafteten befanden sich zwar viele bekannte Gesichter aus der Drogenszene, aber auch junge bislang unbekannte Drogenkonsumenten. Ein wesentlicher Grund für die Annahme der Gesetzesverordnung bestand darin, junge Menschen in einem frühen Stadium ihrer Drogenkarriere identifizieren zu können. Dem Bericht zufolge wurde dieses Ziel erreicht. Im Bericht werden außerdem die Auswirkungen der Gesetzesverordnung auf

den Drogenmarkt (der eskalierte) erörtert. Es gab jedoch keine eindeutigen Anzeichen dafür, dass die Kriminalisierung des Drogenkonsums eine abschreckende Wirkung auf junge Menschen ausgeübt hätte.

Andere Maßnahmen wie etwa Bewertungen einiger Rechtsinstrumente betreffend den Umgang mit Drogenstraftätern, darunter Tests im Nachgang zu Trigger-Delikten, Drogengerichte und Hafteinweisungsprogramme, werden bzw. wurden im Vereinigten Königreich durchgeführt. Bewertungen der Methoden des Umgangs mit Drogenstraftätern finden auch in Deutschland (Behandlung anstelle von Bestrafung), Irland (Hafteinweisung) und den Niederlanden (Zwangstherapie) statt.

In den Niederlanden bedient man sich ebenfalls der Evaluierungsmethoden zur Bewertung der Wirksamkeit der neuesten Rechtsvorschriften zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels (Inhaftierung von Drogenkurieren) und der Geldwäsche (öffentliche Aufträge). In Schweden wird die Regierung in Richtlinien der Regierungsbehörden gezielt ersucht, die Organisation und Einbeziehung der Polizei bei der Bekämpfung der Drogenkriminalität zu bewerten. Zudem wurden Evaluierungsmethoden eingeführt, um die Maßnahmen zur Bekämpfung des lokalen Drogenhandels und der drogenbedingten Erregung öffentlichen Ärgernisses zu verbessern. Dazu zählen etwa in Irland die Koordinierung lokaler Maßnahmen, in den Niederlanden die Ermächtigung zur Schließung von Lokalen und in Deutschland die Befähigung, die Wiederholung von Fahrprüfungen anzuordnen.

Bewertungen werden klar als zunehmend wichtiger werdendes Werkzeug im Umgang mit allen Aspekten des Drogenproblems erkannt. Mit derartigen Bewertungsmethoden können Umsetzung, Wirksamkeit und Effizienz der Rechtsvorschriften beurteilt werden. Im Allgemeinen sollten die Bewertungen, von denen berichtet wurde, die zur Diskussion stehenden politischen Maßnahmen bekräftigen. Die Bereitschaft, eine Maßnahme aufgrund von Bewertungsergebnissen rückgängig zu machen, wie dies in Ungarn der Fall war, zeigt immerhin, dass der evidenzbasierten Forschung im Gegensatz zu früher wieder mehr Vertrauen geschenkt wird. Diese willkommene Entwicklung bei der Bewertung ist Teil einer allgemeinen Tendenz der öffentlichen Verwaltung, mehr Verantwortung zu übernehmen und verstärkt auf Konzepte des privaten Sektors, wie etwa Leistungsziele und Kosteneffizienz, zurückzugreifen.

Entwicklungen in der nationalen Gesetzgebung

Cannabisgesetzgebung

Im vergangenen Jahr wurde Cannabis in zwei Ländern neu klassifiziert. In beiden Fällen hat diese Neuklassifizierung viel Aufmerksamkeit in den Medien erhalten, die jedoch nicht immer korrekt darüber berichtet haben. In Belgien bewirkte ein Gesetzespaket, bestehend aus einem Erlass und einer Richtlinie zur strafrechtlichen Verfolgung, eine

Reihe von Veränderungen im Rechtsrahmen, wobei die vielleicht bedeutendste Veränderung war, Cannabisprodukte in eine andere Rechtskategorie als die übrigen Drogen einzustufen. Aufgrund der neu geschaffenen Straftatbestände erhält ein Erwachsener lediglich eine Geldstrafe und muss sich bei der Polizei registrieren lassen, wenn er wegen Cannabisbesitz für den Eigenbedarf zum ersten oder zweiten Mal straffällig geworden ist und keine anderen Umstände wie Belästigung oder problematischer Konsum vorliegen. Laut Richtlinie zur strafrechtlichen Verfolgung darf Cannabis für den Eigengebrauch 3 Gramm oder eine Pflanze nicht überschreiten. Drogenbezogene Erregung öffentlichen Ärgernisses kann jedoch mit einer Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu einem Jahr und/oder einer Geldstrafe in Höhe von 5 000 bis 500 000 Euro geahndet werden. Erschwerende Umstände, wie Besitz in Anwesenheit von Minderjährigen, ziehen jedoch strengere Strafen nach sich.

Im Vereinigten Königreich wurde nach dem britischen Klassifikationssystem eine Neueinstufung von Cannabis und dessen Derivaten von der Klasse B bzw. A in die Klasse C vorgenommen. Dadurch verringerte sich das Höchstmaß der Freiheitsstrafe für den Besitz zum eigenen Gebrauch von fünf auf zwei Jahre. Nach wie vor stellt jedoch jeglicher Besitz von Cannabis eine Straftat dar. Zwei Faktoren in diesem Zusammenhang, die Höchststrafe für Cannabisbesitz in Handelsabsicht und der Umstand, dass Cannabisbesitz unter die Androhung einer Festnahme fällt, sind im Ergebnis eines parallelen gesetzgebenden Verfahrens praktisch unverändert geblieben. In den vom Verband der Polizeipräsidenten (Association of Chief Police Officers) ausgearbeiteten Richtlinien wird empfohlen, dass die Polizei nur unter bestimmten Umständen, wie z. B. Rauchen in der Öffentlichkeit oder in der Nähe von Minderjährigen, Festnahmen wegen Cannabisbesitzes vornehmen sollten. Personen unter 18 Jahren sollten nach wie vor festgenommen werden, damit sie einer Behandlung zugeführt werden können.

Sowohl Belgien als auch das Vereinigte Königreich beschäftigen sich in ihren Rechtsvorschriften und Richtlinien ausdrücklich mit dem problematischen Cannabiskonsum, ein Aspekt, auf den an anderer Stelle des Berichts noch eingegangen wird.

Vermögenseinziehung

Im vergangenen Jahr haben einige Länder ihre Gesetzgebung über die Einziehung des Vermögens von Drogenhändlern oder die Verwaltung der aus diesem Vermögen gebildeten Fonds abgeändert. In Irland beschäftigt sich eine gemeinsame Initiative der Garda National Drugs Unit und des Criminal Assets Bureau mit der Ermittlung und Beschlagnahme der Vermögenswerte von lokalen Drogenhändlern. Im Vereinigten Königreich wurde aufgrund des Proceeds of Crime Act (2003) [Gesetz zur Einziehung und Beschlagnahme von Erträgen aus Straftaten] eine Assets Recovery Agency [Amt für die Beschlagnahme illegal erworbener Vermögenswerte]

eingerrichtet, und aufgrund der neuen Rechtsvorschriften sind die Polizei- und Zollbeamten befugt, nach Geld zu suchen und das gefundene Geld zu beschlagnahmen. In dem Gesetz sind Maßnahmen festgelegt, die die Ermittlungsbeamten bei den Nachforschungen nach aus Straftaten stammenden Erträgen und der Untersuchung der Geldwäsche unterstützen. In Schottland wurden die Befugnisse der Strafverfolgungs- und Vollstreckungsorgane erweitert, um die Erfolgsquote bei der Sicherstellung von Vermögenswerten sowohl in Straf- als auch in Zivilsachen zu erhöhen.

In Spanien hebt das 2003 in Kraft getretene Gesetz zur Beschlagnahme von aus dem illegalen Drogenhandel stammenden Vermögenswerten das entsprechende Gesetz

Geldwäsche

Gegenwärtig ist es nicht möglich, eine genaue Schätzung der weltweit durch den illegalen Drogenhandel erzielten Erträge vorzunehmen, da es hierzu an zuverlässigen Daten mangelt. Europol (2002) berichtete jedoch über einen „Konsenswert“ von weltweit 2 bis 5 % des Bruttoinlandsproduktes. Der Rauschgifthandel scheint immer noch die größte einzelne Quelle für die Geldwäsche zu sein. Unter internationaler Geldwäsche ist die illegale oder ungewöhnliche grenzüberschreitende Bewegung von Kapital oder Gütern wie z. B. Gold, Platin oder Diamanten zu verstehen (WZO, 2003c).

Die geänderte Richtlinie 91/308/EWG des Rates zur Verhinderung der Nutzung des Finanzsystems zum Zwecke der Geldwäsche liefert eine wesentlich weiter gefasste Definition der Geldwäsche, die sich auf eine größere Bandbreite an Vortaten stützt, und weitet die Verdachtsmeldepflicht auch auf Angehörige freier juristischer Berufe aus.

Mit der Erweiterung des Mandats von Europol im Januar 2002 wurde der Kompetenzbereich der Organisation auf alle Geldwäscheoperationen, deren Vortaten in Anhang 2 zum Europol-Übereinkommen (Europol, 2002) aufgeführt sind, ausgeweitet.

Interpol hat ein Netzwerk von Kontaktstellen in jedem Mitgliedstaat eingerichtet, um den Informationsaustausch im Bereich der Geldwäsche zu beschleunigen und effektiver zu gestalten (Interpol, 2002). Das Customs Enforcement Network (CEN) ist ein von der WZO (Weltzollorganisation) entwickeltes elektronisches Informations- und Kommunikationssystem, das im Jahr 2000 ins Leben gerufen wurde. Seit Juni 2003 hat das Netz 700 Benutzer aus 130 Ländern und über 700 gemeldete Beschlagnahmungen von Bargeld verzeichnet. Von 2002 bis 2003 erzielte die FATF (Financial Action Task Force) erhebliche Fortschritte bei der Bekämpfung der Geldwäsche. Die Revision der 40 Empfehlungen wurde erfolgreich von der FATF abgeschlossen (FATF, 2003a). Besondere Aufmerksamkeit wurde dem Kampf gegen den Missbrauch alternativer Überweisungssysteme gewidmet (FATF, 2003b).

von 1995 auf. Mit dem neuen Gesetz soll die Übermittlung der für die Identifizierung und Lokalisierung der beschlagnahmten Vermögenswerte erforderlichen Dokumente beschleunigt und der Kreis der Begünstigten auf internationale und supranationale Organisationen und ausländische Regierungen ausgedehnt werden. In den Niederlanden wurde zehn Jahre nach dem Inkrafttreten eines Gesetzes zur Einziehung von Vermögenswerten eine Studie durchgeführt, im Rahmen derer die Art und der Umfang der Vermögenswerte von 52 großen kriminellen Vereinigungen, die in diesem Zeitraum verurteilt worden waren, untersucht wurden. Dabei wurde festgestellt, dass lediglich 10 % des geschätzten illegal erworbenen Vermögens beschlagnahmt werden konnten, wobei der Nachweis des genauen Umfangs des illegal erworbenen Vermögens nach wie vor schwierig ist. Die Ermittlungsbeamten empfehlen, die Fachkompetenz bei der Untersuchung krimineller Machenschaften auf dem Gebiet der Finanzen zu verbessern. In Frankreich sind in einem Rundschreiben der Behörde für Strafverfolgung und Strafvollstreckungsaufschub aus dem Jahr 2002 die Verfahrensregeln präzise festgelegt. Angesichts der Tatsache, dass der 1995 eingerichtete Fonds zur Drogenbekämpfung über keine wesentlichen Einnahmen verfügt, legt die Behörde die Verwendung der beschlagnahmten Erträge aus dem illegalen Drogenhandel und der Geldwäsche fest.

Drogen und Straßenverkehr

Drei EU-Länder haben entscheidende Veränderungen in ihren Gesetzen über die Teilnahme am Straßenverkehr unter Drogeneinfluss vorgenommen. In Österreich ist 2003 die 21. Novelle der Straßenverkehrsordnung in Kraft getreten, die es der Polizei gestattet, von Fahrzeuglenkern eine Blutprobe zu entnehmen, wenn der Verdacht besteht, dass ihre Fahrtüchtigkeit durch Drogeneinfluss eingeschränkt ist. Die Strafmaßnahmen bei einem positiven Testergebnis und die Konsequenzen für den Fahrer, falls er den Bluttest verweigert, sind die gleichen wie beim Fahren unter Alkoholeinfluss. Nach der Straßenverkehrsordnung führt ein positives Testergebnis nicht zu einer polizeilichen Meldung wegen Verstößes gegen das Suchtmittelgesetz, sondern lediglich zu einer Mitteilung an die Gesundheitsbehörde des Bezirks.

In Frankreich stellt aufgrund eines neuen, im Februar 2003 eingeführten Gesetzes das Fahren nach dem Konsum von Stoffen oder Pflanzen, die als Suchtmittel eingestuft sind, einen eigenständigen Straftatbestand dar. Nach diesem Gesetz müssen alle in einen Straßenverkehrsunfall mit tödlichem Ausgang verwickelten Fahrer getestet werden. Weitaus strengere Strafen werden verhängt, wenn festgestellt wird, dass Drogen in Verbindung mit Alkohol eingenommen wurden. Außerdem sollten Fahrer, die an einem Verkehrsunfall mit Personenschaden beteiligt sind, routinemäßig getestet werden, wenn der Verdacht besteht, dass sie Suchtmittel eingenommen haben. Ferner sind die Gendarmerie und die Polizei berechtigt, bei Fahrern Stichproben vorzunehmen.

In Finnland heißt es in der überarbeiteten Fassung von Abschnitt 23 des Strafgesetzbuches, dass jeder Fahrzeuglenker, bei dem eine aktive narkotische Substanz oder ein metabolisches Nebenprodukt im Blut nachgewiesen wurde, wegen Trunkenheit am Steuer zur Verantwortung gezogen wird, es sei denn, er hat diese Substanz aufgrund einer ärztlichen Verordnung eingenommen. Ist jedoch seine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt, wird der Fahrer wegen Trunkenheit am Steuer angeklagt, ungeachtet dessen, ob die Substanz ärztlich verordnet wurde oder nicht. Wenn die Fahrtüchtigkeit so weit eingeschränkt ist, dass die Sicherheit anderer gefährdet ist, kann die Anklage wegen schwerer Trunkenheit am Steuer zu einer Geldstrafe von mindestens 60-Tagessätzen oder zu einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren führen.

Im Juni 2003 hat die Europäische Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung (ELDD) eine vergleichende Studie ⁽¹⁵⁾ über die Rechtslage in Bezug auf Drogen im Straßenverkehr in 16 Ländern veröffentlicht und festgestellt, dass zwar das Fahren unter Drogeneinfluss in allen Ländern eine Straftat darstellt, jedoch erhebliche Unterschiede bestehen, was die Befugnisse der Polizei, die Fahrer zu testen, sowie die eingenommenen Stoffe und die anzuwendenden strafrechtlichen Sanktionen betrifft. Die EBDD hat diese Studie im Juni 2003 auf dem von der Pompidou-Gruppe des Europarates veranstalteten Seminar über „Straßenverkehr und psychoaktive Substanzen“ vorgelegt.

⁽¹⁵⁾ http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.



Kapitel 2

Drogenprävention – Zusammenarbeit mit Gemeinden und Fokussierung auf die am stärksten gefährdeten Gruppen

Die Maßnahmen der Drogenprävention zielen darauf ab, die Zahl der Erstkonsumenten zu reduzieren oder, was häufiger vorkommt, den Erstkonsum bis zu einem späteren Alter hinauszuzögern, um wenigstens das Ausmaß des Drogenkonsums zu verringern (Rhodes et al., 2003). Maßnahmen der Drogenprävention umfassen die Aufklärung über Drogen und die Warnung vor ihren Gefahren, beschränken sich jedoch nicht darauf. Dieses drogenspezifische Element macht eigentlich nur einen geringen Teil der Drogenprävention aus. Effektive Strategien verbinden Informationen über Suchtmittel mit ausgewählten kognitiven verhaltensorientierten Techniken („normative beliefs“), die eine präventive Wirkung in Bezug auf das Konsummuster haben (Flay, 2000).

Die Präventionsmaßnahmen werden in Abhängigkeit von den Zielgruppen eingestuft. *Universale Prävention* richtet sich an die allgemeine (in der Regel junge) Bevölkerung, z. B. in Schulen, ohne dass besondere Risikogruppen berücksichtigt werden, während sich die *selektive Prävention* an gefährdete Gruppen und die *indizierte Prävention* an gefährdete Einzelpersonen richtet. Obwohl die schulbasierte Prävention oft als eine politische Priorität betrachtet wird, ist es fraglich, ob diese Präventionsmaßnahmen tatsächlich eine so große Rolle spielen. Da für die Prävention nur begrenzt Mittel zur Verfügung stehen, die in einigen Ländern sogar noch weiter gekürzt wurden [in Frankreich sind beispielsweise die für die Drogenprävention bereitgestellten Mittel (staatliche Zuschüsse) von 15 Mio. EUR im Jahr 2001 auf 11 Mio. EUR im Jahr 2002 zurückgegangen], kommt es immer mehr darauf an, dass die Drogenprävention von hoher Qualität ist und auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage beruht. Ideal wäre es, wenn Präventionsmaßnahmen, die aus der Perspektive des Gesundheitswesens geplant und umgesetzt werden, um größere Bevölkerungsgruppen mit einer grundlegenden und kostengünstigen universalen (prêt-à-porter) Prävention zu erreichen, durch intensivere und maßgeschneiderte Maßnahmen ergänzt werden, die sich insbesondere an gefährdete Gruppen und Einzelpersonen richten⁽¹⁶⁾.

Universale Prävention

Die *Prinzipien* und der *Inhalt* moderner Drogenpräventionsstrategien, vor allem der universalen Präventionsprogramme an den Schulen, beruhen auf

Evidenzmaterial. Messbare langfristige Auswirkungen, auch wenn sie nicht sehr umfangreich sind (Stothard und Ashton, 2000), stellen einen erheblichen Gewinn dar, wenn davon große Bevölkerungsgruppen profitieren. Die Grundprinzipien, d. h. was funktioniert und was nicht, sind inzwischen weitgehend bekannt. Wirksame Elemente sind interaktiver Unterricht (unter Gleichaltrigen) (Tobler und Stratton, 1997), die Korrektur normativer Einstellungen (Flay, 2000), Betonung sozialer Kompetenzen und kurze Informationen über Suchtmittel, die die soziale Realität der Jugendlichen berücksichtigen (Hansen, 1992; Dusenbury und Falco, 1995; Paglia und Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001). In der Praxis bevorzugen politische Entscheidungsträger und Experten einiger Mitgliedstaaten jedoch nach wie vor Ansätze, die sich als ineffektiv erwiesen haben, wie affektive Erziehung (z. B. Steigerung des Selbstwertgefühls), Informationsbereitstellung (verstärkte Sensibilisierung) und Reflexion.

Ebenso sind die Faktoren bekannt, die zu einer erfolgreichen *Durchführung*⁽¹⁷⁾ schulbasierter Präventionsprogramme beitragen: strikte Einhaltung des Lehrplans, der von entsprechend qualifizierten Lehrkräften umgesetzt wird; klar definierter Inhalt; und Bereitstellung von Handbüchern und Materialien. Darüber hinaus sollte Drogenprävention Teil einer umfassenden Politik der Schulen im Bereich der Drogenbekämpfung und Gesundheitserziehung sein (Paglia und Room, 1999; Chinman et al., 2004). In der Praxis zeichnen sich jedoch drei separate Strategien ab, die kaum miteinander verknüpft werden. Bei der ersten Strategie werden Präventionsmaßnahmen im Rahmen großer nationaler Programme (Tschechische Republik, Irland, Litauen und die Niederlande) oder genehmigter Programme (Griechenland, Spanien, Ungarn und Schweden) durchgeführt. Bei einem anderen Ansatz liegt der Schwerpunkt auf der Ausbildung der Lehrer (französischsprachiger Teil Belgiens, Teile Deutschlands und Österreichs, Vereinigtes Königreich), wobei davon ausgegangen wird, dass die Lehrer den Gedanken der Prävention in ihrer täglichen schulischen Arbeit vermitteln. Andere Länder (z. B. Portugal, Finnland) haben sich für Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen entschieden. Lediglich in Irland und Spanien werden alle drei Ansätze landesweit geschlossen umgesetzt⁽¹⁸⁾.

Die universale Prävention außerhalb des schulischen Umfelds⁽¹⁹⁾ will Jugendliche im Allgemeinen durch drei

⁽¹⁶⁾ Siehe Abbildung 1 OL: Nationale Pläne, die Inhalt und Strategien der Drogenprävention festlegen.

⁽¹⁷⁾ Siehe Abbildung 2 OL: Methoden zur Durchführung der schulischen Prävention.

⁽¹⁸⁾ Siehe Tabelle 3 OL: Zusammenfassung der Parameter für schulische Prävention.

⁽¹⁹⁾ Siehe Abbildung 3 OL: Präventionsmaßnahmen für Jugendliche außerhalb der Schule.

Arten von Maßnahmen erreichen: Angebot alternativer Freizeitbeschäftigungen wie Jugendarbeit, Abenteuererlebnisse und kreative Beschäftigung (Griechenland, Spanien, Lettland, Luxemburg und Vereinigtes Königreich); durch Jugendarbeit im Sport und in Sportvereinen, um die Jugendlichen mit protektiven Gruppennormen, Verhaltensweisen und Einstellungen vertraut zu machen (Deutschland, Italien und Finnland); oder durch Methoden der aufsuchenden Arbeit (Dänemark, Österreich, Polen, Portugal, Norwegen). Die Präventionsarbeit außerhalb der Schule stellt ein gewaltiges Potenzial dar, gefährdete Jugendliche zu ermitteln und Risikogruppen anzusprechen, jedoch wird diese Möglichkeit nur in einigen Mitgliedstaaten (Irland, Ungarn, Niederlande, Österreich und Vereinigtes Königreich) genutzt.

Selektive Prävention

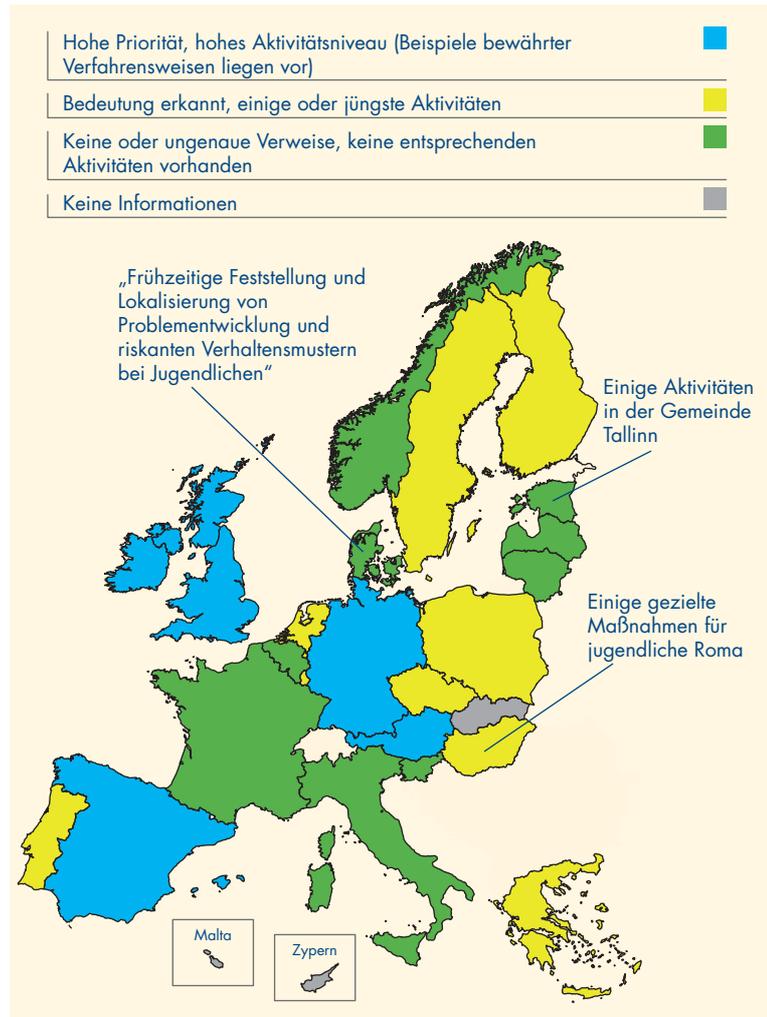
Im Gegensatz zur großflächigen universalen Prävention mit Schwerpunkt auf dem Konsum geringer Drogenmengen konzentrieren sich die selektiven Präventionsmaßnahmen auf gefährdete Einzelpersonen oder Gruppen. Die selektive Prävention stützt sich auf das vorhandene (im Idealfall lokale) Forschungsmaterial zu Risikofaktoren, gefährdeten Gruppen und problematischen Wohnvierteln, um diejenigen zu erreichen, die am ehesten Gefahr laufen, in Drogenprobleme zu schlittern. Aufgrund des zunehmenden Freizeitkonsums von Cannabis und Alkohol (siehe Kapitel 3) wird der selektiven Prävention in einigen Ländern, beispielsweise in Finnland und Schweden, immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt, jedoch ist diese Form der Prävention nach wie vor auf einige wenige Mitgliedstaaten beschränkt (Abbildung 2), vor allem auf diejenigen, die bereits über Strategien der universalen Prävention verfügen. Es bedarf einer fundierten theoretischen Grundlage und Evaluierung, damit die Auswahl der Zielgruppen oder -gebiete von Forschungsdaten untermauert wird und die Ziele der entsprechenden Maßnahmen definiert und verknüpft werden können. In Ungarn beispielsweise konzentrieren sich einige Maßnahmen auf die Roma-Bevölkerung, wobei Peer-Gruppen-Ansätze zugrunde gelegt werden. Die Prävention in Freizeitsettings als eine spezielle Untergruppe der selektiven Prävention wird in Kapitel 4 beschrieben.

Neue Fortschritte in der erweiterten Europäischen Union...

In Griechenland, Portugal und Schweden beruhen die Präventionsmaßnahmen inzwischen auf modernen Konzepten und klareren Strukturen – beispielsweise ist die schulbasierte Prävention besser definiert, als es in der Vergangenheit der Fall war. Programme für jüngere Kinder in den Kindergärten und Grundschulen wurden erweitert, vor allem in Griechenland und Österreich.

In den Mitgliedstaaten sind Präventionsmaßnahmen, die der Qualitätskontrolle unterliegen (Abbildung 3), in der Regel auch besser strukturiert (z. B. Umsetzung im Rahmen

Abbildung 2: Mitgliedstaaten, in deren Strategien selektive Prävention (d. h. Konzentration auf gefährdete Gruppen oder Gebiete) erwähnt und umgesetzt wird



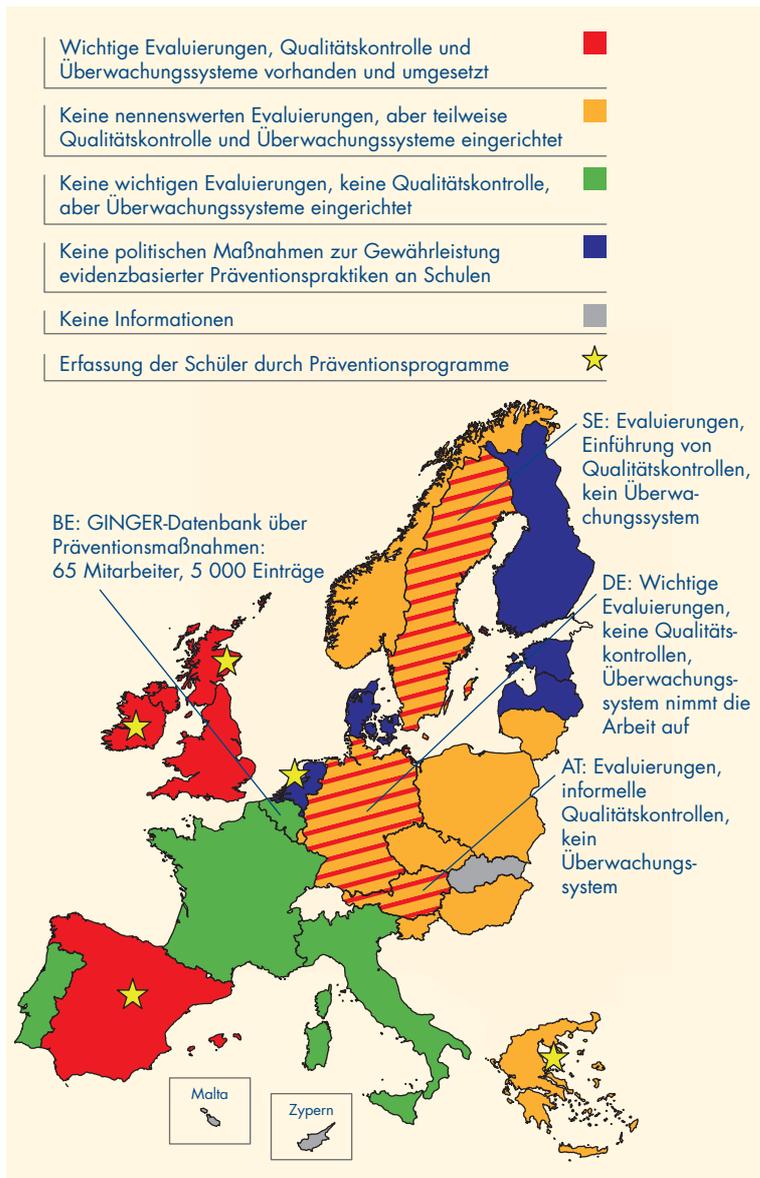
Quellen: Nationale Reitox-Berichte und *Report on selective prevention in the EU* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569>).

anspruchsvoller Programme) ⁽²⁰⁾ und widmen der selektiven Prävention größere Aufmerksamkeit (Abbildung 2). Schlüsselfaktoren beim Vergleich europäischer Präventionsmaßnahmen sind Qualität (evidenzbasierte Konzepte), Struktur (wie und von wem die Prävention durchgeführt wird) und Reichweite (Größe der erreichten Bevölkerung).

Systeme und Standards der *Qualitätskontrolle* gibt es in der Tschechischen Republik, in Litauen, Slowenien und Schweden, während in Deutschland und Portugal neue *Beobachtungssysteme* für Präventionsmaßnahmen bereits eingeführt sind bzw. zurzeit entwickelt werden. In den nationalen Strategien werden zunehmend *konkrete Elemente* der Prävention definiert und empfohlen, in Litauen und Schweden sind dies beispielsweise die Förderung

⁽²⁰⁾ Siehe Abbildung 1 OL: Nationale Pläne, die Inhalt und Strategien der Drogenprävention festlegen.

Abbildung 3: Mitgliedstaaten, in denen schulbasierte Qualitätskontrolle, Überwachung und Evaluierung der Prävention Priorität haben und durchgeführt werden



Quelle: Nationale Reitox-Berichte.

sozialer Kompetenzen und der Entscheidungsfähigkeit sowie die Steigerung des Selbstwertgefühls.

Die Reichweite der schulbasierten Prävention, die anhand der Schülerzahl gemessen wird, die von den universalen Präventionsmaßnahmen erfasst wird, lässt sich nur bei der programmatischen Prävention feststellen. Eine möglichst große Reichweite ist das Ziel einiger Strategien (Spanien, Irland und Vereinigtes Königreich). In allen spanischen Comunidades Autónomas hat sich der Anteil der Schüler, die von anerkannten und empfohlenen Präventionsprogrammen erfasst werden, weiter erhöht, und

in anderen Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Griechenland und Norwegen) war die Reichweite der Präventionsmaßnahmen Gegenstand einer Bewertung. Diese Entwicklungen führen zu einer allmählichen Verbesserung der Drogenprävention in zahlreichen Mitgliedstaaten, die in der Vergangenheit durch eine geringe Fokussierung (vor allem unspezifische Maßnahmen und kaum geeignetes Präventionsmaterial), geringe Intentionalität (unzureichende Ausbildung der in diesem Bereich tätigen Fachkräfte), geringe Proaktivität und Bewertung (niedriges Forschungsniveau und keine Evaluierungsverfahren), geringe Kontinuität (häufig Ad-hoc-Maßnahmen) und unzureichende Koordinierung und Beteiligung (fehlende Koordinierung bei der Umsetzung der Maßnahmen) (portugiesischer Nationaler Bericht) charakterisiert waren.

... und mangelnde Fortschritte

In einigen Mitgliedstaaten werden nur langsam Fortschritte erzielt, und die Konzepte sind nach wie vor zum größten Teil nicht evidenzbasiert. Die Gründe dafür sind Trägheit, Überbetonung medizinisch- und suchtzentrierter Ansätze, Unterschätzung der sozialen Einflüsse und Konzentration auf persönliche Variablen. Ferner bedeutet in einigen Ländern der Mangel an Standards, dass Prävention ausschließlich als Aufgabenbereich der Gesundheitsfachkräfte oder Lehrer vor Ort gilt, deren Kenntnisse in der evidenzbasierten Prävention häufig begrenzt sind, was zur Folge hat, dass Präventionsmaßnahmen nicht über das Niveau populärwissenschaftlicher Meinungen und Ansichten hinausgehen. In einer Reihe von Mitgliedstaaten (z. B. in Dänemark, Estland, Frankreich, Lettland und Teilen von Belgien, Deutschland und Italien) beruht die schulbasierte Prävention größtenteils noch immer auf Informationsverbreitung anhand von Broschüren, sporadischen Seminaren, Aktionstagen und Ausstellungen, Konferenzen, Vorträgen oder Expertenbesuchen.

Es sind, obwohl in begrenztem Umfang, Nachweise vorhanden (Flay, 2000), dass eine erfolgreiche schulbasierte Prävention Bestandteil der Gesundheitserziehung und Drogenpolitik der Schule sein und Aspekte des sozialen Lebens und der Gemeinde ansprechen muss (Paglia und Room, 1999). Der inflationäre Gebrauch von Phrasen wie „Förderung einer gesunden Lebensweise“, „ganzheitliche Ansätze“ und „integrale Prävention“ verschleiert oft die Tatsache, dass eine solide Grundlage für Präventionsprogramme fehlt und das Engagement für eine evidenzbasierte Prävention gering ist. Was die familienbasierte Prävention betrifft, so wurden keine sichtbaren Fortschritte erzielt. Als ein Element der universalen Prävention beschränkt sich die familienbasierte Prävention nach wie vor auf Elternabende oder -gruppen (z. B. in Deutschland, Griechenland und Schweden) und ist nur in Spanien, Irland, Polen, Schweden und im Vereinigten Königreich auch Bestandteil der selektiven Prävention (d. h. Konzentration auf gefährdete Familien) ⁽²¹⁾.

⁽²¹⁾ Siehe Tabelle 4 OL: Überblick über die wichtigsten Parameter der Prävention.



Kapitel 3 Cannabis

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in der Europäischen Union, obwohl zwischen den einzelnen Ländern beträchtliche Unterschiede bestehen. Der Gebrauch von Cannabis unter jungen Menschen trat zuerst in den 70er Jahren in einigen europäischen Ländern auf und verbreitete sich im Laufe der 70er und 80er Jahre auf andere EU-Länder (Abbildung 4 – Beispiel Spanien). Das Phänomen des weitverbreiteten Drogenkonsums ist in den neuen EU-Ländern erst seit kurzem zu beobachten.

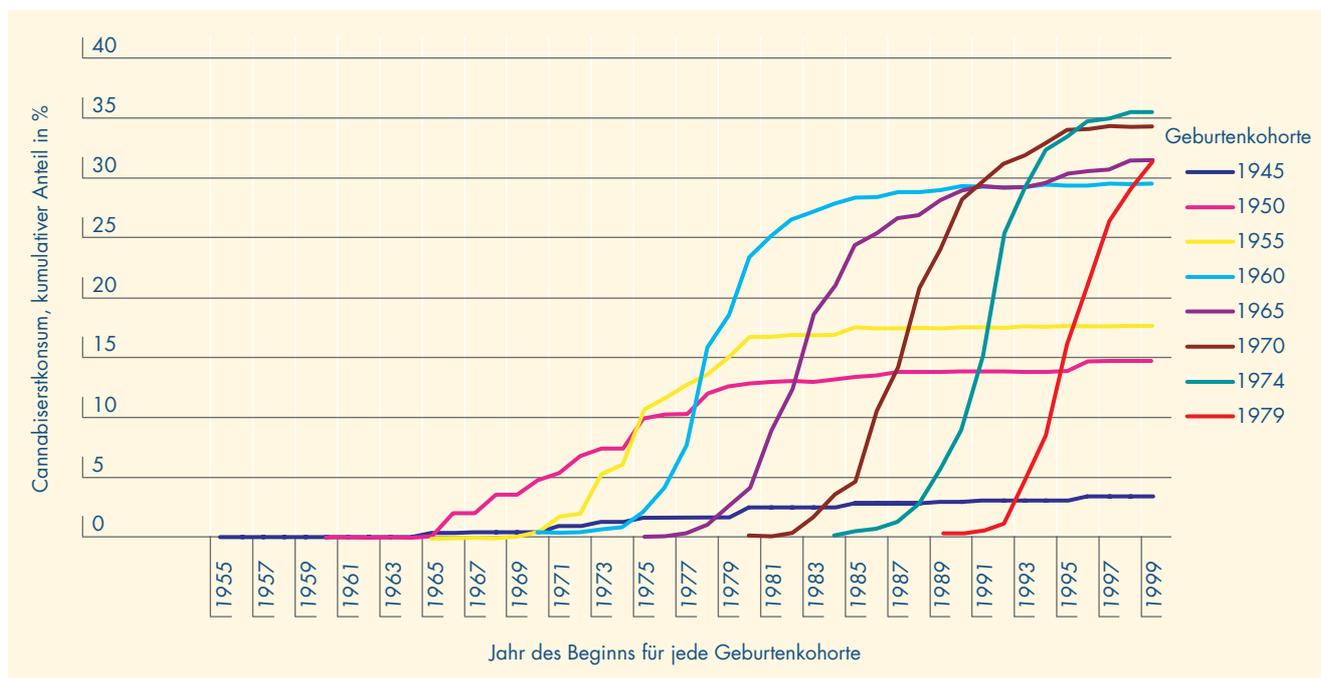
Prävalenz und Konsummuster

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 ⁽²²⁾. Neueren

demografischen Erhebungen zufolge hat ein signifikanter Anteil der Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) in der Europäischen Union zumindest einmal im Leben Cannabis probiert, wobei das Spektrum zwischen 5 bis 10 % in Belgien, Estland, Ungarn und Portugal und 24 bis 31 % in Dänemark, Spanien, Frankreich und im Vereinigten Königreich liegt. In der National Household Survey on Drug Abuse der Vereinigten Staaten für das Jahr 2002 gaben im Vergleich dazu 40 % der Erwachsenen (12 Jahre und älter) an, Cannabis oder Marihuana mindestens einmal im Leben probiert zu haben, während 11 % berichteten, die Droge während der vergangenen zwölf Monate konsumiert zu haben (SAMHSA, 2002) ⁽²³⁾.

Aus Umfragen geht hervor, dass Cannabiskonsum vor allem unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)

Abbildung 4: Änderungen der Verbreitungsmuster des Cannabiserstkonsums nach ausgewählten Geburtskohorten – am Beispiel Spaniens



Anmerkungen: Daten basierend auf der nationalen Erhebung zum Drogenkonsum 1997 (n = 12 515; 15- bis 64-Jährige) und nationale Erhebung zum Drogenkonsum 1999 (n = 12 488, 15- bis 65-Jährige).

Ausgewählte Geburtskohorten, nur wenn keine signifikanten Unterschiede zwischen den Daten der Erhebungen und den für eine Geburtskohorte zusammengefassten Stichproben bestehen.

Quelle: Kraus, L., und Augustin, R., Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain. Im EBDD-Bericht CT.00.EP.14: Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.

⁽²²⁾ Siehe Methodische Anmerkungen im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽²³⁾ Bitte beachten Sie, dass in der Erhebung der Vereinigten Staaten die Altersspanne (ab 12) breiter ist als die von der EBDD in den EU-Erhebungen angewandte (15–64 Jahre).

und dabei insbesondere unter den 20- bis 30-Jährigen verbreitet ist. Die Zahlen für den Cannabiskonsum sind bei Männern weitaus höher als bei Frauen. Den nationalen Erhebungen zufolge ist der Konsum in städtischen Gebieten oder Gebieten mit einer hohen Bevölkerungsdichte stärker verbreitet. Einige der beobachteten Unterschiede zwischen den Ländern könnten zum Teil auf einen unterschiedlichen Urbanisierungsgrad zurückzuführen sein.

Die Zahl der 15- bis 16-jährigen Schüler, die der Ansicht sind, dass Cannabis leicht oder sehr leicht zu beschaffen sei, ist durchwegs weitaus höher als die Zahl derjenigen, die über eine Lebenszeiterfahrung mit Cannabis berichten⁽²⁴⁾, jedoch weisen beide Zahlenangaben die gleichen geografischen Schwankungen auf. Zwischen den Ländern bestehen beträchtliche Unterschiede. Aus neueren Umfragen unter 15-jährigen Schülern geht hervor, dass die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums zwischen unter 10 % in Griechenland, Malta, Schweden und Norwegen und über 30 % in der Tschechischen Republik, in Spanien, Frankreich und im Vereinigten Königreich liegt⁽²⁵⁾. Die höchsten Prävalenzraten wurden unter Jungen in England (42,5 %) festgestellt, wobei die Zahl für Mädchen nur geringfügig niedriger ist (38 %). Der Unterschied im Cannabiskonsum zwischen Jungen und Mädchen schwankt auch zwischen den Ländern und ist in Nordeuropa am wenigsten ausgeprägt. Die Lebenszeitprävalenz beträgt beispielsweise in Schweden 7,7 % bei Jungen und 6,6 % bei Mädchen, während die entsprechenden Zahlen für Griechenland bei 8 % bzw. 2,7 % liegen.

Größtenteils findet Cannabiskonsum eher gelegentlich statt oder wird nach einiger Zeit wieder eingestellt. In den meisten EU-Ländern berichten nur 20 bis 40 % aller Erwachsenen, die jemals im Leben Cannabis probiert haben, Cannabis während der vergangenen zwölf Monate konsumiert zu haben, und lediglich 1 bis 10 % geben an, die Droge in den letzten 30 Tagen eingenommen zu haben.

Der Cannabiskonsum während der letzten zwölf Monate ist unter jungen Erwachsenen (15–34 Jahre) höher als in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung, wo er in den meisten Ländern zwischen 5 und 20 % beträgt (Abbildung 5).

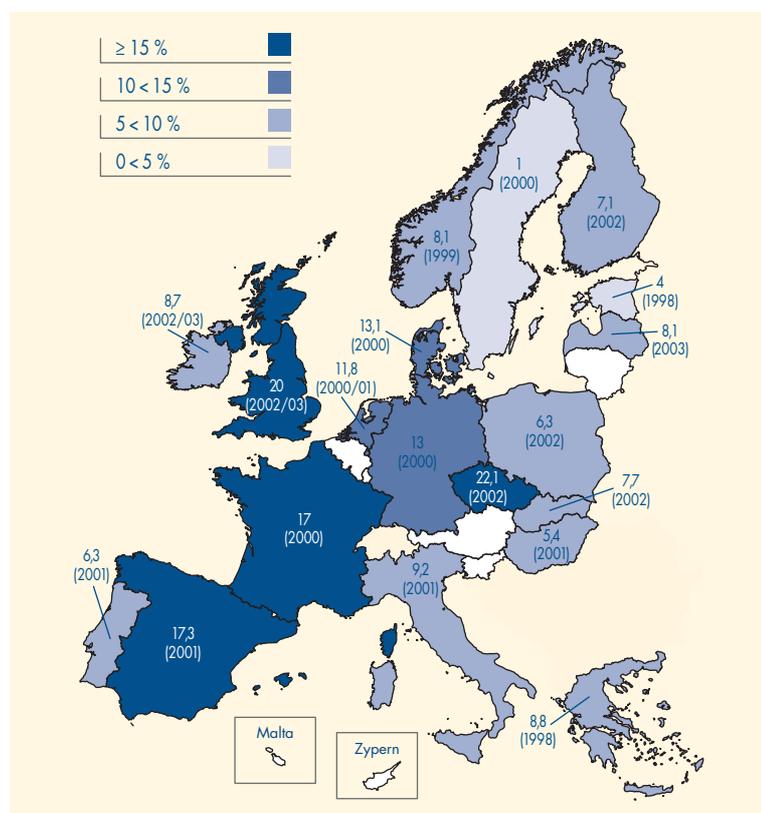
Eine geringe, allerdings bedeutende und gleichbleibende Zahl (ca. 15 %) der 15-jährigen Schüler in der EU, die Cannabis im vergangenen Jahr konsumiert haben, gibt an, die Droge 40-mal oder häufiger konsumiert zu haben (was als „starker“ Konsum gilt). Aus Abbildung 6 geht hervor, dass männliche Schüler zweimal häufiger als weibliche Schüler starke Konsumenten sind. Unter den männlichen Konsumenten liegt der Anteil der starken Konsumenten zwischen weniger als 1 % in den Ostseeanrainerländern (Estland, Lettland, Litauen, Finnland und Schweden) sowie in Malta und zwischen 5 bis 10 % in Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Slowenien und im Vereinigten Königreich. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der weiblichen Schüler zwischen 0 % und maximal 4,6 %. Mit der Frage, inwieweit ein „starker“ Cannabiskonsum gesundheitliche

Probleme verursacht und die Behandlungsnachfrage zunimmt, beschäftigt sich das ausgewählte Thema „Cannabisprobleme im Kontext“ (S. 82)⁽²⁶⁾.

Entwicklungstendenzen

Die Ermittlung von Tendenzen des Drogenkonsums wird dadurch erschwert, dass in den meisten EU-Ländern zusammenhängende Erhebungsreihen über einen langen Zeitraum fehlen. Dennoch belegen verschiedene Arten von Erhebungen (landesweite und lokale Umfragen sowie Befragungen unter Wehrpflichtigen und an Schulen), dass

Abbildung 5: Jüngster Konsum (vergangenes Jahr) unter jungen Erwachsenen (15- bis 34-Jährigen) anhand nationaler demografischer Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen der jeweiligen Länder, mit Ausnahme von Frankreich, wo der Konsum aus der Erhebung von 2002 in den kleinen Stichprobengrößen nicht berücksichtigt wurde und deshalb die hier vorliegenden Daten aus dem Jahr 2000 stammen.

Einzelheiten zur Zahl der Befragten nach Altersgruppe sind unter Tabelle 4: Erhebung unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004* zu finden.

Nicht alle Daten entsprechen genau der EBDD-Standardaltersspanne (Dänemark und Vereinigtes Königreich 16 bis 34; Estland, Ungarn und Deutschland 18 bis 34). Abweichungen bei der Altersspanne können einige nationale Unterschiede leicht beeinflussen. In einigen Ländern wurden die Zahlen auf nationaler Ebene neu berechnet, um die EBDD-Definitionen wiederzugeben.

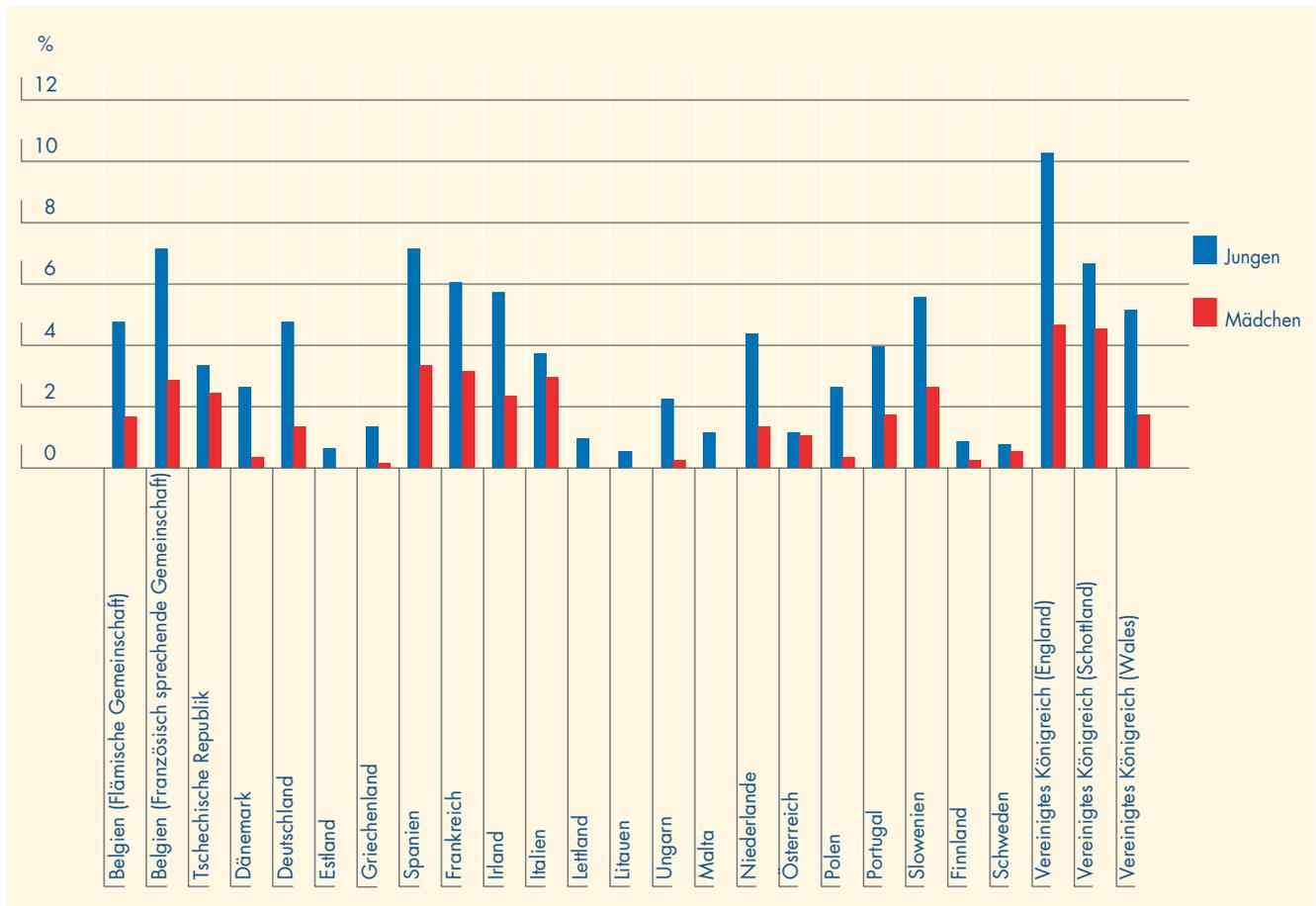
Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von Umfrageberichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Tabellen zu den nationalen demografischen Erhebungen im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽²⁴⁾ Siehe Tabelle 2: Prävalenz im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽²⁵⁾ Ibid.

⁽²⁶⁾ Siehe Abbildung 4 OL: Relative Häufigkeit des Cannabiskonsums unter 15-jährigen Schülern, die Cannabis im vergangenen Jahr konsumiert haben.

Abbildung 6: Prävalenz „starken“ Cannabiskonsums unter 15-jährigen Schülern, nach Geschlecht, 2001/2002



Anmerkungen: „Starker“ Cannabiskonsum bedeutet 40 oder mehr Konsumsitzen innerhalb des letzten Jahres. Deutschland, nur regionale Stichproben. Portugal, beschränkte Vergleichbarkeit aufgrund der Größe der Stichproben und des erfassten Altersbereichs.
 Quelle: Currie et al. (2004), HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey.

sich der Konsum von Cannabis während der 90er Jahre in fast allen EU-Ländern besonders unter jungen Menschen merklich erhöht hat. In einigen Fällen ist es nach einem Rückgang des Konsums in den 80er Jahren zu dieser Zunahme gekommen ⁽²⁷⁾.

Obwohl viele Länder berichten, dass der Cannabiskonsums in den vergangenen Jahren weiter zugenommen hat, melden vier Länder (die Niederlande, Finnland, Schweden und Norwegen), dass sich der Konsum in den letzten 2 bis 4 Jahren unter Schülern, Wehrpflichtigen und Teenagern eingependelt hat. Die Ergebnisse des demnächst erscheinenden Berichts des Europäischen Schulprojekts (ESPAD) für 2003 werden eine ausführlichere Beschreibung der Tendenzen unter Schülern in der EU liefern ⁽²⁸⁾.

Abschließend ist festzustellen, dass der gelegentliche Cannabiskonsum, vor allem in der Freizeit, in den 90er Jahren in vielen europäischen Ländern zugenommen hat, sich jetzt jedoch, zumindest in einigen Ländern, zu stabilisieren beginnt. Der aktuelle Konsum hat vermutlich

ebenfalls zugenommen, insbesondere unter jungen Menschen.

Sicherstellungen und Marktinformationen

Auch 2002 war Cannabis die weltweit am häufigsten angebaute und gehandelte illegale Droge. Angesichts der weltweiten Ausdehnung des Anbaus von Cannabis und der Ermangelung von Beobachtungssystemen können jedoch nach wie vor keine genauen Angaben zum Umfang des Cannabisanbaus gemacht werden (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Herstellung und illegaler Handel

In den vergangenen Jahren war Marokko weltweit der größte Lieferant von Cannabisharz, gefolgt von Afghanistan und Pakistan, wobei Cannabisharz jedoch auch aus anderen zentralasiatischen Ländern, aus der Russischen Föderation, Libanon und Albanien stammen kann (UNODC,

⁽²⁷⁾ Siehe auch Abbildung 5 OL: Entwicklung des Cannabiskonsums unter jungen Menschen in einigen EU-Ländern anhand nationaler demografischer Erhebungen.

⁽²⁸⁾ Siehe Kasten 3 OL: Das Europäische Schulprojekt zu Alkohol und Drogen.

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 einer Überführung der Drogenhändler wider. Die sichergestellten Mengen können von Jahr zu Jahr stärker schwanken, etwa wenn in einem Jahr besonders große Sicherstellungen erfolgt sind. Aus diesem Grund wird die Zahl der Sicherstellungen in mehreren Ländern als der bessere Indikator von Tendenzen angesehen. In allen Ländern umfasst die Zahl der Sicherstellungen einen größeren Anteil kleinerer Sicherstellungen auf Kleinhandelsebene. Falls bekannt können das Ursprungs- und Zielland der sichergestellten Drogen Hinweise auf die Route des Drogenhandels liefern. Daten zum Preis und zur Reinheit der Drogen auf Kleinhandelsebene 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 anzustellen.

2003a). Auch 2002 wurde Marokko am häufigsten als Ursprungsland von Cannabisnarz angegeben, gefolgt von Albanien und Indien. Es wurden jedoch auch 31 weitere Länder als Lieferanten genannt, was die Tatsache bestätigt, dass der Handel weitverbreitet und die Zahl der Ursprungsländer sehr groß ist (CND, 2004). Im Jahr 2003 führten das United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) und die marokkanische Regierung eine erste Erhebung der Cannabisherstellung in Marokko durch. Dieser Erhebung zufolge werden 27 % des Ackerbodens in der Rif-Region für den Anbau von Cannabis genutzt, was bedeutet, dass im Jahr 2003 potenziell 3 080 metrische Tonnen Cannabisnarz hätten hergestellt werden können (UNODC und marokkanische Regierung, 2003). Der Großteil des in der EU konsumierten Cannabisnarzes stammt aus Marokko; es wird vor allem über die Iberische Halbinsel eingeschmuggelt, wobei die Niederlande ein zweiter wichtiger Umschlagplatz für den Weitertransport in die EU-Länder sind (Bovenkerk and Hogewind, 2002; Nationale Berichte, 2003).

Die Ursprungsländer von Cannabisnarz sind über die ganze Welt verteilt. Die 2001 meist genannten Ursprungsländer weltweit sind Albanien, Kolumbien, Südafrika, die Russische Föderation, Jamaika und die Niederlande. Außer in Europa findet der illegale Handel von Cannabisnarz zwischenregional statt, d. h. es wird lokal oder in Nachbarländern produziert und konsumiert (UNODC, 2003a). Das 2002 in der EU beschlagnahmte Cannabisnarz stammt den Angaben zufolge aus einer Vielzahl von Ländern, vor allem aus den Niederlanden und Albanien (CND, 2004; INCB, 2004a), aber auch aus Asien (Thailand), Afrika (Malawi, Südafrika, Nigeria, Angola)

sowie aus Nord- und Südamerika (Mexiko, Jamaika, Vereinigte Staaten) (Nationale Reitox-Berichte 2003).

Cannabis wird in den meisten EU-Mitgliedstaaten lokal angebaut und hergestellt. Obwohl die beschlagnahmten Pflanzen in einigen Fällen offenbar in ein anderes Land weiter transportiert werden sollten, könnte die Sicherstellung von Cannabispflanzen in der EU (siehe Tabelle 3) als Indikator für den lokalen Cannabisanbau gelten. In Belgien hat der Cannabisanbau in den letzten Jahren landesweit

Tabelle 3: Sicherstellungen von Cannabispflanzen in den EU-Ländern und in Norwegen im Jahr 2001

Land	Anzahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Mengen: Anzahl der Pflanzen (Angabe in kg, wenn die Anzahl der Pflanzen nicht bekannt ist)
Belgien	n.v.	n.v.
Tschechische Republik (¹)	n.v.	343
Dänemark (¹)	n.v.	230
Deutschland	785	68 696
Estland	24	6 043
Griechenland	n.v.	18 821
Spanien	n.v.	(3 907 kg)
Frankreich	681	(41 kg)
Irland	20	365
Italien	n.v.	3 219 414
Zypern (¹)	n.v.	274
Lettland (¹)	n.v.	(72,7 kg)
Litauen	n.v.	n.v.
Luxemburg	2	11
Ungarn	n.v.	n.v.
Malta	n.v.	n.v.
Niederlande	n.v.	884 609
Österreich	120	(36 kg)
Polen (¹)	n.v.	2 550
Portugal	64	3 807
Slowenien	426	1 925
Slowakei (¹)	n.v.	535
Finnland	612	(16 kg)
Schweden	51	(3 kg)
Vereinigtes Königreich (²)	1 875	71 507
Norwegen	n.v.	(17 kg)

n.v.: Daten nicht verfügbar.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte; ausgenommen:

(¹) Interpol (2003), National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001, Interpol: Lyon.

(²) Corkery, J.M., und Airs, J. (2003), Seizures of drugs in the UK 2001, Findings no. 202, RDS-Home Office: London.

zugenommen. In der Tschechischen Republik entdeckte man 2002 die ersten Fälle eines großflächigen hydroponischen Anbaus von Cannabis, der den heimischen Outdoor-Anbau für den Eigenbedarf ablöst. In Estland hat sich 2002 die Zahl der entdeckten Cannabisanpflanzungen, darunter auch einige größere Plantagen, erhöht. Aus Ungarn wird berichtet, dass Cannabiskraut auf immer größeren Flächen angebaut wird. EU-weit werden die meisten Cannabispflanzen in Italien sichergestellt, gefolgt von den Niederlanden, wo die Zahl der sichergestellten Pflanzen seit 1998 gestiegen ist. Dies ist auch das Ergebnis einer erfolgreichen gesamtheitlichen Vorgehensweise der Behörden auf lokaler Ebene (d. h. enge Zusammenarbeit der lokalen Behörden, Elektrizitätsunternehmen, Steuerbehörden usw.) in den Niederlanden. Obwohl in den Niederlanden ca. die Hälfte bis drei Viertel des konsumierten Cannabis im Eigenanbau gezüchtet werden („nederwiet“), wird davon ausgegangen, dass die Niederlande als Lieferant von Cannabis für den Export in andere Länder an Bedeutung verlieren und sich eher zu einem Transitland für Cannabis entwickeln, zumal der Anbau in den anderen EU-Ländern zunimmt.

Sicherstellungen

Weltweit wurden 2002 insgesamt 1 039 Tonnen Cannabisharz und 3 800 Tonnen Cannabiskraut sichergestellt. In Europa und Asien wurden mit 70 % bzw. 23 % nach wie vor die größten Mengen an Cannabisharz sichergestellt, wobei sich die Sicherstellungen von Cannabiskraut auf Nord- und Südamerika (70 %) und Afrika (19 %) konzentrierten (CND, 2004). Was die Zahl der Sicherstellungen und die sichergestellten Mengen betrifft, so ist Cannabis die meistbeschlagnahmte Droge in allen Ländern der EU, mit Ausnahme von Lettland, wo die Zahl der Heroinsicherstellungen höher ist. Die meisten Cannabisicherstellungen der EU erfolgen im Vereinigten Königreich, gefolgt von Spanien und Frankreich⁽²⁹⁾. Was die Menge betrifft, so entfiel in den vergangenen fünf Jahren über die Hälfte der in der EU sichergestellten Gesamtmenge auf Spanien. Auf EU-Ebene war bei der Zahl der Cannabisicherstellungen⁽³⁰⁾ seit 1997 ein Aufwärtstrend mit Fluktuationen zu verzeichnen, während die sichergestellte Menge⁽³¹⁾ seit 1999 rückläufig ist. Wie die Trends in den Ländern, von denen Daten vorliegen,

zeigen, ist nach einem Rückgang im Jahr 2001 sowohl die Zahl als auch die Menge der Sicherstellungen in der EU im Jahr 2002 wieder gestiegen.

Einige Länder haben in neue technische Systeme investiert, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Bekämpfung des Cannabishandels zu verbessern. In Spanien wurde zum Beispiel vor kurzem das External Surveillance Integrated System (SIVE) entwickelt, das gegenwärtig in der Region von Algeciras und auf einigen Kanarischen Inseln eingesetzt wird und zur Echtzeitaufklärung sowohl des Cannabisbisses als auch der illegalen Einwanderung beitragen soll⁽³²⁾.

Preis und Stärke

Im Jahr 2002 schwankte der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabisharz in der EU zwischen 2,7 Euro pro Gramm in Spanien und 21,5 Euro in Norwegen, während sich der Preis für Cannabiskraut zwischen knapp 2 Euro pro Gramm in Estland und Spanien und 14 Euro pro Gramm in Lettland bewegte⁽³³⁾. In den meisten Ländern der EU ist der durchschnittliche Preis für Cannabisharz im Zeitraum von 1997 bis 2002 konstant geblieben oder geringfügig gesunken, mit Ausnahme von Luxemburg, wo ein leichter Anstieg für diesen Zeitraum gemeldet wurde. Über eine ähnliche Entwicklung wurde 2002 in allen Ländern mit Ausnahme von Deutschland, Frankreich, Lettland, Litauen und den Niederlanden berichtet. In diesen Ländern war der Preis von Cannabisharz im Straßenhandel gestiegen. Im gleichen Fünfjahreszeitraum ist auch der Preis für Cannabiskraut in den meisten Ländern stabil geblieben oder zurückgegangen, obwohl Belgien, die Tschechische Republik, Litauen und Luxemburg über einen Anstieg berichteten. Der Preis für Cannabiskraut ist 2002 in Deutschland, Litauen und Lettland gestiegen, während er in den anderen Mitgliedstaaten stabil geblieben oder gefallen ist.

Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC), dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis (EBDD, 2004c). Die Länder, für die Daten vorlagen, berichteten, dass die gehandelten Cannabisprodukte wie Cannabisharz⁽³⁴⁾ und Cannabiskraut⁽³⁵⁾ 2002 einen durchschnittlichen THC-Gehalt von unter 1 bis 15 % aufwiesen.

⁽²⁹⁾ Diese Angabe sollte jedoch überprüft werden, sobald die Daten für 2002 vorliegen. Für Italien, Ungarn, Polen und Slowenien lagen für 2002 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Cannabis vor; für Zypern, Malta, die Niederlande, die Slowakei und das Vereinigte Königreich lagen für 2002 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Cannabis vor.

⁽³⁰⁾ Siehe Tabelle 1: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽³¹⁾ Siehe Tabelle 2: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽³²⁾ Siehe <http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp>.

⁽³³⁾ Siehe Tabelle 14: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽³⁴⁾ Siehe Tabelle 15: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽³⁵⁾ Siehe Tabelle 16: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.



Kapitel 4

Amphetaminartige Stimulanzen, LSD und andere synthetische Drogen

In diesem Kapitel wird der Konsum einer Reihe synthetisch hergestellter Drogen näher untersucht. Einige dieser Drogen, wie z. B. Amphetamin, werden in Europa bereits seit langem konsumiert. Andere Drogen, wie die zur Ecstasy-Gruppe gehörenden, werden erst seit kurzem immer häufiger wegen ihrer psychoaktiven Eigenschaften konsumiert. In diesem Kapitel wird ferner darauf eingegangen, welche Anstrengungen unternommen werden, um das Aufkommen anderer neuer synthetischer Drogen in der europäischen Szene zu erkennen.

„Amphetamin“ ist der Oberbegriff für Amphetamin, Methamphetamin und eine Reihe anderer weniger bekannter Substanzen, die allesamt auf das zentrale Nervensystem wirken. Davon ist Amphetamin die in Europa am weitesten verbreitete Substanz. Weltweit lässt sich ein Anstieg des Methamphetaminkonsums beobachten, was große Besorgnis auslöst, da die Droge gravierende gesundheitliche Probleme verursachen kann. Bis jetzt scheint sich der signifikante Methamphetaminkonsum in Europa auf die Tschechische Republik zu beschränken, obwohl sporadische Berichte Anlass zur Sorge geben, dass die Droge auch anderswo im Vormarsch begriffen sein könnte.

Die zur Ecstasy-Gruppe gehörenden Drogen, die auch als Entaktogene bezeichnet werden, umfassen synthetische Substanzen, die chemisch mit dem Amphetamin verwandt sind, sich aber zu einem gewissen Grade in ihrer Wirkung unterscheiden. Das bekannteste Mitglied der Ecstasy-Gruppe ist 3,4-Methylendioxy-Methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen.

Die Prävalenz des Konsums von Ecstasy, Amphetamin und LSD ist in der Allgemeinbevölkerung insgesamt gering, eine genauere Untersuchung zeigt jedoch, dass die Prävalenz unter Jugendlichen wesentlich höher ist und der Konsum dieser Drogen in einem bestimmten sozialen Milieu und/oder unter einigen Gruppen der Subkultur besonders hoch sein kann.

Prävalenz und Konsummuster

Nach den Umfragen in der Bevölkerung sind Amphetamine nach Cannabis traditionell die am häufigsten konsumierte illegale Substanz, wenn auch die Gesamtprävalenz deutlich geringer ist (Abbildung 7). Es wurde jedoch festgestellt, dass der Ecstasy-Konsum in einigen Ländern, in denen

wiederholt Umfragen durchgeführt wurden (z. B. in Deutschland, Spanien, in den Niederlanden, in Finnland und im Vereinigten Königreich), in den letzten Jahren das Ausmaß des Amphetaminkonsums erreicht bzw. überschritten hat⁽³⁶⁾. Darüber hinaus lassen jüngste Erhebungen, auch wenn sie nicht Teil einer Untersuchungsreihe sind, in einigen anderen Ländern (Tschechische Republik, Irland und Portugal) einen verhältnismäßig hohen Ecstasy-Konsum vermuten.

Neuesten Erhebungen zufolge schwankt die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (15–64 Jahre) in den EU-Mitgliedstaaten zwischen 0,5 und 6 %, mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs, wo der Anteil bei bis zu 12 % liegen kann. Etwa 0,5 bis 7 % der Bevölkerung haben Ecstasy probiert.

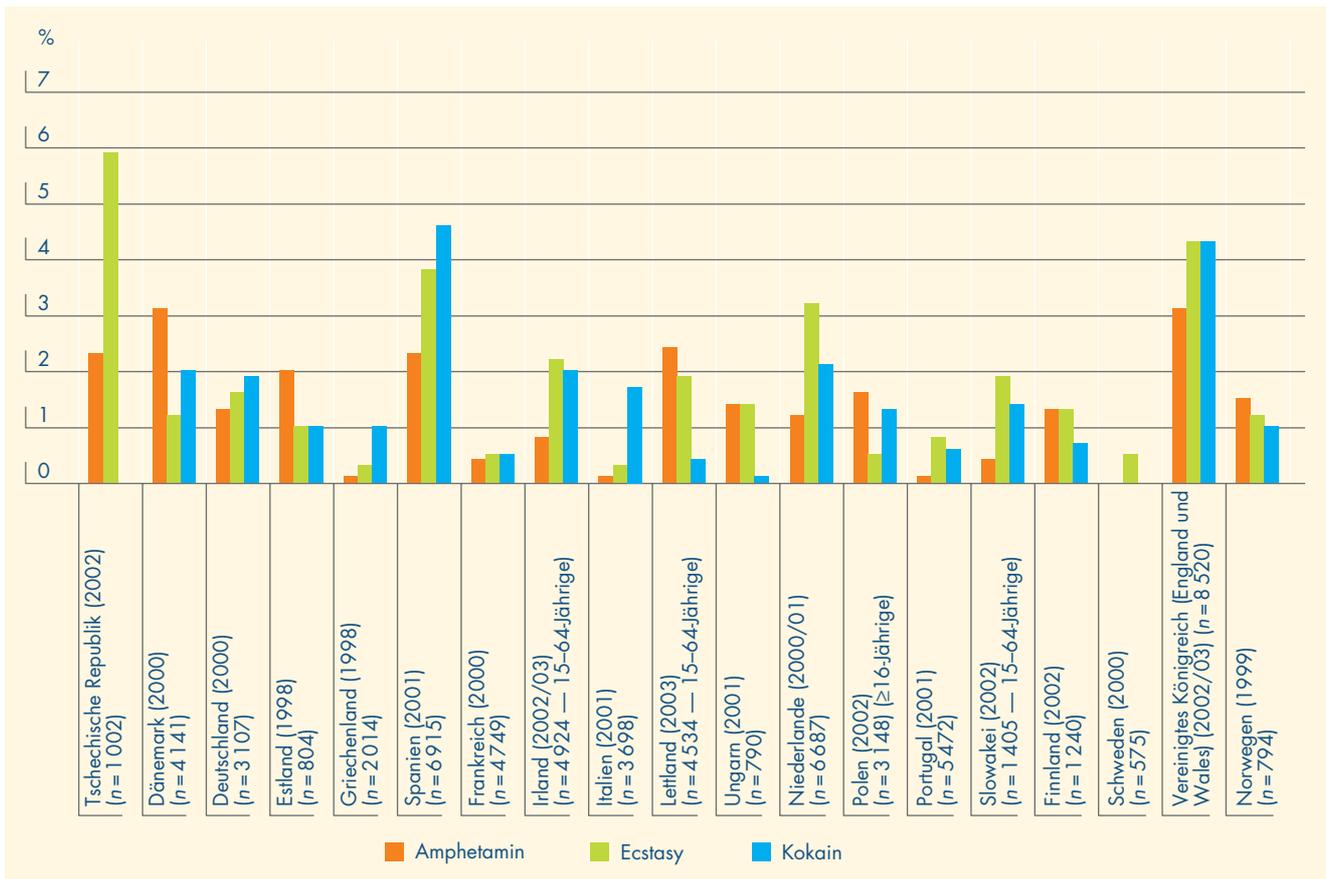
Der jüngste Amphetamin- oder Ecstasy-Konsum (Prävalenz während der letzten zwölf Monate) unter Erwachsenen beträgt im Allgemeinen weniger als 1 %, wobei die Zahlen für beide Substanzen in der Tschechischen Republik, in Spanien, Irland (Umfrage 1998) und im Vereinigten Königreich etwas höher sind; der jüngst festgestellte Amphetaminkonsum liegt in Dänemark über dem Durchschnitt und über dem jüngst festgestellten Ecstasy-Konsum in den Niederlanden.

In der Gesamtbevölkerung tritt der Amphetamin- und Ecstasy-Konsum vor allem unter Jugendlichen auf. Die Lebenszeitprävalenz unter jungen Erwachsenen (15–34 Jahre) schwankt zwischen 2 und 11 % und die jüngste Konsumprävalenz zwischen 0,5 und 6 %. Nationalen Erhebungen zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums unter 15- bis 24-jährigen Männern in der Tschechischen Republik, in Spanien, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich bei 11 bis 17 %. Die jüngste Konsumquote beträgt in der Tschechischen Republik, in Spanien, Irland (1998), Lettland, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich zwischen 5 und 13 %. Es ist anzunehmen, dass diese Zahlen sogar noch höher lägen, würde man nur die städtische Bevölkerung berücksichtigen (Abbildung 8).

Der Ecstasy-Konsum ist im Allgemeinen in den 90er Jahren gestiegen. Obwohl der Ecstasy-Konsum unter Jugendlichen vermutlich weiter steigen wird, scheint sich die Ausbreitung

⁽³⁶⁾ Siehe Abbildung 6 OL: Entwicklung des jüngsten Konsums (des vergangenen Jahres) von Amphetamin und Ecstasy unter jungen Erwachsenen (15–34 Jahre) im Vereinigten Königreich (British Crime Survey).

Abbildung 7: Jüngster Konsum (vergangenes Jahr) von Amphetamin, Ecstasy und Kokain unter jungen Erwachsenen (15- bis 34-Jährigen) anhand nationaler demografischer Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen, mit Ausnahme von Frankreich, wo der Konsum aus der Erhebung von 2002 in den kleinen Stichprobengrößen nicht berücksichtigt wurde und deshalb die hier vorliegenden Daten aus dem Jahr 2000 stammen (siehe Tabelle 4: Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004*). Die Stichprobengröße (n) bezieht sich auf die Anzahl der Befragten aus der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen. Zu den Stichprobengrößen mit der Anzahl der Befragten der gesamten Erhebung siehe Tabelle 4: Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004*. Nicht alle Daten entsprechen genau der EBDD-Standardaltersspanne (Dänemark und Vereinigtes Königreich 16 bis 34; Estland, Ungarn und Deutschland 18 bis 34). Abweichungen bei der Altersspanne können einige nationale Unterschiede leicht beeinflussen. In einigen Ländern wurden die Zahlen auf nationaler Ebene neu berechnet, um die EBDD-Definitionen zu wiederzugeben.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von Umfrageberichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Vgl. auch Tabellen zu den demografischen Erhebungen im *Statistical Bulletin 2004*.

von Ecstasy in der Allgemeinbevölkerung zumindest vorläufig stabilisiert zu haben.

Im Vergleich dazu gaben in der National Household Survey on Drugs der Vereinigten Staaten für das Jahr 2001 4,3 % der Erwachsenen (12 Jahre und älter) an, über eine Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy zu verfügen, während 9 % berichteten, schon einmal Stimulanzien konsumiert zu haben (einschließlich 5,3 %, die angaben, Methamphetamin konsumiert zu haben). Der jüngste Ecstasy-Konsum (während der letzten zwölf Monate) lag bei 1,3 % und der jüngste Konsum von Stimulanzien bei 1,4 % (einschließlich 0,7 %, die angaben, Methamphetamin konsumiert zu haben) ⁽³⁷⁾.

Erhebungen und Studien über Jugendliche

Vergleichbare Daten über Jugendliche basieren größtenteils auf Erhebungen an Schulen, die sich auf 15- bis 16-jährige Schüler konzentrieren.

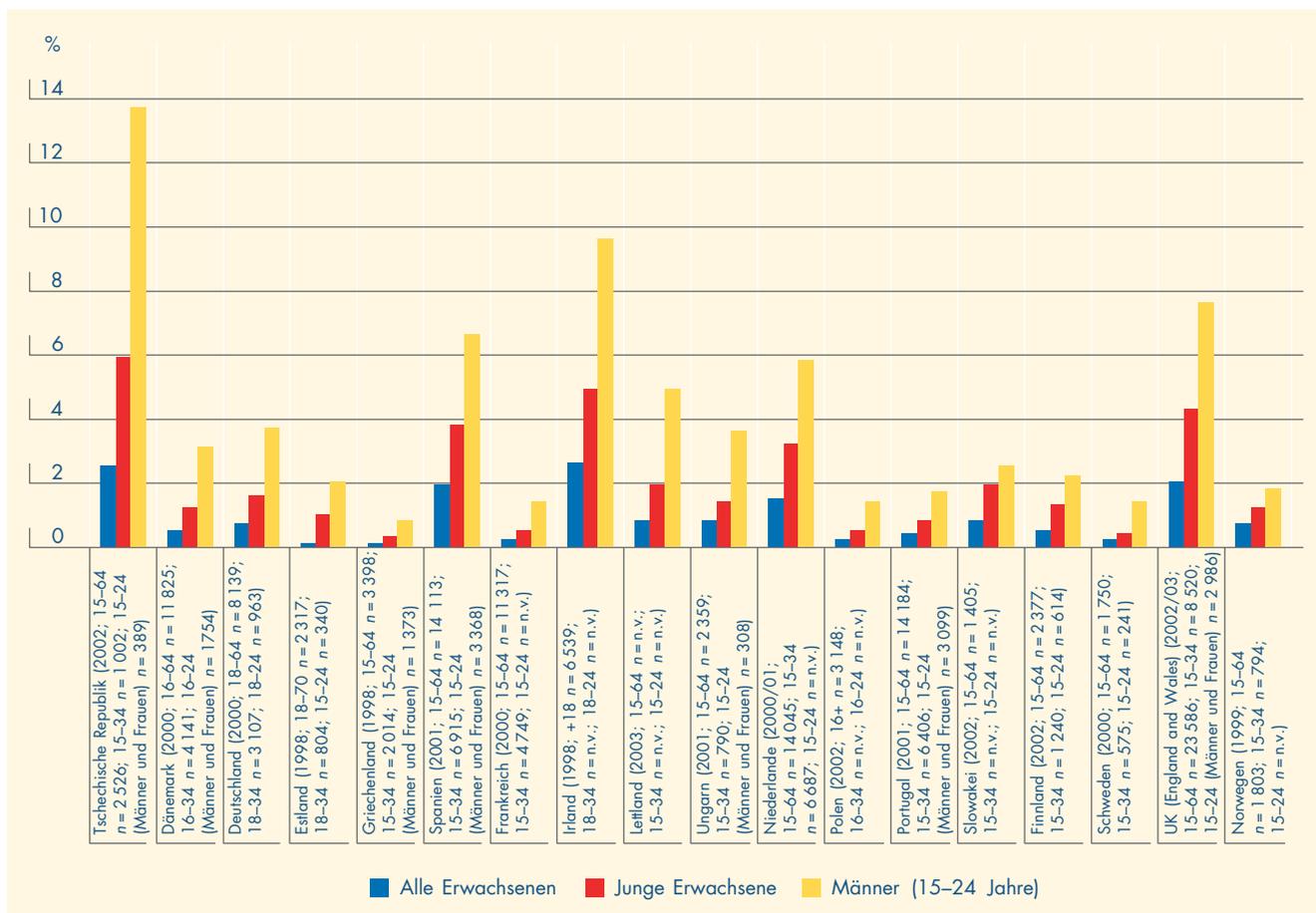
Die Daten der Schülerbefragungen für 2001–2002 zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in sechs Mitgliedstaaten (Belgien, Tschechische Republik, Spanien, Italien, Ungarn und Schweden) stabil ist oder abnimmt. Die Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy lag in diesen Ländern zwischen 1 und 4,7 % ⁽³⁸⁾.

Ein Anstieg von 1 % in der Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern wurde

⁽³⁷⁾ Ergebnisse der US National Survey on Drug Use and Health Statistics (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA, Office of Applied Studies). Verfügbar auf der Website von SAMHSA (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). Bitte beachten Sie, dass in der Erhebung der Vereinigten Staaten die Altersspanne (ab 12) breiter ist als die von der EBDD in den EU-Erhebungen angewandte (15–64 Jahre).

⁽³⁸⁾ Siehe Tabelle 1: Prävalenz im *Statistical Bulletin 2004*.

Abbildung 8: Jüngster Konsum (vergangenes Jahr) von Ecstasy unter allen Erwachsenen (15- bis 64-Jährigen), jungen Erwachsenen (15- bis 34-Jährigen) und jüngeren Männern (15- bis 24-Jährigen) anhand nationaler demografischer Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen, mit Ausnahme von Frankreich, wo der Konsum aus der Erhebung von 2002 in den kleinen Stichprobengrößen nicht berücksichtigt wurde und deshalb die hier vorliegenden Daten aus dem Jahr 2000 stammen.

Nicht alle Daten entsprechen genau der EBDD-Standardaltersspanne (Dänemark und Vereinigtes Königreich 16 bis 34; Estland, Ungarn und Deutschland 18 bis 34). Abweichungen bei der Altersspanne können einige nationale Unterschiede leicht beeinflussen. In einigen Ländern wurden die Zahlen auf nationaler Ebene neu berechnet, um die EBDD-Definitionen zu wiederzugeben.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte, auf der Grundlage von Umfrageberichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Vgl. Tabelle 3 und Tabelle 4 zu den demografischen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004*.

aus England (5 %) berichtet. Der demnächst erscheinende Bericht ⁽³⁹⁾ des Europäischen Schulprojekts (ESPAD) wird für weitere EU-Mitgliedstaaten wichtige Daten zu den Tendenzen seit 1995 und 1999 liefern.

Mit Ausnahme von Ungarn ist die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in allen Ländern, aus denen Daten für 2001 bis 2002 ⁽⁴⁰⁾ vorlagen, stabil geblieben oder zurückgegangen.

Sowohl die Lebenszeitprävalenz als auch der intensive Konsum amphetaminartiger Stimulanzien ist im Allgemeinen unter Männern höher als unter Frauen, mit Ausnahme der Tschechischen Republik, wo Schülerbefragungen im Rahmen von ESPAD und WHO zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz des Methamphetaminkonsums (hauptsächlich „Pervitin“) unter Mädchen höher ist. Dies belegen auch Ergebnisse einer Befragung unter Jugendlichen in Drogenbehandlungszentren in der Tschechischen Republik:

Über die Hälfte der Teenager, die sich aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Stimulanzien (hauptsächlich „Pervitin“) in Behandlung begeben, sind Frauen, im Vergleich zu den Gruppen der 20-Jährigen und älteren, in denen doppelt so viele Männer wie Frauen vertreten sind. Bisher gibt es für dieses Phänomen unter den Teenagern noch keine Erklärung, aber es signalisiert die Notwendigkeit, die Situation im Hinblick auf Frauen und den Konsum amphetaminartiger Stimulanzien sorgfältig zu beobachten.

Jüngsten Studien in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich zufolge ist der Ecstasy-Konsum unter den Besuchern von (Tanz-)Veranstaltungen höher als unter der Allgemeinbevölkerung (Deehan und Saville, 2003; Ter Bogt und Engels, 2004). Daten über die Häufigkeit des Ecstasy-Konsums und die konsumierte Menge liegen nur in begrenztem Umfang vor, jedoch lassen die verfügbaren

⁽³⁹⁾ Kasten 3 OL: Das Europäische Schulprojekt zu Alkohol und Drogen.

⁽⁴⁰⁾ Siehe Tabelle 1: Prävalenz im *Statistischen Bulletin 2004*.

Informationen erkennen, dass die Konsummuster sehr unterschiedlich sind. Zum Beispiel ergab eine 2001 in den Niederlanden durchgeführte Umfrage unter Besuchern von Rave-Partys, dass über die Hälfte (58 %) Ecstasy innerhalb des letzten Monats konsumiert hatten. Davon haben 17 % – die als „aktuelle Ecstasy-Konsumenten“ eingestuft werden – zugegeben, Ecstasy „mehrmals in der Woche“ zu konsumieren, und 22 % gaben an, einmal wöchentlich Ecstasy zu nehmen. Ein Drittel (32 %) konsumiert Ecstasy „mehrmals im Monat“. Was künftige Trends betrifft, so berichtete Spanien, dass der Zusammenhang zwischen Ecstasy-Konsum und bestimmten Musikrichtungen oder -veranstaltungen möglicherweise abnimmt und die Droge als Ausdruck des Zugehörigkeitsgefühls zu einer bestimmten Gruppe an Bedeutung verlieren könnte.

Trotz der weit verbreiteten Sorge über stimulierende Drogen am Steuer ergab eine 2002 in Spanien durchgeführte toxikologische Studie über Straßenverkehrstote, dass lediglich bei 0,4 % der 1 441 untersuchten Fahrer Ecstasy nachgewiesen werden konnte.

Todesfälle in Verbindung mit Ecstasy

Die mit Ecstasy in Verbindung gebrachten Todesfälle sind im Vergleich zu Todesfällen im Zusammenhang mit Opiaten selten, dennoch rufen sie in der Öffentlichkeit große Besorgnis hervor, was vermutlich auf das jugendliche Alter der Todesopfer und den völlig unerwarteten Ausgang zurückzuführen ist. Der Begriff „ecstasybedingte Todesfälle“ muss eindeutiger definiert werden. Bislang konnte dies bedeuten, dass die Substanz auf dem Totenschein erwähnt oder in der toxikologischen Analyse nachgewiesen wurde (oft in Verbindung mit Opiaten, Alkohol, Kokain oder anderen Drogen).

Die Daten in den Reitox-Berichten von 2003 deuten an, dass „ecstasybedingte Todesfälle“ in den meisten EU-Ländern äußerst selten auftreten. Todesfälle, die offensichtlich direkt auf Ecstasy zurückzuführen waren, sind sogar noch seltener (zwei Fälle in Österreich, zwei in Frankreich, davon einer allein durch Ecstasy bedingt, 19 in Deutschland, von denen acht Ecstasy allein zugeschrieben werden, ein Fall in Griechenland und zwei in Amsterdam, einer davon in Verbindung mit Alkohol), allerdings sind die Meldeverfahren nicht einheitlich. Das Vereinigte Königreich berichtete 2001 von 55 Todesfällen in Verbindung mit Ecstasy gegenüber 16 im Jahr 1998. Laut einer Studie des Vereinigten Königreichs, die auf 202 Fällen basiert, die dem National Programme on Substance Abuse Deaths zwischen 1996 und 2002 gemeldet wurden, stieg die Zahl der durch Ecstasy bedingten Todesfälle in den Jahren 1996 und 1997 (12 Fälle) und 2001 und 2002 (72 Fälle) an, wobei Ecstasy in 17 % der Fälle als einzige Droge genannt wird (Schifano et al., 2003). Die verhältnismäßig hohe Zahl

der durch Ecstasy bedingten Todesfälle im Vereinigten Königreich könnte an einer tatsächlich höheren Prävalenz des Ecstasy-Konsums liegen, aber auch an besseren Beobachtungs- und Analyseverfahren.

Notfälle in Krankenhäusern können auch als Indikator für akute Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Substanzen gelten. Ein leichter Anstieg der Notfälle im Zusammenhang mit Ecstasy und Amphetamin zwischen 1996 und 2001 wird aus Spanien berichtet ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾; in anderen Ländern werden keine nationalen Daten aus Notaufnahmen erhoben, und ein ähnlicher Anstieg ist bislang nicht bekannt.

Eine Studie des Vereinigten Königreichs, die das Sterberisiko durch Ecstasy unter Berücksichtigung der Konsumentenzahl eingeschätzt hat, entdeckte große Unterschiede (0,2 bis 5,3 Fälle je 10 000 Konsumenten) und wies auf die Notwendigkeit hin, die Definition sowohl von ecstasybedingten Todesfällen als auch von Referenzrisikogruppen zu verbessern (Gore, 1999; Schifano et al., 2003).

Einige ecstasybedingte Todesfälle könnten durch relativ einfache Maßnahmen wie eine verbesserte Belüftung und die Bereitstellung des Zugangs zu Wasser, sowie durch die Förderung eines sichereren Verhaltens im Rahmen der Gesundheits- und Erziehungsarbeit vermieden werden. Andere Todesfälle sind offenbar auf eine idiosynkratische Reaktion auf die Droge zurückzuführen. Es ist schwierig, derartige unvorhersehbare Reaktionen zu verhindern, und die Eingriffsmöglichkeiten neben der ärztlichen Hilfe sind deshalb begrenzt.

Maßnahmen in Freizeitsettings

Die Prävention in Freizeitsettings ist wahrscheinlich die etablierteste spezielle Form selektiver Prävention. In einigen Mitgliedstaaten ⁽⁴³⁾ sind Inhalte, Richtlinien und die angebotenen Dienstleistungen bereits seit einiger Zeit festgelegt. Es wurde ein leichter Anstieg der Präventionsaktivitäten beobachtet, vor allem in den neuen Mitgliedstaaten ⁽⁴⁴⁾.

Die Aktivitäten reichen von abstinenzorientierten Maßnahmen wie der schwedischen Kampagne „Es gibt viele Gründe, keine Drogen zu nehmen“ vom Sommer 2003 (die darauf abzielt, die Entschlossenheit derjenigen, die bereits Drogen ablehnend gegenüberstehen, zu stärken und die noch Unentschlossenen vom richtigen Weg zu überzeugen) bis hin zu Pillentests für Konsumenten in einigen Ländern (siehe die in der Fußnote genannte Studie) ⁽⁴⁵⁾. In letzter Zeit haben die strukturellen Ansätze jedoch in immer mehr Mitgliedstaaten an Bedeutung gewonnen, vor allem in den skandinavischen Ländern (hauptsächlich im Zusammenhang mit Alkohol) und Italien.

⁽⁴¹⁾ In Spanien werden seit einigen Jahren landesweit Notfälle aufgrund psychoaktiver Substanzen in einer Stichprobenauswahl von Krankenhäusern während einer zufällig ausgewählten Woche jedes Monats beobachtet. Die „Nennung“ der Substanzen wird dokumentiert. Zu den methodischen Einzelheiten siehe Nationale Reitox-Berichte von 2003 (S. 34–36).

⁽⁴²⁾ Siehe Abbildung 7 OL: Anteil der Nennungen in Notaufnahmen der Krankenhäuser aufgrund akuter Reaktionen auf Drogen, Spanien 1996–2001.

⁽⁴³⁾ Siehe Abbildung 8 OL: Bedeutung, die die Mitgliedstaaten den Präventionsmaßnahmen in Freizeitsettings beimessen.

⁽⁴⁴⁾ Siehe Tabelle 5 OL: Zusammenfassung der Präventionsparameter zu Freizeitsettings.

⁽⁴⁵⁾ Siehe auch Abbildung 8 OL: Bedeutung, die die Mitgliedstaaten den Präventionsmaßnahmen in Freizeitsettings beimessen.

Die Ansätze basieren auf der Entwicklung gemeinsamer kooperativer Strategien, die Restaurants, Klubs und Bars, die Polizei, Drogenpräventionsdienste, die Gewerkschaften der Restaurantangestellten und Verwaltungsstellen einbeziehen. Der Schwerpunkt liegt im Allgemeinen auf Sicherheitsfragen, erster Hilfe, Drogenüberwachung und der Vermeidung von Notfällen und Gewalt. Die Mitarbeiter werden geschult, um Gefahrensituationen erkennen und professionell eingreifen zu können.

In Dänemark legte ein Entwicklungsprojekt zur Ecstasy-Prävention in zwei „Modell-Bezirken“ den Schwerpunkt auf kommunale Präventionsmaßnahmen (Ausarbeitung lokaler Aktionspläne und Drogenpolitiken) in Schulen, Hochschulen und in der Partyszene. Die Maßnahmen beinhalteten eine Broschüre „Keine Toleranz gegenüber Drogen“ für Nachtclubbesucher und die Einrichtung einer Website mit Hintergrundmaterial. Die Geschäftsführung und das Personal von Restaurants wurden im Umgang mit Drogen geschult. Ersten Berichten zufolge war die Inanspruchnahme einiger ecstasyspezifischer Dienste, z. B. Telefonseelsorge und Beratungsdienste, gering. Nur wenige haben sich an die Notaufnahme oder die Behandlungseinrichtungen gewandt.

Eine kürzlich von den Niederlanden, Deutschland und Österreich durchgeführte Studie (Benschop et al., 2002) ⁽⁴⁶⁾ analysierte, inwieweit Pillentestdienste das Drogenverhalten und das Risikobewusstsein von Ecstasy-Konsumenten in drei europäischen Städten (Amsterdam, Hannover und Wien) beeinflussen. Die Befragten in den drei Städten wiesen sehr ähnliche Merkmale auf: Es gab kaum Unterschiede zwischen denen, die die Dienste für Pillentests in Anspruch nehmen, und denen, die dies nicht tun. Informationen über Ecstasy werden vor allem von Gleichaltrigen bezogen, während Massenmedien und Lifestyle-Magazine eher eine untergeordnete Rolle spielen. Die Konsumenten informieren ihre Freunde über die Testergebnisse. Dieser informelle Weg der Informationsverbreitung stellt einen versteckten Vorteil der Pillentests dar: Das Netz der Drogenprävention wird erweitert und die Kontaktschwelle zu Präventionsdiensten gesenkt. Konsumenten und Nicht-Konsumenten scheinen unterschiedliche soziale Netze zu haben und nicht mit einander zu verkehren, auch dann nicht, wenn sie die gleichen Veranstaltungen besuchen (z. B. Partys). Die Studie lieferte keinen Hinweis dafür, dass Pillentests den Ecstasy-Konsum fördern oder den Kreis der Ecstasy-Konsumenten erweitern.

Behandlung

Der Konsum amphetaminartiger Stimulanzien (ATS) ist selten der Hauptgrund für die Aufnahme in ein Drogenbehandlungszentrum. Es gibt jedoch einige nennenswerte Ausnahmen. 52 % der Patienten in der Tschechischen Republik, 35,3 % in Finnland und 29 % in Schweden gaben ATS als Hauptgrund für die Beantragung einer Behandlung an. In der Tschechischen Republik kommt die größte Behandlungsnachfrage von „Pervitin“-

Konsumenten ⁽⁴⁷⁾, von denen etwa ein Drittel Teenager (unter 20 Jahre) sind. Über die Hälfte dieser Teenager ist weiblich. Sowohl in Schweden als auch in Finnland hat Amphetamin bei der Definition des nationalen Drogenproblems schon immer eine wichtige Rolle gespielt, was auch heute noch bis zu einem gewissen Grad der Fall ist.

Sicherstellungen und Marktinformationen ⁽⁴⁸⁾

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 2000 mit 46,2 Tonnen ihren Höchststand und ist seitdem auf 25,7 Tonnen im Jahr 2002 gesunken (CND, 2004).

Methamphetamin

Was die Menge der hergestellten und gehandelten ATS betrifft, so steht das Methamphetamin weltweit an der Spitze. Die größten Mengen wurden in Ost- und Südostasien (Thailand und China) sichergestellt, gefolgt von Nordamerika (UNODC, 2003a). Die Methamphetamin-Herstellung in Europa findet in einem viel kleineren Maßstab statt: Im Zeitraum 2000 bis 2001 sind weltweit nur 2 % der geheimen Methamphetamin-Labors in Europa ausgehoben worden, und zwar vor allem in der Tschechischen Republik, Russland und in der Slowakei. Innerhalb der EU wird von einer Methamphetamin-Herstellung in geringerem Umfang auch aus Belgien, Deutschland, Estland, Frankreich, Lettland, Litauen und aus dem Vereinigten Königreich berichtet (UNODC, 2003a,b). In der Tschechischen Republik ist die Methamphetamin-Herstellung seit Anfang der 80er Jahre bekannt; der größte Teil davon wird in dem Land selbst konsumiert, obwohl einige Mengen auch nach Deutschland und Österreich geschmuggelt werden (UNODC, 2003a). Obwohl die Daten zu den Sicherstellungen von Methamphetamin von der EBDD nicht systematisch erhoben werden, berichteten die Tschechische Republik, Estland, Litauen und Norwegen von Sicherstellungen im Jahr 2002.

Im Jahr 2002 blieb der durchschnittliche Verkaufspreis von „Pervitin“ in der Tschechischen Republik stabil und lag bei 32 Euro pro Gramm, wobei der Preis jedoch zu Beginn des Jahres aufgrund der Knappheit der Vorläufersubstanz Ephedrin eine Zeit lang gestiegen ist. Die durchschnittliche Reinheit im Kleinhandel wird mit 40 % angegeben.

⁽⁴⁶⁾ In EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

⁽⁴⁷⁾ „Pervitin“ ist der Name für eine Methamphetaminart, die illegal in der Tschechischen Republik hergestellt wird. Die Droge hat eine lange Konsumgeschichte und wird hauptsächlich intravenös konsumiert. Ihre Herstellung könnte mit der legalen Ephedrin-Industrie zusammenhängen (UNODC Global Survey on Ecstasy and Amphetamines, 2003).

⁽⁴⁸⁾ Siehe Kapitel 3, Interpretation der Sicherstellungen und Marktdaten (S. 31).

Amphetamin

Beurteilt nach der Anzahl der ausgehobenen Labors bleibt die weltweite Amphetamin-Herstellung auf Europa konzentriert. Im Jahr 2002 wurden Amphetamin-Labors in Polen und in den Niederlanden und einige auch in Deutschland, Estland, Frankreich und Lettland entdeckt ⁽⁴⁹⁾ (Nationale Reitox-Berichte, 2003; CND, 2004). Das meiste in der EU im Jahr 2002 sichergestellte Amphetamin kam aus den Niederlanden und Polen und zu einem geringeren Teil aus Belgien, Estland und Litauen.

Dementsprechend wird das meiste Amphetamin in Westeuropa sichergestellt. Aus dieser Subregion stammen 86 % der 2002 weltweit sichergestellten Gesamtmenge von Amphetamin, während auf Osteuropa 10 % und auf die Länder des Nahen und Mittleren Ostens 3 % entfielen (CND, 2004). In den vergangenen fünf Jahren wurde innerhalb der EU im Vereinigten Königreich ⁽⁵⁰⁾ das meiste Amphetamin sichergestellt. EU-weit erreichte die steigende Tendenz bei der Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin im Jahr 1998 ⁽⁵¹⁾ ihren Höchststand, während die Menge des beschlagnahmten Amphetamins 1997 ihren Höchststand ⁽⁵²⁾ erreicht hatte. Basierend auf den Tendenzen in den Ländern, über die Daten vorliegen, scheinen sowohl die Menge als auch die Zahl der Amphetamin-Sicherstellungen seit 2000 bzw. 2001 ⁽⁵³⁾ erneut gestiegen zu sein.

Im Jahr 2002 schwankte der durchschnittliche Konsumentenpreis für Amphetamin zwischen 11 Euro pro Gramm in Ungarn und Estland und 37,5 Euro pro Gramm in Norwegen ⁽⁵⁴⁾. In den letzten fünf Jahren sind die Preise in den meisten Ländern, von denen diesbezügliche Daten vorliegen, stabil geblieben oder gesunken.

Die durchschnittliche Reinheit des gehandelten Amphetamins schwankte im Jahr 2002 zwischen 10 % (Deutschland) und 52 % (Norwegen), wobei der höchste Reinheitsgehalt, nach Norwegen, in den Ostseeanrainerländern – Estland, Lettland, Litauen, Finnland – festgestellt wurde. Eine nennenswerte Ausnahme ist Portugal, wo die durchschnittliche Reinheit im Jahr 2002 bei unter 1 % lag. In den vergangenen fünf Jahren ist die Reinheit des Amphetamins in allen Ländern stabil geblieben oder zurückgegangen, obwohl Belgien, Estland und das Vereinigte Königreich von einer Zunahme im Jahr 2002 berichteten.

Ecstasy

Weltweit bleibt Europa das Hauptzentrum für die Herstellung von Ecstasy, obwohl seine relative Bedeutung abzunehmen scheint, da sich die Ecstasy-Herstellung auf andere Teile der Welt, insbesondere auf Nordamerika sowie Ost- und Südostasien, ausweitet (UNODC, 2003a; CND, 2004). Innerhalb Europas wird der Großteil von Ecstasy in den Niederlanden und in Belgien hergestellt. Zum Beispiel wurden innerhalb Europas im Zeitraum von 1999 bis 2001 über 63 % der Vorläufersubstanzen von Ecstasy in den Niederlanden sichergestellt und 21 % in Belgien, wobei sich 75 % der geheimen Labors zur Herstellung von Ecstasy, die in der EU ausgehoben wurden, in den Niederlanden befanden, 14 % in Belgien, 6 % im Vereinigten Königreich und 4 % in Deutschland. Aushebungen von Ecstasy-Labors (und/oder ATS-Labors) wurden auch von Estland, Spanien, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen und Norwegen im Zeitraum von 1991 bis 2001 berichtet (UNODC, 2003a). Im Jahr 2002 wurden weltweit 54 Ecstasy-Labors entdeckt, davon 18 in den Niederlanden ⁽⁵⁵⁾, drei im Vereinigten Königreich und jeweils eins in Frankreich und Estland (CND, 2004). Das in Europa sichergestellte Ecstasy stammt hauptsächlich aus Belgien und den Niederlanden, obwohl Estland und das Vereinigte Königreich in mehreren Berichten ebenfalls als Herstellerländer erwähnt werden (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 die ganze Welt ausgeweitet hat (UNODC, 2003a). Was die im Jahr 2002 sichergestellte Menge betrifft, so entfallen 73 % auf Westeuropa und 20 % auf Nordamerika (CND, 2004). In den vergangenen fünf Jahren wurde EU-weit die größte Ecstasy-Menge nach wie vor im Vereinigten Königreich sichergestellt ⁽⁵⁶⁾.

Nachdem die Anzahl der Sicherstellungen von Ecstasy ⁽⁵⁷⁾ auf EU-Ebene zwischen 1997 und 1998 zurückgegangen war, ist sie seitdem wieder rasch angestiegen. Aufgrund der Entwicklungen in den Ländern, von denen Daten vorliegen, scheint die Anzahl der Sicherstellungen im Jahr 2002 zurückgegangen zu sein. Dies kann jedoch erst bestätigt werden, wenn die zurzeit noch fehlenden Daten für das Jahr 2002 – insbesondere für das Vereinigte Königreich – vorliegen. Die sichergestellte Ecstasy-Menge ⁽⁵⁸⁾ ist zwischen

⁽⁴⁹⁾ Obwohl nicht in dieser Liste aufgeführt, wurden in den letzten Jahren einige illegale Amphetamin-Labors im Vereinigten Königreich entdeckt. Darüber hinaus wurde Anfang 2003 ein geheimes Amphetamin-Labor erstmalig in Luxemburg aufgespürt.

⁽⁵⁰⁾ Diese Situation ist mit den Daten aus dem Vereinigten Königreich zu überprüfen, sobald diese für 2002 vorliegen. Für Belgien, Italien, Ungarn, die Niederlande und Polen lagen für 2002 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin vor; für Irland, Zypern, Ungarn, Malta, Polen, die Slowakei und das Vereinigte Königreich lagen für 2002 weder Daten zur Zahl noch zur Menge der Amphetamin-Sicherstellungen vor.

⁽⁵¹⁾ Siehe Tabelle 8: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁵²⁾ Siehe Tabelle 7: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁵³⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2002 vorliegen.

⁽⁵⁴⁾ Siehe Tabelle 14: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁵⁵⁾ Unter allen 43 im Jahr 2002 in den Niederlanden aufgedeckten Produktionsstätten für synthetische Drogen befanden sich 18, die speziell auf die Herstellung von MDMA ausgerichtet waren.

⁽⁵⁶⁾ Diese Situation ist mit den Daten aus dem Vereinigten Königreich zu überprüfen, sobald diese für 2002 vorliegen. Für Belgien, Ungarn, die Niederlande und Polen lagen für 2002 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy vor; für Italien, Zypern, Malta, die Slowakei und das Vereinigte Königreich lagen für 2002 weder Daten zur Zahl noch zur Menge der Ecstasy-Sicherstellungen vor.

⁽⁵⁷⁾ Siehe Tabelle 9: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁵⁸⁾ Siehe Tabelle 10: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

1997 und 2000 schnell angestiegen und 2001 konstant geblieben. Im Jahr 2002 ist sie in den meisten Ländern, für die Daten vorhanden sind, erneut gestiegen.

Im Jahr 2002 lag der Preis für eine Ecstasy-Tablette im Durchschnitt zwischen 6 Euro in der Tschechischen Republik und 20 bis 25 Euro in Italien und Finnland⁽⁵⁹⁾. In jüngster Zeit (DrugScope, 2004) ist jedoch an einigen Orten im Vereinigten Königreich der Preis für eine Ecstasy-Tablette auf 1,5 Euro gesunken. Im Laufe der vergangenen fünf Jahre sind Ecstasy-Tabletten in den meisten EU-Ländern immer billiger geworden. Im Jahr 2002 hielt diese Tendenz in allen Ländern an, mit Ausnahme von Estland, wo der Preis für eine Tablette leicht angestiegen ist.

Verglichen mit der Situation vor fünf Jahren, hat der Amphetamingehalt der als Ecstasy verkauften Tabletten anscheinend abgenommen, wohingegen Ecstasy und Ecstasy-ähnliche Substanzen immer häufiger gefunden werden. In allen EU-Ländern waren die einzigen psychoaktiven Substanzen, die in den meisten als Ecstasy verkauften und analysierten Tabletten nachgewiesen wurden, Ecstasy (MDMA) und Ecstasy-ähnliche Substanzen (MDEA, MDA). In Belgien, Dänemark, Deutschland, Litauen, im Vereinigten Königreich und in Norwegen machten solche Tabletten mehr als 95 % der analysierten Ecstasy-Tabletten aus. Der MDMA-Gehalt von Ecstasy-Tabletten variiert innerhalb der Länder und zwischen ihnen von Charge zu Charge (auch wenn sie das gleiche Logo tragen). In den meisten EU-Ländern lag der Durchschnittsgehalt des Wirkstoffs (MDMA) im Jahr 2002 zwischen 60 und 80 mg pro Tablette, wobei die Spanne in Ungarn und Norwegen größer war.

LSD

LSD wird in weit geringerem Umfang als andere synthetische Drogen wie z. B. ATS hergestellt und gehandelt. Weltweit ist die Zahl der Sicherstellungen zwischen 2000 und 2001 um 73 % zurückgegangen. Im Jahr 2001 wurden in den Vereinigten Staaten, in Spanien und in den Niederlanden die meisten Einheiten beschlagnahmt (UNODC, 2003a). Bis zum Jahr 2000 war das Vereinigte Königreich das EU-Land mit der größten Zahl an LSD-Sicherstellungen, aber inzwischen ist das Vereinigte Königreich von Deutschland überholt worden⁽⁶⁰⁾. In den vergangenen fünf Jahren haben EU-weit sowohl die Zahl der Sicherstellungen von LSD⁽⁶¹⁾ als auch die beschlagnahmte Menge der Droge⁽⁶²⁾ – abgesehen von einer Stagnation im Jahr 2000 – kontinuierlich abgenommen. Im Jahr 2002 lag der durchschnittliche Konsumentenpreis für eine LSD-Einheit in der EU zwischen 5 Euro im Vereinigten Königreich und über 20 Euro in Italien⁽⁶³⁾.

Internationale Maßnahmen gegen den illegalen Handel mit synthetischen Drogen

Die Kommission erstellte im Dezember 2003 in Zusammenarbeit mit Europol einen Bericht, in dem der aktuelle Status der größeren multilateralen Projekte zur Kartierung der Verteilungsnetzwerke und die Erfahrungen, die auf diesem Gebiet auf EU-Ebene, in den Mitgliedstaaten und Kandidatenländern gemacht wurden, dargelegt werden. Eines der im Bericht vorgestellten Schlüsselprojekte ist die Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe (CASE) [Umfassende Aktion gegen synthetische Drogen in Europa], die die Erstellung der gerichtsmedizinischen Profile für Amphetamin, die vom schwedischen staatlichen kriminaltechnischen Labor [National Laboratory of Forensic Science (SKL)] durchgeführt wurde, und die EU-weite Sammlung von Strafverfolgungsdaten vereint, um Produktionsstätten synthetischer Drogen sowie kriminelle Organisationen, die in die Herstellung von und den Handel mit synthetischen Drogen verwickelt sind, zu ermitteln und strafrechtliche Ermittlungen einzuleiten. Das Projekt wird von der Europol-Arbeitsdatei zu Analysezwecken CASE unterstützt. Im Rahmen eines anderen Projekts mit dem Titel „Europol Illicit Laboratory Comparison System“ (EILCS) werden fotografische und technische Daten aus Produktionsstätten synthetischer Drogen in der Europäischen Union zusammengeführt, wodurch die Möglichkeit geschaffen wird, Verbindungen zwischen verschiedenen Produktionsstätten, sichergestellter Ausrüstung und den Vermittlern hinter der Lieferung der Ausrüstung auszuforschen.

Des Weiteren erstellt das Europol Ecstasy Logo System (EELS) einen jährlichen Katalog mit Logos, der unter allen einschlägigen Strafverfolgungsbehörden verteilt wird. Das EELS hat eng mit dem vom deutschen Bundeskriminalamt betriebenen Central Analysis Programme Ecstasy (CAPE) zusammengearbeitet.

Interpol hat ein Projekt ins Leben gerufen, dessen Schwerpunkt die Bekämpfung organisierter krimineller Gruppen ist, die synthetische Drogen herstellen und vertreiben. Im Rahmen des Sydrug-Projekts werden operationelle Daten erfasst und miteinander verknüpft, um multinationale Operationen zu ermöglichen⁽⁶⁴⁾. Die Tendenzen zeigen, dass Ecstasy von Westeuropa nach Nordamerika, Südostasien und Ozeanien geschmuggelt wird (Interpol, 2002).

Es zeichnet sich immer mehr ab, dass zwischen den Netzwerken, die Drogen schmuggeln, und denen, die Vorläufersubstanzen schmuggeln, Verbindungen bestehen. Im Januar 2003 begannen die operationellen Aktivitäten im Rahmen von „Project Prism“, einer internationalen Initiative, die die Abzweigung der wichtigsten Vorläufersubstanzen

⁽⁵⁹⁾ Siehe Tabelle 14: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁶⁰⁾ Diese Angaben sollten jedoch überprüft werden, sobald die Daten für das Vereinigte Königreich für 2002 vorliegen. Für Spanien, Italien, Litauen, Ungarn und die Niederlande lagen für 2002 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von LSD vor; für Belgien, Irland, Zypern, Malta, die Slowakei und das Vereinigte Königreich lagen für 2002 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von LSD vor.

⁽⁶¹⁾ Siehe Tabelle 11: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁶²⁾ Siehe Tabelle 12: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁶³⁾ Siehe Tabelle 14: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁶⁴⁾ SYDRUG, das weltweite Projekt über synthetische Drogen von Interpol, Lyon, April 2003.

für die illegale Herstellung von ATS verhindern soll. Drogenhändler verwenden immer häufiger pharmazeutische Präparate als Quelle für Vorläufersubstanzen (INCB, 2004b).

Informationen des Frühwarnsystems

Die Gemeinsame Maßnahme ⁽⁶⁵⁾ wurde zusammen mit ihrem Frühwarnsystem ins Leben gerufen, um neue synthetische Drogen ⁽⁶⁶⁾ zu identifizieren, ihre Risiken zu bewerten und einen Prozess der Entscheidungsfindung zu entwickeln, mit dem diese Drogen kontrolliert werden können. Neue synthetische Drogen machen nach wie vor nur einen kleinen Bruchteil des gesamten Marktes für synthetische Drogen aus, der auch weiterhin von MDMA (Ecstasy), Amphetamin und LSD dominiert wird. Trotz des Erfolgs der Gemeinsamen Maßnahme bei der Identifizierung neuer synthetischer Drogen ist zu berücksichtigen, dass die meisten Daten über neue chemische Verbindungen aus den Mitgliedstaaten stammen, die über hohe analytische und meldetechnische Kapazitäten verfügen, sowohl was die forensischen und toxikologischen Labors als auch die operationellen Netzwerke der Datenanbieter betrifft. Daher gibt die daraus resultierende Situationsbeschreibung eher die Funktionsweise der nationalen Frühwarnsysteme für neue synthetische Drogen als die aktuelle Lage auf dem europäischen Drogenmarkt wieder.

Vom Frühwarnsystem erfasste Drogen

Im Jahr 2003 wurden alle neun Substanzen, die seit 1998 als Risiko bewertet werden – MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB und Ketamine –, wie auch die folgenden Phenethylamine: 2C-I, 2C-T-2 und 2C-T-7 und TMA-2 routinemäßig im Rahmen des Frühwarnsystems beobachtet. Darüber hinaus wurde eine Reihe von Substanzen beobachtet, über die Informationen der EBDD vorliegen, darunter auch eine Gruppe von Tryptaminen (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT und 5-MeO-Tryptamine) und Piperazine (BZP und TFMP) ⁽⁶⁷⁾.

Im Jahr 2003 berichteten sowohl Spanien als auch das Vereinigte Königreich von der Sicherstellung kleinerer Mengen an MBDB durch die Polizei. 4-MTA, das seit 1999 im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme kontrolliert wird, scheint vom Markt verschwunden zu sein, da in den letzten Jahren keine Sicherstellungen gemeldet worden sind. Aus Schweden wurde eine Sicherstellung von PMMA bekannt, während aus Dänemark eine Sicherstellung von Tabletten, die sowohl PMMA als auch PMA enthalten, gemeldet wurde. In Belgien berichtete ein Labor über PMMA-positiv Urinproben, und darüber hinaus wurde aus einer Notaufnahme gemeldet, dass bei der toxikologischen Analyse einer berauschten Person PMA (in Verbindung mit MDA und MDMA) nachgewiesen wurde. Es scheint, dass alle

Kontrolle neuer synthetischer Drogen im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme

Zwischen 1998 und 2002 wurden fünf neue synthetische Drogen im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme (MBDB, 4-MTA, GHB, Ketamin, und PMMA) einer Risikobewertung unterzogen. Im Jahr 2003 führte der Wissenschaftliche Ausschuss der EBDD in Zusammenarbeit mit den von den Mitgliedstaaten ernannten Sachverständigen und Vertretern der Europäischen Kommission, von Europol und der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA) eine Risikobewertung von vier neuen synthetischen Drogen durch: 2C-I (2,5-Dimethoxy-4-Iodphenethylamin), 2C-T-2 (2,5-Dimethoxy-4-Ethylthiophenethylamin), 2C-T-7 (2,5-Dimethoxy-4-(n)-Propylthiophenethylamin) und TMA-2 (2,4,5-Trimethoxyamphetamin) ⁽¹⁾. Im Ergebnis dessen verabschiedete der Rat am 27. November 2003 einen Beschluss ⁽²⁾, der für die vier chemischen Verbindungen Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Sanktionen in den 15 EU-Ländern vorsieht.

Da wissenschaftliche Daten, die von Experten geprüft wurden, nur beschränkt vorliegen, ist es äußerst schwierig, eine gezielte wissenschaftliche Risikobewertung der neuen synthetischen Drogen durchzuführen. Die Grundlage für die Bewertungen bilden indes Informationen aus Tieruntersuchungen in Bezug auf toxische Wirkungen (z. B. für TMA-2), Analogien mit teilweise verwandten Verbindungen sowie Evidenzmaterial aus anderen Informationsquellen, wie Berichte einzelner Konsumenten, Medien, inoffizielle Veröffentlichungen.

⁽¹⁾ Die Berichte zur Risikobewertung stehen auf der Website der EBDD zur Verfügung (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584>).

⁽²⁾ Beschluss 2003/847/JI des Rates vom 27. November 2003 über Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Sanktionen im Zusammenhang mit den neuen synthetischen Drogen 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 und TMA-2.

drei Substanzen – MBDB, 4-MTA und PMMA – unter den Konsumenten synthetischer Drogen nicht mehr beliebt sind.

Was die Tryptamingruppe betrifft, so erfolgen die meisten Sicherstellungen in Schweden und Finnland. Sowohl Frankreich als auch Dänemark berichteten jedoch von positiven 5-MeO-DIPT-Proben. Viele Tryptamin-Verbindungen werden nicht auf internationaler oder nationaler Ebene kontrolliert. Daher ist es möglich, dass sie von kommerziellen Labors hergestellt und über das Internet als „Forschungschemikalien“ verkauft werden (hauptsächlich von Unternehmen aus den Vereinigten Staaten). Ferner sind die „Rezepte“ für die Herstellung beinahe aller neuen und „alten“ synthetischen Drogen im Internet frei verfügbar.

BZP, oft in Verbindung mit TFMP, tritt immer häufiger in Spanien auf und wurde auch in Belgien, Spanien, den Niederlanden und Finnland festgestellt.

⁽⁶⁵⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346>.

⁽⁶⁶⁾ Die Gemeinsame Maßnahme von 1997, die den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen synthetischen Drogen betrifft (ABL. 167, 25.6.1997), definiert neue synthetische Drogen als Drogen, die derzeit in keinem der Anhänge des UN-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.

⁽⁶⁷⁾ Die meisten der aufgeführten neuen Substanzen sind sehr neu auf dem Markt und haben keine bekannten (Straßen-) Namen.

Von den Phenethylaminen, die 2003 als Risiko bewertet wurden, scheint sich 2C-I, das häufig als Tablette mit einem „i“ als Logo verkauft wird, zunehmender Beliebtheit zu erfreuen – eine geringe Zahl an Sicherstellungen wurde aus Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich berichtet, und die Droge wurde auch in Frankreich, Spanien und in den Niederlanden entdeckt. Darüber hinaus wurde 2C-H (eine für den Menschen wirkungslose Verbindung, die jedoch eine Vorläufersubstanz für 2C-I, 2C-C und 2C-B ist), in relativ großen Mengen in Finnland und in den Niederlanden sichergestellt, und es liegen Beweise dafür vor, dass die Substanz in den Niederlanden als Vorläufersubstanz für die Herstellung von 2C-I dienen sollte.

Synthetische Drogen mit Potenzial zur Weiterverbreitung

Wie die Daten des europäischen Frühwarnsystems und die vom Wissenschaftlichen Ausschuss des EBDD im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme durchgeführte Risikobewertung vermuten ließen, sind GHB und Ketamin zwei synthetische Drogen⁽⁶⁸⁾, die das Potenzial zu einer umfassenden Weiterverbreitung im Zusammenhang mit Freizeitsettings in sich bergen.

GHB

Der Beschluss der Vereinten Nationen vom März 2001, Überwachungsmaßnahmen für GHB einzuführen, ist in den meisten EU-Mitgliedstaaten umgesetzt worden. Im Jahr 2003 berichteten Polizei und Zollbehörden aus Belgien, Dänemark, Estland, Spanien, Frankreich, Finnland, Schweden und Norwegen über Sicherstellungen von GHB (meist in flüssiger Form). Die berichteten Tendenzen im Hinblick auf GHB fielen unterschiedlich aus. Schweden meldete einen Rückgang der Sicherstellungen von GHB für das Jahr 2003, während Norwegen von einem erheblichen Anstieg und das Vereinigte Königreich von einer unveränderten Situation berichtete. Auch in den Niederlanden blieb die Zahl der an das Drug Information Monitoring System (DIMS) übergebenen GHB-Proben konstant, obwohl das National Poisons Centre der Niederlande von einem leichten Anstieg der Informationsanfragen über GHB berichtete. Estland berichtete von einer bedeutend höheren Verfügbarkeit von GHB. Die Niederlande und Belgien meldeten den Erhalt von GHB-Proben sowohl in pulverisierter als auch in flüssiger Form.

Norwegen und Schweden meldeten einen bemerkenswerten Anstieg der Sicherstellungen von GHB-Vorläufersubstanzen für – GBL (Gamma-Butyrolacton) und BD (1,4-Butanediol)⁽⁶⁹⁾ –, die für viele verschiedene industrielle Prozesse verwendet werden und daher überall verfügbar sind (beide werden schnell in GHB umgewandelt, sobald sie einmal

aufgenommen wurden). In Norwegen und Schweden waren die GHB-Vorläufersubstanzen auf dem illegalen Markt 2003 leichter verfügbar als das in den Vorjahren der Fall war.

Fragen zum Konsum von GHB werden zunehmend in die Drogenumfragen einbezogen, die in Freizeiteinrichtungen, in Nachtclubs und Tanzlokalen durchgeführt werden. In Deutschland berichtete das Bundeskriminalamt (BKA) von einem wachsenden GHB-Konsum⁽⁷⁰⁾, während der von Antenna Amsterdam⁽⁷¹⁾ im Jahre 2002 durchgeführten Panel-Studie zufolge GHB immer noch in beinahe allen Clubs in Amsterdam konsumiert wird; unter Trendsettern scheint die Droge jedoch weniger beliebt als im Vorjahr und die Verbreitung von GHB gestoppt zu sein. In Österreich wurde im Zusammenhang mit einer Pillentest-Studie festgestellt, dass die Lebenszeitprävalenz des GHB-Konsums bei einer Stichprobe von 225 Besuchern von Raves in Wien 12,6 % betrug (Benschop et al., 2002).

Im Laufe des Jahres 2003 wurde GHB in Belgien, Schweden und Norwegen in Stichproben und in Spanien (Barcelona) und in den Niederlanden bei Proben, die von berauschten Personen und Notaufnahme-Patienten entnommen wurden, nachgewiesen. Die Zahl der Notaufnahmen im Zusammenhang mit GHB blieb in Amsterdam in den Jahren 2001 bis 2002 mit jährlich 60 Fällen unverändert.

Ketamine

Sicherstellungen und/oder der Nachweis von Ketaminen bei Stichproben werden aus Belgien, Griechenland, Spanien, Frankreich, Finnland, Schweden, aus dem Vereinigten Königreich und Norwegen für das Jahr 2003 gemeldet. In Österreich stellten Benschop et al. (2002) fest, dass die Lebenszeitprävalenzraten des Ketaminkonsums in ihrer Stichprobe von 225 jungen Rave-Besuchern in Wien bei 11,7 % liegt. Ketamin ist als Tierarzneimittel zugelassen und daher leicht durch Abzweigung aus der legalen Herstellung verfügbar, was die Verhinderung seiner Weiterverbreitung erschwert.

Gesundheitsrisiken durch neue Konsummuster

Im Jahr 2003 ermöglichte das Frühwarnsystem den EU-Mitgliedstaaten den Austausch wertvoller Informationen über einige kontrollierte Substanzen, die aufgrund neuer Konsummuster möglicherweise ernsthafte Gesundheitsrisiken darstellen. Aufgrund von Informationen aus Belgien, Frankreich und von Europol erhielten die EU-Länder zum Beispiel Frühwarnungen über hochdosierte MDMA-Tabletten und über Tabletten, die laut Informationen aus Irland als Ecstasy verkauft wurden, aber andere gefährliche Substanzen wie DOB (2,5-Dimethoxy-4-Bromoamphetamin) enthielten.

⁽⁶⁸⁾ Streng genommen ist keine der beiden Drogen eine synthetische Droge nach den Festlegungen der Gemeinsamen Maßnahme von 1997, sie werden jedoch aufgrund ihrer Risikobewertung beobachtet.

⁽⁶⁹⁾ Reitox-Fortschrittsberichte zum Frühwarnsystem für 2003.

⁽⁷⁰⁾ Ibid.

⁽⁷¹⁾ Antenna Amsterdam ist ein Überwachungssystem, das vielfältige Methoden einsetzt, um neue Tendenzen und Entwicklungen des legalen und illegalen Drogenkonsums und der Spielsucht unter Jugendlichen in Amsterdam zu ermitteln und auszuwerten und die Drogenprävention zu aktualisieren und zu verbessern.



Kapitel 5

Kokain und Crack

Einleitung

Kokainkonsumenten gelten gemeinhin entweder als wohlhabend, trendig und gesellschaftlich integriert oder als marginalisiert, sozial benachteiligt und ausgegliedert, wobei das Rauchen von Kokain vor allem mit dem problematischen Konsum assoziiert wird. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Konzentration des Konsums der Droge auf spezielle Subgruppen und geografische Bereiche bedeutet, dass die nationalen Daten die in den Gemeinschaften oder Bevölkerungen eventuell wichtigen Entwicklungen in geringem Ausmaß widerspiegeln. Ungeachtet dessen herrscht zunehmende Besorgnis darüber, dass sich der Kokainkonsum in Europa weiter ausbreitet und die Konsumenten der Droge sozial heterogener werden.

Prävalenz des Kokainkonsums

Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung

Nach jüngsten nationalen Erhebungen innerhalb der Bevölkerung haben zwischen 0,5 und 6 % der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert (Lebenszeitprävalenz), wobei Spanien und das Vereinigte Königreich das obere Ende des Spektrums bilden. Jüngster Kokainkonsum (während der letzten zwölf Monate) wird im Allgemeinen von weniger als 1 % der Erwachsenen angegeben, wobei sich jedoch die jüngste Prävalenz in Spanien und im Vereinigten Königreich auf über 2 % beläuft. Diese Zahlen liegen offensichtlich unter den Vergleichswerten für Cannabis, auch wenn der Konsum unter jungen Erwachsenen den durchschnittlichen Konsum der Allgemeinbevölkerung beträchtlich übersteigen kann.

Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) schwankt die Lebenszeitprävalenz zwischen 1 und 10 %. Generell sind die Prävalenzraten für den jüngsten Drogenkonsum ungefähr halb so hoch wie für den Lebenszeitkonsum, wobei die Zahl in Spanien und im Vereinigten Königreich bei über 4 % liegt.

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 Diskos) – fortgesetzt.

In Erhebungen wurden bestimmte Gruppen ermittelt, deren Kokainkonsum über dem der Allgemeinbevölkerung liegt. Jüngste Untersuchungen in fünf Ländern (in Dänemark, Deutschland, Spanien, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich) haben zum Beispiel gezeigt, dass die Lebenszeiterfahrung mit Kokain unter 15- bis 24-jährigen Männern zwischen 5 und 13 % liegt und die Höhe des jüngsten Konsums in Spanien und im Vereinigten Königreich 5 bis 7 % erreichen kann. In städtischen Gebieten ist der Konsum wahrscheinlich deutlich höher. Zudem haben zielgerichtete (nicht repräsentative) Studien unter Besuchern von Dance Clubs eine Lebenszeitprävalenz von 40 bis 60 % ergeben (EBDD, 2001).

Einen außereuropäischen Vergleichswert bietet die National Household Survey on Drug Abuse der Vereinigten Staaten, in der 14,4 % der Erwachsenen (mit 12 Jahren und älter) Lebenszeiterfahrung mit Kokain angaben. Dieser Anteil ist höher als in jedem europäischen Land. Die Höhe des jüngsten Kokainkonsums (während der letzten zwölf Monate) lag bei 2,5 %, womit der entsprechende Vergleichswert in allen europäischen Ländern mit Ausnahme von Spanien (2,6 %) ebenfalls überschritten wurde⁽⁷²⁾. Unter 18- bis 25-jährigen Männern in den USA lag 2002 die Lebenszeitprävalenz von Kokain bei 18,1 %, die jüngste Prävalenz bei 8,4 %.

Tendenzen des Kokainkonsums

Entwicklungen im Kokainkonsum sind auf nationaler Ebene schwer zu verfolgen, da kaum zusammenhängende nationale Erhebungsreihen vorliegen und in manchen Fällen die Zahl der Stichproben gering ist. Zusammenhängende Datenreihen werden die Ermittlung von Tendenzen erleichtern, insbesondere wenn sich Analysen und Stichproben auf ausgewählte Gruppen wie junge Männer in städtischen Gebieten konzentrieren.

Allgemeinbevölkerung

Der jüngste Konsum von Kokain unter Jugendlichen scheint im Vereinigten Königreich bis 2002⁽⁷³⁾ kontinuierlich gestiegen zu sein, und möglicherweise in geringerem Maße

⁽⁷²⁾ Ergebnisse der National Survey on Drug Use and Health Statistics (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA, Office of Applied Studies) von 2002. Auf der Webseite der SAMHSA verfügbar unter (<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). Es ist zu beachten, dass in der Erhebung der Vereinigten Staaten die Altersspanne (ab zwölf) breiter ist als die von der EBDD in den EU-Erhebungen angewandte (15 bis 64 Jahre). Es ist anzunehmen, dass die Zahl in den Vereinigten Staaten höher wäre, wenn der Erhebung wie in der EU die Altersspanne von 15 bis 64 Jahren zugrunde gelegt worden wäre.

⁽⁷³⁾ Die Ergebnisse der Erhebung von 2001/2002 deuten jedoch darauf hin, dass sich diese Zunahme in der Allgemeinbevölkerung und unter jungen Erwachsenen zu stabilisieren scheint (siehe Abbildung 7). Dem Home Office zufolge war der Anstieg des Kokainkonsums zwischen 1996 und 1998 und zwischen 1998 und 2000 mit 5 % beträchtlich. Zwischen 2000 und 2001/2002 wurde jedoch kein signifikanter Anstieg gemessen.

auch in Dänemark, Deutschland, in den Niederlanden und in Spanien (Abbildung 9). Andere Länder meldeten in ihren jüngsten nationalen Reitox-Berichten (2001–2003) auf Grundlage lokaler oder qualitativer Informationen einen Anstieg (Griechenland, Irland, Italien und Österreich).

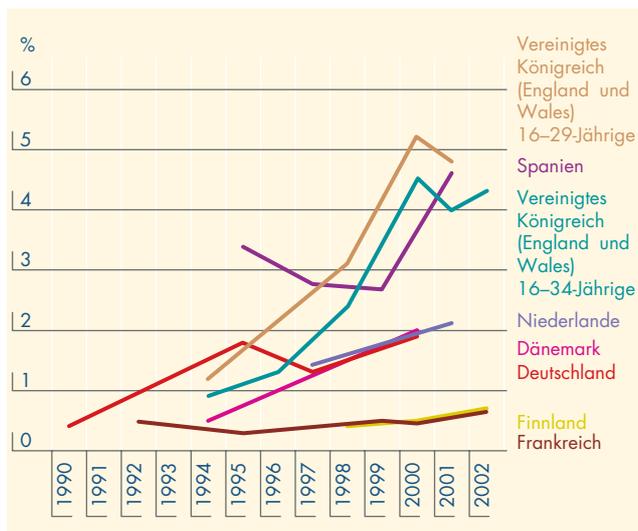
Schulpopulation

Spanien verzeichnet neueren Erhebungen zufolge als einziger Mitgliedstaat einen Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern, und zwar von 4,1 % im Jahr 2000 auf 5,9 % im Jahr 2002⁽⁷⁴⁾. In Italien wurde zwar kein Anstieg unter den 15- bis 16-jährigen Schülern, jedoch unter älteren italienischen Schülern gemeldet.

Andere Indikatoren

Der Anstieg bei den Indikatoren für Kokainkonsum in einigen Ländern [Behandlungsnachfrage⁽⁷⁵⁾, Inanspruchnahme niedrigschwelliger Drogendienste, Zahl der Notaufnahmen in Krankenhäusern, polizeiliche

Abbildung 9: Prävalenz des Kokainkonsums (vergangenes Jahr) unter jungen Erwachsenen in einigen EU-Ländern anhand demografischer Erhebungen



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 4: Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004* zu finden. Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen beträgt die EBDD-Standardaltersspanne 15 bis 34 Jahre (Dänemark und das Vereinigte Königreich ab 16 Jahre, Deutschland ab 18 Jahre, Frankreich (1992: 25 bis 34 Jahre; und 1995: 18 bis 39 Jahre).

Die Stichprobengrößen (Befragte) für die Altersspanne 15 bis 34 Jahre für jedes Land und jedes Jahr sind in Tabelle 4: Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004* zu finden.

Quellen: In Dänemark bezeichnet die Zahl für 1994 den Konsum „harter Drogen“. Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von Umfrageberichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe einzelne Quellen in den Epidemiologischen Tabellen über demografische Erhebungen im *Statistical Bulletin 2004*.

Sicherstellungen, toxikologische Post-mortem-Befunde] ist Besorgnis erregend.

Die Zahl der mit Kokain zusammenhängenden Behandlungen scheint EU-weit zu steigen. In einigen Ländern ist die Zunahme besonders deutlich. Kokain ist in den Niederlanden und in Spanien die in Behandlungsberichten am zweithäufigsten genannte Droge (35 % bzw. 26 % aller Therapienachfragen). In Europa scheint der Großteil der Therapienachfrage auf den Konsum von Kokainpulver (in der Regel Kokainhydrochlorid) zurückzugehen.

Weltweit wird vor allem zum Rauchen aufbereitetes Kokain mit problematischen Konsummustern in Zusammenhang gebracht. Bestimmte Städte oder Regionen in Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, den Niederlanden, Österreich und im Vereinigten Königreich berichten von Crack-Konsum als einem neu auftretenden oder wachsenden Problem.

Konsummuster

Im Allgemeinen ist der Kokainkonsum unter jungen Freizeitkonsumenten gering und regelmäßiger Konsum sehr selten. Einigen Berichten (aus Deutschland, Spanien, den Niederlanden, Österreich und aus dem Vereinigten Königreich) zufolge unterscheiden sich die Konsummuster für Kokain und Crack von Fall zu Fall und im Zeitverlauf sehr stark, sogar unter problematischen Drogenkonsumenten in Behandlung und in niedrigschwelligem Drogendiensten. Für Kokain und Crack liegen jedoch nur in sehr begrenztem Umfang Daten zur Konsumhäufigkeit und -menge vor. Erhebungen in Drogenkonsumräumen zeigen, dass der Konsum von rauchbarem Kokain vor allem unter Prostituierten, die diese Einrichtungen in Anspruch nehmen, sehr hoch ist (Stöver, 2001; Zurhold et al., 2001).

Applikationsformen

Mehr und zuverlässigere Informationen über die Applikationsformen von Kokain sind erforderlich, um zu einem besseren Verständnis der gesundheitlichen Risiken und der Indikatoren für den Kokainkonsum zu gelangen. Kokainhydrochlorid (Kokainpulver) wird in der Regel intranasal konsumiert und seltener injiziert, während Crack in Pfeifen erhitzt und geraucht und Freebase durch Inhalieren der Dämpfe konsumiert wird, die beim Erhitzen – gewöhnlich auf Alufolie über einer Flamme – entstehen. Berichten zufolge wird Kokain auch in Zigaretten oder Joints geraucht.

Mitarbeiter von Therapieeinrichtungen im Vereinigten Königreich berichten jedoch, dass Crack in Verbindung mit Heroinkonsum manchmal injiziert wird. Crack ist wie braunes Heroin unlöslich und muss mit einer Säure vermischt werden, damit es in seine aktive, lösliche Salzform umgewandelt wird⁽⁷⁶⁾.

⁽⁷⁴⁾ Siehe Tabelle 1: Prävalenz im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁷⁵⁾ Siehe Abbildung 20 und Tabelle 10 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁷⁶⁾ UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003), *Drug Abuse Trends: Crack issue*, 24, S. 13.

Die Häufigkeit, mit der Kokain in Form von Crack oder Freebase (verschiedene Aufbereitungsformen, die man als pharmakologisch identisch betrachten kann) geraucht wird, ist im Jahr 2002 gegenüber 2000 zurückgegangen.

Todesfälle durch Kokain

Todesfälle aufgrund einer Kokain-, Amphetamin- oder Ecstasy-Intoxikation ohne Anzeichen eines gleichzeitigen Opiatkonsums scheinen in Europa selten aufzutreten.

In aktuellen Statistiken werden Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain wahrscheinlich nur unzureichend dokumentiert, und die Informationen werden auf unterschiedliche Weise weitergeleitet. In einigen Ländern wird Kokain in Kombination mit Opiaten bei einem hohen Prozentsatz der drogenbedingten Todesfälle festgestellt (in Portugal bei 22 %, in Spanien bei 46 %). Diese Zahl ist in anderen Ländern möglicherweise genauso hoch, doch schreiben die Meldesysteme diese Todesfälle in der Regel ausschließlich den Opiaten zu, wenn diese nachgewiesen werden. Im Vereinigten Königreich ist die Zahl der „Nennungen“ von Kokain auf Totenscheinen im Zeitraum von 1993 bis 2001 um das Achtfache gestiegen. In den Niederlanden erhöhte sich die Zahl der kokainbedingten Todesfälle von 2 im Jahr 1994 auf 26 im Jahr 2001. Der Anteil der Todesfälle, die ausschließlich auf Kokain und nicht auch auf Opiate zurückzuführen sind, liegt zwischen 1 und 10 %. Die absoluten Zahlen sind jedoch niedrig.

Kokain kann am Tod aufgrund von Herzkreislaufproblemen (Arrhythmie, Myokardinfarkt, zerebrale Hämorrhagie) in erheblichem Maße beteiligt sein, insbesondere bei Drogenkonsumenten mit entsprechender Prädisposition (z. B. zerebrales Aneurysma oder subklinische Herzfehler). Viele dieser Fälle werden mitunter nicht als kokainbedingt erkannt, weil das Bewusstsein dafür fehlt und/oder weil sich das soziale Umfeld des Opfers von dem der Opiatkonsumenten unterscheidet.

Einen Hinweis auf die möglichen Gefahren des Kokainkonsums liefert Spanien ⁽⁷⁷⁾, wo Kokain im Zeitraum von 1999 bis 2001 im Zusammenhang mit 44 bis 49 % der akuten drogenbedingten Notaufnahmen in Krankenhäusern genannt wurde; in vielen dieser Fälle war Kokain geraucht oder injiziert worden. In Barcelona ergibt die über einen längeren Zeitraum des Jahres gehende Sammlung von Daten zu Notaufnahmen in allen wichtigen Krankenhäusern der Stadt ein umfassenderes Bild der wegen Drogenkonsums aufgenommenen Patienten (Abbildung 10).

Zusätzlich zu den gesundheitlichen Bedenken, die in direktem Zusammenhang mit Kokain stehen, herrscht zunehmend Besorgnis darüber, dass auch einige der konsumierten Mischsubstanzen ein gesundheitliches Risiko darstellen könnten. Beispielsweise wird berichtet, dass in sichergestellten Proben von Kokainpulver häufig Phenacetin als Verfälschungsmittel verwendet wurde. In Zusammenhang

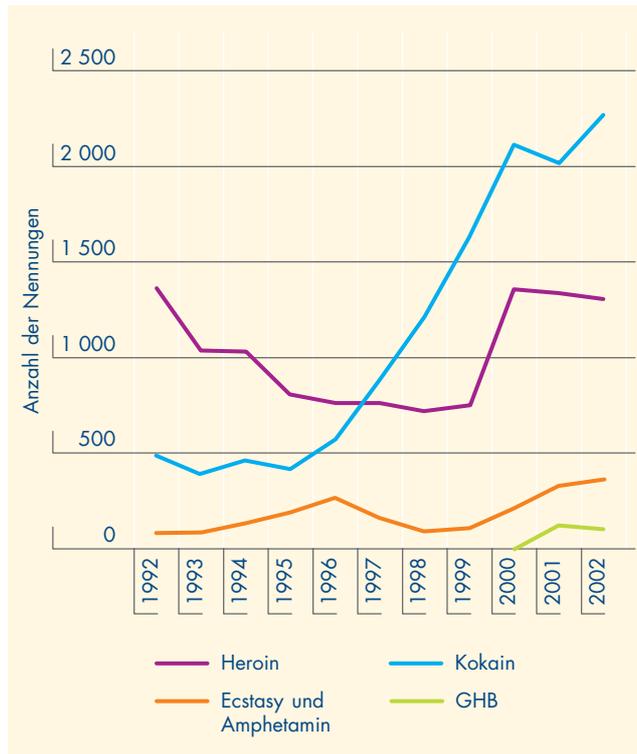
mit dieser Droge werden Leber-, Nieren- und Blutstörungen sowie Krebs genannt.

Maßnahmen

Behandlung des problematischen Kokainkonsums

Klienten mit problematischen Kokainkonsummern erhalten normalerweise keine speziell auf Kokain ausgerichtete Therapie, d. h. sie werden zusammen mit Konsumenten anderer illegaler (oder legaler) Drogen behandelt. Die Behandlungsformen beschränken sich weitgehend auf nicht-pharmakologische Interventionen, die das Abhängigkeitsverhalten unabhängig von der/den konsumierten Droge(n) modifizieren sollen. Zu solchen Interventionen gehören Maßnahmen von geringer Intensität wie Beratung oder Aufnahme in ein Krankenhaus sowie hochintensive Interventionen wie langfristige stationäre Behandlung. Darüber hinaus können auch alternative Behandlungsmöglichkeiten wie Akupunktur angeboten werden (Seivewright et al., 2000).

Abbildung 10: Anzahl der Nennungen von Drogen in Notaufnahmen nach Drogenart, Barcelona, 1992–2002



Anmerkungen: Bei einem Fall einer Notaufnahme im Krankenhaus können verschiedene Substanzen genannt werden.

Quelle: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (2003), La Salut a Barcelona, 2002, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

⁽⁷⁷⁾ In Spanien wurden über mehrere Jahre hinweg landesweit in einer Reihe von Krankenhäusern im Zeitraum von einer Woche pro Jahr die Notaufnahmen, die in Verbindung mit akuten Reaktionen auf psychoaktive Substanzen auftraten, beobachtet. Die „Nennungen“ der Substanzen wurden registriert. Zu methodologischen Details siehe Nationaler Reitox-Bericht 2003 (S. 34-36).

Was die medikamentengestützte Behandlung betrifft, so gibt es keine etablierte pharmakologische Behandlungsmethode für problematischen Kokainkonsum. Kokainkonsumenten steht lediglich eine begrenzte Auswahl an pharmakologischen Behandlungen zur Verfügung, und diese haben so gut wie keine nachgewiesene Wirksamkeit. Zwei systematischen Literaturstudien zufolge sind keine Hinweise dafür vorhanden, dass der klinische Einsatz des Anticonvulsivums Carbamazepin oder von Antidepressiva die Behandlung von Kokainabhängigkeit unterstützen kann (Lima et al., 2004a, b).

Die begrenzte Auswahl an Behandlungsformen, die speziell auf problematischen Kokainkonsum ausgerichtet sind, wird durch einige Initiativen für diese Klientengruppe erweitert werden. In den Niederlanden wurde kürzlich eine Webseite für Kokainkonsumenten eingerichtet, und im Vereinigten Königreich wurden die einschlägigen Dienste im Frühjahr 2003 durch die Schaffung neuer Anlaufstellen sowie durch neue Beratungsangebote und verbesserte Ausbildung erweitert. In Österreich unternehmen die Behandlungsdienste Anstrengungen, ihre Leistungen an die Bedürfnisse der problematischen Kokainkonsumenten anzupassen.

Andere Implikationen für kokainbezogene Dienste

Beobachtungen in beaufsichtigten Drogenkonsumräumen zeigen, dass kokainbedingte Notfallpatienten durch extreme Unruhe und häufig durch Paranoia gekennzeichnet sind und Mitarbeiter im Umgang mit diesen Patienten unsicher sind (EBDD, 2004a). Die Zunahme des Crack-Dealens geht mit erhöhter Aggressivität zwischen Klienten und Dealern einher (Stöver, 2001).

Nicht geklärt ist jedoch, inwieweit diese Probleme eine direkte Folge des Konsums von rauchbarem Kokain sind oder auf die Häufigkeit und Menge des Konsums oder auf bereits vorhandene soziale, psychische oder drogenbezogene Probleme zurückzuführen sind. Zu den entsprechenden Maßnahmen zur Bewältigung dieser Probleme gehören spezielles Informationsmaterial über die Risiken und den sicheren Konsum, beaufsichtigte Konsumräume, „Chill-out-Bereiche“ und „Tagesunterkünfte“, wo sich Drogenkonsumenten zurückziehen und beruhigen können, aber auch ambulante Behandlung (Stöver, 2001).

Als problematisch wird das potenzielle Risiko betrachtet, junge Drogenkonsumenten, die sich hauptsächlich wegen cannabisbezogener Probleme in Behandlung begeben, dem Verhalten und den Problemen von Kokainkonsumenten auszusetzen (Neale und Robertson, 2004).

Sicherstellungen und Marktinformationen ⁽⁷⁸⁾

Herstellung und Handel

Kolumbien ist weltweit mit Abstand der größte Lieferant von illegalem Koka, gefolgt von Peru und Bolivien (UNODC, 2003a). Die weltweite Produktion von Kokain im Jahr 2002 wurde auf 800 metrische Tonnen geschätzt, zu denen Kolumbien 72 %, Peru 20 % und Bolivien 8 % beitrugen. Der Großteil des in Europa sichergestellten Kokains gelangt direkt aus Lateinamerika (vor allem aus Kolumbien) oder über Zentralamerika und die Karibik auf den europäischen Markt. Ein Teil des 2002 in Europa gehandelten Kokains gelangte jedoch über Brasilien nach Portugal oder über die Vereinigten Staaten nach Italien. Die wichtigsten Transitländer für die Einfuhr von Kokain in die EU sind Spanien, Portugal und die Niederlande, und in geringerem Maße Frankreich und das Vereinigte Königreich (Nationale Reitox-Berichte, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Sicherstellungen

Der Commission on Narcotic Drugs (CND, 2004) zufolge ist Kokain nach Cannabisbiskraut und Cannabisbark die weltweit am dritthäufigsten gehandelte Droge. Der sichergestellten Menge nach zu schließen, fand im Jahr 2002 wie in den Jahren zuvor der Großteil des Handels in Nord- und Südamerika und Europa statt. In Europa wurden 13 % des weltweit sichergestellten Kokains beschlagnahmt (CND, 2004). Innerhalb Europas kommt es in den westlichen Staaten zu den meisten Sicherstellungen von Kokain. Zwischen 1997 und 2002 wurde in Spanien kontinuierlich die höchste Zahl an Kokain-Sicherstellungen in der EU verzeichnet. In den Jahren 2001 und 2002 ⁽⁷⁹⁾ war Spanien sowohl für mehr als die Hälfte der EU-weiten Sicherstellungen als auch für mehr als die Hälfte des sichergestellten Kokains verantwortlich.

Im Zeitraum von 1997 bis 2002 ist die Zahl der Sicherstellungen von Kokain ⁽⁸⁰⁾ in allen Ländern mit Ausnahme von Deutschland und Italien gestiegen. Aufgrund der Entwicklungen in den Ländern, für die Daten vorliegen, ist eine EU-weite Zunahme der Zahl der Sicherstellungen von Kokain auch für das Jahr 2002 wahrscheinlich.

Über den gleichen Fünfjahreszeitraum schwankte die Menge des sichergestellten Kokains ⁽⁸¹⁾, die Tendenz war jedoch steigend. Nach einer Rekordzahl an Sicherstellungen im Jahr 2001 ging die Menge des EU-weit beschlagnahmten Kokains im Jahr 2002 jedoch beträchtlich zurück ⁽⁸²⁾ – vor allem weil die in Spanien (und Portugal) sichergestellte Menge gegenüber 2001 abgenommen hat, obwohl andere Länder (Deutschland, Frankreich, Italien und Norwegen) eine deutliche Zunahme bei der sichergestellten

⁽⁷⁸⁾ Siehe Kapitel 3, Interpretation der Sicherstellungen und Marktdaten (S. 31).

⁽⁷⁹⁾ Diese Angabe sollte jedoch überprüft werden, sobald die fehlenden Daten für 2002 vorliegen. Für Belgien, Italien, die Niederlande und Slowenien lagen für 2002 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Kokain vor; für Irland, Zypern, Ungarn, Malta, Polen, die Slowakei und das Vereinigte Königreich lagen für 2002 weder Daten zur Zahl der Kokain-Sicherstellungen noch zur sichergestellten Kokainmenge vor.

⁽⁸⁰⁾ Siehe Tabelle 5: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁸¹⁾ Siehe Tabelle 6: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁸²⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten vorliegen.

Kokainmenge meldeten. Die Abnahme der im Jahr 2002 in Spanien, den Niederlanden und in Portugal sichergestellten Menge an Kokain könnte im Zusammenhang mit der in Frankreich, Deutschland und Italien verzeichneten Zunahme auf eine Verschiebung der relativen Bedeutung der Einfuhrstellen hindeuten, die traditionell von Händlern für das für Europa bestimmte Kokain genutzt werden (CND, 2004). In diesem Zusammenhang sei bemerkt, dass in den Niederlanden seit Beginn des Jahres 2002 radikale Maßnahmen ergriffen werden, um die steigende Zahl der zwischen der Karibik und dem Flughafen Schiphol verkehrenden Kokainkuriere zu reduzieren; diese Maßnahmen führten zu einer drastischen Verringerung der Zahl der verhafteten Kokainkuriere.

Obwohl einige EU-Mitgliedstaaten Sicherstellungen von Crack meldeten, lassen sich diese oft nicht von Kokain-Sicherstellungen unterscheiden. Dies bedeutet, dass die oben genannten Sicherstellungen von Kokain auch Crack einschließen können.

Internationale Bekämpfung des Kokainhandels

Der Kokainhandel wird nach wie vor hauptsächlich von kriminellen kolumbianischen Organisationen dominiert. Es sind jedoch auch albanische und afrikanische Gruppen am Vertrieb dieser Substanz beteiligt. Die „Operation Trampoline“ der Interpol deckte den Schmuggel von Kokain von Venezuela und Kolumbien nach Curaçao auf. Im Zuge dieser Aktion wurden mehrere große Drogenringe ausgeforscht, die von der Karibik aus den Handel in fast jede Region der Welt organisierten (Interpol, 2002). Im Laufe des Jahres 2003 fand an der europäischen Atlantikküste eine Reihe von wichtigen Seeoperationen zur Bekämpfung des Kokainschmuggels statt. Bis zu 29 Tonnen Kokain wurden sichergestellt. Der Großteil dieser Operationen wurde von den spanischen Behörden durchgeführt.

Die „Operation Purpur“, ein internationales Programm, das 1999 zur Überwachung des Handels mit Kaliumpermanganat ins Leben gerufen wurde, das zur illegalen Herstellung von Kokain verwendet wird, konnte weitere Erfolge verbuchen. Im Laufe des Jahres 2003 wurde verhindert, dass fast 900 Tonnen dieser Chemikalie für die illegale Drogenherstellung abgezweigt wurden.

WZO und Interpol leiteten 2002 als gemeinsame Initiative die „Operation Anden“ ein, um nationalen Zoll- und Polizeibehörden den Austausch und die Analyse von Informationen zu ermöglichen, die in Chile, Bolivien, Kolumbien, Argentinien und Peru der Entdeckung illegaler Lieferungen von Vorläuferchemikalien dienen sollen (WZO, 2003).

Preis und Reinheit

Der durchschnittliche Verkaufspreis⁽⁸³⁾ von Kokain schwankte 2002 in der EU zwischen 38 Euro pro Gramm in Portugal und 175 Euro pro Gramm in Norwegen. Von 1997 bis 2002 war der durchschnittliche Verkaufspreis von Kokain EU-weit stabil oder im Sinken begriffen. Ähnlich verhielt es sich 2002, mit Ausnahme der Tschechischen Republik und Litauens, wo sich die Preise im Vergleich zum vorangegangenen Jahr erhöhten.

Im Vergleich zu Heroin ist der durchschnittliche Reinheitsgrad des konsumierten Kokains recht hoch und liegt zwischen 28 % in Estland und 68 % in der Tschechischen Republik und in Norwegen. In den meisten EU-Mitgliedstaaten, für die Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf vorliegen, hat der durchschnittliche Reinheitsgrad von Kokain zwischen 1997 und 2002 abgenommen. Diese Entwicklung setzte sich im Jahr 2002 in den meisten Ländern fort, außer in den Ländern, die eine überdurchschnittlich hohe Reinheit meldeten, wie z. B. Belgien, Tschechische Republik, Luxemburg und Norwegen, wo ein Anstieg des Reinheitsgrades verzeichnet wurde.

⁽⁸³⁾ Siehe Tabelle 14: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.



Kapitel 6

Heroinkonsum und injizierender Drogenkonsum

Der problematische Drogenkonsum

Der regelmäßige und langfristige Konsum von Heroin, injizierender Drogenkonsum und der intensive Konsum von Stimulanzien in einigen Ländern sind für einen Großteil der drogenbedingten Gesundheits- und Sozialprobleme in Europa verantwortlich. Die Zahl der Personen mit einem solchen Verhaltensmuster ist zwar relativ niedrig im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, aber die Folgen des problematischen Drogenkonsums sind beträchtlich. Um die Dimension dieses Problems zu verstehen und Tendenzen langfristig überwachen zu können, arbeitet die EBDD zusammen 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“ wird als „injizierender bzw. langjähriger oder regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetamin“ definiert⁽⁸⁴⁾. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen und methodischer Unsicherheiten ist es schwer, zuverlässige Schätzungen auf diesem Gebiet zu erhalten, und daher ist bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern und über längere Zeiträume Vorsicht geboten.

Prävalenz

Schätzungen der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums liegen 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⁽⁸⁵⁾. Der problematische Drogenkonsum betrifft einige geografische Gebiete unverhältnismäßig stark, wie zum Beispiel benachteiligte Innenstädte, und dort insbesondere junge Männer, wodurch der problematische Drogenkonsum in einigen Gemeinden besonders hoch zu sein scheint. Höhere Schätzwerte meldeten Dänemark, Italien, Luxemburg, Portugal und das Vereinigte Königreich (6–10 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren), während Deutschland, Griechenland, die Niederlande, Polen und Finnland niedrigere Raten melden (< 4 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren; siehe Abbildung 11). Von den neuen Ländern der EU liegen gut dokumentierte Schätzungen nur von der Tschechischen Republik und Slowenien vor, wo die Zahlen mit 4,9, 1,9 bzw. 5,3 je 1 000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren im unteren bis mittleren Bereich liegen.

Obwohl die Schätzungsmethoden wesentlich verbessert worden sind, erschwert das Fehlen von verlässlichen und konsistenten historischen Daten die Auswertung der Tendenzen des problematischen Drogenkonsums. Berichte aus einigen Ländern über veränderte Schätzungsmethoden unter Zugrundelegung anderer Indikatordaten lassen erkennen, dass der problematische Drogenkonsum seit Mitte der 90er Jahre zugenommen hat. Es liegen Schätzungen aus 19 Ländern vor, von denen neun seit Mitte oder Ende der 90er Jahre einen Anstieg des problematischen Drogenkonsums verzeichnen: Belgien, Dänemark, Deutschland, Italien, Luxemburg, Finnland, Schweden (zwischen 1992 und 1998), das Vereinigte Königreich und Norwegen. Die Zunahmen in Belgien und Norwegen basieren auf Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums. Obwohl es keine Zeitreihen für nationale Schätzungen von den neuen Mitgliedstaaten gibt, lässt sich aus anderen Hinweisen entnehmen, dass die Tendenzen Schwankungen unterworfen sind. In der Tschechischen Republik ging aus anderem Evidenzmaterial hervor, dass sich der problematische Drogenkonsum seit Ende der 90er Jahre stabilisiert hat, wohingegen in Estland ein erheblicher Anstieg bei einigen Indikatoren für den problematischen Drogenkonsum zu verzeichnen war. Wegen der potenziellen Anfälligkeit gegenüber Drogen in sozialen und wirtschaftlichen Schwellenländern ist es dringend erforderlich, in den neuen Mitgliedstaaten Überwachungskapazitäten aufzubauen.

Muster und Ausmaß des Konsums

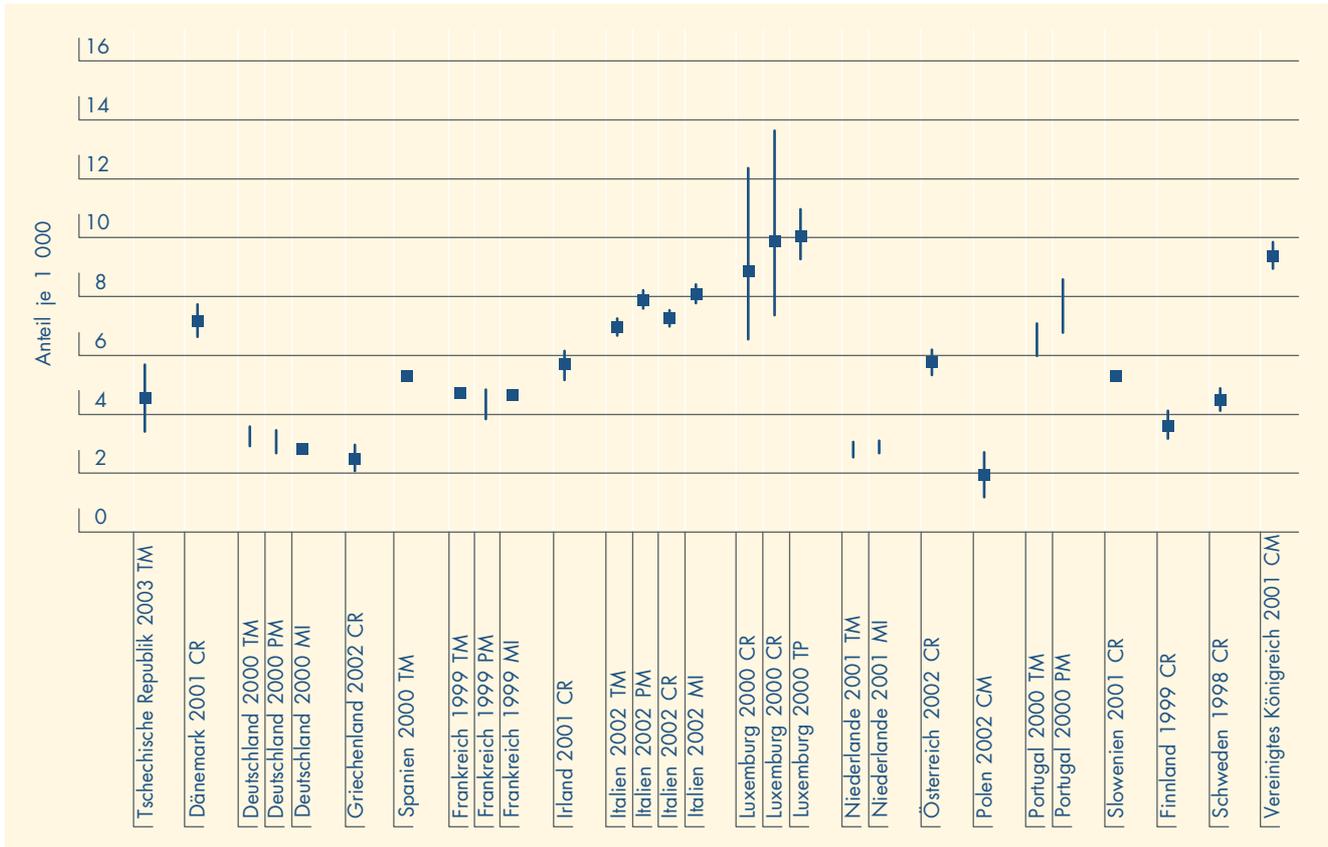
Der problematische Drogenkonsum lässt sich in wichtige Gruppierungen unterteilen. Allgemein kann zwischen dem Heroinkonsum, der historisch gesehen den Großteil des problematischen Drogenkonsums in der Mehrheit der EU-Länder ausmacht, und dem problematischen Konsum von Stimulanzien, der vorwiegend in Finnland und Schweden auftritt, wo der Großteil der problematischen Drogenkonsumenten Erstkonsumenten von Amphetamin sind, unterschieden werden. Ähnlich verhält es sich in der Tschechischen Republik, wo Methamphetaminkonsumenten traditionell einen bedeutenden Teil der problematischen Drogenkonsumenten ausmachen.

Die problematischen Drogenkonsumenten scheinen immer heterogener zu werden, und die EBDD prüft derzeit, ob die europäische Arbeitsdefinition der sich ändernden Drogenproblematik angepasst werden muss. Beispielsweise

⁽⁸⁴⁾ Weitere Einzelheiten siehe Methodische Anmerkungen zum problematischen Drogenkonsum im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Tabelle 3: Prävalenz und Tabelle 4: Prävalenz im *Statistical Bulletin 2004*.

Abbildung 11: Geschätzter Anteil des problematischen Drogenkonsums (Anteil je 1 000 der 15- bis 64-Jährigen)



Anmerkungen: CR = Capture-recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); PM = Police Multiplier (Polizei-Multiplikator); MI = Multivariate Indicator (multivariate Indikatoren); TP = Truncated Poisson; CM = Combined Methods (kombinierte Methoden). Aufgrund der verschiedenen Methoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. Nähere Angaben sind in Tabelle 3: Prävalenz und Tabelle 4: Prävalenz im *Statistical Bulletin 2004* zu finden. Die schwedische Schätzung wurde an die EBDD-Definition des problematischen Drogenkonsums angepasst. Die spanischen Schätzungen schließen problematischen Kokainkonsum nicht ein; eine höhere Schätzung ist in Tabelle 3: Prävalenz und Tabelle 4: Prävalenz zu finden; in diesen Tabellen wird diese Gruppe zwar berücksichtigt, die Daten sind jedoch eventuell nicht zuverlässig.

Quellen: Nationale Knotenpunkte. Siehe auch das EBDD-Projekt *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2001*, CT.00.RTX.23, Lissabon, EBDD, 2003. Koordinierung: Institut für Therapieforchung, München (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

hat der polyvalente Drogenkonsum in den meisten Ländern 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-Kokainkonsumenten unter den problematischen Drogenkonsumenten, obwohl die geschätzte Gesamtzahl der problematischen Drogenkonsumenten in den Niederlanden unverändert ist.

Das gewogene Mittel des problematischen Drogenkonsums in der EU beträgt vermutlich 4 bis 7 Fälle je 1 000 Erwachsene im Alter von 15 und 64 Jahren, was 1,2 bis 2,1 Millionen problematischen Drogenkonsumenten in der erweiterten EU entspricht, von denen ca. 850 000

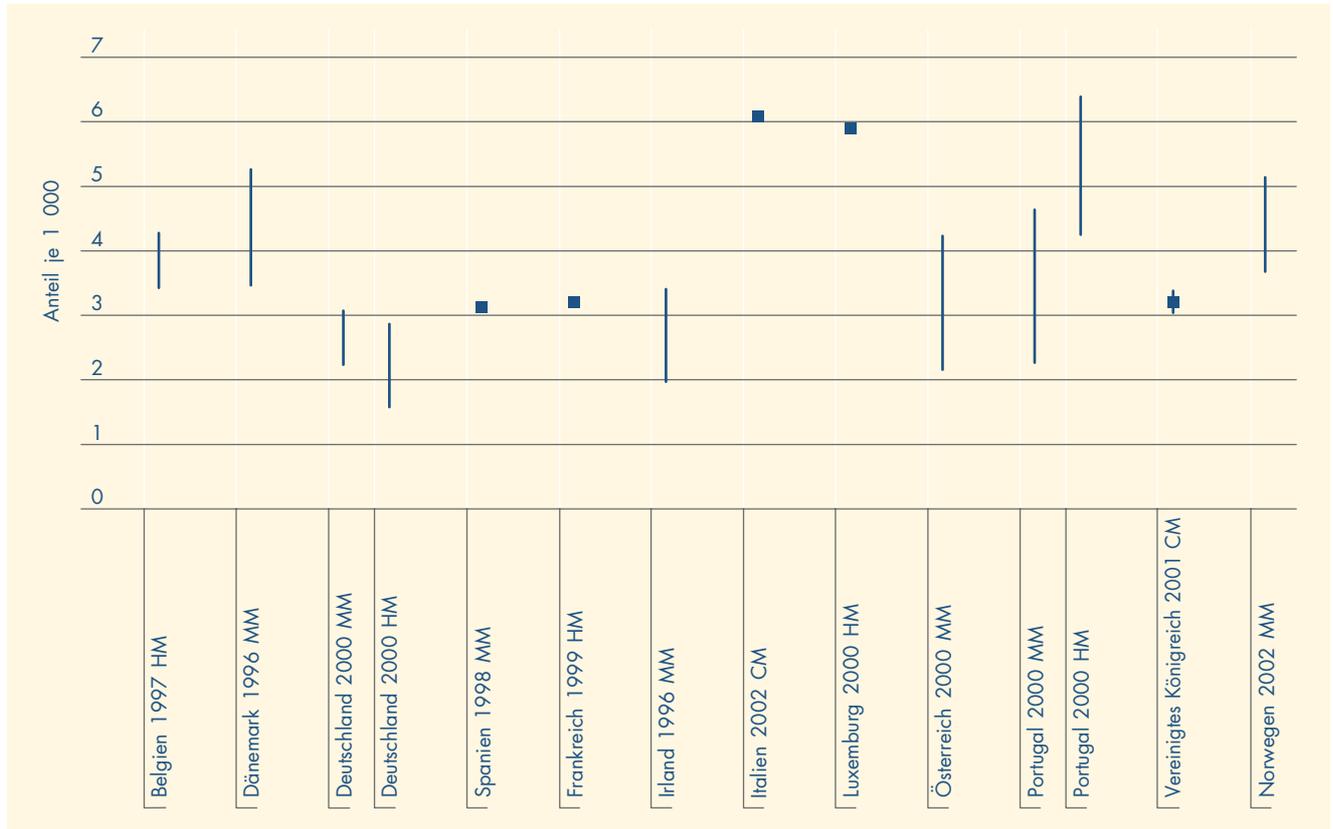
bis 1,3 Millionen aktive injizierende Drogenkonsumenten sind. Diese Schätzungen sind jedoch bei weitem nicht robust und müssen präzisiert werden, da zunehmend mehr Daten von den neuen Mitgliedstaaten vorliegen.

Injizierender Drogenkonsum

Da bei injizierenden Drogenkonsumenten das Risiko schwerwiegender Folgen sehr hoch ist, muss injizierender Drogenkonsum als eine separate Kernkategorie des problematischen Drogenkonsums betrachtet werden.

Die Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums beruhen auf indirekten Methoden (Multiplikatormethoden) zur Verwendung von Mortalitätsdaten oder von Daten über die Infektion mit dem menschlichen Immunschwächevirus (HIV) oder dem Hepatitis-C-Virus (HCV). Die Qualität der Daten und die Methodik werfen auch hier die Frage nach der Interpretation der Schätzungen auf. Zum Beispiel ist es bei diesen Schätzungen schwierig, zwischen aktuellen Injektionen und Lebenszeitinjektionen zu unterscheiden, und Vergleiche

Abbildung 12: Geschätzter Anteil des injizierenden Drogenkonsums (Anteil je 1 000 der 15- bis 64-Jährigen)



Anmerkungen: MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator); HM = HIV Multiplier (HIV-Multiplikator); CM = Combined Methods for IDU estimation (kombinierte Methoden zur Schätzung des injizierenden Drogenkonsums).

Aufgrund der verschiedenen Methoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. Der Mortalitätsmultiplikator und der HIV-Multiplikator sollen Schätzungen zum (hauptsächlich aktuellen) injizierenden Drogenkonsum, der nur ein Teil des problematischen Drogenkonsums ist, liefern. Die anderen Methoden haben Schätzungen des problematischen Drogenkonsums zum Ziel. Nähere Angaben sind in Tabelle 3: Prävalenz und Tabelle 4: Prävalenz im *Statistical Bulletin 2004* zu finden.

Quellen: Nationale Knotenpunkte. Siehe auch das EBDD-Projekt *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2001*, CT.00.RTX.23, Lissabon, EBDD, 2003. Koordinierung: Institut für Therapieforschung, München (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

zwischen den Ländern sind mit Vorsicht anzustellen. Verfügbaren nationalen Schätzungen zufolge liegt der injizierende Drogenkonsum bei 2 bis 6 Fällen je 1 000 Erwachsene im Alter von 15 und 64 Jahren (Abbildung 12).

Eine Analyse des Anteils der injizierenden Heroinkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, lässt in der Prävalenz des aktuellen injizierenden Drogenkonsums deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern und schwankende Tendenzen im Zeitverlauf erkennen⁽⁸⁶⁾. Aus den vorliegenden Daten geht hervor, dass weniger als die Hälfte (43 %) der in Behandlung befindlichen Heroin-Erstkonsumenten, im Vergleich zu zwei Dritteln (62 %) aller in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten (gewogener Durchschnitt), über aktuellen injizierenden Drogenkonsum berichten. In einigen Ländern (Spanien, die Niederlande und Portugal) scheint ein relativ geringer Prozentsatz der Heroinkonsumenten zu injizieren, wohingegen injizierender Heroinkonsum in anderen Ländern (Tschechische Republik, Slowenien und Finnland) noch immer die Norm darstellt. In einigen langjährigen EU-Mitgliedstaaten, von denen Daten zur Verfügung stehen, scheint der injizierende

Drogenkonsum während der 90er Jahre zurückgegangen zu sein. Es ist jedoch Besorgnis erregend, dass der injizierende Drogenkonsum in einigen anderen Ländern (Deutschland, Irland und Finnland) offenbar nicht zurückgeht, sondern eher ansteigt, während in den neuen Mitgliedstaaten, zumindest in denen, von denen Daten vorliegen, fast alle Heroinkonsumenten zu injizieren scheinen.

Sicherstellungen und Marktinformationen⁽⁸⁷⁾

Opiate – Herstellung, Handel und Sicherstellung

Der Großteil des weltweit gehandelten illegalen Opiums und Heroins stammt aus nur wenigen Ländern (UNODC, 2003a). Die Weltproduktion von illegalem Opium im Jahr 2002 wurde auf über 4 500 metrische Tonnen geschätzt, wovon 76 % in Afghanistan hergestellt wurden. Der Großteil des verbleibenden Opiums kam aus Südostasien, davon 18 % aus Myanmar und 3 % aus Laos. Die weltweite Opiumherstellung ist in den letzten fünf Jahren stabil geblieben, mit Ausnahme von 2002, als ein vom

⁽⁸⁶⁾ Siehe Abbildung 9 OL: Tendenzen des injizierenden Drogenkonsums.

⁽⁸⁷⁾ Kapitel 3, Interpretation der Sicherstellungen und Marktdaten (S. 31).

Talibanregime in Afghanistan verhängtes Anbauverbot für Schlafmohn zu einem drastischen, aber kurzzeitigen Rückgang der Opiumherstellung führte.

Das in der EU konsumierte Heroin wird vor allem in Afghanistan oder entlang der Routen des Opiumhandels, insbesondere in der Türkei (UNODC, 2003a), hergestellt und gelangt über zwei große Drogenhandelsrouten nach Europa. Die traditionell wichtige Balkanroute spielt weiterhin eine wesentliche Rolle im Heroinschmuggel. Nachdem das Heroin Pakistan, Iran und die Türkei durchquert hat, teilt sich die Route in eine südliche und eine nördliche Route. Die südliche Route führt durch die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien (FYROM), Albanien, einen Teil Italiens, Serbien, Montenegro und Bosnien und Herzegowina, und die nördliche Route führt durch Bulgarien, Rumänien, Ungarn und Österreich. Seit Mitte der 90er Jahre wird das Heroin zunehmend entlang der „Seidenstraße“ über Zentralasien, das Kaspische Meer und die Russische Föderation geschmuggelt (Nationale Reitox-Berichte, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Obwohl dies die wichtigsten Routen sind, kam es auch anderenorts gelegentlich zu Sicherstellungen, wie beispielsweise in einigen afrikanischen Ländern und in Kolumbien.

Neben dem importierten Heroin werden einige Opiate auch innerhalb der EU hergestellt. Dies ist hauptsächlich auf die Herstellung von Produkten aus selbstangebautem Mohn (z. B. Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten) in einigen östlichen EU-Ländern wie der Tschechischen Republik, Estland, Litauen und Polen beschränkt. Es gibt Hinweise darauf, dass diese einheimischen Produkte auf dem illegalen Markt durch importiertes Heroin ersetzt werden.

Was die Menge betrifft, so wurde auch weltweit das meiste Heroin 2002 in Asien (52,5 %) und Europa (28,1 %) sichergestellt (CND, 2004), wobei sich die Heroinsicherstellungen in Europa auf die westlichen Länder konzentrierten. Seit 1998 ist das Vereinigte Königreich, gefolgt von Spanien, das EU-Land mit der größten Zahl und Menge von Heroinsicherstellungen⁽⁸⁸⁾. Im Jahr 2001 entfiel auf das Vereinigte Königreich ein Drittel der gesamten Sicherstellungen von Heroin und 40 % der Gesamtmenge des in der EU beschlagnahmten Heroins.

Die Menge des in der EU sichergestellten Heroins⁽⁸⁹⁾ war bis 1998 stabil, und stieg dann 1999 und 2000 an. Basierend auf den Tendenzen in den Ländern, von denen Daten vorliegen, scheint die Gesamtmenge des in der EU sichergestellten Heroins seit 2000⁽⁹⁰⁾ stabil zu sein, obwohl die Zahl der Sicherstellungen von Heroin 2002 in allen Ländern, von denen Daten vorliegen⁽⁹¹⁾, abnimmt.

Eine Besorgnis erregende Entwicklung zeigen die jüngsten Berichte über den illegalen Handel mit Fentanyl, einem synthetischen Opiat, das eine bis zu 100-mal stärkere Wirkung als Heroin⁽⁹²⁾ hat. Kürzlich wurden Sicherstellungen in einigen Ostseeanrainerländern und in der Russischen Föderation gemeldet. Schweden meldete 2 Sicherstellungen von Fentanyl im Jahr 2002 und 23 im Jahr 2003. In Estland erschienen Ende 2001 Fentanyl und Methyl-Fentanyl als Ersatz für Heroin auf dem Drogenmarkt, was zu 68 Sicherstellungen von Fentanyl und zu 11 Sicherstellungen von Methyl-Fentanyl im Jahr 2002 führte. In Finnland wurde 2002 eine umfangreiche Großhändlerlieferung von 3-Methyl-Fentanyl sichergestellt. In Litauen kam es 2002 zu 6 Fentanyl-Sicherstellungen. Der INCB (2004a) meldete, dass kürzlich 41 kg Fentanyl in der Ukraine sichergestellt werden konnten und die drei Labors, in denen es hergestellt wurde, ausgehoben wurden. Eine deutliche Zunahme von Fentanyl auf dem europäischen Drogenmarkt wäre Anlass zu großer Sorge, da es ein hohes Risikopotenzial hat. Dies bekräftigen die Berichte aus den baltischen Ländern in den letzten beiden Jahren über Todesfälle durch eine Überdosierung, bei denen Fentanyl, oft in Verbindung mit Heroin, in der toxikologischen Analyse nachgewiesen wurde. Wachsamkeit ist geboten, da die Droge mitunter nicht erkannt wird, insbesondere, wenn sie mit illegalem Heroin vermischt wird, um ihre Gesamtwirkung zu erhöhen. Darüber hinaus gibt es vereinzelt Berichte über den Konsum abgezweigter Fentanylprodukte; aus Griechenland zum Beispiel liegen Berichte vor, denen zufolge Drogenkonsumenten Fentanyl aus Durogesic®-Pflastern zur Schmerztherapie gewonnen haben.

Buprenorphin – ein pharmazeutisches Opioid – scheint in einigen EU-Ländern auf dem Schwarzmarkt gehandelt zu werden, so z. B. in der Tschechischen Republik, wo Subutex® 2002 auftauchte, und im Vereinigten Königreich, wo Sicherstellungen innerhalb der letzten drei Jahre gemeldet wurden. Finnland meldete bedeutende Sicherstellungen von Subutex® in den Jahren 2001 und 2002, und Norwegen berichtete über eine umfangreiche Sicherstellung von Temgesic® im Jahr 2002. In gewisser Weise überrascht dies nicht, da die Verschreibung von Buprenorphin in vielen Ländern erheblich zugenommen hat. Dieser Droge wird jedoch ein geringes Missbrauchspotenzial zugeschrieben, so dass diesen Berichten weiter nachgegangen werden sollte.

Internationale Bekämpfung des Heroinhandels

Die weltweite Zusammenarbeit, um das Problem der verstärkten Heroinproduktion in Afghanistan in den Griff zu bekommen, hat zugenommen (Europol, 2003). Seit 2002 konzentriert sich das Interpol-Projekt NEHRO⁽⁹³⁾ auf eine neue Handelsroute für Heroin von Zentralasien nach

⁽⁸⁸⁾ Diese Angabe sollte jedoch überprüft werden, sobald die Daten für 2002 vorliegen. Für Belgien, Italien, Ungarn, die Niederlande und Polen lagen für 2002 keine Daten zur Zahl der Sicherstellungen von Heroin vor; für Irland, Zypern, Malta, die Slowakei und das Vereinigte Königreich lagen für 2002 weder Daten zur Zahl der Sicherstellungen noch zu den sichergestellten Mengen von Heroin vor.

⁽⁸⁹⁾ Siehe Tabelle 4: Märkte im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁹⁰⁾ Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für das Jahr 2002 vorliegen.

⁽⁹¹⁾ Ibid.

⁽⁹²⁾ Wird Fentanyl aufgrund einer Verwechslung mit Heroin versehentlich eingenommen, ist das Risiko einer Vergiftung sehr hoch.

⁽⁹³⁾ Nordeuropäische Heroinroute.

Westeuropa (Interpol, 2002; Europol, 2003). Die Weltzollorganisation (WZO) hat die „Operation Tamerlane“ gestartet, um den Drogenhandel mit Hilfe von Zollbehörden, Polizei und Grenzschutz aller Länder, durch die die Seidenstraße führt oder an die sie angrenzt, zu unterbinden (WZO, 2003a).

Im Rahmen der „Operation Topaz“, der internationalen Aktion gegen die Abzweigung von Essigsäureanhydrid – einer wichtigen Chemikalie, die für die Herstellung von Heroin verwendet wird –, wurden im Jahr 2003 Handelsnetze und Deckfirmen, die dieses Produkt in Europa abgezweigt haben, aufgespürt. Afghanistan und andere asiatische Länder beteiligen sich nunmehr auch an der Operation. Operation Topaz ist eine von mehreren international koordinierten Aktivitäten, die auf die für die Herstellung illegaler Drogen unerlässlichen Vorläuferchemikalien und die Substanzen an sich abzielen.

Preis und Reinheit von Heroin

In Europa kommt Heroin in zwei Formen vor: das allgemein verfügbare braune Heroin (Heroinbase) und das weniger verbreitete und teurere weiße Heroin (eine Salzform), das in der Regel aus Südostasien stammt. Berichten zufolge lag in der EU der durchschnittliche Preis für braunes Heroin im Straßenhandel 2002 in der EU zwischen 29 Euro pro Gramm in Ungarn und 161 Euro pro Gramm in Schweden, während der Preis für weißes Heroin zwischen 32 Euro (Ungarn) und 213 Euro (Schweden) pro Gramm lag⁽⁹⁴⁾. Die Preisspanne spiegelt wahrscheinlich die unterschiedliche Reinheit der gehandelten Droge wider. In den letzten fünf Jahren ist der durchschnittliche Verkaufspreis für braunes und weißes Heroin in den Ländern, von denen Daten vorliegen, stabil geblieben oder gesunken, mit Ausnahme der Tschechischen Republik, wo von einem Preisanstieg berichtet wird. In sechs von neun EU-Ländern, die Daten zur Verfügung stellten, fiel der durchschnittliche Straßenpreis im Jahr 2002, während die Mehrheit der Länder (vier von sechs) einen Anstieg des Durchschnittspreises für weißes Heroin meldete.

Im Jahr 2002 lag in der EU die durchschnittliche Reinheit von braunem Heroin im Straßenhandel zwischen 10 % in Luxemburg und 43 % in Spanien, während die durchschnittliche Reinheit von weißem Heroin zwischen 7 % in Estland und Finnland und 75 % in Norwegen lag. Im Laufe der letzten fünf Jahre hat die Reinheit des Heroins in den meisten EU-Ländern abgenommen oder ist konstant geblieben. Im Jahr 2001 nahm die Reinheit von braunem Heroin in den meisten Ländern, die entsprechende Daten zur Verfügung gestellt hatten (sieben von zehn) zu, aber diese Tendenz kehrte sich 2002 um, als eine beträchtliche Abnahme der durchschnittlichen Reinheit aus fünf (von sieben) Ländern gemeldet wurde: Dänemark, Luxemburg, Portugal, Vereinigtes Königreich und Norwegen. Die durchschnittliche Reinheit von weißem Heroin im Straßenhandel nahm sowohl 2001 als auch 2002 ab, wobei allerdings nur von drei Ländern (Dänemark, Estland und Finnland) Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf vorliegen.

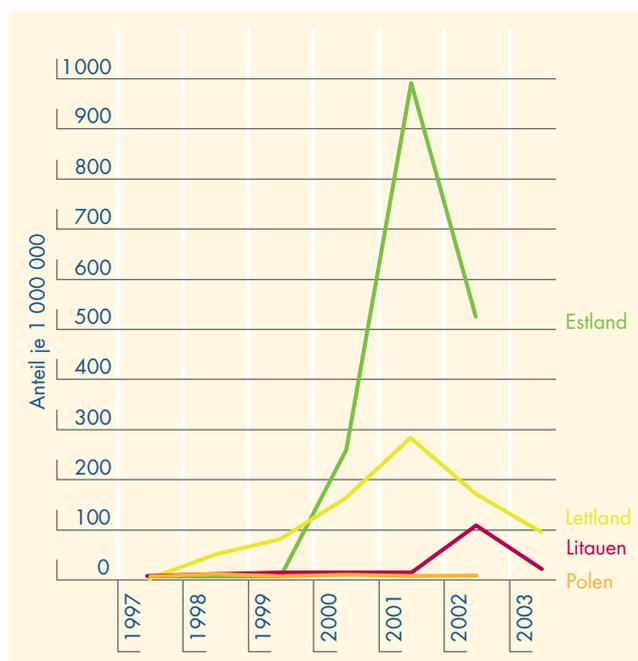
Drogenbedingte Infektionskrankheiten

HIV

Die HIV-Epidemie breitet sich in einigen der neuen EU-Länder und ihren Nachbarländern rapide aus. Estland, Lettland, Russland und die Ukraine gehören zu den Ländern mit der weltweit am schnellsten wachsenden HIV-Epidemie. Die Prävalenzraten in den anderen neuen EU-Ländern weisen große Schwankungen auf, und bei einigen Ländern besteht noch immer die Gefahr, dass sich die Epidemie auf ähnliche Weise ausbreitet. Einige der „alten“ EU-Länder, die bisher große HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten vermeiden konnten, zeigen nun Anzeichen für ein erhöhtes Risiko.

Analysen von Daten aus Fallberichten zu injizierenden Drogenkonsumenten lassen vermuten, dass in Estland und Lettland die HIV-Inzidenz mit einer Rate von 991 bzw. 281 Fällen je 1 Million Einwohner 2001 ihren Höhepunkt erreicht hat. Die HIV-Inzidenz ging 2002 zwar zurück, wies aber mit jährlich 525 bzw. 170 Fällen je 1 Million Einwohner immer noch eine hohe Rate auf (Abbildung 13) (EuroHIV, 2004). Mögliche Gründe für den zu beobachtenden Rückgang können Meldeartefakte, Sättigungseffekte bei den am meisten gefährdeten injizierenden Drogenkonsumenten und/oder eine Änderung des Konsummusters sein. Von den neuen EU-Ländern meldeten Estland (6 bis 13 %), Lettland (6,6 bis 14,6 %) und Polen (6,8 bis 9,1 %) die höchste Prävalenz bei verschiedenen zwischen 2001 und 2003 landesweit erhobenen Stichproben von injizierenden

Abbildung 13: Gemeldete neu diagnostizierte Fälle von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten je Million der Bevölkerung in einigen neuen EU-Mitgliedstaaten



Quelle: Europäische Epidemiologische Aids-Beobachtungsstelle (EuroHIV).

⁽⁹⁴⁾ Siehe Tabelle 14: Märkte im *Statistical Bulletin* 2004.

Drogenkonsumenten, während in diesen Jahren ein regionaler Höchststand von 41 % (von 964), 22 % (von 205) bzw. 29,7 % (von 165) in diesen drei Ländern zu beobachten war. In Estland bestätigen HIV-Prävalenzdaten aus mehrfachen Quellen offenbar einen jüngst festgestellten Rückgang bei den untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten (auf 6,2 % im Jahr 2002 bei den 1 186 auf nationaler Ebene untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten von 13 % bei 2 078 im Jahr 2002). Auch in Lettland zeigen die nationalen Daten von Drogentherapiezentren einen Rückgang der Prävalenz bei untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten (von 13,7 % im Jahr 2001 auf 6,6 % im Jahr 2003). Jedoch lassen Daten aus anderen nationalen Quellen (Krankenhäuser und Inhaftierungsdaten: von 7,8 % im Jahr 2000 auf 14,6 % im Jahr 2002) und lokalen Quellen (verschiedene Milieus in der Region Riga und in Tukums: von 18,3 % im Jahr 2000 auf 22,0 % im Jahr 2003) vermuten, dass die Prävalenz bei anderen untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten weiter steigt. In Litauen kam es bereits 2002 aufgrund eines großen HIV-Ausbruchs in einem Gefängnis zu einem beträchtlichen Anstieg neuer HIV-Fälle; die Prävalenz unter den injizierenden Drogenkonsumenten bleibt jedoch gering (2002 und 2003: 1 % von 2 831 injizierenden Drogenkonsumenten bzw. 2,4 % von 1 112 injizierenden Drogenkonsumenten aus verschiedenen Milieus auf nationaler Ebene; 0,6 % von 641 injizierenden Drogenkonsumenten bzw. 0,4 % von 235 injizierenden Drogenkonsumenten, die an einem Nadelaustauschprogramm in Vilnius teilnahmen). Der HIV-Ausbruch im Gefängnis veranschaulicht sowohl die Dringlichkeit von Präventionsmaßnahmen in diesem Land und anderen Regionen, wo die Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten noch gering ist, als auch die wichtige Rolle, die Haftanstalten zukünftig, um die Ausbreitung von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten zu verhindern (Dolan, 1997–1998; Dolan et al., 2003).

Die nationalen Prävalenzdaten aus den Labors des öffentlichen Gesundheitswesens in Polen lassen einen Rückgang der Prävalenz bei untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten von 10,7 % (von 3 106) im Jahr 2000 auf 6,8 % (von 626) im Jahr 2002 erkennen. Dieser Rückgang stimmt mit der Tendenz der kürzlich gemeldeten Fälle von injizierenden Drogenkonsumenten überein, deren hohe Zahl von 8,6 % je 1 Million Einwohner im Jahr 2000 auf 5,1 % bzw. 6,9 % in den Jahren 2001 und 2002 gesunken ist. Lokale Prävalenzdaten deuten jedoch auf eine hohe Prävalenz in der Region Pomorskie im Jahr 2002 hin (30 % von 165 in Behandlungseinrichtungen und auf der Straße erfassten injizierenden Drogenkonsumenten; 15 % von 69 in der Stichprobe von auf der Straße erfassten Drogenkonsumenten), obwohl zu bemerken ist, dass aufgrund der Prävalenzdaten der in Behandlung befindlichen injizierenden Drogenkonsumenten die Prävalenz der injizierenden Drogenkonsumenten insgesamt möglicherweise überschätzt wird. In den anderen neuen EU-Ländern war die Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in den Jahren 2000 und 2001 noch sehr niedrig, obwohl aktuellere Daten größtenteils fehlen. Die Prävalenz von HIV lag in der Tschechischen Republik,

in Slowenien und in der Slowakei durchschnittlich unter 1 %, ein ähnliches Bild weisen die angrenzenden EU-Kandidatenländer Rumänien und Bulgarien auf (EBDD, 2003a). Obwohl es in diesen Ländern bisher keine HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten gab, könnten Zuwächse beim injizierenden Drogenkonsum in naher Zukunft zu einer steigenden Prävalenz von HIV-Infektionen und Hepatitis führen, wenn Präventionsmaßnahmen nicht in ausreichendem Maße ergriffen werden (siehe Abschnitt Reduzierung drogenbedingter Infektionen in diesem Kapitel).

In den früheren 15 EU-Mitgliedstaaten scheint sich die HIV-Epidemie unter injizierenden Drogenkonsumenten im Jahr 2002 laut Berichtsdaten über HIV-Fälle mit Raten zwischen 1,3 neuen Fällen je 1 Million Einwohner in Griechenland auf 115,7 in Portugal stabilisiert zu haben oder zurückzugehen (wobei die letzte Zahl im Jahr 2003 auf 88,4 zurückging) (EuroHIV, 2004). Da es in den Ländern mit den größten Epidemien im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum jedoch keine nationale Fallberichterstattung gibt, können die aus der Fallberichterstattung stammenden Tendenzen über bestimmte Zeiträume hinweg auf EU-Ebene irreführend sein und sollten daher durch Seroprävalenzdaten von injizierenden Drogenkonsumenten ergänzt werden. Die vorhandenen nationalen Prävalenzdaten lassen große Unterschiede zwischen den Ländern und innerhalb dieser erkennen: von 0 bis 1 % in Finnland (Daten von Nadelaustauschprogrammen) bis zu 9,7 bis 35 % bei in verschiedenen nationalen Stichproben untersuchten Drogenkonsumenten in Spanien (2001–2003) (Abbildung 14). Die Prävalenz bei untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten ist im Allgemeinen stabil oder rückläufig⁽⁹⁵⁾, obwohl eine stabile Prävalenz nicht bedeutet, dass keine Übertragungen mehr stattfinden; in einigen Ländern hat sich die Prävalenz seit Mitte der 90er Jahre auf lokaler oder regionaler Ebene erhöht. Darüber hinaus fehlen aktuellere Daten von einigen Regionen, aus denen ein Anstieg gemeldet wurde. Das Ansteigen der Prävalenz legt nahe, dass die Präventionsmaßnahmen in diesen Regionen, sogar in einigen traditionellen Epidemiegebieten, nicht ausreichend waren. Dass es weiterhin zu Übertragungen unter injizierenden Drogenkonsumenten in einigen Gebieten kommt, geht ebenso aus der hohen Prävalenz unter Jugendlichen (unter 25 Jahren) und neuen injizierenden Drogenkonsumenten (die seit weniger als zwei Jahren injizieren) hervor (EBDD, 2003b)⁽⁹⁶⁾. In den Gebieten, in denen die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten nach wie vor hoch ist, müssen nachhaltige Präventionsmaßnahmen ergriffen werden, um die Übertragung auf neue injizierende Drogenkonsumenten, Sexualpartner von injizierenden Drogenkonsumenten und von der Mutter auf das Kind zu verhindern.

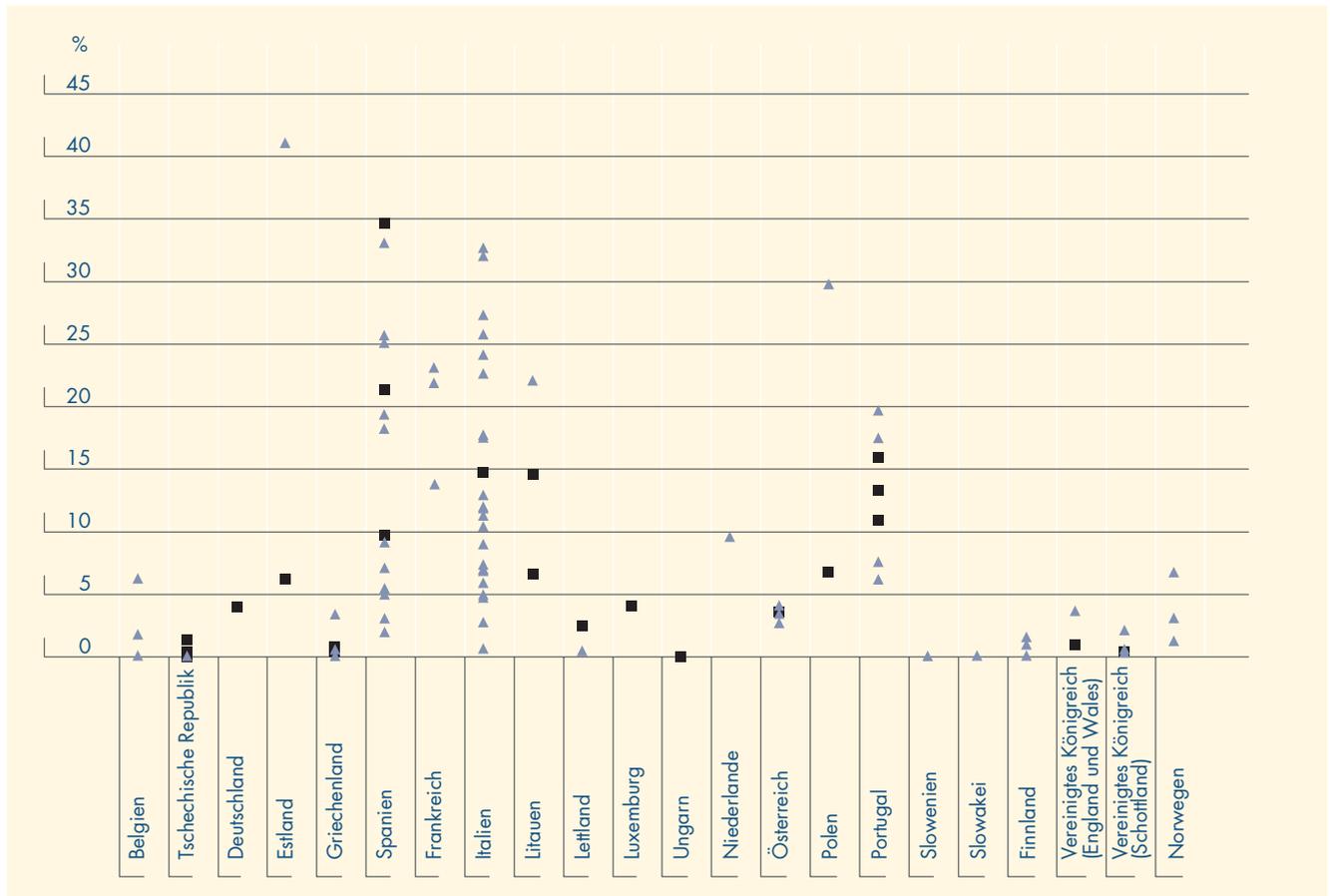
Hepatitis B und C sowie andere Infektionen

Die Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) (6 bis 85 %) und gegen das Hepatitis-C-Virus (HCV) (17 bis 95 %) unter injizierenden Drogenkonsumenten ist EU-weit im Allgemeinen außerordentlich hoch, was auf die

⁽⁹⁵⁾ Weitere Einzelheiten zu diesen Daten und zu den Quellen siehe Tabelle 1: Infektionskrankheiten und Tabelle 8: Infektionskrankheiten im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽⁹⁶⁾ Ibid.

Abbildung 14: HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten – Untersuchungen mit nationaler und lokaler Erfassung, 2001–2003



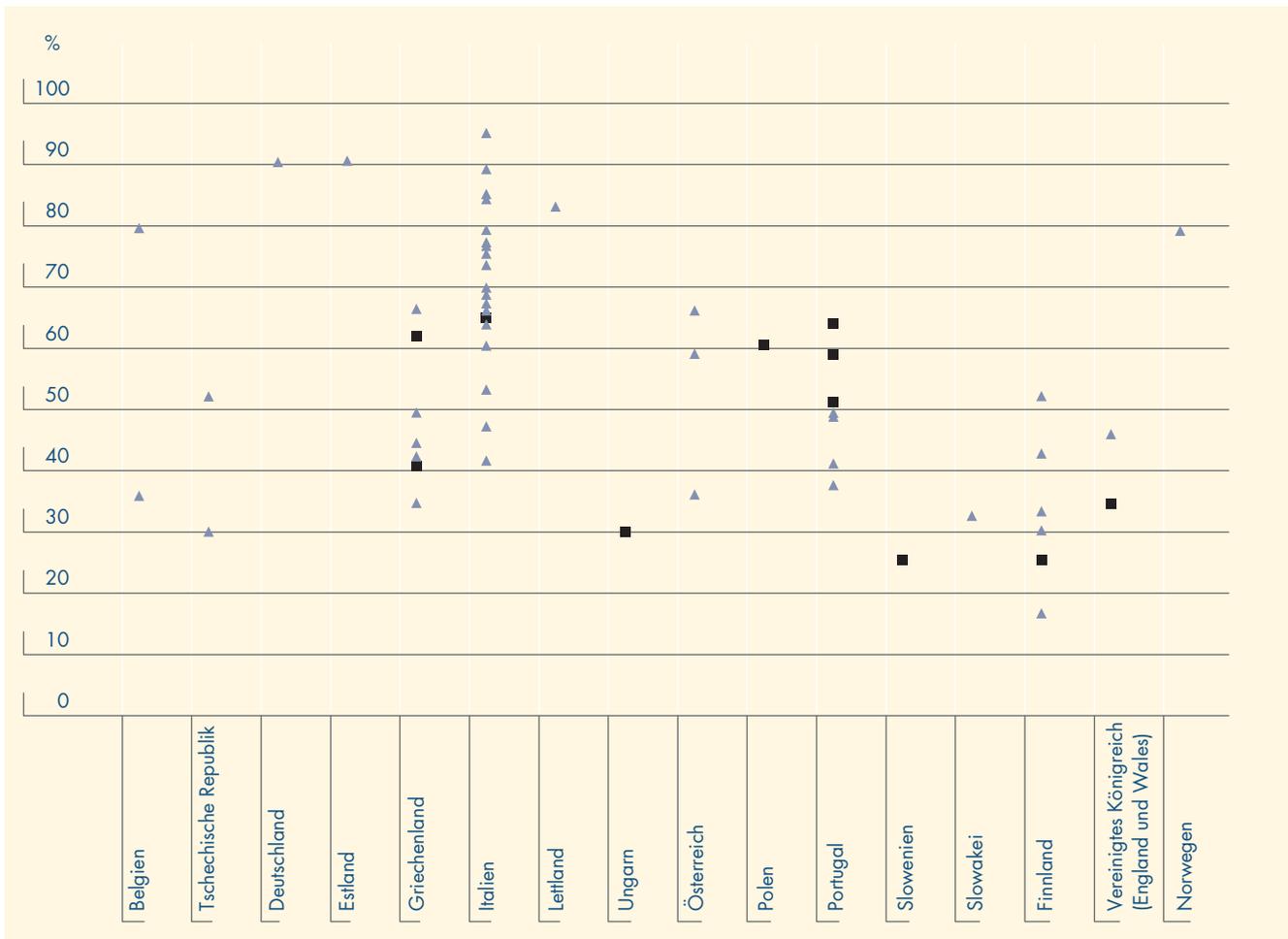
Anmerkungen: ■ = Stichproben mit nationaler Erfassung; ▲ = Stichproben mit lokaler/regionaler Erfassung.
 Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind aufgrund der verschiedenen Milieus und/oder Erhebungsmethoden mit Vorsicht zu interpretieren; die nationalen Strategien der Stichprobenerhebung können voneinander abweichen.
 In den Daten für Portugal und Italien werden nicht injizierende Drogenkonsumenten berücksichtigt; dies führt eventuell zu einer Unterschätzung der Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten (Anteil der nicht injizierenden Drogenkonsumenten in den Stichproben: Italien 5–10 %, Portugal nicht bekannt). Für Frankreich ist dies bei einigen der Stichproben der Fall.
 Die Daten für Deutschland, Italien, Ungarn, Portugal und die Slowakei beschränken sich auf die Hepatitis-C-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in Behandlung und sind deshalb nicht repräsentativ für die Hepatitis-C-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden. Die Daten für Deutschland, Luxemburg und Teile der Daten für Belgien und Frankreich basieren auf Testergebnissen aus Selbstauskünften, die weniger zuverlässig als klinisch belegte Testergebnisse sind.
Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen, Einzelheiten zu den Studien sowie Daten vor 2001 sind der Tabelle 8: Infektionskrankheiten im *Statistical Bulletin 2004* zu entnehmen.

dringende Notwendigkeit von Behandlung und Prävention hinweist (Abbildung 15). In einigen der Länder (vor allem in einigen neuen EU-Ländern: Ungarn, Slowenien, Slowakei), die eine niedrige HIV-Prävalenz aufweisen, ist auch die HCV-Prävalenzrate geringer (25 bis 33 %). Dies bedeutet, dass risikoreiche Verhaltensweisen in diesen Ländern vermutlich noch nicht weit verbreitet sind. Daher kann die Ausbreitung dieser Krankheiten möglicherweise noch mit Hilfe von Maßnahmen zur Schadensminimierung verhindert werden (siehe unten).

Injizierender Drogenkonsum kann ein Übertragungsweg für eine Reihe anderer Infektionskrankheiten sein; zum Beispiel kam es in den letzten Jahren im Vereinigten Königreich zu einem Ausbruch von Tetanus und Wundbotulismus im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum, was vermutlich auf verunreinigtes Heroin und/oder spezielle

Injektionspraktiken zurückzuführen ist (Hope et al., 2004). Die Prävalenz von Tuberkulose (TBC) unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU scheint im Allgemeinen niedrig zu sein und nicht anzusteigen, möglicherweise mit Ausnahme der baltischen Länder (Migliori und Centis, 2002). In den osteuropäischen Nachbarstaaten wird die TBC-Prävalenz immer mehr zu einem Problem aufgrund der zunehmenden Resistenz gegenüber einer Behandlung und der sehr hohen Prävalenz unter Häftlingen, von denen viele Drogenkonsumenten sind. Sexuell übertragbare Krankheiten können sowohl ein Indikator für risikoreiche sexuelle Verhaltensweisen als auch ein Risikofaktor für eine HIV-Infektion sein (Estebanez et al., 2001). Derzeit steigt die Prävalenz von sexuell übertragbaren Krankheiten in einigen EU-Ländern rapide an, vor allem unter homosexuellen Männern. In einigen Ländern sind sexuell übertragbare Krankheiten unter Drogenkonsumenten sehr

Abbildung 15: Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten – Untersuchungen mit nationaler und lokaler Erfassung, 2001–2002



Anmerkungen: ■ = Stichproben mit nationaler Erfassung; ▲ = Stichproben mit lokaler/regionaler Erfassung (EuroHIV).
 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 Portugal und Italien werden nicht injizierende Drogenkonsumenten berücksichtigt; dies führt eventuell zu einer Unterschätzung der Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten (Anteil der nicht injizierenden Drogenkonsumenten in den Stichproben: Italien 5–10 %, Portugal nicht bekannt). Für die Tschechische Republik ist dies bei einigen der Stichproben der Fall.
 Die Daten für England und Wales und Teile der Daten für Finnland beruhen auf Speicheltests, durch die die Prävalenz unterschätzt wird.
 Die Daten für Belgien, Italien, Ungarn, Portugal, Slowenien und die Slowakei beschränken sich auf die Hepatitis-C-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in Behandlung und sind deshalb nicht repräsentativ für die Hepatitis-C-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden.
Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen, Einzelheiten zu den Studien sowie Daten vor 2001 sind der Tabelle 11: Infektionskrankheiten im *Statistical Bulletin 2004* zu entnehmen.

verbreitet, z. B. in Irland und Italien (Giuliani und Suligoi, 2004), während dies aus anderen Ländern (z. B. Schweden und Norwegen) nicht berichtet wird. In den meisten Ländern scheinen allerdings Überwachungsdaten speziell für Drogenkonsumenten zu fehlen. Wenn Überwachungsdaten für sexuell übertragbare Krankheiten als Indikator für riskante sexuelle Verhaltensweisen unter injizierenden Drogenkonsumenten dienen sollen, um die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung beim Sexualverkehr zu beurteilen (Wiessing und Kretzschmar, 2003), müssen sie injizierende Drogenkonsumenten unterscheiden, um so die Beobachtung von Tendenzen, insbesondere unter injizierenden Drogenkonsumenten zu ermöglichen. Insgesamt ist die epidemiologische Situation

von Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumenten bedenklich. Dies erfordert eine systematische Untersuchung von Drogenkonsumenten, sobald sie mit Gesundheitsdiensten in Kontakt kommen, sowie die Bereitstellung ausreichender Mittel für Präventions- und Behandlungsmaßnahmen.

Reduzierung drogenbedingter Infektionen

Seit 2001 hat die Zahl und die geografische Ausdehnung von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in einigen Mitgliedstaaten weiter zugenommen⁽⁹⁷⁾. Insbesondere in Estland und Lettland ist eine schnelle Ausweitung neuer Dienste zu beobachten, die durch lokale, nationale

⁽⁹⁷⁾ Siehe Tabelle 6 OL: Verfügbarkeit und Arten von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen, Beteiligung von Apotheken, Zahl der verteilten/verkauften Spritzen.

und internationale Beihilfen zur Bekämpfung schwerer HIV-Epidemien unterstützt werden. In Schottland hat sich die Zahl der ausgetauschten Spritzen zwischen 1997 und 2002 nahezu verdreifacht, und ein weiterer Anstieg wird erwartet, da die Höchstzahl der Spritzen auf 60 bei jeder Kontaktaufnahme der Klienten angehoben wurde, was den Austausch unter den Betroffenen erleichtert. Mit der Schließung der letzten geografischen Lücken in den westeuropäischen Ländern stehen nunmehr Nadel- und Spritzenaustauschprogramme auch in Nordirland (auf Apotheken beschränkt) und Flandern (Belgien) zur Verfügung. In Schweden wird die Ausweitung der Nadel- und Spritzenaustauschprogramme jedoch noch weiter diskutiert.

Wo Studien über den Zugang zu Spritzen durchgeführt wurden, zeigen die Ergebnisse, dass Apotheken die Hauptbezugsquelle für Spritzenbesteck sind (z. B. 30 bis 45 % der Nutzer von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in Belgien, 32 % in Luxemburg und 30 bis 40 % in Ungarn wenden sich an Apotheken). In vier Ländern spielen die Apotheken eine bedeutende Rolle beim Spritzenaustausch oder in der Bereitstellung von Nadeln: In Spanien, Portugal und im Vereinigten Königreich ersetzen die Apotheken die Spritzen kostenlos, und in Frankreich werden die staatlich subventionierten „stéríkits“ vor allem in Apotheken verkauft. Mit der Einbeziehung der Apotheken ist die geografische Reichweite der Nadelaustauschprogramme in diesen vier Ländern als gut zu bewerten. In anderen Ländern müssen Drogenkonsumenten Spritzen (und anderes Zubehör) kaufen, und der in einigen Ländern hohe Preis bietet Anlass zur Sorge⁽⁹⁸⁾.

Frankreich und Portugal melden, dass die Zahl der in Apotheken gekauften Spritzen rückläufig ist. In Frankreich ist der Verkauf von Spritzen zwischen 1999 und 2002 um 45 %, von 16,5 Millionen auf 9 Millionen, zurückgegangen. Dieser Rückgang konnte nicht durch verstärkte Aktivitäten im Bereich der Nadel- und Spritzenaustauschprogramme ausgeglichen werden. Mögliche Erklärungen sind unter anderem eine Zunahme des nicht injizierenden Drogenkonsums, größerer Zugang von injizierenden Drogenkonsumenten zur Substitutionstherapie oder auch eine Zunahme der gemeinsamen Nadelbenutzung (Emmanuelli, 2003).

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme können auf verschiedene Weise umgesetzt werden: durch niedrigschwellige Drogendienste, Apotheken und allgemeine Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie durch mobile Nadelaustauschstellen (ein entsprechend ausgerüsteter Bus oder aufsuchende Mitarbeiter) und spezielle Automaten. Vor allem in einigen neuen Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Polen, Slowenien) und in Bulgarien, aber auch in Belgien, Irland und im Vereinigten Königreich, spielen aufsuchende Mitarbeiter, die selbst Betroffene sind, eine zunehmend wichtige Rolle bei der Bereitstellung von sterilem Zubehör für Drogenkonsumenten (McVeigh et al., 2003).

Entwicklungen in der Behandlung drogenbedingter Infektionen

Hohe Raten der Infektion durch den Hepatitis C-Virus (HCV) bei Drogenkonsumenten geben zunehmend Anlass zur Besorgnis innerhalb der Gesundheitsfürsorge. Zwischen 60 % und 80 % der an dem Virus Erkrankten erleiden in der Folge eine chronische Infektion, die wiederum in bis zu 20 % der Fälle zu einem Leberleiden im Endstadium führt. Jedoch haben wenige Drogenkonsumenten Zugang zur Hepatitis-C-Behandlung. Ein Briefing zur Drogenpolitik sowie eine wissenschaftliche Monographie zu Hepatitis C, die von der EBDD erstellt wurden, sind online verfügbar (EMCDDA, 2003c; EMCDDA, 2004d)⁽⁹⁹⁾.

Die Situation der Drogenkonsumenten hinsichtlich des Zugangs zur Behandlung des Leberleidens ist in den meisten Ländern verbesserungswürdig. Da Behandlungsleitlinien als wichtiges Instrument im Hinblick auf die Bereitstellung ärztlicher Behandlung angesehen werden, führte die EBDD 2003 eine Analyse der Leitlinien zur Behandlung der HCV-Infektion bei Drogenkonsumenten in den 15 früheren EU-Ländern und in Norwegen in den Jahren 2003 und 2004 durch⁽¹⁰⁰⁾. Im Rahmen der Studie wurde herausgefunden, dass viele Länder dabei sind, die nationalen Leitlinien zu überarbeiten und hierbei verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und erheblich verbesserte Ergebnisse berücksichtigt werden. Einige der neuen Leitliniendokumente bezogen sich ausdrücklich auf Forschungsergebnisse, die die Vorteile für Drogenkonsumenten bei Behandlung durch interdisziplinäre Teams von Hepatologen und Drogenkonsumentenspezialisten belegten.

Eine spezielle Finanzierung muss vom Global Fund zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) bereitgestellt werden, um Patienten in Estland und im Kandidatenland Bulgarien eine antiretrovirale Kombinationstherapie anbieten zu können: Es wird davon ausgegangen, dass in Estland 500 und in Bulgarien 200 Personen eine antiretrovirale Kombinationstherapie erhalten werden (GFATM-Sekretariat, 2004).

Neue Tendenzen bei den Hilfsdiensten

Zu den wichtigsten Tendenzen bei den niedrigschwelligen Diensten für Drogenkonsumenten, die sich ursprünglich auf Nadel- und Spritzenaustauschprogramme konzentriert haben, zählen eine zunehmende Verknüpfung mit anderen überlebenswichtigen Dienstleistungen, wie zum Beispiel Unterkunft-, Gesundheits- und medizinische Dienste sowie die Ausweitung der Öffnungszeiten auf die Abende, Nächte und Wochenenden.

Angesichts der zunehmenden Anzahl von Klienten mit chaotischem Drogenkonsum, die Hilfsdienste eher geringfügig in Anspruch nehmen, versuchen es die niederländischen Drogenhilfsdienste mit „freundlicher“ Überredung, um normalerweise unerreichbare Drogenkonsumenten zur Inanspruchnahme von Betreuung zu bewegen. Diese Vorgehensweise – auch „vermittelnde“ Betreuung („interferential“ care) genannt – bietet

⁽⁹⁸⁾ Siehe Tabelle 7 OL: Preise häufig benutzter Spritzenarten (mit Nadel) in Euro.

⁽⁹⁹⁾ Kasten 4 OL: Schlüsselfragen zu Hepatitis C – Erkenntnisse der drei letzten EBDD-Veröffentlichungen über Hepatitis C.

⁽¹⁰⁰⁾ Analysis of guidelines for the treatment of hepatitis C virus-infection with regard to treatment accessibility for drug users [Analyse der Leitlinien zur Behandlung der HVC-Infektion mit Blick auf die Möglichkeiten des Zugangs zur Behandlung für Drogenkonsumenten].

weitreichende, spezielle Gesundheitsfürsorge für gefährdete Gruppen, die vielfache Probleme haben und trotz ihrer alarmierenden Lage, die ihre Lebensqualität ernsthaft bedroht, Gesundheitsfürsorgedienste nicht regelmäßig in Anspruch nehmen (Roeg et al., 2004).

Der Kontakt zu Drogenkonsumenten und Risikopersonen ist unabdingbare Voraussetzung für die Gesundheitsaufklärung und die Prävention drogenbedingter Gesundheitsschäden. Dies wurde in hohem Maße in der Tschechischen Republik umgesetzt, wo im Jahr 2002 ein dichtes Netz von 93 im ganzen Land verteilten Diensten über 22 000 Drogenkonsumenten erreichte – das ist mehr als die Hälfte der geschätzten problematischen Drogenkonsumenten unter der Allgemeinbevölkerung (tschechischer Nationaler Bericht, 2003, S. 35).

Einige andere Länder sehen die Rolle der niedrigschwelligen Drogenhilfsdienste als Plattform für die medizinische Grundversorgung wie Wund- und Abszessbehandlung. Dies trifft zum Beispiel auf die norwegischen „Pflegestationen vor Ort“ zu. In Finnland führen niedrigschwellige medizinische Dienste, „Gesundheitsberatungszentren“ genannt, erfolgreich Tests und Impfkampagnen durch. Diese Möglichkeit der medizinischen Versorgung ist sogar für die Drogenkonsumenten attraktiv, die sonst schwer zu erreichen sind, und der Kontakt mit dem medizinischen Personal bietet über das Nadel- und Spritzenaustauschprogramm hinaus die Gelegenheit, andere Dienste in Anspruch nehmen zu können wie HIV-Beratung und HIV-Tests, medizinische Versorgung und Drogentherapie (EBDD, 2004a).

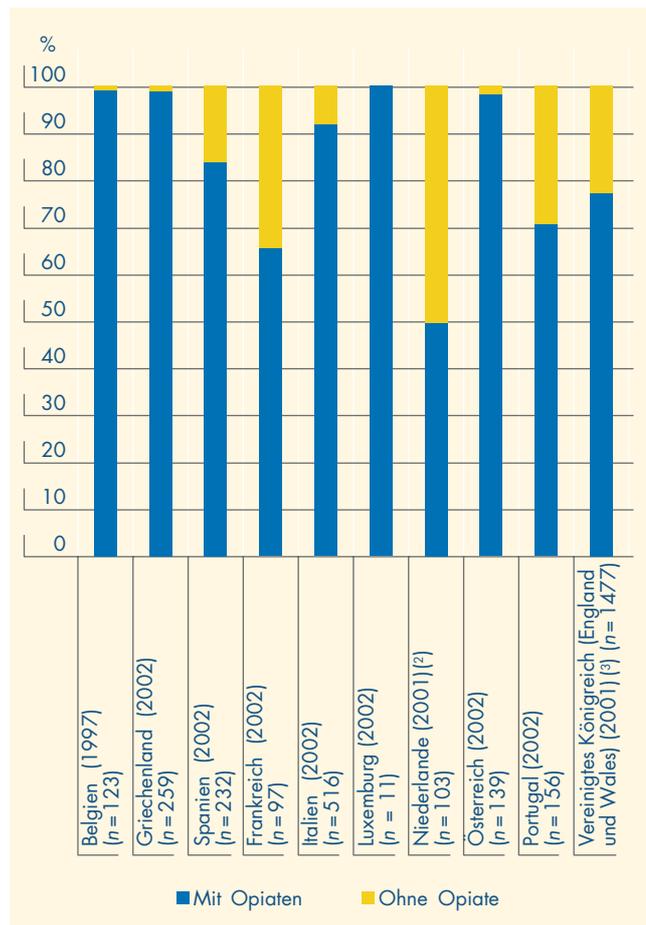
Einen höheren Bedarf an niedrigschwelligen Diensten haben Länder mit „älteren“ Epidemien, wo langjährige injizierende Drogenkonsumenten unter erheblichen gesundheitlichen Problemen leiden und in höherem Maße marginalisiert und sozial ausgegrenzt sind: Das größere Angebot an Diensten spiegelt möglicherweise auch eine zunehmende Abhängigkeit dieser Gruppe von den Diensten wider.

Drogenbedingte Todesfälle ⁽¹⁰¹⁾

Bei den meisten „drogenbedingten Todesfällen“ ⁽¹⁰²⁾, die auf illegale, in der EU gemeldete Substanzen zurückzuführen sind, spielen Opiate eine Rolle, obwohl in zahlreichen Fällen auch andere Substanzen bei der toxikologischen Untersuchung nachgewiesen wurden (Abbildung 16) ⁽¹⁰³⁾.

Zwischen 1995 und 2001 meldeten die EU-Länder jährlich 8 000 bis 9 000 Todesfälle infolge von Überdosierung ⁽¹⁰⁴⁾. Die Zahlen sind als Minimalschätzung anzusehen, da vermutlich in den meisten Ländern nicht alle Fälle erfasst werden. Der Großteil der Todesopfer durch Überdosierung sind Männer (70 bis 93 %) im Alter von Ende 20 bis Ende 30, wobei das Durchschnittsalter zwischen 31 und

Abbildung 16: Anteil der drogenbedingten Todesfälle mit oder ohne Nachweis von Opiaten in einigen EU-Ländern, 2001–2002 ⁽¹⁾



- ⁽¹⁾ Oder das letzte Jahr, für das Informationen vorliegen.
- ⁽²⁾ In den Niederlanden kann die Kategorie „ohne Opiate“ Fälle entweder mit „anderen nicht spezifizierten Suchtstoffen“ oder mit „anderen nicht spezifizierten Psychodysleptika“, d. h. Fälle mit Opiaten und Kokain, enthalten.
- ⁽³⁾ Im Vereinigten Königreich stammen die toxikologischen Informationen aus dem np-SAD (St. George’s Hospital Medical School), die auf Berichte der Gerichtsmediziner zurückgehen. Darunter befinden sich Fälle, in denen mindestens ein Opioid nachgewiesen wurde; es kann einige Überschneidungen geben, so dass der Gesamtanteil möglicherweise niedriger ist.

Anmerkungen: In einigen Ländern implizieren die „nationalen Definitionen“ der drogenbedingten Todesfälle eine begrenzte Anzahl von Todesfällen, die indirekt mit Drogen in Verbindung stehen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder Spezialregistern (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen). Anhand nationaler Definitionen in den methodologischen Anmerkungen „Definition akuter drogenbedingter Todesfälle in den Mitgliedstaaten“. Siehe auch Tabelle 1: Drogenbedingte Todesfälle im *Statistical Bulletin* 2004.

40 Jahren liegt. In den meisten EU-Ländern ist die Tendenz zu beobachten, dass die Opfer älter werden, was auf einen „Alterungseffekt der Kohorten“ ⁽¹⁰⁵⁾ hinweist. In Finnland

⁽¹⁰¹⁾ Einen Überblick über drogenbedingte Todesfälle bietet der Abschnitt „Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität unter Drogenkonsumenten“ im letzten Jahresbericht (EBDD, 2003b).

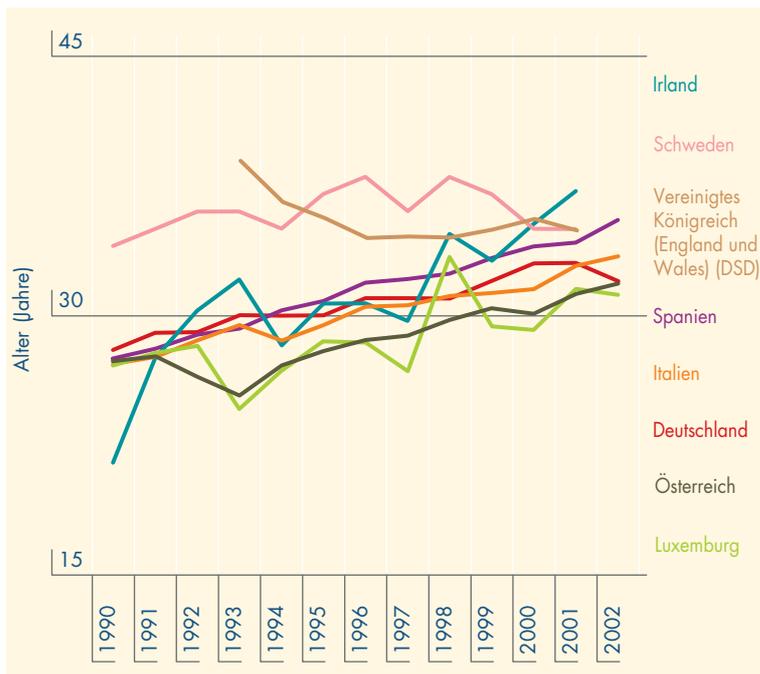
⁽¹⁰²⁾ Siehe methodische Anmerkungen „Drogenbedingte Todesfälle – EBDD-Definition“ im *Statistical Bulletin*. Siehe auch das EBDD-Protokoll über drogenbedingte Todesfälle (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁰³⁾ Siehe Tabelle 1: Drogenbedingte Todesfälle im *Statistical Bulletin* 2004.

⁽¹⁰⁴⁾ Siehe Tabelle 2 und Tabelle 3: Drogenbedingte Todesfälle im *Statistical Bulletin* 2004.

⁽¹⁰⁵⁾ Siehe Abbildung 10 OL: Entwicklung des Anteils der über 35-Jährigen an akuten drogenbedingten Todesfällen in den EU-Ländern von 1990 bis 2001/2002.

Abbildung 17: Durchschnittsalter der Opfer drogenbedingter Todesfälle in einigen EU-Ländern, 1990–2002



Anmerkungen: Die Abbildung zeigt Länder, die das Durchschnittsalter von Drogenopfern in den meisten Jahren der Berichterstattung gemeldet haben. Siehe auch Abbildung 10 OL: Entwicklung des Anteils der über 35-Jährigen an drogenbedingten Todesfällen in EU-Ländern von 1990 bis 2001–2002.

Die Informationen basieren auf nationalen Definitionen, die in den methodischen Anmerkungen „Definition akuter drogenbedingter Todesfälle in den Mitgliedstaaten“ vorgestellt werden. In England und Wales gilt die „Drug Strategy Definition“ (*Statistical Bulletin 2004*).

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder Spezialregistern (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen).

und in geringerem Maße in Griechenland und im Vereinigten Königreich ist diese Tendenz nicht festzustellen. Dieser Befund bedarf der Aufmerksamkeit, da er auf eine erhöhte Inzidenz des injizierenden Drogenkonsums oder des Opiatkonsums in den letzten Jahren hinweist (Abbildung 17).

Es gibt regelmäßige Berichte aus verschiedenen EU-Ländern über drogenbedingte Todesfälle, bei denen Methadon nachgewiesen wurde. Wie alle anderen Opiate ist auch Methadon eine potenziell toxische Substanz, jedoch weisen Forschungen eindeutig nach, dass eine Substitutionstherapie das Risiko eines Todes in Folge 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 Qualitätsstandards für Substitutionsprogramme gewährleistet werden müssen.

Entwicklungstendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen

Die Tendenzen bei drogenbedingten Todesfällen sind von Land zu Land unterschiedlich, obwohl sich einige allgemeine Tendenzen in den EU-Ländern abzeichnen. In den 80er und frühen 90er Jahren wurde ein deutlicher Anstieg der drogenbedingten Todesfälle beobachtet⁽¹⁰⁶⁾. Trotz einer rückläufigen Tendenz in einigen Ländern setzte sich die allgemein steigende Tendenz von 1990 bis 2000 fort, wenn auch in geringerem Tempo. Im Jahr 2000 wurden 8 838 drogenbedingte Todesfälle gemeldet, gegenüber 6 284 im Jahr 1990 (eine Zunahme um 40 %).

Zwischen 2000 und 2001/02 meldeten zahlreiche EU-Länder einen Rückgang der drogenbedingten Todesfälle, der in einigen Ländern (Deutschland, Griechenland, Irland, Italien und Portugal) statistisch signifikant war. Auch in Norwegen berichtete die Polizei von einem bedeutenden Rückgang der drogenbedingten Todesfälle im Jahr 2002. Auf EU-Ebene war zwischen 2000 (8 838 Fälle) und 2001 (8 306 Fälle) ein allgemeiner Rückgang zu beobachten, der eine bescheidene, jedoch statistisch signifikante Reduzierung (6 %) bedeutete (Abbildung 18)⁽¹⁰⁷⁾.

In den neuen Mitgliedstaaten bzw. in den Kandidatenländern ist eine steigende Tendenz bei drogenbedingten Todesfällen zu erwarten. Derzeit ist die Qualität der Informationen über drogenbedingte Todesfälle in einigen dieser Länder noch unzureichend und die beobachteten Entwicklungen sind mit Vorsicht zu interpretieren. In Estland und Slowenien ist eine steigende Tendenz zu beobachten, während in Bulgarien und in der Tschechischen Republik keine Tendenz erkennbar ist.

Trotz günstiger Faktoren wie Rückgang des injizierenden Drogenkonsums bei Opiatkonsumenten in einigen Ländern und größeres Therapieangebot, ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle innerhalb der letzten zwei Jahre nur geringfügig zurückgegangen (in einigen Ländern überhaupt nicht), und die aktuellen Zahlen bleiben langfristig recht hoch.

Allgemeine Mortalitätsrate bei Opiatkonsumenten

Kohortenstudien zur Mortalität zeigen, dass die Mortalität unter Opiatkonsumenten bis zu zwanzig Mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe. Die EBDD koordiniert ein kooperatives Projekt, das Mortalitätskohorten in acht Ländern untersucht; vorläufige Ergebnisse wurden bereits in früheren EBDD-Berichten vorgestellt. Weitere Analysen unter Hinzuziehung französischer und schottischer Kohorten werden durchgeführt. Die Ergebnisse werden voraussichtlich in künftigen Jahresberichten veröffentlicht.

⁽¹⁰⁶⁾ Siehe Abbildung 11 OL: Langjährige EU-weite Tendenz bei akuten Todesfällen, die unmittelbar mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehen (1985–2001).

⁽¹⁰⁷⁾ Siehe auch Abbildung 12 OL: Tendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen in den einzelnen EU-Ländern und in der EU insgesamt, 1985–2001. Weitere Informationen über das Vereinigte Königreich sind ebenfalls in den methodischen Anmerkungen zu den nationalen Definitionen drogenbedingter Todesfälle (*Statistical Bulletin 2004*): „Drug Strategy Definition“ und „Traditional ONS Definition“ enthalten. Die auf der „Drug Strategy Definition“ beruhenden Schätzungen weisen einen engen Bezug zu der Standard European Definition („Selection B“) der EBDD auf.

Abbildung 18: Änderungen in der Anzahl der akuten drogenbedingten Todesfälle – EU und Norwegen, 1990–2001 (indiziert auf 100 für den Durchschnitt über den Zeitraum 1990–2001)



Anmerkungen: Aufgrund der unzureichenden Daten im Jahr 2002 wurde der Index nicht berechnet.

Die Tendenzen in den einzelnen Ländern sind der Tabelle 11 OL und die Daten über die Zahl der Fälle je Land den Tabellen 2 und 3 zu den drogenbedingten Todesfällen (jeweils *Statistical Bulletin 2004*) zu entnehmen.

Im Vereinigten Königreich wurden die Daten des ONS (Office of National Statistics) ausgewählt, da sie einen längeren Zeitraum erfassen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von allgemeinen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Anhand der nationalen Definitionen, die in den „methodischen Anmerkungen zu den nationalen Definitionen akuter drogenbedingter Todesfälle“ (*Statistical Bulletin 2004*) vorgestellt werden.

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Seit Mitte der 90er Jahre ist das Wissen über soziale und individuelle Risikofaktoren, über Risiken drogenbedingter Todesfälle und über die Umstände ihres Auftretens, insbesondere durch tödliche Heroin-Überdosierung (z. B. Best et al., 2001; Origer und Delucci, 2002), angewachsen, und die Forschungsergebnisse zeigen, dass ein beträchtliches Potenzial für medizinische und pädagogische Ansätze zur Reduzierung der Todesfälle besteht. Die Reduzierung der Todesfälle durch Überdosierung, die in letzter Zeit in einigen Ländern (Frankreich, Spanien) zu beobachten war, wird auf eine größere Verbreitung der Substitutionstherapie (z. B. in Frankreich: Nationaler Bericht, 2002, 2003) sowie auf veränderte Applikationsformen [Rückgang des injizierenden Drogenkonsums (EBDD, 2004b)] zurückgeführt.

Die Reduzierung drogenbedingter Todesfälle ist ein europäisches Ziel (EU-Drogenstrategie 2000–2004, Ziel 2), das sich auch in einer wachsenden Zahl nationaler Drogenstrategien der Mitgliedstaaten niederschlägt⁽¹⁰⁸⁾.

Die Verteilung von Informations- und Aufklärungsmaterial über Risiken einer Überdosierung und wie damit umzugehen

ist (Handzettel, Poster, Broschüren oder Videos) an Drogenkonsumenten und in ihrem sozialen Umfeld ist in den meisten alten Mitgliedstaaten gängige Praxis, die jedoch in den neuen Mitgliedstaaten noch nicht allgemein üblich ist. Einige Länder berichteten von weiteren evidenzbasierten Maßnahmen, wie Peer-Interventionen in drogenbedingten Notfällen, und die an Drogenkonsumenten gerichtete Aufforderung, einen Notarzt zu rufen, wenn sie Zeugen einer Überdosierung geworden sind; dennoch liegen keine systematischen Erkenntnisse über den Verbreitungsgrad solcher Maßnahmen vor. Die Verteilung von Opiatantagonisten (Naloxon) an Drogenkonsumenten ist eine der getroffenen Maßnahmen oder wird in einigen Ländern in Erwägung gezogen, um die durch eine Überdosierung bedingten Todesfälle zu verringern⁽¹⁰⁹⁾ (EBDD, 2003a).

In einer Reihe von Ländern gibt es überwachte Drogenkonsumräume für Drogenkonsumenten aus der offenen Drogenszene, bei denen das Risiko einer Überdosierung besonders hoch ist. Solche Dienste sind in Deutschland, Spanien und in den Niederlanden vorhanden, und in Luxemburg, Slowenien und Norwegen im Aufbau begriffen. Sind diese Räume in ausreichendem Maße vorhanden, können sie zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in den Städten beitragen.

Ein Projekt, das in Notaufnahmen in Österreich durchgeführt wird, richtet sich an Drogenkonsumenten, die häufig eine Überdosierung konsumieren⁽¹¹⁰⁾.

Drogenkonsumräume

In 39 europäischen Städten gibt es so genannte „Drogenkonsumräume“; das sind Einrichtungen, in denen Drogenkonsumenten unter hygienischen Bedingungen und unter Betreuung durch qualifiziertes Personal Drogen konsumieren können, ohne der Angst einer Verhaftung ausgesetzt zu sein. Der *European report on drug consumption rooms* (EBDD, 2004a) erläutert, was Konsumräume sind, wie und weshalb es zu ihrer Einrichtung kam, welche Zielgruppen angesprochen werden sollen, welche Zielsetzung mit den Räumen verfolgt wird und wie sie funktionieren; darüber hinaus fasst der Bericht die entsprechenden Erkenntnisse zusammen.

Drogenkonsumräume sind hoch spezialisierte Hilfsdienste im Rahmen eines umfassenderen Netzwerks von Hilfsdiensten für Drogenkonsumenten und auf der Grundlage von Konsens und aktiver Zusammenarbeit zwischen dem Betreuungspersonal, der Polizei, den lokalen Behörden und Gemeinden aufgebaut. Der Bericht zeigt, dass sie erfolgreich Kontakte mit besonderen Problemgruppen von Drogenkonsumenten herstellen und den Zugang letzterer zur dringend benötigten medizinischen Primärversorgung sowie zu sozialen Hilfs- und Betreuungsdiensten fördern. Dank des Zugangs zu sauberem Spritzzubehör und zu einer beaufsichtigten Umgebung für den Drogenkonsum werden die Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken sowie die drogenbedingte Erregung öffentlichen Ärgernisses gemindert.

⁽¹⁰⁸⁾ Siehe Tabelle 8 OL: Strategien und ausgewählte Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in den 25 EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen.

⁽¹⁰⁹⁾ Ibid.

⁽¹¹⁰⁾ Siehe österreichische Kontaktadresse für das EDDRA-Projekt in der EDDRA-Datenbank (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 7

Behandlung – Hilfe für Drogenkonsumenten

Ein Großteil der Personen mit Drogenproblemen wird von der Kontaktaufnahme mit einem Behandlungsdienst profitieren. Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der Europäischen Gemeinschaft spiegeln sowohl die nationalen und historischen Gegebenheiten als auch die unterschiedlichen Merkmale der Hilfebedürftigen wider. Sie werden in diesem Kapitel zusammengefasst. Das Angebot an Behandlungsdiensten variiert zwischen den Ländern und ist in den neuen Mitgliedstaaten im Allgemeinen noch unzureichend. Insgesamt scheint dieser Bereich jedoch weiter ausgebaut zu werden, wodurch sich die Behandlungsmöglichkeiten für Personen mit Drogenproblemen verbessern werden.

Neu auf diesem Gebiet ist der Einsatz neuer technischer Kommunikationsmöglichkeiten, wie des Internets, um die Dienste für Drogenkonsumenten zu erweitern. Das Internet spielt bei der Förderung des illegalen Drogenkonsums eine zentrale Rolle. Eine positive Entwicklung ist daher, dass einige Länder, wie die Niederlande und Finnland, Maßnahmen ergriffen haben, um das Potenzial dieses Mediums zur Verbesserung der Informationsverbreitung und des Zugangs zu Hilfsmöglichkeiten zu nutzen. Zu diesen Maßnahmen gehören direkte Kommunikationswege per E-Mail und Handy sowie Untersuchungen darüber, wie Drogenkonsumenten von Online-Beratungsdiensten und SMS (Text)-Services profitieren können.

EU-weit ist zu beobachten, dass Therapien im Zusammenhang mit Drogen nicht mehr in erster Linie in Krankenhäusern, sondern in Behandlungszentren in Gemeinschaftssettings stattfinden. Allerdings ist diese Entwicklung in den neuen Mitgliedstaaten, in denen die Behandlung auch weiterhin vor allem in psychiatrischen Kliniken erfolgt (Estland, Lettland, Litauen und Slowenien), weniger stark ausgeprägt; dies kann sich jedoch ändern, wie beispielsweise in der Tschechischen Republik, wo Drogenkonsumenten sowohl in Krankenhäusern als auch in kommunalen Behandlungszentren betreut werden.

Merkmale der Behandlungsdienste

Abstinenzorientierte Behandlung

Die Behandlung ohne pharmakologische Substitution wendet psychosoziale und pädagogische Methoden an, um eine langfristige Abstinenz von Drogen zu erreichen.

Traditionell erfolgt die abstinenzorientierte Behandlung in Form des betreuten Wohnens bzw. langfristig beispielsweise in therapeutischen Gemeinschaften. Heutzutage findet die Behandlung häufig auf der Ebene von Gemeinschaften statt. Zur Linderung von Entzugserscheinungen können Medikamente verabreicht werden. Dies beschränkt sich im Allgemeinen auf Antidepressiva und/oder Benzodiazepine, obwohl diese Arzneimittel nicht in allen therapeutischen Gemeinschaften zur Verfügung stehen ⁽¹¹¹⁾.

Da die medikamentengestützte Behandlung in der Regel nur für Opioid-Konsumenten vorgesehen ist, ist die abstinenzorientierte Behandlung generell die einzige Therapieform für Personen mit Problemen, die nicht auf den Konsum von Opioiden zurückzuführen sind.

Medikamentengestützte Behandlung

Die medikamentengestützte Drogenbehandlung umfasst die Substitutionstherapie sowohl mit Agonisten als auch mit Antagonisten. Bei dieser Form der pharmakologischen Intervention wird gewöhnlich Naltrexon (ein Antagonist) oder einer der Opioid-Agonisten wie Methadon, Buprenorphin, Dihydrocodein (Heroin) sowie langwirksames Morphin eingesetzt.

Methadon ist nach wie vor die am häufigsten verschriebene Substitutionssubstanz in der erweiterten EU. Allerdings haben die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren zugenommen. Im Jahr 2002 berichteten alle früheren Mitgliedstaaten, mit Ausnahme der Niederlande und Irland (wo es lediglich für den Entzug verwendet wird) ⁽¹¹²⁾ über die Verwendung von Buprenorphin. Andere Substitutionssubstanzen wie Dihydrocodein (Belgien, Deutschland, Luxemburg und Österreich), langwirksames Morphin (Österreich) und Heroin (Deutschland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich) werden weniger häufig oder als Teil eines medizinischen Versuchs eingesetzt (Springer, 2003a) ⁽¹¹³⁾.

Betrachtet man die absoluten Zahlen, so stellt die Substitutionsbehandlung mit über 400 000 Personen, die eine solche Behandlung erhielten, die am häufigsten eingesetzte Form spezialisierter Drogenbehandlung für Opiatkonsumenten in der EU dar. Mit Ausnahme von Slowenien ist diese Interventionsform in den neuen Mitgliedstaaten der EU, in denen die abstinenzorientierte Behandlung dominiert, weit weniger verbreitet. ⁽¹¹⁴⁾.

⁽¹¹¹⁾ Siehe Abbildung 13 OL: Stationäre abstinenzorientierte Behandlungsmethoden.

⁽¹¹²⁾ In Irland wird Buprenorphin ausschließlich zur Behandlung von Entzugserscheinungen verwendet.

⁽¹¹³⁾ Siehe Tabelle 9 OL: Eingesetzte Substitutionssubstanzen in den EU-Mitgliedstaaten.

⁽¹¹⁴⁾ Siehe Abbildung 14 OL: Substitutionsbehandlung oder überwiegend abstinenzorientierte Behandlung für den Opiatkonsum.

Zugang zur Substitutionsbehandlung und Zulassungskriterien

Der Trend zu weniger restriktiven Zulassungskriterien für die Substitutionsbehandlung hält an. Historisch gesehen waren Zulassungskriterien oft sehr selektiv und reduzierten diese Art der Behandlung insbesondere auf Personen mit chronischen Problemen. Der Zugang zur Substitutionsbehandlung beschränkt sich heute in der Regel auf 18-Jährige oder Ältere, die bereits auf einen ein- bis zweijährigen problematischen Drogenkonsum zurückblicken (z. B. Belgien, Irland und die Niederlande). Die meisten neuen Mitgliedstaaten berichten über höhere Schwellen, wie beispielsweise ein Mindestalter von 20 Jahren und ein problematischer Drogenkonsum von mindestens fünf Jahren (z. B. Estland und Lettland). Slowenien dagegen sieht die Substitutionsbehandlung für Drogenkonsumenten ab 16 Jahren vor. Relativ strenge einschließende Kriterien werden auch in Griechenland, Finnland, Schweden und Norwegen zugrunde gelegt. Dort liegt das Mindestalter für Behandlungen bei 20 bis 25 Jahren und Voraussetzung ist ein problematischer Drogenkonsum von vier bis fünf Jahren.

Obwohl der Zugang zur Substitutionsbehandlung erleichtert wurde, berichten einige Länder, dass die Nachfrage noch immer größer ist als der Bedarf, und in Belgien, in der Tschechischen Republik, in Griechenland, Estland, Ungarn, Irland, Schweden und Norwegen gibt es Wartelisten. Der Zugang kann auch durch die Organisationsweise der Drogenhilfsdienste beschränkt werden; in Litauen müssen Patienten beispielsweise ihre Medikamente bezahlen, was zu einer geringeren Inanspruchnahme der Hilfsdienste führt.

Einführung der Substitutionsbehandlung

Was den Beginn der Substitutionsbehandlung betrifft, so bestehen zwischen den Mitgliedstaaten beträchtliche Unterschiede. Einige Mitgliedstaaten führten bereits in den späten 60er und frühen 70er Jahren methadongestützte Substitutionsprogramme ein, während andere Länder (Belgien, Griechenland, Frankreich und Norwegen) diese Behandlungsform erst in den 90er Jahren in breitem Umfang anwandten. In den meisten neuen Mitgliedstaaten stellt die Substitutionsbehandlung eine relativ neue Entwicklung dar. Der Großteil dieser Länder begann in den 90er Jahren mit der Substitutionstherapie, während Estland sein erstes Programm erst im Jahr 2001 startete. Slowenien bildet eine Ausnahme, da es bereits im Jahr 1990 Substitutionsprogramme eingeführt hat ⁽¹¹⁵⁾.

Psychosoziale Unterstützung bei der Substitutionsbehandlung

Obwohl weitgehend anerkannt ist, dass die Substitutionsbehandlung von psychosozialer Unterstützung begleitet werden sollte, ist dies bei weitem noch nicht routinemäßiger Bestandteil der Behandlung. In der Tschechischen Republik, in Deutschland und in den

Niederlanden ist eine angemessene psychosoziale Unterstützung durch den Mangel an Ressourcen begrenzt. Obwohl in Norwegen jedem Patienten in Substitutionsbehandlung theoretisch ein sozialer Berater zur Verfügung stehen sollte, sind dafür in der Praxis nicht immer genügend Kapazitäten vorhanden. Einer dänischen Studie zufolge greifen Methadonpatienten, die keine psychosoziale Unterstützung erhalten, deutlich häufiger zu einer Sekundärdrugs als solche, die diese Unterstützung erfahren. In weiteren Forschungsarbeiten wird derzeit untersucht, ob durch eine Ausweitung der psychosozialen Unterstützung Behandlungsergebnisse verbessert werden können (Pedersen, 2001). Das Irish College of General Practitioners sprach sich für evidenzbasierte Richtlinien zur Substitutionsbehandlung (2003) aus und wies auf die Notwendigkeit einer psychosozialen Komponente hin.

Der Nutzen der psychosozialen Unterstützung hängt jedoch auch von der Einstellung der Patienten zu dieser Therapieform ab. Aus Griechenland wird berichtet, dass Patienten in Methadonprogrammen häufiger eine psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen, während in Lettland nur wenige Patienten in eine solche Behandlungsform einwilligen.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung einer Behandlung kann als der systematische Versuch definiert werden, die Qualität der Dienstleistungen zu überwachen, zu dokumentieren und zu verbessern. Generell werden fünf Mechanismen der Qualitätssicherung innerhalb der EU anerkannt: Akkreditierung der Behandlungsdienste, Qualitätsstandards für Behandlungen, Schulung der Mitarbeiter, Überwachung der Patienten und der Resultate sowie Evaluierung der Haltequoten, der Ergebnisse, der Zufriedenheit der Patienten, der Entlassungen usw. (Abbildung 19).

Zu den neuen Entwicklungen in der Qualitätssicherung der Drogenbehandlungsdienste gehören ihre Aufnahme in nationale Drogenstrategien (Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland und Schweden) und die Aufstellung von Mindestanforderungen für diese Dienste (Belgien, Tschechische Republik, Deutschland, die Niederlande, Polen, Slowenien und das Vereinigte Königreich). Die Akkreditierung von Behandlungsdiensten zählt in einigen Ländern (in Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Luxemburg, in den Niederlanden, Polen, Portugal und im Vereinigten Königreich) zu den Mechanismen der Qualitätssicherung, obwohl einige Länder (die Tschechische Republik und die Niederlande) angeben, dass es noch der weiteren Umsetzung bedarf. Zwar berichten viele Länder über zunehmende Schulungen der Mitarbeiter, jedoch werden das tatsächliche Ausmaß und die Themen nicht immer systematisch überwacht. Eine systematische, umfangreiche Evaluierung der Drogenbehandlungsdienste ist relativ selten und wird lediglich aus Dänemark, Italien, Lettland, Luxemburg, Polen, dem Vereinigten Königreich und Norwegen gemeldet.

⁽¹¹⁵⁾ Siehe Abbildung 15 OL: Einführung der Methadonbehandlung in der EU.

Soziale Reintegration

Die drei „Eckpfeiler“ der sozialen Reintegration sind: 1. Wohnung; 2. Bildung und 3. Beschäftigung und berufliche Ausbildung. Die Wohnung ist eine Voraussetzung für ein stabiles Leben, und Maßnahmen sehen die Bereitstellung einer Wohnung und/oder Mietzuschüsse für Drogenkonsumenten (ehemalige oder derzeitige) vor. Die meisten Drogenkonsumenten verfügen nur über eine sehr geringe formale Bildung und würden von einer Verbesserung ihrer Lese-, Schreib-, Rechen- und sonstigen Fähigkeiten profitieren. Beschäftigungs- und berufliche Ausbildungsmaßnahmen zielen auf die soziale Unabhängigkeit ab, indem die Personen durch Zuweisung einer Stelle oder sogar durch Subventionierung eines Arbeitsplatzes sowie durch spezifische Ausbildungsmaßnahmen in den Arbeitsmarkt integriert werden.

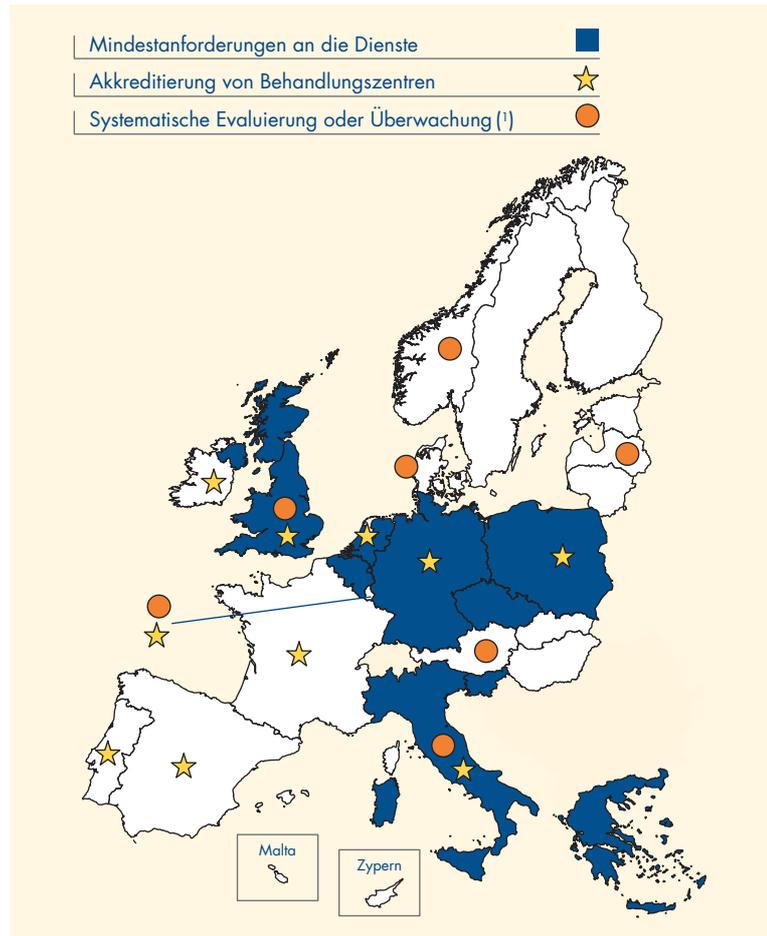
Die soziale Reintegration ist im Vergleich zur Behandlung eine weniger stark verbreitete Maßnahme zur Bekämpfung des problematischen Drogenkonsums, und daher sind die Beobachtungen und Ermittlungen in diesem Bereich lückenhafter. Einige Mitgliedstaaten berichten, dass dieser Bereich größere Aufmerksamkeit und finanzielle Unterstützung erfordert (Deutschland, Estland und Finnland). In manchen Ländern erhält die soziale Reintegration durch ihre Aufnahme in nationale Drogenstrategien und in Form von finanzieller Unterstützung zunehmend politische Aufmerksamkeit (Griechenland, Irland, England und Wales) ⁽¹¹⁶⁾.

Daten zur 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) 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 Vorsicht geboten, die Ergebnisse auf die Klienten der anderen Hilfsdienste zu extrapolieren.

Die neuesten TDI-Daten und nationalen Berichte zeigen, dass der in den letzten Jahren zu beobachtende Trend einer Zunahme der sich in Behandlung begebenden Personen weiter anhält. Obwohl die Behandlungszahlen insgesamt gestiegen sind, scheint die Anzahl neuer Behandlungsnachfragen, das heißt der Personen, die zum ersten Mal eine Behandlung beantragen, konstant zu

Abbildung 19: Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung



(1) Zentrales Register bzw. zentrale Datenbank, die Patienten und/oder Behandlungseinrichtungen erfasst.
Quelle: Nationale Reitox-Berichte.

bleiben ⁽¹¹⁷⁾. Die Zunahme des allgemeinen Bedarfs lässt sich anhand mehrerer Faktoren erklären, wie insbesondere die Verbesserung des Meldesystems und des Angebots an Behandlungsmöglichkeiten ⁽¹¹⁸⁾.

Merkmale der Personen, die eine Drogenbehandlung beantragen

Drogenhilfsdienste und deren Klienten konzentrieren sich eher auf städtische und innerstädtische Gebiete, wo Drogenprobleme im Zusammenhang mit einer Reihe anderer gesundheitlicher und sozialer Probleme auftreten, die in Randgruppen und benachteiligten Gemeinden stärker verbreitet sind.

Die meisten Klienten, die sich in spezialisierte Drogenbehandlung begeben, gehören zur Altersgruppe der 20- bis Anfang-30-Jährigen, wobei das Durchschnittsalter der Erstpazienten 26 Jahre beträgt. Die in der europäischen Datenreihe beobachtete Altersverteilung ist jedoch nicht

⁽¹¹⁶⁾ Siehe Abbildung 16 OL: Überblick über soziale Reintegrationsmaßnahmen.

⁽¹¹⁷⁾ Siehe Abbildung 17 OL: Erstpazienten in Behandlung in einigen EU-Ländern.

⁽¹¹⁸⁾ Siehe Tabelle 1 TDI und Tabelle 2 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

gleichmäßig, und bei Personen über 39 und unter 20 Jahren sind die höchsten Zahlen zu verzeichnen. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die Altersverteilung die Tatsache widerspiegelt, dass Opiat- oder Kokainkonsumenten gewöhnlich älter sind als der Durchschnitt, während die Personen, die sich aufgrund ihres Konsums von Cannabis oder anderen stimulierenden Drogen als Kokain in Behandlung begeben, in der Regel jünger sind⁽¹¹⁹⁾. In Ländern wie Dänemark, Deutschland und Finnland, die einen deutlichen Anstieg der wegen Cannabisproblemen überwiesenen Personen verzeichneten, sind die Klienten gewöhnlich jünger als in Ländern wie Griechenland, Spanien und den Niederlanden, in denen Heroin- oder Kokainprobleme dominieren. Die historische Entwicklung der Drogenpopulation spielt ebenfalls eine Rolle bei der Altersbestimmung der sich in Behandlung begebenden Drogenpatienten; in Finnland sind die Klienten beispielsweise relativ jung, was Ausdruck dafür ist, dass die Drogenproblematik in diesem Land verhältnismäßig neu ist. Ähnliche Ergebnisse sind für viele neue Mitgliedstaaten zu erwarten, in denen Drogenprobleme oft ein relativ neues historisches Phänomen darstellen, wobei es vor allem Personen mit Heroinproblemen sind, die Drogenbehandlungsdienste aufsuchen⁽¹²⁰⁾.

Obwohl die männlichen Drogenkonsumenten in allen europäischen Ländern überwiegen, ist das Verhältnis Männer zu Frauen in den Ländern sehr unterschiedlich und schwankt zwischen 3:1 und 6:1. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind hier ebenfalls auf die Art des Drogenproblems, die Region (nordeuropäische Länder und die neuen Mitgliedstaaten weisen den höchsten Anteil an weiblichen Drogenkonsumenten auf) und das Alter der Konsumenten zurückzuführen.

Interessant hierbei ist, dass die meisten Personen, die aufgrund ihrer Probleme mit Heroin, Kokain, Hypnotika oder Sedativa eine Behandlung beantragen, diese Drogen täglich konsumieren, während die Konsumhäufigkeit bei anderen Drogen heterogener ist. Im ausgewählten Thema Cannabisprobleme im Kontext (S. 82) wird dies ausführlicher behandelt.

Die meisten in Behandlung stehenden Personen geben an, als Jugendliche – in der Regel im Alter zwischen 15 und 19 Jahren – zum ersten Mal Drogen genommen zu haben. Die Zahlen für den Erstkonsum von Heroin und Kokain fallen allerdings sehr unterschiedlich aus, da zwei 20 bis 30 % der Personen im Alter von 25 Jahren oder darüber das erste Mal diese Drogen konsumieren⁽¹²¹⁾.

Sozialdemografie

Demografische Informationen lassen vermuten, dass die sich in Behandlung begebenden Personen sozial und wirtschaftlich benachteiligt sind. Über die Hälfte der

Klienten erreicht keinen Sekundarschulabschluss⁽¹²²⁾. Der Anteil der Personen, die keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgehen, ist im Vergleich zur allgemeinen Arbeitslosenquote hoch: In einigen Ländern ist über die Hälfte der in Behandlung stehenden Drogenkonsumenten arbeitslos⁽¹²³⁾. Die Wohnbedingungen sind oft prekär; ca. 15 % aller in Behandlung stehenden Personen sind in sozialen Einrichtungen untergebracht oder leben in unsicheren Wohnverhältnissen⁽¹²⁴⁾. Des Weiteren sollte darauf hingewiesen werden, dass Wohnungslosigkeit dafür verantwortlich sein kann, dass Personen Behandlungsmöglichkeiten nicht wahrnehmen können und die Drogenprobleme und deren Folgen dadurch verschlimmert werden (EBDD, 2003b, S. 65).

Von den Klienten in stabilen Wohnverhältnissen lebt ein Drittel allein, ein Drittel mit den Eltern und ein Drittel mit einem Partner/einer Partnerin oder mit anderen Personen. Über 10 % leben mit Kindern; aus Beobachtungen geht hervor, dass Kinder von Drogenkonsumenten mit zahlreichen Schwierigkeiten konfrontiert sind. Für Personen mit Drogenproblemen stellt die Elternschaft eine besonders große Herausforderung dar (Murphy-Lawless, 2002).

Konsumierte Drogen

Im Indikator Behandlungsnachfrage (TDI) sind sowohl die Primärdrogen, aufgrund derer die Behandlung aufgenommen wurde, als auch eventuelle Sekundärdrogen erfasst. Die drei Substanzen, die am häufigsten als Hauptgrund für die Beantragung der Behandlung oder als Sekundärdroge angegeben wurden, sind Opiate, Kokain und Cannabis (Abbildung 20).

Es ist schwierig, sich ein genaues Bild von den Drogen zu machen, die den Einzelnen zur Aufnahme einer Behandlung veranlassen. Erschwert wird dies noch dadurch, dass Drogenkonsumenten gewöhnlich mehrere psychoaktive Substanzen einnehmen. Oft ist es nahezu unmöglich festzustellen, inwieweit die Probleme des Einzelnen auf eine bestimmte Substanz zurückzuführen sind. In allen Ländern ist der *polyvalente Drogenkonsum* unter den in Behandlung stehenden Patienten verbreitet, und zwischen 40 und 80 % aller Patienten berichten über den Konsum mindestens einer zusätzlichen Sekundärdroge. Der multiple Substanzgebrauch ist weit verbreitet, und oft wird die Behandlung durch Alkoholprobleme noch erschwert. Besorgnis erregend ist, dass in vielen Ländern die Zahl der Personen, die Probleme mit multiplen Substanzen haben, zunimmt.

Opiate

In den meisten Ländern sind Opiate (vor allem Heroin) nach wie vor die Hauptdroge aller sich in Behandlung begebenden Klienten und machen 40 bis 90 % aller

⁽¹¹⁹⁾ Siehe Tabelle 5 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹²⁰⁾ Siehe Tabelle 4 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

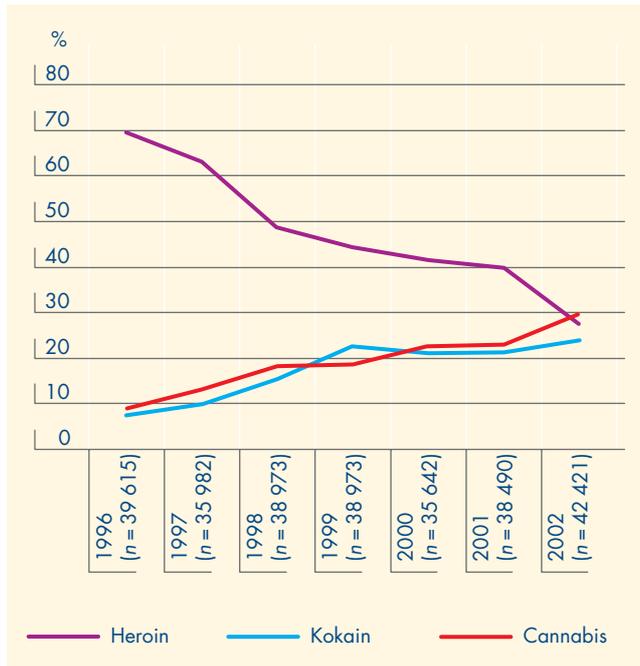
⁽¹²¹⁾ Siehe Abbildung 18 OL: Alter beim Erstkonsum, nach Hauptdroge und Tabelle 5 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹²²⁾ Siehe Abbildung 19 OL: Alle Klienten nach Bildungsstand und Tabelle 6 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹²³⁾ Siehe Abbildung 20 OL: Alle Klienten nach Arbeitsstatus und Tabelle 7 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹²⁴⁾ Siehe Abbildung 21 OL: Örtliche und soziale Lebensbedingungen aller Klienten.

Abbildung 20: Anteil der Erstpazienten, die die Dienste der Drogenbehandlung nutzen und als Primärdroge Heroin, Kokain und Cannabis angeben, 1996–2002



Anmerkungen: Länder, die jedes Jahr Daten liefern: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI und SE (ausgenommen FI, wo keine Daten für 1996/97, und SE, wo keine Daten für 2000 vorliegen). Die Zahlen der teilnehmenden Länder werden für jedes Jahr summiert. Quelle: Nationale Reitox-Berichte 2003.

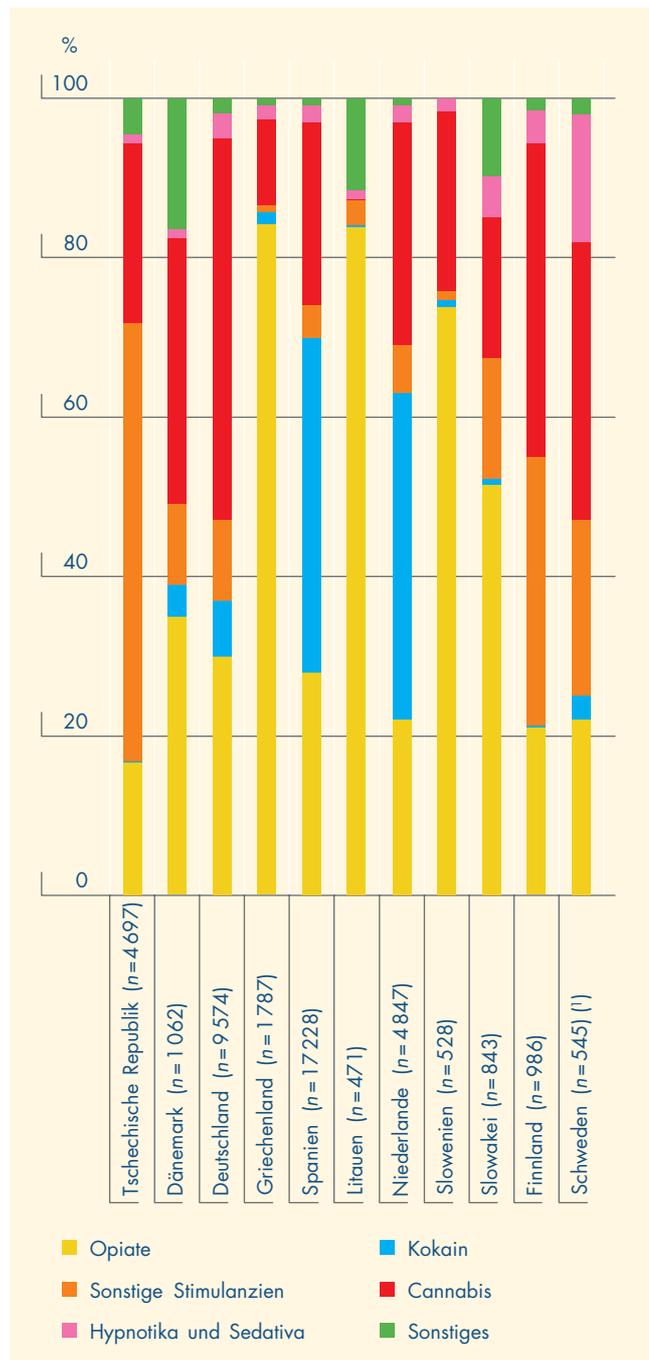
Behandlungsnachfragen aus. Die EU-Länder lassen sich grob in drei Gruppen unterteilen, je nach Größe der sich in Behandlung begebenden Drogenkonsumenten mit Heroinproblemen:

- unter 40 % – Tschechische Republik, Ungarn, Finnland und Schweden;
- 40 bis 70 % – Dänemark, Deutschland, Spanien, die Niederlande und die Slowakei;
- über 70 % – Griechenland, Italien, Litauen, Luxemburg, Slowenien und das Vereinigte Königreich.

Cannabis

In den Berichten über die Drogenkonsumenten, die eine Behandlung aufgenommen haben, ist Cannabis die insgesamt am zweithäufigsten genannte Droge. Dies trifft insbesondere auf neue Klienten zu (Abbildung 21), von denen nahezu ein Drittel (29,5 %) überwiegend Cannabisprobleme hat. Der Anteil der Personen, die sich wegen Cannabisabhängigkeit in Behandlung begeben, weist zwischen den einzelnen Ländern große Schwankungen auf ⁽¹²⁵⁾. Die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit wird an anderer Stelle (S. 82) in diesem Bericht ausführlich erörtert.

Abbildung 21: Erstpazienten, die sich 2002 in Drogenbehandlung begeben haben: nach verschiedenen Primärdrogen



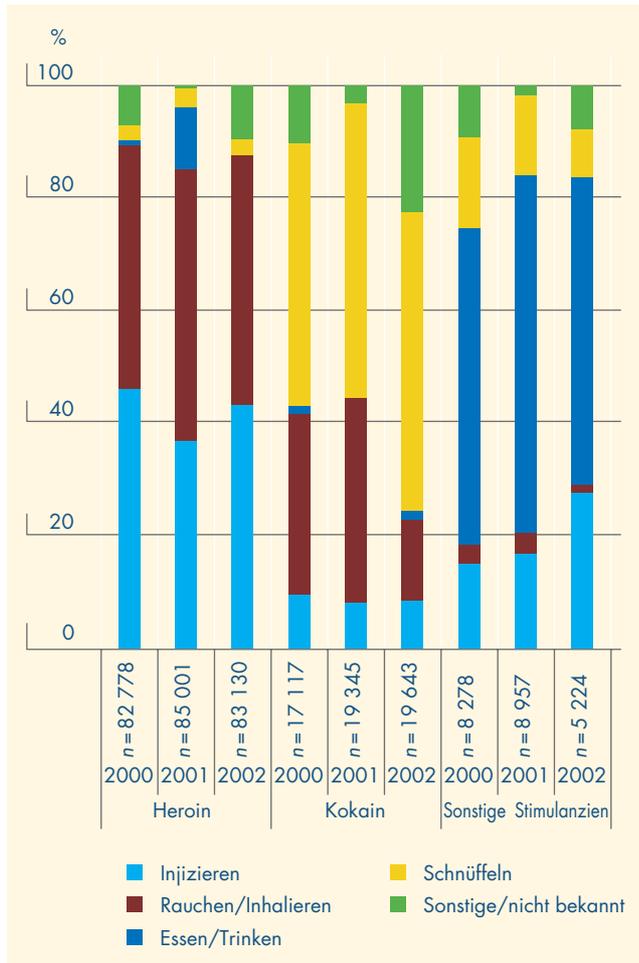
Anmerkungen: Fälle insgesamt: 42 568. (!) Nur ambulante Behandlung. Quelle: Nationale Reitox-Berichte 2003.

Kokain

Kokain wird von den Personen, die das erste Mal eine Behandlung beantragen, am dritthäufigsten genannt, doch gibt es zwischen den Ländern deutliche Unterschiede. In den neuen Mitgliedstaaten ist die Behandlungsnachfrage

⁽¹²⁵⁾ Siehe Tabelle 10 TDI und Tabelle 11 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

Abbildung 22: Aufschlüsselung der Applikationsform für Heroin, Kokain und andere Stimulanzien nach Patienten in ambulanter Behandlung: 2000–2002



wegen Kokainabhängigkeit beispielsweise außerordentlich gering oder überhaupt nicht vorhanden. In fast allen anderen Ländern ist Kokain als Primärdroge für weniger als 10 % aller Behandlungsnachfragen verantwortlich, obwohl der Prozentsatz unter neuen Klienten mit ca. 25 % höher ist.

Weniger als 8 % der Klienten, die aufgrund von Kokainkonsum eine Behandlung beantragen, gaben den injizierenden Drogenkonsum als die häufigste Applikationsform an.

Andere Stimulanzien

Andere Stimulanzien als Kokain werden seltener als Hauptgrund für die Aufnahme einer Drogenbehandlung angegeben, mit Ausnahme der Tschechischen Republik, Finnlands und Schwedens, wo diese zwischen einem Viertel und über die Hälfte aller primären Behandlungsnachfragen ausmachen. In der Tschechischen Republik sind über 50 % aller gemeldeten Therapienachfragen auf ein primäres Methamphetaminproblem zurückzuführen. In anderen Ländern wird eine Behandlung wegen des Konsums von stimulierenden Drogen weniger häufig aufgenommen, jedoch immerhin von nahezu 10 % der Klienten in der Slowakei, 7 % in Deutschland, 6 % in Dänemark und 5 % in Ungarn. In allen anderen Ländern ist der Prozentsatz sogar noch geringer. Daten aus dem Jahr 2002 ergaben auch eine Zunahme der Zahl der Stimulanzienkonsumenten von 14 % im Jahr 2000 auf 27 % im Jahr 2002, obwohl diese Gruppe, was die absoluten Zahlen betrifft, nach wie vor relativ klein ist (Abbildung 22).

Anmerkungen: Aus folgenden Ländern liegen Daten vor: DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE und UK (aus Irland lagen keine Daten für 2002 vor). Die Basiszahlen der Gesamtzahl jener, die Applikationsformen nennen, sind angegeben.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2001, 2002, 2003); TDI-Daten (2000, 2001, 2002) aus ambulanten Behandlungszentren.



Kapitel 8

Kriminalität und Strafvollzug

Drogenbedingte Kriminalität

Die drogenbedingte Kriminalität lässt sich in vier Kategorien unterteilen:

- *psychopharmakologisch-bedingte Straftaten*: Straftaten, die unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen begangen werden;
- *Straftaten aus wirtschaftlichen Gründen*: Straftaten, mit denen Geld (oder Drogen) für die Suchtbefriedigung beschafft wird;
- *systembedingte Straftaten*: Straftaten, die im Rahmen illegaler Drogenmärkte begangen werden und im Zusammenhang mit dem illegalen Drogenhandel stehen;
- *Verstöße gegen Drogengesetze*: Straftaten, die gegen die Drogengesetzgebung (und andere Gesetze) verstoßen.

Zu den ersten drei Kategorien von Straftaten sind in der EU kaum Daten vorhanden, und die wenigen vorhandenen Daten stammen aus lokalen Ad-hoc-Studien, die in der Regel nicht routinemäßig durchgeführt werden und für Extrapolationen ungeeignet sind.

„Berichte“⁽¹²⁶⁾ über Drogendelikte (Konsum, Besitz, Handel, Schmuggel usw.) machen die Unterschiede in der nationalen Gesetzgebung sowie bei der Strafverfolgung und der Anwendung der Gesetze deutlich und geben Aufschluss über die Prioritäten und die von den Strafvollzugsbehörden zur Verfolgung bestimmter Straftaten zugewiesenen 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 ist es kaum möglich, Vergleiche zwischen den EU-Ländern anzustellen.

Im Zeitraum 1997–2002 hat sich die Anzahl der „Berichte“ über Drogendelikte in den meisten EU-Ländern erhöht. Ein besonders hoher Anstieg (um das Zweifache oder darüber) war in der Tschechischen Republik, in Estland, Litauen, Ungarn, Polen, Slowenien und Norwegen zu verzeichnen. Ein Rückgang der „Berichte“ über Drogendelikte wurde jedoch in Italien und Portugal⁽¹²⁷⁾ in den Jahren 2001 und 2002 und in Estland⁽¹²⁸⁾, Irland, Lettland, Slowenien und Finnland im Jahr 2002 beobachtet.

In den meisten EU-Mitgliedstaaten bezieht sich die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte auf Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch⁽¹²⁹⁾ – dieser Anteil bewegt sich zwischen 52 % aller Drogendelikte in Finnland und 90 % in Österreich. In der Tschechischen Republik beziehen sich 90 % der gemeldeten Drogendelikte auf den Drogenhandel oder Drogenschmuggel, während sich in Italien und Spanien, wo Drogenkonsum und Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch nicht als Straftat gelten, alle Drogendelikte auf den Drogenhandel oder Drogenschmuggel beziehen. In Luxemburg, Portugal und Norwegen⁽¹³⁰⁾ betrifft die Mehrzahl der Delikte sowohl den Drogenkonsum bzw. -handel als auch den Drogenschmuggel.

In allen Ländern, für die Daten vorliegen, ist – mit Ausnahme von Portugal – der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch an den Drogendelikten insgesamt im Fünfjahreszeitraum von 1997 bis 2002 gestiegen⁽¹³¹⁾. 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 entkriminalisiert wurden (im Juli 2001)⁽¹³²⁾.

⁽¹²⁶⁾ 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 methodischen Anmerkungen zur Definition des Begriffs „Berichte“ über Drogendelikte aus dem *Statistical Bulletin 2004* zu entnehmen. (In den Jahresberichten bis zum Jahr 2001 wurde der Begriff „Festnahmen“ verwendet.)

⁽¹²⁷⁾ Der Rückgang der „Berichte“ über Drogendelikte in Portugal ist auf die Entkriminalisierung des Drogenkonsums/Besitzes für den eigenen Gebrauch seit Juli 2001 zurückzuführen.

⁽¹²⁸⁾ Der Rückgang von „Berichten“ in Bezug auf Drogendelikte in Estland ist bedingt durch die Entkriminalisierung (September 2002) des wiederholten Drogenkonsums und Besitzes kleiner Mengen von Drogen für den persönlichen Gebrauch.

⁽¹²⁹⁾ Siehe Tabelle 2: Drogenbedingte Kriminalität im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹³⁰⁾ In Norwegen wird nicht zwischen „Drogenhandel/Drogenschmuggel“ als solchem und „Drogenkonsum/-handel und -schmuggel“ unterschieden. Die noch bestehenden Drogendelikte beziehen sich allein auf „Drogenkonsum“.

⁽¹³¹⁾ Siehe Tabelle 4: Drogenbedingte Kriminalität im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹³²⁾ 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.

In den meisten Mitgliedstaaten ist Cannabis die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge (Tabelle 4). In diesen Ländern machen die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis zwischen 34 % (Schweden) und 87 % (Frankreich) der gesamten Drogendelikte aus. In Litauen und Luxemburg ist bei Drogendelikten zumeist Heroin im Spiel; der Anteil an den gesamten Drogendelikten beträgt in diesen Ländern 15 bzw. 51 %. In den Niederlanden werden die meisten Drogendelikte im Zusammenhang mit „harten Drogen“⁽¹³³⁾ begangen. 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 auf unterschiedliche Weise anzugehen.

Seit 1997 hat der Anteil der Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis in Deutschland, Spanien, Frankreich, Luxemburg, Ungarn und Portugal zugenommen, während er in Belgien, Italien, Litauen, in den Niederlanden, Slowenien und Schweden konstant geblieben ist. In Österreich hat der Anteil der Delikte im Zusammenhang mit Cannabis an den gesamten Drogendelikten bis 1999 zugenommen, danach aber wieder abgenommen⁽¹³⁴⁾.

Über den gleichen Zeitraum ist der Anteil der Drogendelikte in Verbindung mit Heroin in allen Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen, zurückgegangen⁽¹³⁵⁾, mit Ausnahme Ungarns und des Vereinigten Königreichs, wo eine Zunahme zu verzeichnen war⁽¹³⁶⁾, und Litauens, wo seit 2000 Schwankungen auftreten⁽¹³⁷⁾. Ein gegenläufiger Trend ist für kokainbedingte Straftaten zu verzeichnen, deren Anteil an den Drogendelikten insgesamt seit 1997 in allen Ländern, für die Daten vorliegen, zugenommen hat, mit Ausnahme von Deutschland, Litauen, Luxemburg und Ungarn, die von einem rückläufigen Trend berichteten⁽¹³⁸⁾.

Drogenkonsumenten und Strafvollzug

Drogenkonsumenten in Haftanstalten

Es liegen kaum nationale Routineinformationen über Art und Muster des Drogenkonsums unter Haftinsassen vor. Viele in der EU verfügbare Daten stammen aus Ad-hoc-Studien, die auf lokaler Ebene anhand von Stichprobenerhebungen unter Haftinsassen durchgeführt wurden und die erhebliche Unterschiede in Bezug auf Umfang und Auswahlkriterien aufweisen. Darüber hinaus sind die untersuchten Haftanstalten mitunter für das Strafvollzugssystem insgesamt nicht repräsentativ, und das Fehlen erneuter Erhebungen gestattet in den meisten Ländern keine Trendanalyse. Diese Faktoren erschweren eine Extrapolation der Ergebnisse.

Tabelle 4: Droge, die in den „Berichten“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen am häufigsten genannt wird

Land	Anmerkungen	Jahr	Anteil (%)		
			Cannabis	Heroin	Kokain
Belgien		2002	67	8	7
Tschechische Republik	(2)	2002	37	8	1
Dänemark			n.v.	n.v.	n.v.
Deutschland	(2) (3)	2002	56	17	9
Estland			n.v.	n.v.	n.v.
Griechenland			n.v.	n.v.	n.v.
Spanien	(1) (4)	2002	52	7	33
Frankreich	(2)	2002	87	5	3
Irland	(2)	2002	65	9	6
Italien	(1) (4)	2002	42	27	28
Zypern			n.v.	n.v.	n.v.
Lettland			n.v.	n.v.	n.v.
Litauen	(1)	2002	10	15	1
Luxemburg	(1)	2002	28	51	21
Ungarn	(2)	2002	66	16	2
Malta			n.v.	n.v.	n.v.
Niederlande	(2) (5)	2002	37	58	
Österreich	(1)	2002	58	11	11
Polen			n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slowenien	(1)	2002	82	10	2
Slowakei			n.v.	n.v.	n.v.
Finnland			n.v.	n.v.	n.v.
Schweden	(1) (7)	2001	34	7	2
Vereinigtes Königreich	(1)	2000	69	12	5
Norwegen			n.v.	n.v.	n.v.

Anmerkungen: Genaue Definitionen zu jedem Land sind den methodischen Anmerkungen zur Definition der „Berichte“ über Drogendelikte im *Statistical Bulletin 2004* zu entnehmen.

n.v.: Daten nicht verfügbar.

(1) Von allen genannten Drogen (einzelne oder mehrere).

(2) Von den Hauptdrogen.

(3) Von allen nach Art der Droge aufgeschlüsselten Delikten (für einige Straftaten liegt keine Aufschlüsselung nach Art der Droge vor).

(4) Von Straftaten im Zusammenhang mit Drogenhandel/Drogenschmuggel (da Drogenkonsum/Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch nicht unter das Strafrecht fällt).

(5) Die unter „Heroin“ aufgeführten Daten beziehen sich auf „harte Drogen“ (definiert als Drogen, die inakzeptable Risiken für die öffentliche Gesundheit darstellen, wie Heroin, Kokain, Ecstasy, LSD). Einige Delikte stehen sowohl mit Cannabis als auch mit „harten Drogen“ in Zusammenhang, diese wurden hier jedoch nicht aufgeführt, daher liegt der Gesamtanteil unter 100 %.

(6) Dieser Anteil ist zu niedrig geschätzt, da sich die Angaben ausschließlich auf Delikte im Zusammenhang mit einer einzelnen Droge beziehen, z. B. nur auf Cannabis-Delikte (Delikte im Zusammenhang mit Cannabis und einer anderen Droge/anderen Drogen sind nicht erfasst).

(7) Von Personen, die der Staatsanwalt in einem summarischen Verfahren zu einer Geldstrafe verurteilt hat oder die von einem Gericht verurteilt wurden.

Quelle: Nationale Knotenpunkte.

⁽¹³³⁾ Gemäß der Definition in den Niederlanden sind „harte Drogen“ Drogen, die inakzeptable Risiken für die öffentliche Gesundheit darstellen, wie Heroin, Kokain, Ecstasy und LSD.

⁽¹³⁴⁾ Siehe Tabelle 5: Drogenbedingte Kriminalität im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹³⁵⁾ Die folgenden Länder schlüsselten Drogendelikte im Zeitverlauf nach den einzelnen Drogen auf: Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Litauen, Luxemburg, Ungarn, die Niederlande (nur nach Cannabis und „harten Drogen“), Österreich, Portugal, Slowenien, Schweden und das Vereinigte Königreich (nur bis zum Jahr 2000).

⁽¹³⁶⁾ Daten für das Vereinigte Königreich lagen nur bis zum Jahr 2000 vor.

⁽¹³⁷⁾ Siehe Tabelle 6: Drogenbedingte Kriminalität im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹³⁸⁾ Siehe Tabelle 7: Drogenbedingte Kriminalität im *Statistical Bulletin 2004*.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind Drogenkonsumenten im Strafvollzug überrepräsentiert. Die Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums unter Haftinsassen weist je nach Gefängnispopulation, Strafanstalt und Land große Schwankungen auf und reicht von 22 bis 86 %⁽¹³⁹⁾. Wie auch außerhalb des Strafvollzugs ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge, wobei die Lebenszeitprävalenz unter Inhaftierten zwischen 11 und 86 % liegt. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Kokain (und Crack) unter Haftinsassen liegt zwischen 5 und 57 % und die des Heroinkonsums zwischen 5 und 66 %.

In der EU schwankt die Lebenszeitprävalenz eines vor Haftbeginn bestehenden regelmäßigen Drogenkonsums oder einer Abhängigkeit zwischen 8 und 73 %⁽¹⁴⁰⁾.

Haftanstalten: eine Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen

Einige Haftinsassen betrachten die Inhaftierung möglicherweise als Gelegenheit, ihr Drogenproblem angehen zu können, doch dürfte dies in der Praxis schwer durchführbar sein (Long et al., 2004). Die Mehrheit der Drogenkonsumenten reduziert oder beendet den Drogenkonsum bei Haftantritt. Einige Haftinsassen führen ihr Muster des Drogenkonsums jedoch in der Haftanstalt fort, andere beginnen dort erst mit dem Drogenkonsum. Aus Studien geht hervor, dass zwischen 8 und 60 % der Haftinsassen angaben, während der Inhaftierung Drogen konsumiert zu haben, und zwischen 10 und 36 % berichteten, sogar regelmäßig Drogen konsumiert zu haben⁽¹⁴¹⁾.

Viele Häftlinge haben nur begrenzt Zugang zu Gesundheitsdiensten. Das medizinische Personal der Strafvollzugsanstalten unterhält nur wenig Kontakt mit dem regulären Gesundheitswesen; darüber hinaus hat es häufig keinen Zugang zu Weiterbildungen, was zu einer verstärkten Isolation der Gesundheitsdienste in Haftanstalten führt. Diese Probleme lassen sich nur schwer lösen, wie das Beispiel aus Irland zeigt, wo die Bemühungen der Strafvollzugsbehörden und des medizinischen Personals, Drogenkonsumenten den Zugang zu Behandlung und Gesundheitsdiensten zu erleichtern, kaum eine Verbesserung bewirkt haben.

Es zeichnet sich eine Tendenz ab, die Verantwortung für die Gesundheitsdienste in Haftanstalten von der Strafvollzugsbehörde auf das nationale Gesundheitssystem zu übertragen. In Spanien wurde kürzlich ein Gesetz zur Kohäsion des nationalen Gesundheitssystems verabschiedet (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), das auf eine Verbindung zwischen den Gesundheitsdiensten in Haftanstalten und dem öffentlichen Gesundheitswesen abzielt. In Estland hat sich das Justizministerium gemeinsam mit dem Ministerium für Soziale Angelegenheiten das Ziel gesetzt, die gesundheitliche Betreuung in Haftanstalten bis zum Jahr

2006 in das allgemeine Gesundheitswesen zu integrieren. In Frankreich wurde diese Aufgabe bereits 1994 dem Gesundheitsministerium übertragen. In Italien sind örtliche Gesundheitsdienste seit 2000 für die Betreuung und Behandlung von Inhaftierten verantwortlich. In England und Wales obliegt der Gesundheitsdienst in Haftanstalten dem Gesundheitsministerium bzw. in Wales der Nationalversammlung (in privat betriebenen Haftanstalten ist in beiden Regionen das Innenministerium zuständig). Ab 2006 wird die Gesundheitsfürsorge in allen staatlichen Haftanstalten in England Aufgabe des staatlichen Gesundheitswesens (National Health Service) sein⁽¹⁴²⁾.

Infektionskrankheiten in Strafvollzugsanstalten und ihre Prävention

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 Werte wie 69 % hervor.

Wo vergleichbare Daten vorhanden sind, ist ersichtlich, dass jugendliche Straftäter seltener injizieren als Erwachsene und bei den Haftinsassen Frauen eher zum Injizieren neigen als Männer⁽¹⁴³⁾. Anhand einiger in der EU durchgeführter Studien konnte nachgewiesen werden, dass etwa ein Drittel der erwachsenen männlichen Haftinsassen injizierende Drogenkonsumenten sind (Bird und Rotily, 2002). Aus den Daten der Reitox-Knotenpunkte geht hervor, dass zwischen 0,2 und 34 % der Haftinsassen⁽¹⁴⁴⁾ während der Inhaftierung Drogen injiziert haben. Dies wirft die Frage nach sterilem Spritzenbesteck und hygienischen Praktiken des Nadelaustausches unter Haftinsassen auf und macht auf die Gefahr der Verbreitung von Infektionskrankheiten aufmerksam, wenn keine entsprechenden Maßnahmen unternommen werden.

In Haftanstalten besteht ein hohes Risiko der Verbreitung von Infektionskrankheiten. Zu den Maßnahmen, die zur Reduzierung von Infektionskrankheiten beitragen, gehören die Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten und die Verteilung von Kondomen, Substitutionsbehandlung, Impfprogramme sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme.

Substitutionsbehandlungen werden in Haftanstalten verstärkt angeboten. In Belgien, Dänemark, Spanien, Österreich und Slowenien werden Substitutionsbehandlungen bereits in allen Haftanstalten angeboten. In Belgien, Dänemark, Luxemburg und Norwegen können Haftinsassen während des Strafvollzugs mit der Substitutionsbehandlung beginnen. In Italien werden Substitutionsbehandlungen in der Regel Untersuchungshäftlingen angeboten. In den meisten deutschen Bundesländern, den Niederlanden, Slowenien sowie in Haftanstalten größerer Städte in Italien werden Medikamente zur allmählichen Reduzierung der

⁽¹³⁹⁾ Siehe Tabelle 1: Haftanstalten im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹⁴⁰⁾ Siehe Anhang: Haftanstalten im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹⁴¹⁾ Siehe Tabelle 3: Haftanstalten im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹⁴²⁾ Siehe Tabelle 10 OL: Jüngste Strategien gegen Drogen in Haftanstalten, ministerielle Richtlinien und Standards der Drogenhilfe in der EU und in Norwegen.

⁽¹⁴³⁾ Siehe Tabelle 2: Haftanstalten im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹⁴⁴⁾ Siehe Tabelle 4: Haftanstalten im *Statistical Bulletin 2004*.

Substitutionstherapie verschrieben, bis völlige Abstinenz erreicht wird. Im Vereinigten Königreich ist die Erhaltungstherapie hauptsächlich Untersuchungs- und Kurzzeithäftlingen vorbehalten.

In Irland hat das National Immunisation Committee im Jahr 2002 ein speziell auf die Bedürfnisse der Inhaftierten zugeschnittenes Programm der Hepatitis-B-Impfung empfohlen. Das Programm umfasst drei aufeinander folgende wöchentliche Injektionen mit einer Auffrischung nach zwölf Monaten und erzielt nach 13 Monaten einen Schutz von 99 % (Zuckerman, 2003).

Aus einer Untersuchung von 14 internationalen Studien zur Effektivität von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in Haftanstalten ging hervor, dass diese Programme durchführbar sind und zu einer Reduzierung sowohl risikoreicher Verhaltensweisen als auch der Ansteckung mit durch das Blut übertragbaren Krankheiten führt, ohne dass es zu negativen Folgen wie Nadelverletzungen oder die vorsätzliche Verwendung von Nadeln als Waffe gegen Gefängniswärter oder andere Haftinsassen kommt (Dolan et al., 2003). Im Jahr 2002 wurden in Spanien in 27 Haftanstalten Nadel- und Spritzenaustauschprogramme durchgeführt und 12 970 Spritzen verteilt, ohne dass es dabei zu Zwischenfällen kam.

Obwohl in Spanien immer mehr Haftanstalten Einrichtungen für den Nadel- und Spritzenaustausch bereitstellen, wurden solche Programme in den deutschen Bundesländern Hamburg und Niedersachsen eingestellt (Stöver und Nelles, 2003). In Deutschland (Berlin) wird noch in einem Frauengefängnis ein Nadel- und Spritzenaustauschprogramm durchgeführt (Weilandt, persönliche Mitteilung, 2004). In der Haftanstalt Josefstadt in Wien befindet sich ein Pilotprogramm in Vorbereitung, und in Luxemburg sieht das Gesundheitsprogramm vor, drogenabhängigen Häftlingen Spritzenbesteck zur Verfügung zu stellen^[145].

Alternativen zum Strafvollzug für Drogen konsumierende Straftäter

Alternativen zum Strafvollzug in Haftanstalten werden im nächsten Jahresbericht ein ausgewähltes Thema sein. Bis dahin wird eine umfassende und detaillierte Übersicht über Alternativmaßnahmen in der EU zur Verfügung stehen. Im diesjährigen Jahresbericht wird daher nur ein spezieller Aspekt alternativer Strafen für Drogenabhängige berücksichtigt.

Neue Initiativen: Drogengerichte und die Vermittlung zwischen Opfer und Straftäter

Drogengerichte sind Teil der neuen Strukturen, die in einigen Ländern speziell für Drogenkonsumenten entwickelt wurden, die ein Delikt ohne Gewaltanwendung begangen haben. Sie bewirken eine Aussetzung des Urteils und sehen die Einbeziehung von Personen vor, die in der Regel nicht im Bereich der Drogentherapie involviert sind (Richter, Ankläger und Strafverfolgungspersonal). Ziel ist es, durch

Therapie und Druck seitens des Strafverfolgungssystems zu verhindern, dass der Straftäter erneut straffällig wird und zum Drogenkonsum zurückkehrt. In Irland und Schottland, wo das Strafrecht auf dem Gewohnheitsrecht basiert, wurden Drogengerichte eingeführt. In den anderen EU-Ländern, die über ein Zivilrecht verfügen, existieren streng genommen keine Drogengerichte, allerdings wurden in diesen Ländern ähnliche Initiativen entwickelt.

Im deutschen Bundesland Baden-Württemberg wurde im Jahr 2003 im Rahmen eines Bündnisses zwischen Polizei, Staatsanwälten, Richtern, Bewährungshelfern, Drogenberatungsstellen und den wichtigsten Interessengruppen dreier Bezirksgerichte ein mit den Drogengerichten vergleichbares Projekt auf den Weg gebracht, das sich an jugendliche Straftäter richtet (Way out) (Baudis, 2004). In Mailand existiert ein ähnliches Programm (Die Heilung ist die Mühe wert), an dem das Zentralgericht in enger Zusammenarbeit mit den örtlichen Sucht- und Gesundheitsdiensten beteiligt ist. Bei diesem Programm werden die drogenabhängigen Straftäter bereits am Tag der Urteilsverkündung in ein Therapieprogramm aufgenommen.

Der Evaluierung des Drogengerichts von Dublin (Farrell, 2002) zufolge gibt es starke Anzeichen dafür, dass sich durch die Einrichtung des Drogengerichts mit der Zeit Kosteneinsparungen für das System der Strafgerichtsbarkeit ergeben werden. Das Justizministerium hat den Zuständigkeitsbereich des Drogengerichts in Dublin erweitert.

Aus einer Untersuchung der Entwicklungen im Bereich internationaler Drogengerichte und ihrer Wirksamkeit, die im Jahr 2003 von der Pempidou-Gruppe durchgeführt wurde, ging hervor, dass die Einführung eines therapeutischen Drogengerichts auf einem nachweislichen Bedarf basieren sollte und politische Unterstützung, Mechanismen der Kooperation zwischen den Behörden sowie eine angemessene strukturelle/finanzielle Förderung über einen garantierten Mindestzeitraum von fünf Jahren erfordert (Moyle, 2003).

Es wird verstärkt auf die Mittel der „restaurativen Justiz“ zurückgegriffen, um den Verlauf von Strafverfahren gegen nichtgewalttätige Straftäter (unter denen der Anteil an Drogenkonsumenten besonders hoch ist) zu beschleunigen. Dies entspricht dem öffentlichen Interesse, in überlasteten Strafverfolgungssystemen die Kosten, die durch die Verfolgung geringfügiger Straftaten entstehen, zu reduzieren. Eine Entwicklung von größerer Bedeutung ist die außergerichtliche Vermittlung. Ziel dieses Systems ist es, Streitigkeiten zwischen Opfern und Straftätern zu schlichten und Konflikte in Zusammenhang mit dem Strafverfahren beizulegen.

In den Niederlanden haben Erststraftäter im Alter zwischen 12 und 18 Jahren die Möglichkeit, die Wiedergutmachung ihrer Straftaten auf dem Wege der Mediation herbeizuführen. In der Tschechischen Republik wurde im Jahr 2000 ein Bewährungs- und Mediationsdienst eingerichtet, der sich vor allem an Jugendliche wendet. Im Jahr 2002 hat er 29 291 Fälle bearbeitet, von denen 765 Drogendelikte betrafen.

[145] Siehe Tabelle 11 OL: Sozial- und Gesundheitsdienste für Drogenkonsumenten in Strafvollzugsanstalten in der EU im Jahr 2002.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Ausgewähltes Thema 1

Evaluierung der „nationalen Drogenstrategien“ in Europa

Ansätze zur Bewertung nationaler Drogenstrategien

In vielen Ländern wurde in jüngster Zeit eine „nationale Drogenstrategie“⁽¹⁴⁶⁾ verabschiedet. Im Mittelpunkt dieses Abschnitts stehen die Pläne zur Evaluierung dieser Strategien, die dank der von den nationalen Knotenpunkten in diesem Jahr geleisteten Arbeit jetzt erstmals auf europäischer Ebene möglich ist. Durch die Arbeit der nationalen Knotenpunkte konnten Verweise auf die Evaluierung der „nationalen Drogenstrategien“ geklärt werden, die nicht immer unmittelbar verständlich oder eindeutig definiert waren.

Die Maßnahmen zur Evaluierung der „nationalen Drogenstrategien“ in Europa lassen sich in drei Hauptaktivitäten unterteilen: (1) *Beobachtung*, in Form einer routinemäßigen Erfassung von Daten zur Drogenproblematik sowie von Maßnahmen und Interventionen; (2) *Evaluierung der Umsetzung*, d. h. die Einschätzung des Mehrwerts, der durch die Umsetzung der Initiativen und die Ressourcenverteilung im Rahmen der Drogenstrategie geschaffen wurde; und (3) *Evaluierung der Auswirkungen* (allgemein als Bewertung der Effektivität bezeichnet), eine Beurteilung der Folgen (kurzfristige Auswirkungen) und Ergebnisse (längerfristige Auswirkungen)⁽¹⁴⁷⁾ auf die Drogenproblematik, die (zumindest teilweise) auf die nationale Drogenstrategie zurückzuführen sind (Abbildung 23)⁽¹⁴⁸⁾.

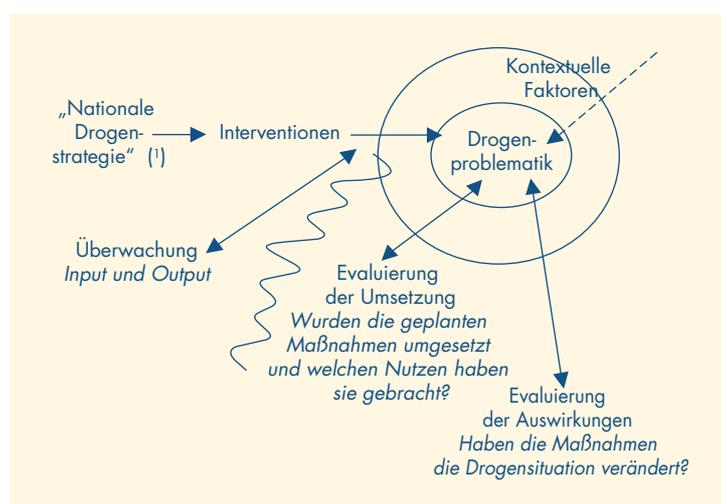
Der Hauptunterschied zwischen den verschiedenen Ländern hinsichtlich des Ansatzes zur Evaluierung nationaler Drogenstrategien liegt darin, dass einige Länder die Drogenstrategie beobachten und andere eine Evaluierung der Umsetzung und/oder der Auswirkungen vorsehen.

Da die Begriffe „Beobachtung“ und „Evaluierung“ in den nationalen Drogenstrategien nicht immer klar voneinander abgegrenzt sind, sollte man sich des Unterschieds bewusst sein. *Beobachtung* ist ein kontinuierlicher und systematischer Prozess, der regelmäßig quantitative und qualitative Daten über die Drogenproblematik und die Interventionen zur Bekämpfung des Drogenkonsums hervorbringt. Er ermöglicht Rückschlüsse auf die Durchführung der Aktivitäten (z. B. auf die Inputs: Welche

Ressourcen wurden eingesetzt?, und die Outputs: Welche Maßnahmen wurden wann und von wem durchgeführt?). Die Beobachtung liefert jedoch in der Regel keine Informationen zu den Auswirkungen einer Strategie und zeigt keine Gründe für den Erfolg oder Misserfolg einer Aktivität auf. Obwohl ein Beobachtungssystem häufig in der Lage ist, Aufschluss über die Entwicklung der unterschiedlichen Aspekte des Drogenphänomens und die zu seiner Bekämpfung durchgeführten Maßnahmen zu geben, kann in der Regel nicht festgestellt werden, ob die Veränderungen unmittelbar Folge der durchgeführten Maßnahmen sind (Kausalitätszusammenhang).

Die Frage der Kausalität und andere komplexe wissenschaftliche Fragen werden im Rahmen der *Evaluierung* behandelt (Tabelle 5), die eine öffentliche Intervention (in diesem Fall eine nationale Drogenstrategie) unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien (Relevanz, Effizienz, Auswirkungen) und genau festgelegter Standards (Qualität, Quantität) (Definition siehe Europäische Kommission, 1999) bewertet und zu deren Durchführung in der Regel umfassende Studien erforderlich sind. Die

Abbildung 23: Evaluierungsebenen der „nationalen Drogenstrategien“



(1) Der Begriff „Drogenstrategie“ umfasst auch alle entsprechenden Aktionspläne im Rahmen der Strategie.

⁽¹⁴⁶⁾ Siehe Definition in Kapitel 1, S. 17.

⁽¹⁴⁷⁾ Der Einfachheit halber steht der Begriff „Evaluierung der Auswirkungen“ hier sowohl für die Evaluierung der Folgen als auch der Ergebnisse. Es handelt sich jedoch um zwei sehr unterschiedliche wissenschaftliche Begriffe, zwischen denen in der relevanten Literatur in der Regel unterschieden wird.

⁽¹⁴⁸⁾ Eine umfassende Evaluierung würde außerdem eine Bewertung der Effizienz beinhalten, wobei die Kosten im Verhältnis zu den Ergebnissen und Auswirkungen gemessen werden. Daten zu diesem Aspekt lagen jedoch nur für Spanien vor (siehe im weiteren Text).

**Tabelle 5: Häufig verwendete Evaluierungsterminologie
(Evaluierungsmethoden für Strukturmaßnahmen)**

Gesamtevaluierung	Vollständige Evaluierung einer Intervention
Kohärenz	Inwieweit die Logik einer Intervention nicht widersprüchlich ist/die Intervention nicht in Widerspruch zu anderen Interventionen mit ähnlichen Zielen steht
Relevanz	Inwieweit die Ziele einer Intervention im Hinblick auf die zu behandelnden Bedürfnisse, Probleme und Themen zweckdienlich sind
Konsistenz	Inwieweit positive/negative Nebenwirkungen auf andere Wirtschafts-, Sozial- oder Umweltpolitiken maximiert/minimiert werden
Nutzen	Inwieweit sich die Auswirkungen einer Intervention mit den zu behandelnden Bedürfnissen, Problemen und Themen decken
Wirksamkeit	In welchem Umfang die Zielvorgaben erreicht werden
Effizienz	Inwieweit die gewünschten Wirkungen zu angemessenen Kosten erreicht werden
Kostenwirksamkeitsanalyse	Instrument der Evaluierung, das eine Beurteilung der Effizienz ermöglicht
Kosten-Nutzen-Analyse	Evaluierungsinstrument zur Beurteilung des Nutzens einer Intervention aus Sicht aller Beteiligten und auf der Grundlage eines in Geldeinheiten ausgedrückten Wertes, der allen Konsequenzen der Intervention zugeordnet wird
Output	Bezeichnet die Finanzierung und Umsetzung bzw. Konkretisierung einer Maßnahme mit den dafür bereitgestellten finanziellen Mitteln
Auswirkungen	Eine Konsequenz, die die unmittelbaren Adressaten nach Beendigung ihrer Teilnahme an einer Intervention oder nach Fertigstellung einer öffentlichen Einrichtung betrifft, oder eine andere indirekte Konsequenz, die andere Adressaten betrifft, die von der Intervention profitiert oder nicht profitiert haben

Quelle: Europäische Kommission, 1999.

Evaluierung besteht somit aus zwei Elementen: (1) einem Nachweis der Kausalität zwischen der Durchführung einer politischen Maßnahme und einer Veränderung des untersuchten Phänomens anhand qualitativ hochwertiger Daten, die z. B. mit wissenschaftlichen Methoden (Beobachtung und umfassende Studien) erhoben wurden; und (2) einer Bewertung der Auswirkungen, die schließlich bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen ist.

In der Praxis sind die Begriffe „Evaluierung“ und „Beobachtung“ untrennbar miteinander verbunden. Auch wenn die beiden Begriffe in einigen Dokumenten synonym verwendet werden, ist zu beachten, dass Beobachtung nicht mit Evaluierung gleichgesetzt werden kann (obwohl sie Teil der Evaluierung ist).

Im Vereinigten Königreich wurde die aktualisierte nationale Drogenstrategie im Jahr 2002 nach einer weitreichenden Überarbeitung, bei der Evidenzmaterial sowie Bewertungen der Komponenten Angebot und Nachfrage berücksichtigt wurden, veröffentlicht. Die nationale Drogenstrategie wird „beobachtet“, „verfolgt“ und unterliegt dem Leistungsmanagement, es findet jedoch keine „Evaluierung“ statt (Nationaler Bericht des Vereinigten Königreichs, S. 106). In Norwegen zielt der neue Plan zur Bekämpfung des Drogen- und Alkoholmissbrauchs auf die Entwicklung eines Systems ab, mit dem sich ermitteln lässt, inwieweit Ziele und Teilziele des Plans erreicht werden (norwegischer Nationaler Bericht, S. 65). In der Tschechischen Republik legt die Strategie für eine nationale Drogenpolitik 2001–2004 für jede ihrer Säulen Ziele, Vorgaben, Erfolgsindikatoren und Instrumente der Effizienzevaluierung fest. Die Erfüllung der Aufgaben wird regelmäßig beobachtet; eine systematische Evaluierung der Strategie

anhand der festgelegten Erfolgsindikatoren und definierten Evaluierungsinstrumente wurde jedoch noch nicht durchgeführt. Ein Grund dafür könnten die beträchtlichen Kosten einer externen Evaluierung sein (tschechischer Nationaler Bericht, S. 114). Der neue dänische Aktionsplan sieht eine laufende „Evaluierung“ einiger spezifischer Aktivitäten vor (dänischer Nationaler Bericht, S. 67). In den nationalen Drogenstrategien Ungarns und Polens wird ein System zur Überprüfung der Erfüllung von Aufgaben vorgeschlagen (Nationale Reitox-Berichte), während in Slowenien bis zum heutigen Zeitpunkt noch keine Evaluierung durchgeführt wurde, obwohl die neue nationale Strategie die regelmäßige Evaluierung der Umsetzung vorsieht (slowenischer Nationaler Bericht, S. 61). In Litauen wird die Umsetzung der nationalen Drogenstrategie (2004–2008) gemäß den finanziellen Möglichkeiten des Landes durchgeführt (litauischer Nationaler Bericht, S. 35). In Estland beinhaltet die neue nationale Drogenstrategie Komponenten der Beobachtung und Evaluierung und legt Leistungsindikatoren fest (estnischer Nationaler Bericht, S. 86).

In Finnland und Schweden (finnischer Nationaler Bericht, S. 113; schwedischer Nationaler Bericht, S. 75–76) liegt der Schwerpunkt der nationalen Drogenstrategien auf der Beobachtung der Umsetzung der Strategie und nicht so sehr auf der Evaluierung der Auswirkungen. In Schweden ist es Aufgabe des im Jahr 2002 ernannten Drogenkoordinators, die Umsetzung des nationalen Aktionsplanes zu gewährleisten (anhand von Jahresberichten). In Finnland sind ebenfalls Forschungsaktivitäten zur Festlegung einiger Richtwerte geplant, anhand derer die Drogenverwaltung ihre Aktivitäten beobachten und evaluieren kann. Der

nationale Knotenpunkt in Luxemburg berichtet, dass die Ergebnisse des Plans von 2000–2004 im Jahr 2005 evaluiert werden, um weitere und künftige Strategien auszuarbeiten (luxemburgischer Nationaler Bericht, S. 94). In Deutschland greift der Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2002 erstmals den Ansatz auf, operationalisierte Zielvorgaben und ihnen zugeordnete Kriterien zur Messung des Erfolgs oder Misserfolgs von Strategien festzulegen (deutscher Nationaler Bericht, S. 105), während in Italien das Dreijahresprogramm 2002–2004 Evaluierungen auf dem Gebiet der Prävention und sozialen Reintegration fördert.

Zu den Ländern, die entweder eine Evaluierung der Umsetzung oder der Effektivität der nationalen Drogenstrategie durchführen, zählen Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland und Portugal (Tabelle 6). Die spanische und die griechische Strategie sehen eine Evaluierung der Effektivität vor. In Spanien ist in der nationalen Neunjahresstrategie festgelegt, die Umsetzung insgesamt und in den einzelnen Bereichen im Jahr 2003 (nach der Hälfte der Laufzeit) und im Jahr 2008 zu evaluieren. Ziel dabei ist es, die Effektivität und Effizienz der öffentlichen Politiken zu erhöhen (spanischer Nationaler Bericht, S. 85), indem sowohl Quantität als auch Qualität der bereitgestellten Dienste beurteilt werden. In ähnlicher Weise bezieht sich der griechische Drogenaktionsplan aus dem Jahr 2002 auf eine externe Evaluierung der Effektivität der umgesetzten Politiken insgesamt, die künftig auf der Grundlage von EU-weiten und internationalen Indikatoren durchgeführt werden könnte (griechischer Nationaler Bericht, S. 110).

In Frankreich, Irland und Portugal fordern die nationalen Drogenstrategien eine Gesamtevaluierung⁽¹⁴⁹⁾ und eine sektorale Evaluierung, und in manchen Fällen auch eine Evaluierung der Effektivität (irischer Nationaler Bericht). Die vorliegenden Daten zeigen jedoch, dass die bereits durchgeführten Evaluierungen eher eine Beurteilung der Umsetzung als der Effektivität der Strategie darstellen. In Frankreich beinhaltet die Evaluierung des Dreijahresaktionsplans 1999–2002 [die von 2000 bis 2003

vom Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) durchgeführt wurde] sowohl eine Gesamtevaluierung als auch die Evaluierung von fünf Schwerpunktprogrammen⁽¹⁵⁰⁾. Die Evaluierung ging jedoch nicht soweit, die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Drogensituation als Ganzes zu bewerten. Es handelte sich daher im Wesentlichen um eine Bewertung der Fortschritte, der eine Bewertung der Erreichung der operationellen Ziele gegenüber gestellt wurde. In Irland fordert die nationale Drogenstrategie eine unabhängige Evaluierung der Effektivität des gesamten Rahmenprogramms bis Ende des Jahres 2004 (Nationale Drogenstrategie 2001–2008: Building on Experience, S. 111). Die Evaluierung wird offenbar keine vollständige Bewertung der Auswirkungen der Strategie auf den Drogenkonsum umfassen, sondern lediglich prüfen, inwieweit die Drogenstrategie umgesetzt wurde und ob die strategischen Ziele erreicht wurden. In Portugal sieht die Drogenstrategie eine externe, unabhängige Evaluierung ihrer allgemeinen und sektoralen Umsetzung vor (portugiesischer Nationaler Bericht, S. 65). Es wird ebenfalls von einem internen Evaluationsprozess berichtet.

In den Mitgliedstaaten, in denen streng genommen keine „nationale Drogenstrategie“ vorhanden ist, bestand in den letzten Jahren wenig Interesse an einer Gesamtevaluierung, selbst in den Ländern, in denen seit längerem die Evaluierung einzelner Drogenprojekte durchgeführt wird. In den Niederlanden beispielsweise, wo Forschungsaktivitäten, Beobachtung und Evaluierung schon immer Bestandteil der Drogenpolitik waren, zielt eine neue Strategie der staatlichen Steuerung (2002) darauf ab, den öffentlichen Verwaltungsorganen (einschließlich derer, die für Gesundheits- und Drogendienste zuständig sind) eine Orientierungshilfe für ihre Arbeit zu geben (niederländischer Nationaler Bericht, S. 83–84). In Österreich wurde die drogenspezifische Beobachtung in den letzten Jahren erheblich ausgeweitet, dennoch wurden weder Pläne auf der Ebene der Bundesländer (mit Ausnahme der Vorevaluierungen in Voralberg) noch die übergreifende Drogenpolitik einer Evaluierung unterzogen

Tabelle 6: Merkmale einiger Evaluierungen nationaler Strategien

	„Nationale Drogenstrategie“	Umfang der Evaluierung	Ziel der Evaluierung	Evaluierungsterminologie
Griechenland	Aktionsplan 2002–2006	Gesamt und spezifisch	Wirksamkeit	Keine
Spanien	Nationale Drogenstrategie 2000–2008	Gesamt und spezifisch	Wirksamkeit und Effizienz	2003–2008
Frankreich	Dreijahresplan des Kampfes gegen Drogen und der Prävention von Abhängigkeit, 1999–2001	Gesamt und spezifisch	Umsetzung	2002
Irland	Nationale Drogenstrategie, 2001–2008: Building on Experience [Auf Erfahrung aufbauen]	Gesamt und spezifisch	Umsetzung	2004–2008
Portugal	Die Nationale Strategie zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs; Aktionsplan 2000–2004	Gesamt und spezifisch	Umsetzung	2004

⁽¹⁴⁹⁾ Gesamtevaluierung: vollständige Evaluierung einer Intervention.

⁽¹⁵⁰⁾ (1) regionale Vereinbarungen zu Zielen im Bereich Gesundheits- und Rechtswesen, (2) Maßnahmen der verschiedenen Ministerien zur beruflichen Bildung, (3) die regionalen Politikprogramme zur Suchtprävention, (4) Experimente der aufsuchenden Drogenarbeit durch spezialisierte Einrichtungen, die allgemeine Unterstützung für Menschen mit Suchtverhalten bieten, und (5) Programme zur Risikoverminderung im 18. Pariser Arrondissement.

(österreichischer Nationaler Bericht, S. 65). Für die übrigen Länder (Zypern, Litauen, Malta, die Slowakei, sowie Bulgarien, Rumänien und die Türkei) sind nur unzureichende Informationen über nationale Drogenstrategien (sofern diese überhaupt existieren) erhältlich.

„Ex-ante-“, „Halbzeit-“ und „Ex-post-Evaluierungen“

Der Leitfaden zur Evaluierung von EU-Aktivitäten (Europäische Kommission, 2003) nennt vier Hauptgründe für die Durchführung von Evaluierungen: (1) Unterstützung bei der Planung von Interventionen; (2) Verbesserung der Qualität der Interventionen; (3) Unterstützung bei der effizienten Zuweisung von Ressourcen (d. h. Effizienz); und (4) Bereitstellen von Informationen über die erzielten Fortschritte der Interventionen (d. h. Rechenschaftspflicht). Weiterhin beschreibt der Leitfaden drei Phasen der Evaluierung: Ex-ante-, Halbzeit- und Ex-post-Evaluierungen.

Die Ex-ante-Evaluierung wird vor der Umsetzung durchgeführt, um einzuschätzen, ob Handlungsbedarf besteht bzw. um eine Grundlinie festzulegen. Nach den nationalen Drogenstrategien umfasst die Ex-ante-Evaluierung Revisionsprozesse, die von parlamentarischen Kommissionen, Regierungskommissionen oder staatlichen Ämtern durchgeführt werden und die Grundlage für verschiedene nationale Drogenstrategien (Belgien, Deutschland, Spanien, Irland, Portugal und Schweden) bilden.

Die Halbzeitevaluierung dient den spanischen, irischen und portugiesischen nationalen Drogenstrategien als Instrument zur Anpassung von Interventionen und Zielen während der Umsetzung. Die Methode der Anpassung während der Umsetzung wird nicht nur in den Ländern angewandt, die eine umfassende Evaluierung durchführen, sondern auch in den Ländern, in denen Beobachtungssysteme eingerichtet wurden. Dort sollen die gewonnenen zuverlässigen Informationen zur Anpassung und Neugestaltung künftiger Maßnahmen beitragen. Dies impliziert eine Nutzenschätzung, die eher für evaluative Aktivitäten charakteristisch ist. Auch hier werden die Begriffe „Beobachtung“ und „Evaluierung“ synonym verwendet.

Die Ex-post-Evaluierung umfasst den gesamten Interventionszeitraum, wobei der Schwerpunkt in der Regel auf den Endergebnissen der Intervention liegt, damit sie in künftige Interventionen einfließen können. Ein solches Vorgehen ist in Frankreich zu beobachten, wo mit der abschließenden Evaluierung des französischen Aktionsplans das Ziel verfolgt wurde, die Interventionen und Ziele im Hinblick auf einen neuen Drogenplan zu revidieren. In Spanien, Irland und Portugal ist dieser Ansatz für das Jahr 2008 vorgesehen.

Ein Evaluationsprozess auf dem Gebiet der Drogenproblematik hat immer zum Ziel, die Qualität

gegenwärtiger und die Konzipierung neuer Interventionen zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass die Ex-ante- und Ex-post-Evaluierungen bei aufeinander folgenden Drogenstrategien ineinander übergehen, wodurch ein zyklischer Prozess entsteht, in dem die Endergebnisse der abgeschlossenen Strategie den Input für die nachfolgende Strategie liefern (Abbildung 24).

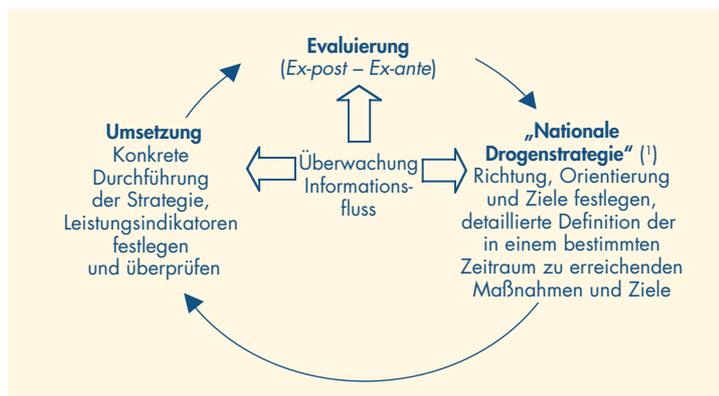
Akteure des Evaluationsprozesses

Ein weiterer wichtiger Punkt in Bezug auf die nationalen Drogenstrategien ist die Frage, ob mit der Evaluierung interne oder externe Stellen beauftragt werden sollten. Für beide Varianten gibt es Beispiele und jede hat ihre Vor- und Nachteile.

Interne Evaluatoren kennen sich mit den Strukturen und Kommunikationsprozessen besser aus, sind mit der Organisation und den zu untersuchenden Themen vertraut und verfügen über einen direkten Zugang zu Datenquellen. Sie könnten jedoch dazu tendieren, eine Rechtfertigung für nicht erreichte Ziele zu finden, und sind weniger bereit, Überlegungen zu äußern oder Veränderungen vorzuschlagen, die als Bedrohung der Organisation empfunden werden könnten. Externe Evaluatoren hingegen können ein objektiveres und zuverlässigeres Bild liefern, da sie unbeteiligt sind, allerdings ist ihr Zugriff auf Informationsquellen erschwert, und sie könnten dazu neigen, den Kunden zufrieden stellen zu wollen, indem sie nur erwünschte Ergebnisse liefern. Darüber hinaus sind die Kosten für externe Evaluatoren höher. Man muss demnach abwägen zwischen einem besseren Verständnis der Situation und der Fähigkeit, Informationen objektiv zu erfassen, und einer größeren Objektivität und Erfahrung bei der Evaluierung.

Die meisten Mitgliedstaaten bevorzugen einen gemischten Ansatz: In Irland wird die Halbzeitevaluierung der nationalen Drogenstrategie im Jahr 2005 von externen Beratern unter Leitung eines sektorenübergreifenden Lenkungsausschusses durchgeführt; in Portugal wird die

Abbildung 24: Evaluierung als ein zyklischer Prozess



(1) Der Begriff „Drogenstrategie“ umfasst auch alle entsprechenden Aktionspläne im Rahmen der Strategie.

Evaluierung des Aktionsplans 2000–2004 von internen Mitarbeitern sowie externen Beratern durchgeführt; und in Frankreich waren externe Evaluatoren und interne Mitarbeiter der OFDT mit unterschiedlichen Aspekten der Evaluierung des Dreijahresaktionsplans betraut. In Spanien wird die derzeitige Halbzeitevaluierung (2004) von den Mitarbeitern des Nationalen Drogenplans (PNSD) durchgeführt, wohingegen der griechische Plan eine externe Evaluierung vorsieht. In Schweden wird das Folkhälsoinstitutet (nationales Institut für öffentliche Gesundheit) die Gesundheitspolitik anhand von Bewertungen verschiedener Lebenssituationsvariablen evaluieren. Ein Ziel dieser Politik (Nr. 11) ist es, den Konsum von Tabak und Alkohol zu reduzieren, eine Gesellschaft frei von illegalen Drogen und Doping aufzubauen und die schädlichen Auswirkungen der Spielsucht zu reduzieren.

In allen Ländern, in denen Evaluierungen vorgenommen werden, scheint die nationale Koordinierungsbehörde für die Organisation und Umsetzung der Evaluierung verantwortlich zu sein: die „Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie“ (MILDT) in Frankreich, der PNSD in Spanien, das Institut für Drogen und Drogenabhängigkeit (IDT) in Portugal, das Drugs Directorate in Irland, das Büro des nationalen Drogenkoordinators in Schweden und, wie in der belgischen „Strategie“ angekündigt, die allgemeine Drogenbekämpfungszelle in Belgien, sobald sie ihre Arbeit aufgenommen hat. Innerhalb dieser Behörden sind die Drogenbeobachtungszentren, die in der Regel mit den nationalen Reitox-Knotenpunkten identisch sind, für die Bereitstellung der für die Evaluierung erforderlichen Informationen und Daten und in einigen Fällen auch für die Evaluierung selbst zuständig.

Ziele und Indikatoren

Häufig tritt die Frage auf, inwieweit die Auswirkungen der im Rahmen eines nationalen Drogenplans durchgeführten Aktionen gemessen werden können. Sowohl internationale als auch nationale Drogenstrategien beziehen sich auf sehr „allgemeine Ziele“ wie etwa „Risikoverringerung für Drogenkonsumenten“ oder das „Ziel einer drogenfreien Gesellschaft“, sowie auf „operationelle Ziele“ wie „Erhöhung der Anzahl der Therapieplätze“ oder „Aufbau eines Drogenkoordinationsbüros“. Sowohl die „allgemeinen“ als auch die „operationellen“ Ziele könnten von speziellen Vorgaben profitieren. Erstere sind als Grundlage für die nationale Drogenpolitik von Bedeutung; sie geben die Richtung vor, sind jedoch schwer zu überprüfen. Letztere beziehen sich auf die Durchführung qualitativer und quantitativer Initiativen und können folglich leichter überprüft werden.

Experten und Fachkräfte machen darauf aufmerksam, dass die Ziele klar, eindeutig und überprüfbar sein müssen, damit eine Strategie wissenschaftlich evaluiert werden kann, wobei zwischen „allgemeinen“ und „operationellen“ Zielen

zu unterscheiden ist, aber auch eine Verbindung zwischen ihnen hergestellt werden sollte. „Operationelle Ziele“ sind als Fortsetzung der „allgemeinen Ziele“ zu betrachten. Es sollten Leistungsindikatoren festgelegt werden, anhand derer gemessen werden kann, inwieweit die Ziele erreicht wurden. Gegenwärtig sind nur wenige nationale Drogenstrategien in diese Kategorie einzuordnen.

Effizienz

Nur wenige nationale Strategien berücksichtigen eine Kosten/Nutzen-Analyse oder eine Kostenwirksamkeitsanalyse, mit Ausnahme der spanischen Strategie, die festlegt, dass im Rahmen der Evaluierung der nationalen Strategie auch der Versuch unternommen wird, die Effizienz der öffentlichen Politiken zu messen. Obwohl die Haushaltsmittel und Kosten für die öffentliche Verwaltung ein Grund zur Sorge sind, besteht allgemeine Unkenntnis über die Gesamtkosten öffentlicher Interventionen im Drogenbereich [wie im letzten Jahresbericht (EBDD 2003b) festgestellt wurde]. Diese Art der Analyse wird in der Regel als nebensächlich betrachtet und ist Gegenstand nur weniger Forschungsaktivitäten.

Evaluationshindernisse

Unter Wissenschaftlern herrscht Einstimmigkeit darüber, dass es sehr schwierig ist festzustellen, ob eine Drogenpolitik effektiv oder ineffektiv ist. Experten und Fachkräfte weisen auch auf die Schwierigkeiten hin, die im Zusammenhang mit der Evaluierung der Auswirkungen einer öffentlichen Politik auftreten: verschiedene „Komplexitätsschichten“ und eine Vielzahl von Ursache-Wirkung-Beziehungen müssen berücksichtigt werden. Es kann tatsächlich schwierig sein, einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Drogenpolitik und ihren Ergebnissen und Auswirkungen herzustellen, was auf die Vielzahl der zu beurteilenden Interventionen und Effekte und mögliche externe Faktoren (Confoundern), die die Realität beeinflussen (z. B. sozioökonomische Bedingungen, Subkulturen), zurückzuführen ist. In einigen Studien wird vermutet, dass das Drogenphänomen eher von verhaltensbedingten und gesellschaftlichen Faktoren abhängen könnte, als von drogenpolitischen Interventionen.

Darüber hinaus kann der illegale Hintergrund des Drogenkonsums ein ernsthaftes Hindernis für die Datenerfassung darstellen, die ein unerlässliches Instrument in jedem Evaluationsprozess ist, so dass mitunter zahlreiche wichtige Aspekte der Drogenproblematik nicht erkannt werden. Evaluierungen im Bereich der Drogenintervention müssen daher gut durchdacht sein, und ihre Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Schlussfolgerung

Die untersuchten Daten vermitteln den Eindruck, dass die „nationalen Drogenstrategien“ Evaluierung eher als eine

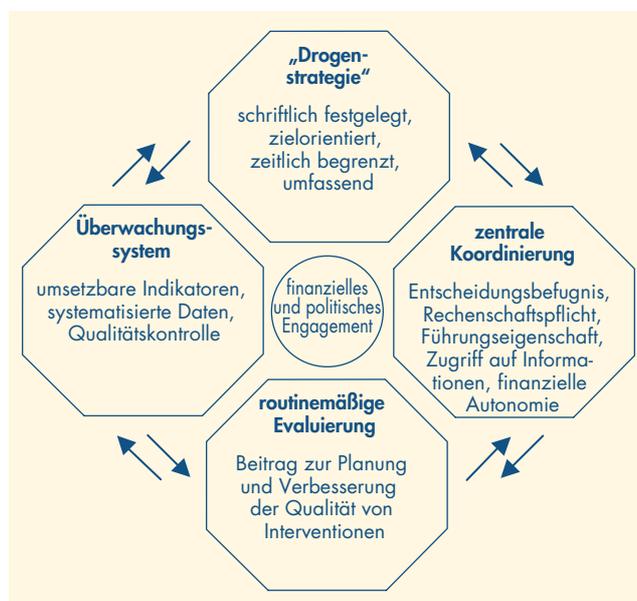
Bewertung der Umsetzung – des Fortschritts, der erreichten Ziele und sogar der Misserfolge – und als abschließende Beurteilung verstehen, wobei die Auswirkungen auf die gesamte Drogensituation nicht Gegenstand der Evaluierung sind. Diese Schlussfolgerung ist von großer Bedeutung. Die meisten Länder, die sich seit mehreren Jahrzehnten mit der Drogenproblematik konfrontiert sehen, sind inzwischen in der Lage (oder dazu bereit), anhand von Beobachtungssystemen eine Grundlage zur Bewertung des Drogenproblems und der Auswirkungen ihrer Bemühungen zu schaffen. Daher sind die Drogenpolitiken zuverlässiger als je zuvor, was an und für sich schon ein wichtiger Fortschritt ist.

Einige Länder sind sogar noch weiter gegangen und haben angekündigt, dass sie zusätzlich zu der Entwicklung von Beobachtungssystemen eine Evaluierung der Umsetzung der „nationalen Drogenstrategie“ vornehmen werden, d. h. eine wissenschaftliche Studie, mit der der Nutzen der gesamten Strategie oder eines Teils davon eingeschätzt werden soll. Bisher gibt es jedoch im Zusammenhang mit umfassenden nationalen Drogenstrategien noch keine Anzeichen für eine wissenschaftliche Evaluierung der Auswirkungen.

Im Allgemeinen berichten Länder, die im Bereich der Drogenpolitik einen stärker strukturierten Ansatz verfolgen, d. h. über eine schriftlich fixierte, zielgerichtete und umfassende nationale Drogenpolitik, einen zentralen Koordinierungsmechanismus einschließlich eines nationalen Koordinators sowie über ein stabiles Beobachtungssystem verfügen, über das Vorhandensein eines differenzierteren Evaluationsprozesses (Abbildung 25). Offenbar ist ein stärker strukturierter Ansatz – an und für sich schon ein Indikator für finanzielles und politisches Engagement – eine Voraussetzung für einen weiter entwickelten Evaluierungsansatz in Bezug auf eine nationale Drogenstrategie. Diese Hypothese ist jedoch noch durch weitere Untersuchungen zu bestätigen.

Durch die Ausbreitung einer Kultur der Beobachtung und Bewertung konnte das Wissen über die Drogenproblematik in der EU erweitert und eine Grundlage für sachkundigere Entscheidungen geschaffen werden. In den gegenwärtigen Drogenstrategien hat sich die Evaluierung als ein entscheidendes Element der Rechenschaftspflicht, Leistungskraft und finanziellen Umsicht durchgesetzt. Viele Projekte und spezielle Interventionen im Drogenbereich beinhalten bereits ein Evaluierungselement. Wenn alle wichtigen Maßnahmen der Drogenpolitik einen solchen Ansatz zugrunde legen, würde dies schrittweise eine Beurteilung der Effektivität der europäischen nationalen Drogenstrategien ermöglichen.

Abbildung 25: Hauptmerkmale eines strukturierten Ansatzes der Drogenpolitik





Ausgewähltes Thema 2

Cannabisprobleme im Kontext – zur Zunahme der Behandlungsnachfrage in Europa

Einleitung

Mit dem Begriff „Cannabis“ werden verschiedene Produkte bezeichnet, die von der Cannabis- oder Hanfpflanze (*Cannabis sativa* L.) stammen, einer einjährigen in Zentralasien beheimateten Pflanze, die mittlerweile auch in vielen gemäßigten und tropischen Klimazonen der Welt wächst. Die zahlreichen Arten von *Cannabis sativa* weisen eine entsprechend breite Palette verschiedener biologischer und chemischer Merkmale auf. Auf dem europäischen Drogenmarkt sind drei Formen von illegalem Cannabis verbreitet: das „Cannabiskraut“, das aus getrockneten Blüten, Stielen und Blättern der Pflanze besteht, das „Cannabisharz“, aus getrockneten braunen oder schwarzen Harzabsonderungen der Blüten, das im Allgemeinen in Form komprimierter Blöcke verkauft wird, aber manchmal auch als Pulver vorkommt, und das am wenigsten verbreitete „Cannabisöl“, eine klebrige, zähflüssige Masse.

Cannabis wird schon lange vom Menschen genutzt und wurde von verschiedenen Gesellschaften zur Herstellung von Stoffen und Seilfasern, bei religiösen Ritualen sowie als Kräutermedizin und Rauschmittel verwendet. Heute ist Cannabis weltweit die am häufigsten hergestellte, gehandelte und konsumierte illegale Droge (UNODC, 2003a). Trotz seines langjährigen Nutzens für den Menschen und seiner gegenwärtigen Beliebtheit ist unser Wissen über die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit noch immer begrenzt. In letzter Zeit häufen sich die Beweise für einen potenziellen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum, insbesondere intensivem Cannabiskonsum, und einer Reihe von gesundheitlichen und sozialen Problemen. Immer mehr Besorgnis erregt auch die offensichtlich steigende Zahl der Cannabiskonsumenden, die die Hilfe von speziellen Drogendiensten in Anspruch nehmen. Dennoch bleiben Ausmaß und Art der Probleme der Cannabiskonsumenden in Europa weiterhin unklar. Ferner ist unklar, inwieweit statistische Daten über die zunehmende Behandlungsnachfrage auf veränderte Melde- und Überweisungspraktiken zurückgehen und nicht Ausdruck einer größeren Zahl Hilfesuchender sind. Um diese Fragen beantworten zu können, müssen wir die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit im breiteren Kontext der sich wandelnden Konsummuster in Europa, der Herausbildung und Weiterentwicklung von Meldesystemen und sogar des sich wandelnden Charakters der Droge selbst betrachten. In diesem ausgewählten Thema

zu Cannabisproblemen im Kontext werden diese Fragen behandelt, um eine sachkundigere Debatte über die potenziellen Auswirkungen dieser am weitesten verbreiteten Form des illegalen Drogenkonsums auf die öffentliche Gesundheit zu ermöglichen.

Im Kontext der Gesetzgebung: der Rechtsstatus von Cannabis in Europa

Die strafrechtliche Verfolgung des Cannabiskonsums wird in der EU nach wie vor kontrovers diskutiert⁽¹⁵¹⁾, und die Mitgliedstaaten weichen in ihrem Herangehen an diese Frage erheblich voneinander ab.

Nach Schedule I und IV des Einheitsübereinkommens der Vereinten Nationen über Suchtstoffe⁽¹⁵²⁾ von 1961 sind Cannabisextrakte Suchtstoffe. Das Übereinkommen fordert die Verabschiedung von Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass ein breites Spektrum an Aktivitäten – einschließlich des Besitzes von Betäubungsmitteln – strafbar ist. Den Mitgliedstaaten obliegt es, das Übereinkommen unter Berücksichtigung ihrer eigenen Gegebenheiten zu interpretieren und anzuwenden. Artikel 36.1.b sieht alternative oder zusätzliche Maßnahmen wie Behandlung, Aufklärung, Nachbetreuung, Rehabilitation und soziale Reintegration vor.

Dies bedeutet in der Praxis, dass mit Cannabisdelikten EU-weit unterschiedlich umgegangen wird. Einige Länder haben Richtlinien zur Strafverfolgung oder Rechtsvorschriften erlassen, in denen festgelegt ist, wie mit bestimmten Arten von Cannabisdelikten zu verfahren ist, wobei oft verschiedene Rechtswege je nach Schwere des Vergehens empfohlen werden. In einigen Ländern zeichnet sich die Tendenz ab, im Falle des Konsums oder Besitzes geringfügiger Mengen von Drogen ohne erschwerende Umstände therapeutische Maßnahmen als Alternative zur Strafverfolgung anzuordnen. Darüber hinaus können Strafgesetze in Bezug auf den problematischen Konsum (nach Ermessen oder zwingend) die Aussetzung der Strafverfolgung unter der Voraussetzung vorsehen, dass sich der Straftäter einer Beratung oder Behandlung unterzieht. Obwohl diese Alternativen in der Regel für alle Drogenkonsumenten gelten, werden problematische Cannabiskonsumenden in den Gesetzes- und Richtlinienveränderungen des letzten Jahres in Belgien und

⁽¹⁵¹⁾ Siehe die Website der European Legal Database on Drugs (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Siehe: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

im Vereinigten Königreich besonders erwähnt, damit sie einer Unterstützung zugeführt werden können.

Physische, psychische und Entwicklungsprobleme im Zusammenhang mit Cannabiskonsum (153)

Aus den Nationalen Berichten der Mitgliedstaaten geht hervor, dass die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit vermutlich auf eine Zunahme von Problemen, insbesondere im Zusammenhang mit intensivem Cannabiskonsum, zurückzuführen ist. Es sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass systematische und vergleichbare Daten über die Probleme von Cannabiskonsumenten weitgehend fehlen. Die wissenschaftliche Wissensbasis auf diesem Gebiet ist noch in der Entwicklungsphase, liefert aber zunehmend überzeugende Beweise für einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einer Reihe von Problemen, obwohl die Art des Kausalzusammenhangs nicht immer klar ist. Eine Literaturübersicht zu den Problemen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum ist online verfügbar (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Es muss zwischen den akuten (kurzfristigen) Auswirkungen des Cannabiskonsums und der langfristigen, chronischen Wirkung der Droge unterschieden werden. Über einige positive und negative akute Auswirkungen liegen Berichte vor. Zu den negativen Auswirkungen gehören Aufmerksamkeitsdefizite und Konzentrationsschwierigkeiten, Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten (Reflexe, Koordination), Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Angst- und Panikattacken und Depressionen. Positive Auswirkungen sind Euphorie, Entspannung und Kontaktfreude. Die akuten Auswirkungen der Drogen, die äußerst Besorgnis erregend sind, umfassen kurzfristige, drogeninduzierte Psychosen oder schwere Panikattacken, ein erhöhtes Unfallrisiko, insbesondere am Steuer oder in einer risikoreichen Arbeitsumgebung, sowie bei Jugendlichen negative Auswirkungen auf die schulische Leistung (Hall et al., 2001).

Problematischer ist es, die chronischen Auswirkungen des Cannabiskonsums zu erkennen, nicht zuletzt deshalb, weil die Auswirkungen des Cannabiskonsums von den Auswirkungen eines chronischen Konsums anderer illegaler Drogen und von Tabak und Alkohol nur schwer zu unterscheiden sind. Zu den Folgen, die den größten Anlass zur Sorge geben, gehören jedoch ein erhöhtes Risiko für Lungenkrebs und andere Atemwegserkrankungen und ein Zusammenhang mit langfristigen, psychischen Gesundheitsproblemen, wie depressive Krankheiten, Psychosen und Schizophrenie. Eine weitere Sorge

hinsichtlich des chronischen Konsums ist die Gefahr, dass sich ein Abhängigkeitsverhalten herausbilden kann. Die Frage, inwiefern das Evidenzmaterial vermuten lässt, dass Cannabiskonsum einen Risikofaktor oder einen Kausalfaktor darstellt oder vielschichtiger mit diesen Problemen in Zusammenhang steht, wird in einer online zur Verfügung stehenden Studie untersucht.

In den meisten Mitgliedstaaten ist Cannabis die am häufigsten involvierte illegale Droge in Berichten über Drogendelikte, was nicht weiter überrascht, da sie auch die am meisten konsumierte Droge ist (154). Im Gegensatz zu anderen Drogen, wie beispielsweise Heroin, scheint es jedoch keinen engen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und anderen Arten von Delikten zu geben.

Cannabiskonsum und Messung von Problemen

Obwohl die international vereinbarten diagnostischen Kriterien eine wertvolle Orientierungshilfe bei der Definition von schädlichem Drogenkonsum, Drogenmissbrauch und Suchtkonsum darstellen, treten Probleme auf, wenn Cannabis in Zusammenhang mit dem in Europa vorhandenen Evidenzmaterial betrachtet wird (155). Erhebliche Unterschiede gibt es vor allem, was wichtige Fragen der Messung des Konsums angeht. Zum Beispiel herrscht kaum Konsens über die Definition von Begriffen wie „intensiver Konsum“, „regelmäßiger Konsum“ und „problematischer Konsum“, was den Vergleich der Ergebnisse verschiedener Studien erschwert. Außerdem wurde hauptsächlich im Rahmen von Umfragen versucht, „Sucht“ und „Missbrauch“ nach den ICD- und DSM-Definitionen auf Bevölkerungsebene zu messen; auch dafür fehlen derzeit standardisierte Werkzeuge, die einen überzeugenden Vergleich von Daten aus verschiedenen Studien oder Bevölkerungen erlauben.

Daran wird jedoch gegenwärtig gearbeitet. So wird zurzeit eine französische Studie mit dem Ziel durchgeführt, den problematischen Konsum besser zu definieren und spezielle Instrumente zur Messung der Konsumhäufigkeit, des wahrgenommenen Risikos und der psychischen und physischen Auswirkungen zu entwickeln (Beck, 2003).

Die bisher gebräuchlichste Methode zur Messung der Konsumhäufigkeit besteht darin, die Tage, an denen die Droge konsumiert wurde, über einen festgelegten Zeitraum zu zählen. Täglicher oder nahezu täglicher Konsum von Cannabis ist im Allgemeinen ein Indikator für „intensiven Konsum“. Obwohl täglicher Cannabiskonsum nicht unbedingt eine Abhängigkeit bedeuten muss, würde vermutlich ein Großteil der täglichen Konsumenten nach

(153) Eine Monografie über den Cannabiskonsum und damit in Zusammenhang stehende Probleme wird in der ersten Hälfte des Jahres 2005 veröffentlicht. Spezielle Informationen über gesundheitliche und physische Auswirkungen sind auf der Website der EBDD zu finden.

(154) Siehe Tabelle 5: Drogenbedingte Kriminalität im *Statistical Bulletin 2004*.

(155) Zu einer Definition von „Sucht“ und „schädlicher Konsum“ siehe „Internationale Klassifikation der Krankheiten“, 10. Auflage (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation), Codes F10 bis F19: psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Auch das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen – 4. Ausgabe – DSM-IV* (American Psychiatric Association), das die Begriffe „Sucht“ und „Missbrauch“ verwendet, wird häufig herangezogen.

den standardisierten diagnostischen Kriterien (ICD-10, DSM-IV) in die Kategorie Sucht oder Missbrauch fallen. Da die Konsumhäufigkeit relativ leicht gemessen und in Fragebögen harmonisiert werden kann, wurde diese Maßnahme in die EBDD-Leitlinien für den Europäischen Musterfragebogen aufgenommen. Gegenwärtig legen neun Länder Daten über die Häufigkeit des Cannabiskonsums in dieser Form ⁽¹⁵⁶⁾ vor.

Tendenzen bei der Behandlungsnachfrage wegen Cannabisproblemen

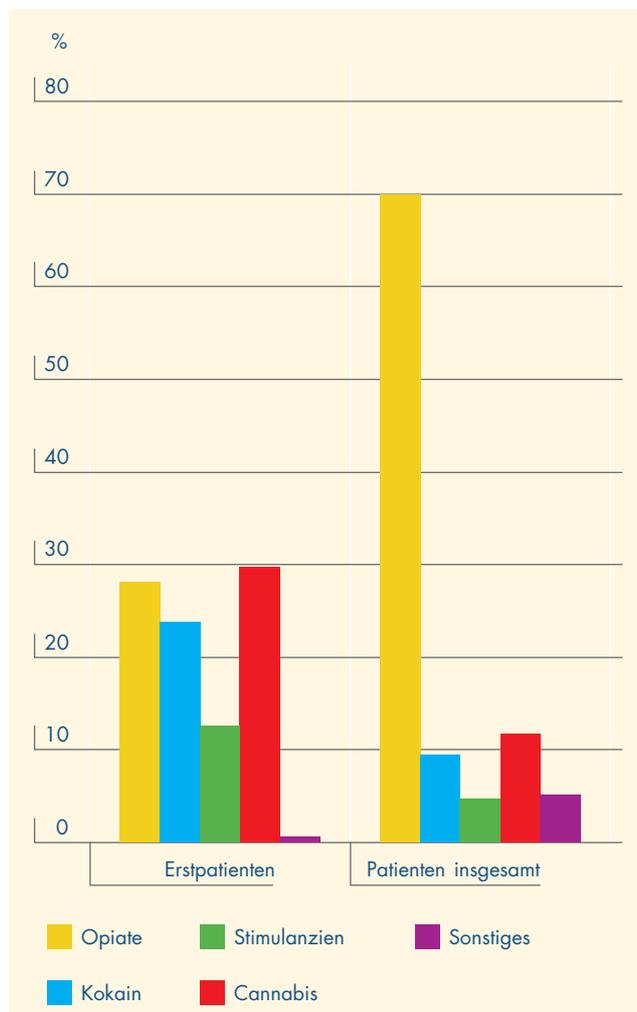
Cannabis ist die am meisten konsumierte illegale Droge in Europa, aber nur wenige Konsumenten begeben sich in Behandlung. Dennoch ist Cannabis in vielen Ländern inzwischen die am zweithäufigsten gemeldete Primärdroge, wegen der sich Konsumenten einer speziellen Drogenbehandlung unterziehen. Den Daten des Indikators Behandlungsnachfrage (TDI) (siehe S. 65) zufolge, die von sämtlichen Arten spezialisierter Behandlungsdienste stammen, haben ca. 12 % aller Patienten und 30 % der Erstpazienten ein primäres Cannabisproblem (Abbildung 26).

Der Anteil neuer Patienten (d. h. der Patienten ohne eine vorangegangene Behandlungsgeschichte), die sich einer Therapie wegen Cannabisabhängigkeit unterziehen, ist von Land zu Land sehr unterschiedlich und reicht von nahezu Null in Litauen zu knapp der Hälfte (48 %) in Deutschland, im Allgemeinen liegt er jedoch bei über einem Fünftel (20 %) (Abbildung 27).

Daten über neue Behandlungsnachfragen können jedoch nicht von allen Ländern bereitgestellt werden, und Cannabisprobleme gehen aus den allgemeinen Daten in Bezug auf die Behandlungsnachfrage weniger klar hervor.

Zwischen 1996 und 2002 ist die Zahl der Erstpazienten, die eine Behandlung aufgrund von Cannabis als Primärdroge in Anspruch nehmen, laut TDI-Daten der Länder, für die Trenddaten vorliegen, von 3 713 auf 12 493 gestiegen. Anhand der aus elf Ländern vorliegenden Daten betrug der durchschnittliche Anteil dieser Patienten an den Erstpazienten im Jahr 2002 insgesamt 29 %, gegenüber 9 % im Jahr 1996 (zu den Datenquellen siehe Abbildung 20). Obwohl alle diese Länder, mit Ausnahme von Griechenland und dem Vereinigten Königreich ⁽¹⁵⁷⁾, über eine Zunahme des Anteils der neuen Cannabispatienten an der Gesamtzahl aller neuen Patienten berichten, schwankt das Ausmaß dieser Zunahme zwischen 6 % in den Niederlanden und 31 % in Deutschland. Die aus den Nationalen Reitox-Berichten hervorgehenden Informationen lassen vermuten, dass sich die Zahl der Personen, die eine Behandlung aufgrund von primärem Cannabiskonsum in Anspruch nehmen, auch in einigen der neuen Mitgliedstaaten erhöht hat (Abbildung 28). Eine kürzlich vom niederländischen National Alcohol and Drugs

Abbildung 26: Genannte Primärdroge unter Erstpazienten und allen Patienten in Drogenbehandlung, 2002



Anmerkungen: n = 42 568 (Erstpazienten), 351 372 (Patienten insgesamt).
Länder, aus denen Daten vorliegen (Erstpazienten): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Länder, aus denen Daten vorliegen (Patienten insgesamt): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Gewichtet nach der Zahl der Patienten nach Land.
Quelle: Nationale Reitox-Berichte 2003.

Information System (LADIS) durchgeführte Untersuchung der Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit ergab, dass 29 % der neuen Patienten, die im Jahr 2002 eine Therapie aufgenommen haben, wegen Cannabisproblemen behandelt werden, und dass Cannabispatienten einen kleinen, aber jährlich steigenden Anteil ausmachen. Aus der Untersuchung ging auch hervor, dass der Anteil derer, die sich in Behandlung begeben, zwar steigt, aber angesichts des Ausmaßes des Cannabiskonsums in den Niederlanden relativ gering ist.

Bei verallgemeinernden Schlussfolgerungen aus dem konsolidierten europäischen Datensatz ist Vorsicht geboten.

⁽¹⁵⁶⁾ Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, die Niederlande und Portugal. Daten für Finnland liegen aufgrund der aus einer Umfrage hervorgegangenen geringen Zahl von Konsumenten, die die Droge im letzten Monat genommen haben (35), nicht vor. Die Zahl der Fälle und der Anteil für die einzelnen Länder sind der Tabelle 7: Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung im *Statistical Bulletin 2004* zu entnehmen.

⁽¹⁵⁷⁾ Für das Vereinigte Königreich liegen keine Daten über neue Patienten vor, die Informationen sind den Nationalen Berichten zu entnehmen.

Abbildung 27: Cannabis als genannte Primärdroge unter Erstpazienten in Behandlung, 2002



Anmerkungen: Fälle insgesamt: 42 421.
Quelle: Nationale Reitox-Berichte 2003.

Längsschnittdaten über neue Behandlungsnachfragen liegen lediglich von elf Ländern vor. Hier sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die laut TDI-Daten steigende Behandlungsnachfrage von Cannabiskonsumenten in hohem Maße von Daten aus Spanien und Deutschland beeinflusst wird, wo die Zahl der Meldungen über primäre Cannabisprobleme besonders stark angestiegen ist. Darüber hinaus entfallen ca. 50 % aller gemeldeten Behandlungsnachfragen auf Spanien.

Nicht nur in Europa steigt die Behandlungsnachfrage wegen Cannabiskonsums. In den USA, wo ein anderes Registrierungssystem für die Drogenbehandlung benutzt wird⁽¹⁵⁸⁾, stiegen die Behandlungsaufnahmen für Marihuanakonsumenten von 20 000 im Jahr 1992 auf fast 90 000 im Jahr 2000 (SAMHSA, 2001; EBDD, 2003d).

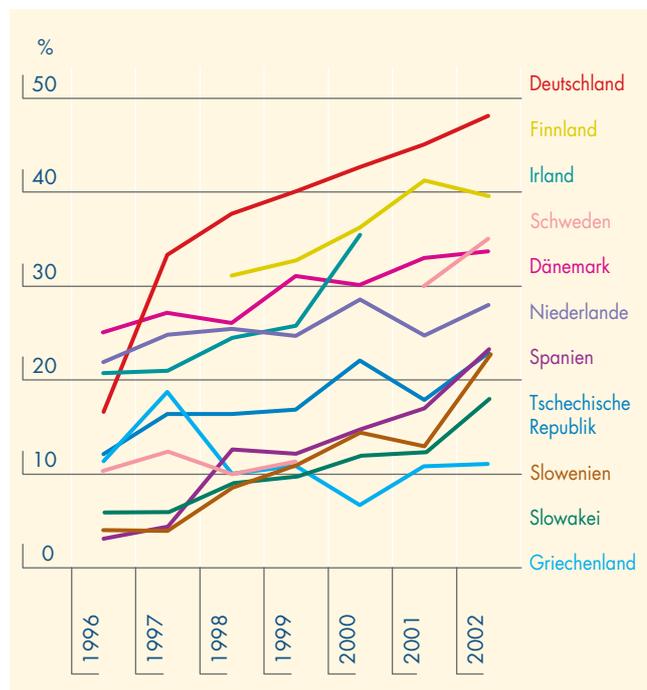
Angesichts der Implikationen der gestiegenen Behandlungsnachfrage Cannabiskonsumenten ergeben sich folgende Schlüsselfragen:

- Bedeuten die Ergebnisse, dass die Zahl der Personen mit cannabisbedingten physischen und psychischen Problemen steigt? Wenn ja:

- Ist dies die Folge des Anstiegs eines regelmäßigen, intensiven Cannabiskonsums?
- Ist dies Ausdruck anderer Faktoren, wie eines potenziellen Anstiegs der Cannabisstärke?
- Lässt sich dieser Anstieg durch andere Faktoren als eine erhöhte Hilfsbedürftigkeit erklären, wie beispielsweise:
 - bessere Erfassung der Behandlung durch das Meldesystem;
 - Erweiterung der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere der speziellen Behandlungsdienste für Jugendliche und junge Erwachsene (Nationale Reitox-Berichte, 2003);
 - Veränderungen im Umgang des Strafvollzugssystems, der Schulen oder Einrichtungen, die mit jungen Menschen arbeiten, mit dem Problem des Cannabiskonsums, und ein daraus resultierender Anstieg der Überweisung zur Behandlung von Personen, die sonst spontan keine Hilfe in Anspruch genommen hätten.

Es ist wichtig zu wissen, inwieweit jeder einzelne dieser Faktoren die Teilnahme an der Behandlung beeinflusst. Ein

Abbildung 28: Tendenzen bei Cannabis als genannte Primärdroge unter Erstpazienten in Behandlung: 1996–2002



Anmerkungen: Behandlungen insgesamt (% alter Patienten). Durchschnitt der Tendenzen (%) innerhalb der Länder. In Schweden beziehen sich die Daten für den Zeitraum zwischen 1996 und 1999 auf Krankenhausbehandlung; Deshalb ist die Zahl der Cannabisfälle im Vergleich zu anderen Jahren relativ gering.
Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ In den USA werden die Behandlungsaufnahmen und nicht die Personen registriert. Ferner zählt Alkohol, anders als in Europa, zu den Missbrauchssubstanzen. Siehe die Website von SAMHSA (<http://www.samhsa.gov>). Es ist zu beachten, dass in den USA, Kanada und Australien die Bezeichnung „Haschisch“ (Cannabischarz) nicht geläufig ist und stattdessen die Bezeichnung „Marihuana“ verwendet wird.

erster Schritt besteht darin, die Merkmale derer zu analysieren, die sich in Behandlung begeben und die nachweislich ein primäres Cannabisproblem haben. Diese Analyse basiert auf Patienten in ambulanten Behandlungseinrichtungen.

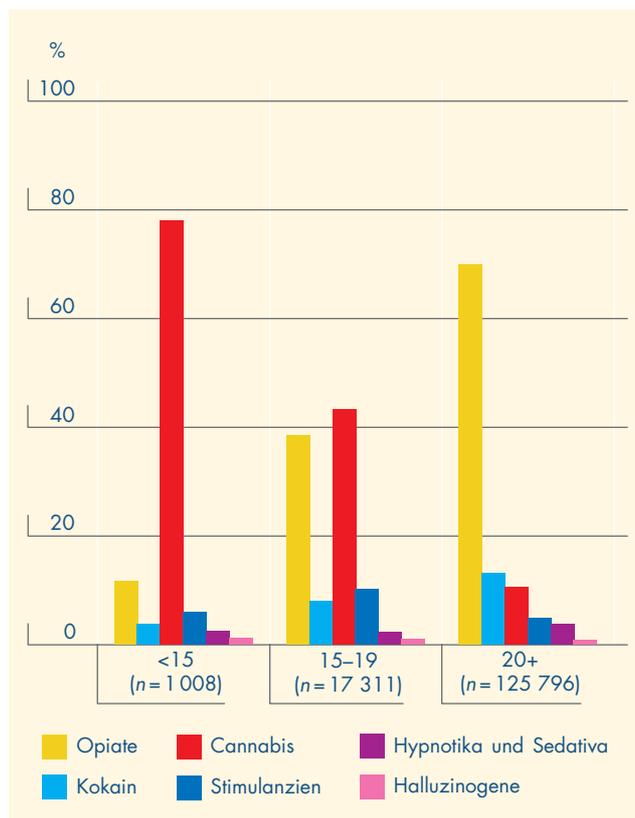
Cannabispatienten: Merkmale und Konsummuster

Zur Feststellung der Überweisungsquelle für Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, steht eine Reihe von Standardoptionen zur Verfügung. Dabei wird unterschieden zwischen den Drogenkonsumenten, die sich von selbst in Behandlung begeben und denen, die von anderen Stellen wie Sozialdiensten oder Strafvollzugsanstalten überwiesen werden. Die meisten Cannabispatienten werden von Familie und Freunden, Sozialdiensten oder Strafvollzugsanstalten überwiesen. Im Vergleich zu Konsumenten anderer Drogen begibt sich ein kleinerer Teil der Cannabispatienten von selbst in Behandlung⁽¹⁵⁹⁾. Ein ähnliches Bild bietet sich in den USA und in Kanada, wo die Behandlungsnachfrage für Konsumenten von Marihuana als primärer Substanz ebenfalls in den seltensten Fällen selbst-initiiert ist (EBDD, 2003d).

Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen den Überweisungswegen besteht darin, dass die von der Familie, von Freunden oder Sozialdiensten (oft Schulen) überwiesenen Klienten in der Regel jünger sind, weniger dazu tendieren, andere Drogen neben Cannabis zu konsumieren und sozial besser integriert sind, während Klienten, die von Justizbehörden überwiesen werden oder als Selbstüberweisung eingestuft werden, im Allgemeinen älter sind und neben Cannabis häufig noch andere Drogen konsumieren (Nationale Reitox-Berichte, 2003). In Deutschland und Finnland, die den höchsten Anteil an primären Cannabispatienten verzeichnen, spielen Justizbehörden und Schulen eine wichtige Rolle bei der Überweisung von Cannabispatienten.

Cannabispatienten, die sich zum ersten Mal in Behandlung befinden, sind vorrangig jung, männlich (83 %), mit einem Durchschnittsalter von 22 bis 23 Jahren, während bei anderen Drogen der Anteil der männlichen Patienten geringfügig niedriger und das Durchschnittsalter höher ist. Bei fast 80 % der Erstpazienten, die als „sehr jung“ (unter 15 Jahren) eingestuft werden und von denen 40 % im Alter zwischen 15 und 19 Jahren sind, ist Cannabis die Primärdroge, wegen der sie eine Behandlung aufgenommen haben (Abbildung 29)⁽¹⁶⁰⁾. In dieser Gruppe überwiegen nach wie vor die Männer, jedoch ist der Frauenanteil größer als in der Gesamtgruppe der Patienten. Die Unterschiede bei der Verteilung nach Alter und Geschlecht in den einzelnen Ländern spiegeln im Großen und Ganzen die gleichen Muster wider, die bei allen Patienten zu beobachten sind.

Abbildung 29: Aufschlüsselung der genannten Primärdroge nach Patienten in ambulanter Behandlung und nach Altersgruppen: 2002



Anmerkungen: Patienten insgesamt. Länder, von denen Daten vorliegen: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.
Männer aus Dänemark und aus dem Vereinigten Königreich stellen 56 % aller unter 20-Jährigen dar, die sich in Cannabisbehandlung befinden, wobei weitere 17 % auf Spanien entfallen.
Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003; ambulante TDI-Behandlungszentren.

Das jugendliche Alter der Cannabispatienten spiegelt die Tatsache wieder, dass sich ein großer Teil von ihnen, d. h. 45 %, noch in der Ausbildung befindet, gegenüber lediglich 4 bis 8 % der Patienten, die sich wegen Problemen mit anderen Drogen einer Behandlung unterziehen. Weitere 24 % der wegen Cannabisproblemen behandelten Patienten gehen einer regelmäßigen Beschäftigung nach, genauso viele sind arbeitslos⁽¹⁶¹⁾, was in krassem Gegensatz zu den Patienten steht, die andere Drogen, wie beispielsweise Heroin, konsumieren. Des Weiteren geben Cannabispatienten häufiger als Patienten, die wegen Problemen mit anderen Drogen behandelt werden, an⁽¹⁶²⁾, in sicheren Wohnverhältnissen zu leben, was damit zusammenhängt, dass es sich bei vielen von ihnen um Jugendliche, Schüler und Studenten handelt, die noch bei ihren Eltern leben.

Die Konsummuster von Patienten, die an einer ambulanten Behandlung wegen primären Cannabiskonsums teilnehmen, unterscheiden sich erheblich von den Konsummestern im

⁽¹⁵⁹⁾ Siehe Abbildung 22 OL: Überweisungsquelle aller Patienten: für alle Drogen und für Cannabis.

⁽¹⁶⁰⁾ Siehe auch Tabelle 4 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹⁶¹⁾ Siehe Abbildung 23 OL: Beschäftigungsstatus der Cannabispatienten und aller Patienten.

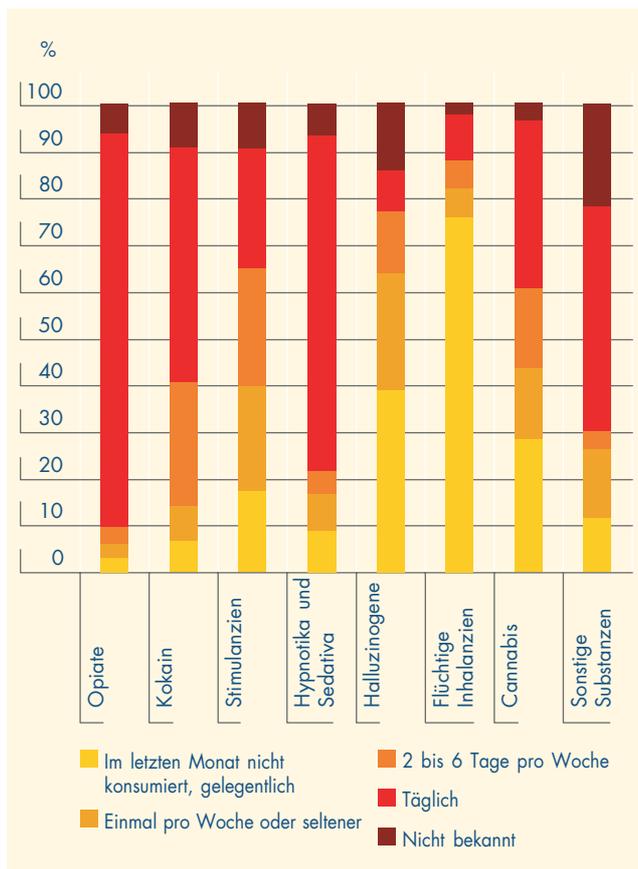
⁽¹⁶²⁾ Siehe Abbildung 24 OL: Lebensbedingungen der Cannabispatienten und aller Patienten

Zusammenhang mit anderen Drogen, insbesondere Opiaten (Abbildung 30). Von den Patienten, die sich 2002 wegen primären Cannabiskonsums in Behandlung befanden, konsumierten nur 36 % die Droge täglich und lediglich 17 % öfter als einmal wöchentlich (zwei- bis sechsmal wöchentlich); 15 % konsumierten Cannabis einmal pro Woche oder seltener, und 28 % waren Gelegenheitskonsumenten oder hatten im letzten Monat überhaupt kein Cannabis genommen. Im Vergleich dazu konsumieren 84 % der in Behandlung befindlichen Opiatkonsumenten täglich.

Der Anteil der ambulanten Patienten, die täglich Cannabis konsumieren, ist von Land zu Land unterschiedlich. Der höchste Prozentsatz täglicher Cannabiskonsumten wird aus den Niederlanden (80 %) und Dänemark (76 %) gemeldet, während der Anteil der Gelegenheitskonsumenten in Deutschland am höchsten ist (41 %) ⁽¹⁶³⁾.

Je jünger die Erstkonsumenten von Cannabis sind, desto größer ist die Gefahr, dass sie später ein Drogenproblem

Abbildung 30: Aufschlüsselung der Konsumhäufigkeit der genannten Primärdroge nach Patienten in ambulanter Behandlung, 2002



Anmerkungen: n = 109 699 (Patienten insgesamt). Länder, von denen Daten vorliegen: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – alle Arten von Behandlungszentren).

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003; ambulante TDI-Behandlungszentren.

entwickeln (Kraus et al., 2003). In Europa begannen 28 % aller im Jahr 2002 in Behandlung befindlichen Cannabispatienten mit dem Konsum der Droge in einem Alter unter 15 Jahren, und die meisten (80 %) in einem Alter unter 20 Jahren. Die entsprechenden Zahlen für Opiatkonsumenten liegen bei 9 % und 42,8 % und für Kokainkonsumenten bei 6 % und 26,5 %.

Die meisten Länder berichten, dass die in Behandlung befindlichen Patienten mit primären Cannabisproblemen oft das Muster eines polyvalenten Drogenkonsums aufweisen. Dies kann auf ein Meldeartefakt hinweisen, wenn beispielsweise Patienten mit polyvalenten Drogenproblemen der Einfachheit halber als primäre Cannabiskonsumten eingestuft werden. Quantitative Daten über den Anteil polyvalenter Drogenkonsumenten unter den Patienten insgesamt liegen jedoch nicht vor. Es gibt Unterschiede zwischen den Patienten, die nur Cannabis konsumieren, und denen, die Cannabis zusammen mit einer anderen Droge konsumieren (Nationale Reitox-Berichte, 2003): Erstere sind in der Regel jünger und sozial besser integriert als letztere (die Wahrscheinlichkeit ist größer, dass sie einer Beschäftigung nachgehen und über ein höheres Bildungsniveau verfügen, sie weisen einen geringeren Anteil an Schulabbrechern auf). Die am häufigsten gemeldeten Sekundärsbstanzien, die von primären Cannabispatienten konsumiert werden, sind Alkohol (32,9 %) und Stimulanzien (25 %) ⁽¹⁶⁴⁾, obwohl die Verteilung von Land zu Land unterschiedlich ist.

Einige in Behandlung befindliche Cannabispatienten geben auch zu, andere Drogen zu injizieren, und manche berichten von einer Lebenszeiterfahrung mit injizierendem Drogenkonsum, obwohl sie gegenwärtig außer Cannabis keine andere Droge konsumieren. Beispielsweise berichteten in Griechenland im Jahr 2002 25,4 % aller Cannabis konsumierenden Patienten, einmal im Leben eine andere Substanz injiziert zu haben, obwohl 14,7 % der Cannabispatienten mit nachweislichem Sekundärdrogenkonsum in den vergangenen 30 Tagen injiziert hatten (griechischer Nationaler Bericht, 2003). Ähnlich verhält es sich in der Tschechischen Republik (Nationaler Bericht), wo Informationen zufolge in einigen Behandlungseinrichtungen bis zu 50 % der Cannabispatienten auch injizieren.

Tendenzen der Behandlungsnachfrage: sich ändernde Faktoren

Die zunehmende Nachfrage nach der Behandlung primärer Cannabisprobleme ist im Kontext der Veränderungen bei den Merkmalen und Konsummustern zu sehen. Zwischen 2000 und 2002 hat sich die Gesamtzahl der Überweisungen durch Justizbehörden, Familie, Freunde und Sozialdienste in den Ländern, von denen Daten vorliegen, außerordentlich stark erhöht, und zwar um 103 %, 81 % bzw. 136 % ⁽¹⁶⁵⁾. Zwischen den Ländern gab es keine relevanten Unterschiede, mit Ausnahme von Deutschland,

⁽¹⁶³⁾ Siehe Abbildung 25 OL: Häufigkeit des Cannabiskonsums nach Ländern.

⁽¹⁶⁴⁾ Siehe Abbildung 26 OL: Meistkonsumierte Sekundärdroge unter allen Cannabispatienten nach Ländern und Tabelle 9 TDI im *Statistical Bulletin 2004*.

⁽¹⁶⁵⁾ Siehe Abbildung 27 OL: Überweisungsquellen aller Patienten, 2000–2002.

wo die Überweisungen der Strafvollzugsanstalten ebenfalls angestiegen sind (von 21,7 auf 26,7 %).

Es liegen keine konkreten Daten über Tendenzen bei den soziodemografischen Merkmalen von Cannabispatienten vor, obwohl aus einigen Nationalen Berichten (Tschechische Republik, Frankreich und Luxemburg) hervorgeht, dass die Zahl der Patienten mit Bildungsproblemen sowie sozialen und psychischen Problemen zugenommen hat. Von 2001 bis 2002 ist der Anteil täglicher Konsumenten unter Cannabispatienten von 31,7 auf 39,2 % gestiegen ⁽¹⁶⁶⁾; einige Länder melden, dass tägliche Konsumenten einen höheren Anteil an älteren Patienten (> 20 Jahre) aufweisen.

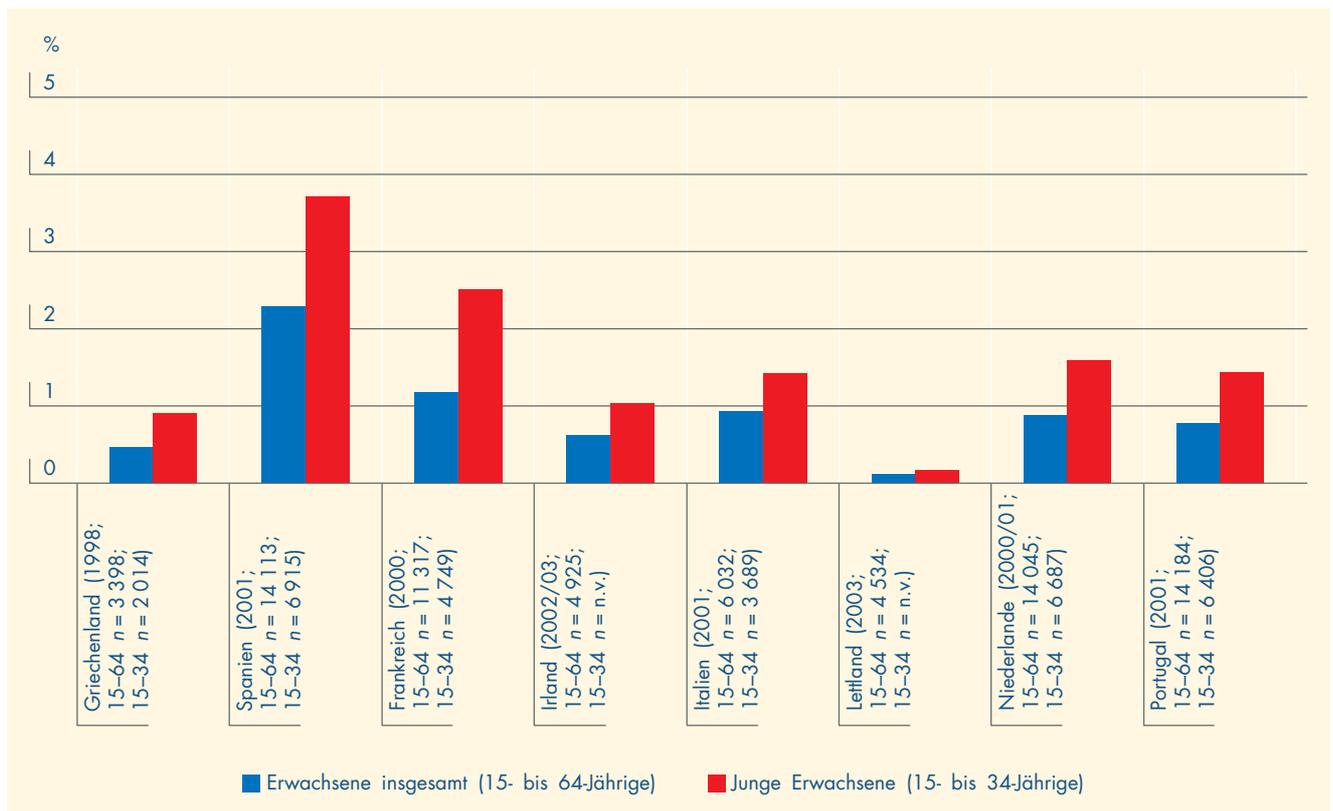
Cannabis in der Allgemeinbevölkerung: vom experimentellen zum täglichen Konsum

Wie oben dargelegt, ist der Cannabiskonsum in den 90er Jahren in fast allen Ländern deutlich angestiegen. Obwohl Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge ist, wird sie weiterhin vor allem gelegentlich oder kurzfristig konsumiert. Vermutlich haben die Personen, die die Droge am

intensivsten konsumieren, das höchste Risiko, ein Drogenproblem zu entwickeln oder süchtig zu werden, aber gerade auf diesem Gebiet liegen nicht genügend Informationen vor, obwohl bekannt ist, dass Konsumenten, die Cannabis erst in der jüngsten Vergangenheit konsumiert haben (in den letzten 30 Tagen), meistens junge Männer in städtischen Gebieten sind.

„Konsum in den vergangenen 30 Tagen“ ist ein Indikator für aktuellen Konsum, der auch diejenigen einschließt, die die Droge intensiv konsumieren. Aus neueren Umfragen geht hervor, dass 1 bis 7 % aller Erwachsenen und 3 bis 12 % der jungen Erwachsenen die Droge in den vergangenen 30 Tagen konsumiert haben, rechnet man Schweden nicht mit, wo der Anteil 0,1 % beträgt. Es gibt jedoch Unterschiede zwischen den Ländern, und der aktuelle Konsum ist in der Tschechischen Republik, in Spanien, Frankreich, Irland und im Vereinigten Königreich am weitesten verbreitet. In den Ländern, in denen Tendenzen des jüngsten Konsums im Zeitverlauf analysiert werden können, lässt sich ein Anstieg feststellen, der jedoch nicht dramatisch ist.

Abbildung 31: Anteil der täglichen oder fast täglichen Cannabiskonsumanten unter allen Erwachsenen und jungen Erwachsenen in einigen EU-Ländern, anhand nationaler demografischer Erhebungen



Anmerkungen: Tägliche oder fast tägliche Konsumenten = Konsum an 20 oder mehr Tagen während des Monats vor der Befragung. Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Die Altersspanne für alle Erwachsenen beträgt 15 bis 64 Jahre (Italien 44 Jahre) und für junge Erwachsene 15 bis 34 Jahre. Abweichungen bei der Altersspanne können zu geringfügigen Differenzen zwischen den Ländern führen.
Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2003, auf der Grundlage von Berichten über Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Epidemiologische Standardtabellen im *Statistical Bulletin* 2004.

⁽¹⁶⁶⁾ Siehe Abbildung 28 OL: Konsumhäufigkeit unter allen Cannabispatienten und Tabelle 8 TDI im *Statistical Bulletin* 2004.

Daten, anhand derer sich die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den vergangenen 30 Tagen genau bestimmen lässt, liegen von neun Ländern vor – Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Niederlande, Portugal und Finnland (nicht veröffentlicht). Mit einer Ausnahme (Lettland) konsumierte ungefähr ein Viertel (19–33 %) derer, die Cannabis während des vergangenen Monats konsumiert hatten, die Droge täglich oder fast täglich⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. In diesen Ländern machen die⁽¹⁶⁹⁾ und 0,9 bis 3,7 % der jungen Erwachsenen aus (Abbildung 31). Die meisten Personen (76–92 %), die zugaben, im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, waren 15 bis 34 Jahre alt, demzufolge gehörten auch die täglichen Konsumenten zu dieser Altersklasse. Außerdem sind die täglichen Konsumenten vorwiegend männlich, allerdings schwankt der Anteil zwischen 62 % in den Niederlanden und 92 % in Griechenland.

Aus diesen Angaben lässt sich die Zahl der intensiven Cannabiskonsumenten in Europa grob abschätzen. Wenn davon ausgegangen wird, dass ca. 1 % der Bevölkerung eines Landes täglich Cannabis konsumiert (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren), wären dies bei 25 Millionen Einwohnern 250 000 tägliche Cannabiskonsumenten. In der ganzen EU mit einer Gesamtbevölkerung von 302 Millionen Menschen läge die Prävalenz damit bei ungefähr 3 Millionen.

Sogar unter jungen Erwachsenen schwankt der intensive Cannabiskonsum je nach Alterskohorte und ist unter jüngeren Gruppen allgemein höher. Aus einer im Jahr 2002 durchgeführten Schulumfrage in Spanien ging hervor, dass 3,6 % der 14- bis 18-jährigen Schüler täglich oder fast täglich konsumieren (damit liegen sie in der Altersklasse der 15- bis 34-Jährigen an der Spitze). In Frankreich war, der jährlichen Umfrage unter 17- bis 19-Jährigen (ESCAPAD) zufolge, der tägliche Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen mit 9,2 % bei den Jungen und 3,3 % bei den Mädchen sogar noch höher (Beck und Legleye, 2003).

Die Auswirkungen einer Cannabissucht oder eines Cannabissmissbrauchs sind offenbar weniger schwerwiegend als die anderer Drogen. Die meisten intensiven Cannabiskonsumenten scheinen relativ gut integrierte junge Erwachsene zu sein, die anfälliger für andere soziale Probleme (Autounfälle, Ausbildungsabbruch, familiäre Probleme) als für kriminelle Aktivitäten sind; dies ist zu berücksichtigen, will man weitere Probleme oder Ausgrenzung vermeiden.

Stärke und Dosierung von Cannabis

Es wird vermutet, dass die wachsenden Probleme und demzufolge auch die größere Zahl der Behandlungsaufnahmen zum Teil auf einen höheren

Wirkstoffgehalt von Cannabis zurückzuführen sind. Die Auseinandersetzung mit Faktoren wie Stärke von Cannabis, individuelle Dosierung und die wahrscheinlichen Auswirkungen auf akute und chronische Probleme wirft eine Reihe komplexer Fragen auf. Zur Auswertung der Forschungsergebnisse in Bezug auf die Stärke von Cannabis hat die EBDD eine spezielle Studie durchgeführt, deren wichtigste Ergebnisse Seite 90 vorgestellt werden.

Die Stärke von Cannabis ist nur ein Faktor bei der Berechnung der Dosis, die ein Konsument über einen bestimmten Zeitraum zu sich nimmt (Hall et al., 2001). Applikationsform, Art und Weise des Rauchens, die Menge des pro Sitzung konsumierten Cannabis und die Zahl der Sitzungen, an denen der Konsument teilnimmt, sind ebenso wichtige Faktoren, die vielleicht sogar eine noch größere Rolle bei der Berechnung der individuellen Toleranzbereiche spielen. Starkes Cannabis war immer bis zu einem gewissen Grad verfügbar, und die Sorge darüber ist nicht neu. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass nicht bekannt ist, ob Cannabiskonsumenten ihr Verhalten ändern, um die gewünschte Wirkung einer Dosis zu erzielen. Deshalb ist genauer zu untersuchen, inwieweit starkes Cannabis notwendigerweise auch zu höheren Dosen führt.

Berücksichtigung der Bedürfnisse von Cannabiskonsumenten

Um effektive Verfahrensweisen entwickeln zu können, muss man die Bedürfnisse derer verstehen, die Hilfe bei der Lösung ihrer Cannabisprobleme suchen. Die Analyse des Behandlungsbedarfs und andere Indikatordaten legen nahe, dass sowohl Cannabiskonsumenten, die zur Behandlung überwiesen wurden, als auch die Konsumenten insgesamt eine heterogene Gruppe mit heterogenen Bedürfnissen darstellen. Daher ist ein Kontinuum von Maßnahmen erforderlich, das sich von der Prävention und der Risikominimierung bis zu formalen Behandlungsprogrammen erstreckt. Dabei wird die Frage laut, ob Jugendliche, die nur gelegentlich Cannabis konsumieren, an spezialisierte Drogenhilfszentren überwiesen werden sollen. Die Antwort hängt weitgehend davon ab, wie die Hilfsdienste angelegt sind und inwieweit die Patienten mit chronischen Konsumenten anderer Substanzen in Kontakt kommen. Dennoch ist die Ermittlung geeigneter Überweisungswege für Konsumenten mit unterschiedlichen Mustern des Cannabiskonsums nach wie vor ein wichtiges Diskussionsthema.

Was die Prävention betrifft, so wurden kaum Initiativen entwickelt, die speziell auf den ansteigenden Cannabiskonsum unter Jugendlichen eingehen, da Prävention selten substanzspezifisch ist. Einige Mitgliedstaaten berichten jedoch inzwischen von neuen Entwicklungen auf diesem Gebiet. Dabei werden zwei

⁽¹⁶⁷⁾ In diesem Abschnitt beziehen sich die Angaben auf den „Konsum an 20 oder mehr Tagen in den vergangenen 30 Tagen“, auch als „täglich oder fast täglicher Konsum“ bezeichnet. Anhand des Europäischen Musterfragebogens soll die genaue Zahl der Konsumtage erfasst werden. Bei den nationalen Angaben wurde die Konsumhäufigkeit in vier diskrete Kategorien eingeteilt, wobei die höchste „20 und mehr Tage“ ist.

⁽¹⁶⁸⁾ Siehe Abbildung 29 OL: Anteil der täglichen (oder fast täglichen) erwachsenen Konsumenten (15–64 Jahre), die Cannabis im Vormonat konsumiert haben.

⁽¹⁶⁹⁾ Anteil der „Konsumenten, die die Droge im letzten Monat konsumiert haben“ multipliziert mit der Zahl der „täglich und fast täglichen Konsumenten“, d. h. 6 % (Vormonatsprävalenz) x 25 % (Anteil derer, die die Droge „mindestens zwanzigmal“ konsumiert haben) = 1,5 %.

Die Stärke von Cannabis (!)

1. Die EU-Länder lassen sich in zwei Gruppen einteilen, je nachdem ob Cannabiskraut oder Cannabisharz am häufigsten konsumiert wird. Unter den Ländern, für die Daten vorlagen, überwogen der Konsum von Cannabisharz in Deutschland, Irland, Portugal und im Vereinigten Königreich und der Konsum von Cannabiskraut in Belgien, der Tschechischen Republik, in Estland, in den Niederlanden und Österreich.
2. Langfristig war keine markante Erhöhung der Stärke von nach Europa importiertem Cannabiskraut oder Cannabisharz zu beobachten. In allen EU-Ländern, möglicherweise mit Ausnahme von den Niederlanden, wurde das konsumierte Cannabis größtenteils importiert, allerdings liegen noch keine systematischen Daten zur Verfügbarkeit von selbst angebautem Cannabiskraut vor.
3. Der Innenanbau von Cannabis findet in gewissem Maße in allen europäischen Ländern statt. In den Niederlanden jedoch macht dieses Produkt schätzungsweise über die Hälfte des konsumierten Cannabis aus. In den meisten Ländern wird jedoch der Großteil der Produkte importiert.
4. Cannabiskraut, das im Innenanbau unter Verwendung intensiver Methoden (z. B. Bewässerungssysteme mit Kunstlicht, Wachstumsbeschleunigung durch Beschneidung und Kontrolle der Tageslänge) kultiviert wird, weist in der Regel einen höheren THC-Gehalt auf als importiertes Cannabis. Obwohl sich der Stärkebereich von im Innenanbau kultiviertem Cannabiskraut vermutlich mit der Stärke von importiertem Cannabis überschneidet, kann die durchschnittliche Stärke von selbst angebautem Cannabis zwei- bis dreimal höher sein als die von importiertem Cannabis.
5. Die insgesamt höhere Stärke von Cannabis, wie sie von einigen Ländern gemeldet wurde, kann beinahe gänzlich dem steigenden Anteil an konsumiertem, lokal angebautem Cannabis zugeschrieben werden.
6. In Anbetracht des Marktanteils verschiedener Cannabisprodukte ist die effektive Stärke in fast allen Ländern seit vielen Jahren relativ stabil und liegt ungefähr zwischen 6 und 8 %. Einzige Ausnahme sind die Niederlande, wo sie im Jahr 2001 einen Wert von 16 % erreichte.
7. In den Niederlanden ist der THC-Wert von lokal angebautem Cannabisharz besonders hoch, allerdings ist dieses Produkt dort noch kaum verbreitet und in anderen Ländern nahezu unbekannt.
8. Die in den Massenmedien verbreiteten Behauptungen, dass sich die Cannabisstärke in den letzten Jahrzehnten um das Zehnfache oder mehr erhöht hat, werden durch die beschränkt vorliegenden Daten aus den USA oder Europa nicht bestätigt. Langfristig hat sich die Stärke in den USA offenbar geändert, allerdings muss berücksichtigt werden, dass vor 1980 die Cannabisstärke in den USA im Vergleich zum europäischen Maßstab gering war.
9. Das Fazit der Studie lautet, dass es in einigen Ländern bescheidene Veränderungen des THC-Gehalts gab, die auf das seit kurzem vorhandene Marktangebot an intensiv kultiviertem, innerhalb der EU angebautem Cannabis zurückzuführen sind. Des Weiteren wird festgestellt, dass der THC-Gehalt von Cannabisprodukten erheblich variieren kann. Es sind eindeutig Informationen nötig, um Beobachtungssysteme zu entwickeln, die eine Bewertung der Marktanteile verschiedener Cannabisprodukte und die Beobachtung von Veränderungen über längere Zeiträume ermöglichen. Zurzeit sind hierzu kaum Informationen vorhanden.
10. Die Studie hebt eine Reihe wichtiger Bereiche hervor, die der Aufmerksamkeit bedürfen, um die Probleme im Zusammenhang mit der Cannabisstärke beurteilen zu können. Hierzu gehören: ein Konsens zur Nomenklatur der Cannabisprodukte, verbesserte Beobachtung der Marktinformationen, Verbesserung der Standards der Laboranalysen sowie der Datenerhebung und -präsentation auf europäischer Ebene, Studien in Europa zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Rauchverhalten, Stärke und THC-Spiegel im Blut/Stoffwechsel, und die Notwendigkeit der Untersuchung, inwieweit sehr starkes Cannabis zu einer Erhöhung der Dosierung und in der Folge zu Gesundheitsproblemen führt. Es wird darauf hingewiesen, dass Kosten und Nutzen eines unterschiedlichen Umgangs mit den verschiedenen Cannabisprodukten abgewogen werden sollten.

(!) Siehe EBDD, 2004c.

Hauptstrategien verfolgt: (1) die Warnung vor der Gefahr, dass junge Cannabiskonsumenten mit dem Strafvollzugssystem in Berührung kommen; und (2) der Versuch, der sozialen Wahrnehmung des Cannabiskonsums als ein normatives Verhalten mit Hilfe von Massenkampagnen oder zielgruppenspezifischen Kampagnen in den Medien entgegenzuwirken.

In Deutschland, Griechenland, Irland, Finnland und im Vereinigten Königreich wurden Maßnahmen ergriffen, um die psychosozialen Folgen für im Zusammenhang mit Cannabiskonsum verurteilte jugendliche Erststraftäter zu reduzieren. Ein aktuelles Beispiel dafür (ab 2000) ist das FRED-Programm in Deutschland, das mittlerweile in acht Ländern umgesetzt wird und jungen Drogenkonsumenten

frühzeitige, kurzfristige Interventionen auf freiwilliger Basis anbietet⁽¹⁷⁰⁾. Im Vereinigten Königreich arbeiten die Youth Offending Teams auf ähnliche Art und Weise. Nach Veränderung einiger Aspekte des Umgangs mit dem Cannabiskonsum durch das Strafvollzugssystem und einer Neuklassifizierung der Droge (von Klasse B zu Klasse C) ist der Drogenbesitz und nicht der Drogenkonsum das Strafdelikt; bei Drogenbesitz erfolgt eine Verwarnung. Für die formelle Verwarnung junger Menschen (z. B. der unter 18-Jährigen) gilt ein bestimmtes Verfahren. Auch das Vereinigte Königreich hat eine Massenmedienkampagne gestartet, um auf die negativen Folgen und den illegalen Status von Cannabis hinzuweisen.

Eine weitere, kürzlich ins Leben gerufene Initiative konzentriert sich auf die Durchführung von Präventionskampagnen in „Koffieshops“, wo kleine Mengen Cannabis angeboten werden. Dies geschieht in Form eines Kurses und eines Handbuchs für Koffieshopbesitzer, um drogenbedingte Probleme in diesen Einrichtungen zu verhindern. Das Handbuch bietet Informationen über Cannabis, die Drogengesetzgebung, psychische Störungen, erste Hilfe, Unternehmerteil und Aufklärungsarbeit. In den Niederlanden werden traditionsgemäß individuell zugeschnittene und direkte Ansätze in Bezug auf den Cannabiskonsum verfolgt, wie die Hash and Weed Week⁽¹⁷¹⁾ zeigt. Dabei halten starke Cannabiskonsumanten Gruppensitzungen ab, bei denen über die Folgen des intensiven Konsums und mögliche Verhaltensveränderungen diskutiert wird.

In gewisser Hinsicht umfassen diese Ansätze sowohl Schadensminimierung als auch Prävention. Obwohl der Zusammenhang zwischen Rauchen und Atemwegserkrankungen bekannt ist und die Sorge über die negativen Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die Gesundheit wächst, sind die Interventionen zur Minimierung von cannabisbedingten Schäden im Vergleich zu den Interventionen, die auf die Konsumenten anderer Drogen abzielen, nach wie vor unzureichend.

Die meisten Behandlungsmöglichkeiten für Konsumenten mit Cannabisproblemen werden von Behandlungszentren angeboten, die Patienten betreuen, die von legalen oder illegalen Drogen abhängig sind oder andere Arten eines Abhängigkeitsverhaltens zeigen. Einige Länder (Dänemark, Deutschland, Griechenland, Frankreich, die Niederlande, Österreich, Schweden und Norwegen) melden, dass Dienste für Cannabiskonsumanten eingerichtet wurden, aber im Allgemeinen scheint diese Art der speziellen Betreuung äußerst begrenzt zu sein. In vielen Ländern sind die Behandlungsdienste für problematische Cannabiskonsumanten in Einrichtungen zur Behandlung allgemeiner Drogenprobleme integriert (Belgien, Tschechische Republik, Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Portugal, Slowenien und Norwegen).

In den meisten Fällen werden Patienten mit cannabisbedingten Drogenproblemen zusammen mit Patienten behandelt, die sich wegen des problematischen Konsums anderer illegaler Drogen, meistens Opioide, einer Therapie unterziehen. Da viele dieser spezialisierten Drogenbehandlungszentren auf die Bedürfnisse einer oft chaotischen und ausgegrenzten Gruppe zugeschnitten sind, ist fraglich, inwieweit sie für Patienten mit weniger akuten Bedürfnissen, wie es die meisten Cannabiskonsumanten sind, geeignet sind. Die Behandlungsdienste der Mitgliedstaaten sind sich dieser Problematik bewusst. Einige Länder wiesen in ihren Nationalen Reitox-Berichten darauf hin, dass es kontraproduktiv und nachteilig sein könnte, problematische Cannabiskonsumanten gemeinsam mit problematischen Heroinkonsumenten oder polyvalenten Drogenkonsumenten zu behandeln, und führten dies als ein Argument dafür auf, Cannabiskonsumanten nicht stationär zu behandeln. Unproblematischer ist es, spezielle Programme für Cannabiskonsumanten auf ambulanter Ebene zu entwickeln. Dem österreichischen Nationalen Bericht zufolge sollte eine stationäre Behandlung gegebenenfalls eher in einer allgemeinen psychiatrischen Abteilung für Jugendliche als in einer speziellen Drogeneinrichtung durchgeführt werden. Zu den neuesten Entwicklungen, die die Bedürfnisse von Cannabiskonsumanten berücksichtigen, gehören ein in Schweden verfasstes „kognitives Handbuch“ der Behandlung von chronischen Cannabiskonsumanten, eine in den Niederlanden erstellte Internetseite zur Selbsthilfe für problematische Cannabiskonsumanten und die Einführung einer Akupunkturbehandlung in Finnland.

Schlussbemerkung

Mit diesem Überblick soll der beobachtete Anstieg der gemeldeten Behandlungsnachfrage von Cannabiskonsumanten in einen breiteren analytischen Kontext gestellt werden. Dabei ist offensichtlich, dass viele wichtige Fragen, die die Grundlage für eine sachkundige politische Debatte über dieses kontroverse Thema bilden, unbeantwortet bleiben. Ebenso offensichtlich ist, dass das Evidenzmaterial weder Anlass zur Panik, noch Grund zur Selbstzufriedenheit ist.

Personen mit cannabisbedingten Problemen stellen in einigen Ländern einen nicht geringen Anteil bei der Nachfrage nach Behandlungen in spezialisierten Einrichtungen dar und bilden eine wichtige Untergruppe innerhalb der breiteren Patientengruppe. Größtenteils handelt es sich um junge Männer, im Allgemeinen im Alter von ungefähr 20 Jahren, und die meisten haben mit dem Drogenkonsum im Alter zwischen 16 und 17 Jahren begonnen.

Cannabispatienten weisen nicht dieselben Drogenkonsummuster wie Konsumenten anderer Substanzen auf; und darüber hinaus gibt es andere wichtige Unterschiede zwischen Cannabispatienten. Die Profile der

⁽¹⁷⁰⁾ Weitere Informationen über dieses und andere Präventionsprogramme sind der EDDRA-Datenbank der EBDD zu entnehmen (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

⁽¹⁷¹⁾ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

verschiedenen Untergruppen der in Behandlung befindlichen Cannabiskonsumenten spielen eine große Rolle, wenn man ihre Bedürfnisse verstehen und angemessene Lösungen anbieten will. Wichtige Aspekte dabei sind die Konsumhäufigkeit, der aktuelle und frühere Konsum anderer Drogen und die Überweisungsquelle. Im Großen und Ganzen zeichnen sich in den Nationalen Berichten und in den TDI-Daten zwei deutliche Patientenprofile ab:

- junge Konsumenten, häufig Schüler, die von der Familie oder der Schule an Behandlungsdienste überwiesen werden und Cannabis allein oder manchmal zusammen mit Alkohol oder Stimulanzien konsumieren;
- polyvalente Drogenkonsumenten, die im Allgemeinen älter und sozial weniger gut integriert sind und größtenteils von Justizbehörden oder Gesundheits- und Sozialdiensten zur Behandlung überwiesen werden und sich mit der Gruppe der chronischen Drogenkonsumenten überschneiden.

Daneben gibt es Hinweise auf eine weitere, von den Justizbehörden zur Behandlung überwiesene Gruppe, die keine anderen Drogen konsumiert und anscheinend nur gelegentlich zu Cannabis greift.

Die vorhandenen Informationen spiegeln die im Laufe der Zeit eingetretenen Veränderungen der Merkmale hinsichtlich der Behandlungsnachfrage wegen primären Cannabiskonsums wider und lassen Folgendes erkennen:

- Zunahme der Überweisungen durch das Strafvollzugssystem in einigen Ländern;
- mehr Überweisungen durch die Familie und andere soziale Unterstützungsnetze (Familie, Freund oder Freundin, Sozialdienste, Schule);
- steigender intensiver (täglicher) Cannabiskonsum, obwohl tägliche Konsumenten in der Minderheit bleiben;
- verstärktes Auftreten von Sozial- und Bildungsproblemen in einigen Ländern, obgleich die diesbezügliche Datenlage schwach ist.

Betrachtet man die steigende Behandlungsnachfrage, so scheint es, dass Veränderungen bei der Überweisungspraxis überwiegen und die überwiesenen Patienten größtenteils keine intensiven Drogenkonsumenten sind. Dennoch geht zumindest in einigen Ländern ein bedeutender Teil der Behandlungsnachfrage auf intensive Drogenkonsumenten zurück. Die Probleme dieser Gruppe werden nach wie vor nur unzureichend verstanden, und es besteht ein dringender Forschungsbedarf auf diesem Gebiet. Die Beobachtung,

dass es mehrheitlich sehr junge Menschen sind, die wegen Cannabisproblemen um eine Behandlung ersuchen, legt nahe, dass die Bedürfnisse, Überweisungswege und Reaktionen dieser Gruppe besonders berücksichtigt werden müssen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungsnachfrage kein direkter Indikator für das Ausmaß und die Art der Cannabisprobleme ist. Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung lassen darauf schließen, dass der intensive Cannabiskonsum im Vergleich zum Gelegenheitskonsum relativ selten ist. Die große Verbreitung des Cannabiskonsums bedeutet jedoch, dass eine erhebliche Zahl von Konsumenten die Droge auch intensiv konsumiert – zumindest in einer Phase ihres Lebens.

Schätzungen gehen davon aus, dass der intensive Drogenkonsum bei 0,5 bis 2 % der erwachsenen Bevölkerung und bei 1 bis 3 % der jungen Erwachsenen liegt. Die Prävalenz unter jungen Männern ist vermutlich wesentlich höher. Es ist schwierig, anhand des Datenmaterials der Erhebung eine klare Vorstellung von der Zahl der Konsumenten zu bekommen, die Cannabisprobleme entwickeln oder von Cannabis abhängig werden. Obwohl die Auswirkungen einer Cannabisabhängigkeit oder eines Cannabismissbrauchs weniger schwerwiegend sind als die anderer Drogen, können sie aufgrund des Ausmaßes des Konsums und der Tatsache, dass viele der am stärksten betroffenen Konsumenten jung sind und die Droge in wichtigen Entwicklungsstadien, oder wenn sie besonders gefährdet sind, eventuell intensiv konsumieren, beträchtliche Folgen für die öffentliche Gesundheit haben. In sozial benachteiligten Familien oder Gemeinden kann sich eine Cannabisabhängigkeit oder ein Cannabismissbrauch negativ auf die Ausbildung oder die Beschäftigungsmöglichkeiten auswirken und somit die Probleme der Betroffenen noch verstärken.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass weiterhin ein dringender Forschungsbedarf besteht, um die Beziehung zwischen unterschiedlichen Mustern des Cannabiskonsums und der Entstehung von Problemen zu verstehen. Das Ausmaß und die Art der Probleme, mit denen Cannabiskonsumenten zu kämpfen haben, sind noch immer zu wenig bekannt. Für die Bewertung der Probleme müssen methodische Werkzeuge auf Bevölkerungsebene entwickelt werden. Diese Informationen sind für die Entwicklung, Ausrichtung und Umsetzung effektiver Maßnahmen des Gesundheitswesens hinsichtlich des Cannabiskonsums in Europa unerlässlich.



Ausgewähltes Thema 3

Komorbidität

Einleitung

Das gleichzeitige Auftreten von psychischen Erkrankungen und Substanzstörungen – allgemein als Komorbidität oder Doppeldiagnose bezeichnet – ist keineswegs ein neues Phänomen. Allerdings hat dieses Thema in den letzten Jahren in politischen und fachlichen Diskussionen an Bedeutung gewonnen, da deutlich wurde, dass eine große Zahl von Menschen davon betroffen ist und diese Zahl vermutlich noch zunehmen wird. In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt auf der Koinzidenz von psychischen bzw. Persönlichkeitsstörungen und dem illegalen Drogenkonsum. In den meisten Fällen wäre es eigentlich angebracht, von Multimorbidität zu sprechen, da die betroffenen Personen häufig auch unter somatischen Erkrankungen leiden, beispielsweise unter der menschlichen Immunschwäche (HIV) oder einer Hepatitis-C-Infektion, sowie unter sozialen Störungen bedingt durch familiäre Probleme, Arbeitslosigkeit, Inhaftierung oder Wohnungslosigkeit. Die Betreuungs- und Behandlungsdienste sind in der Regel für die Diagnose und die Behandlung dieser Erkrankungen unzureichend ausgerüstet; sie ignorieren zum Teil die Probleme des Klienten bzw. können nicht mit diesen Problemen umgehen. Dies führt oft zu einem Teufelskreislauf, da die Personen, die dringend Behandlung benötigen, von einem Dienst zum anderen geschickt werden, während sich ihre Situation immer mehr verschlimmert.

Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und psychiatrischen Störungen wird im ausgewählten Thema zu Cannabis (S. 82) ausführlicher behandelt.

Definition

Komorbidität oder Doppeldiagnose wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychiatrischen Störungen (WHO, 1995) definiert. Laut Definition des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) bedeutet Doppeldiagnose, dass bei Personen, die an einem Alkohol- oder Drogenproblem leiden, noch eine weitere Diagnose gestellt wird, im Allgemeinen eine psychiatrische, wie Stimmungsstörungen oder Schizophrenie (UNODCCP, 2000). Mit anderen Worten bezieht sich die Komorbidität in diesem Kontext auf das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren psychiatrischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, einschließlich des Konsums problematischer Substanzen.

Ätiologie

Will man die Ätiologie der Komorbidität bestimmen, führt dies zu der berühmten Frage, was zuerst da war: das Huhn oder das Ei? Bisherige Forschungsergebnisse über den kausalen Zusammenhang zwischen psychiatrischen Störungen und Substanzstörungen sind nicht sehr aufschlussreich. Die Symptome der psychischen Störungen und Suchtprobleme beeinflussen sich gegenseitig.

Das Forschungsmaterial lässt darauf schließen, dass psychische und Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen vor substanzbedingten Störungen auftreten, das heißt, sie erhöhen die Anfälligkeit für Drogenprobleme (z. B. Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003). Psychiatrische Störungen können jedoch auch durch Drogenkonsum verschlimmert werden (zu Depressionen siehe beispielsweise McIntosh und Ritson, 2001) oder parallel dazu auftreten.

Drogenkonsum kann auch als Komponente oder Symptom einer psychiatrischen Störung oder Persönlichkeitsstörung sowie als Versuch der Selbstmedikation betrachtet werden (z. B. Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Dadurch, dass der Substanzkonsum Krankheitssymptome lindert, wird die Abhängigkeit gefördert. Wird der Drogenkonsum unterbrochen, beispielsweise durch Entzug oder Substitutionsbehandlung, können die Symptome wieder auftreten. Akute drogeninduzierte Psychosen treten insbesondere bei Kokain-, Amphetamin- und Halluzinogenkonsumenten auf und lassen in der Regel relativ schnell nach. Eine Unterscheidung zwischen Symptomen, die aufgrund von Substanzintoxikation hervorgerufen wurden, und unabhängigen psychotischen Erscheinungen könnte sich allerdings als äußerst schwierig erweisen.

Krausz (1996) schlägt vor, die Doppeldiagnose in vier Kategorien einzuteilen:

- Primärdiagnose einer psychischen Erkrankung mit der nachfolgenden (Doppel-) Diagnose des Substanzmissbrauchs, der sich wiederum auf die psychische Verfassung auswirkt;
- Primärdiagnose der Drogenabhängigkeit mit psychiatrischen Komplikationen, die zu einer psychischen Erkrankung führt;
- gleichzeitige Diagnose von Substanzmissbrauch und psychiatrischen Störungen;

- Doppeldiagnose von Substanzmissbrauch und Stimmungsstörung, die beide auf eine traumatische Erfahrung, z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), zurückzuführen sind.

Der schwedische Nationale Bericht unterscheidet in ähnlicher Weise zwischen psychiatrischen Patienten, die unter Komorbidität leiden, und drogenabhängigen Klienten mit Persönlichkeitsstörungen, die durch Drogenkonsum verstärkt und nicht immer ausreichend diagnostiziert werden.

Morel (1999) unterscheidet zwischen nichtspezifischen psychiatrischen Störungen bei Drogenabhängigen und Komplikationen, die sich speziell in Verbindung mit dem Drogenkonsum ergeben. Zu den Störungen, die häufig unter Drogenkonsumenten auftreten, gehören:

- Angst- und Depressionsstörungen;
- Schlafstörungen aufgrund von Depressionen, Angststörungen oder Psychosen;
- aggressives und gewalttätiges Verhalten, das auf antisoziale, psychopathische, schizophrene oder paranoide Persönlichkeitsstörungen hindeutet.

Zu den Problemen, die speziell mit Drogenkonsum in Verbindung stehen, zählen:

- Pharmakopsychosen, die durch halluzinogene Drogen oder Amphetamin ausgelöst werden;
- Verwirrungszustände.

Jüngste neuropsychologische und neurobiologische Studien und die Entwicklung von Verfahren zur bildlichen Darstellung von Gehirnprozessen ermöglichen Hypothesen über die Wechselwirkungen zwischen psychischen und physischen Traumata, Gehirnentwicklung, Auswirkungen des Drogenkonsums, Stress und psychischer Entwicklung. Das Belohnungssystem spielt bei der Suchtentwicklung eine entscheidende Rolle, und Sucht ist mit strukturellen Veränderungen und Anpassungen des Gehirns auf Mikro- und Makroebene verbunden (Nestler, 2001).

Andere Theorien bringen bestimmte Drogen mit spezifischen psychischen Störungen in Verbindung. Es wurde beispielsweise die Theorie aufgestellt, dass Heroin Stress reduzieren, Schmerzen lindern und das Hören von bedrohlichen Stimmen bei schizophrenen und Borderline-Patienten verhindern könnte. Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen greifen jedoch nicht zu Heroin. Kokain soll Depressionen lindern, zu Enthemmung führen und narzisstische Persönlichkeiten von ihrem Größenwahn befreien. Cannabis ermöglicht den Abbau von Spannungen und Ecstasy die Überwindung von sozialen Hemmungen (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Basierend auf den Ergebnissen verschiedener Studien konzentrierte sich der irische Nationale Bericht von 2002 speziell auf Depressionen bei Drogenkonsumenten und kam zu dem Schluss, dass der problematische Drogenkonsum, insbesondere der Konsum von Opiaten und Benzodiazepinen, in enger Verbindung mit den hohen

Depressionsraten steht. Nach deutschen Forschungsergebnissen im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Substanzstörungen, Depression und Suizid besteht bei Personen mit depressiver Störung stark erhöhte Suizidgefahr (Bronisch und Wittchen, 1998). Es ist möglich, dass sich einige Personen, die an Depressionen leiden, selbst mit Opiaten und Benzodiazepinen behandeln: Klienten in Behandlungsprogrammen weisen geringere Depressionswerte auf als Klienten in niedrighschwelligigen Hilfsdiensten (Rooney et al., 1999) oder zu Beginn ihrer Behandlung (McIntosh und Ritson, 2001).

Eine Umfrage in Norwegen ($n = 2\,359$) ergab, dass ein Großteil der Drogenkonsumenten ernste familiäre Probleme in ihrer Kindheit und Jugend hatte: 70 % hatten Lern- und Verhaltensprobleme in der Schule, 38 % wurden tyrannisiert und schikaniert, und 21 % waren in ihrer Kindheit und Jugend in psychiatrischer Behandlung (Lauritzen et al., 1997). Bei weiblichen Drogenkonsumenten mit psychiatrischer Komorbidität handelt es sich häufig um Opfer von traumatischem sexuellen Missbrauch (z. B. Beutel, 1999).

Diagnose

Die routinemäßige Untersuchung der Klienten auf psychiatrische und Persönlichkeitsstörungen ist bei Behandlungsbeginn in Drogendiensten nicht immer Teil des diagnostischen Standardverfahrens. Mit Ausnahme von einigen spezialisierten Diensten wird in Drogenbehandlungsdiensten kaum auf psychische Symptome und Störungen eingegangen.

Komorbidität ist bekanntlich schwer zu diagnostizieren. Drogenabhängigkeit und die daraus resultierenden Verhaltensstörungen dominieren oft das klinische Bild und verdecken psychiatrische Symptome. Darüber hinaus kann Substanzmissbrauch zu psychiatrischen Symptomen führen, die sich kaum von denen der psychiatrischen Störungen unterscheiden lassen (Berthel, 2003), wobei auch Substanzentzug oder akute Vergiftungen beinahe jede dieser Störungen vortäuschen können (Liappas, 2001). Ferner können Depressionen und Angstzustände für Entzugssymptome gehalten werden; Symptome, die zuvor durch Drogen gelindert wurden, treten während einer Abstinenz oder Substitutionsbehandlung wieder auf.

Des Weiteren führten Fortschritte in der Methodik zu einer Verbesserung der Diagnose von psychiatrischen Störungen und Substanzstörungen. Inzwischen stehen sowohl eine breite Palette standardisierter und validierter Instrumente zur Feststellung von psychiatrischen Symptomen und Persönlichkeitsstörungen als auch verschiedene Instrumente zur Einschätzung des Konsummusters und des Abhängigkeitsgrades zur Verfügung. Der Addiction Severity Index (ASI) ist ein multifunktionales Instrument, das für Diagnosen, Behandlungsplanung und Nachsorge sowie in der Forschung eingesetzt wird. Der ASI hat den Vorteil, dass er multidimensional ist und sowohl frühere als auch aktuelle Probleme in sieben Bereichen misst: Gesundheitsstatus, Beschäftigung und finanzielle

Unabhängigkeit, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Rechtsstatus, familiäre und soziale Verhältnisse und psychiatrische Symptome (Krausz, 1999a; Öjehagen und Schaar, 2003). Der Index ist standardisiert und wurde aus dem Englischen in fast alle anderen europäischen Sprachen übersetzt (EuroASI) ⁽¹⁷²⁾. Das Trimbos-Institut hat Protokolle für die Diagnose und Behandlung von drogensüchtigen Klienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHD) entwickelt und getestet (Eland und Van de Glint, 2001).

Prävalenz

Es wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um die Prävalenz von psychiatrischen Störungen bzw. Persönlichkeitsstörungen und die Konsummuster in der allgemeinen Bevölkerung sowie unter psychiatrischen Patienten und Drogenkonsumenten innerhalb und außerhalb von Behandlungsdiensten zu ermitteln. Die Ergebnisse sind sowohl in Bezug auf die Zahlen als auch auf die Diagnosen sehr unterschiedlich und hängen von der Verfügbarkeit und Auswahl der Gruppen, der Stichprobenmethodik, den diagnostischen Fähigkeiten und Kompetenzen, der Validität und Verlässlichkeit der diagnostischen Instrumente und vom Zeitraum der Studie ab.

Nach Auswertung verschiedener Studien kamen Uchtenhagen und Zeiglgänsberger (2000) zu dem Ergebnis, dass die Persönlichkeitsstörung mit 50 bis 90 % die häufigste psychiatrische Diagnose unter Drogenkonsumenten ist, gefolgt von manisch-depressiven Psychosen (20–60 %) und psychotischen Störungen (20 %). Zwischen 10 und 50 % aller Patienten leiden gleichzeitig an mehreren psychiatrischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Nach Auswertung internationaler Studien über Psychopathologie bei Drogenabhängigkeit entwarf Fridell (1991, 1996) ein klinisches Bild der Komorbidität bei Drogenabhängigkeit, das seine in Lund, Schweden, durchgeführten Studien bestätigt haben. Die Störungen lassen sich in drei Hauptgruppen unterteilen: Persönlichkeitsstörungen (65–85 %), Depressions- und Angststörungen (30–50 %) und Psychosen (15 %). Verheul (2001) kam in seinem Überblick über sechs Studien zu behandelten Drogenabhängigen zu dem Ergebnis, dass antisoziale Persönlichkeitsstörungen (23 %), Borderline- (18 %) und paranoide Persönlichkeitsstörungen (10 %) besonders stark verbreitet sind.

Viele Drogenexperten vertreten den Standpunkt, dass die Prävalenz von Drogenabhängigkeit in Verbindung mit psychischen Störungen zunimmt. Einige sind allerdings der Meinung, dass dies auf das größere Interesse an diesem Thema und/oder Veränderungen bei der Diagnose und Klassifizierung der psychiatrischen Krankheiten und/oder auf Umstrukturierungen der Gesundheitssysteme zurückzuführen ist. In Finnland nahm dem Register der Krankenhausesentlassungen zufolge die Behandlungsdauer

von Personen, die gleichzeitig unter Drogen- und anderen psychischen Problemen leiden, von 441 im Jahr 1987 auf 2 130 im Jahr 2001 zu. Die Dauer der Behandlung wegen Opiatkonsums in Verbindung mit psychiatrischen Störungen hat seit 1996 um das Dreifache zugenommen. Diese Zahlen stimmen mit dem Anstieg des Drogenkonsums überein, obwohl kein direkter Zusammenhang gesehen wird. In Irland hat sich die Zahl der Erstaufnahmen von Drogenkonsumenten in stationären psychiatrischen Hilfsdiensten zwischen 1990 und 2001 nahezu um das Vierfache erhöht.

Der spanische Nationale Bericht weist darauf hin, dass der zu beobachtende Anstieg der Komorbidität teilweise auf die zunehmende Abhängigkeit von Psychostimulanzien zurückzuführen sein könnte.

Prävalenz der Komorbidität in Behandlungseinrichtungen

Tabelle 7 zeigt Einzelheiten der in verschiedenen Drogenbehandlungs- und psychiatrischen Einrichtungen der Mitgliedstaaten durchgeführten Studien zur Komorbidität, die auf den Nationalen Berichten beruhen. Daten zu Substanzstörungen in psychiatrischen Einrichtungen sind nicht so leicht zugänglich wie Daten zu psychiatrischen Störungen in Drogenbehandlungseinrichtungen. Die Studien in diesem Überblick sind zwar nicht vergleichbar, doch sie geben einen Hinweis auf die Situation in den EU-Ländern. Zwischen den untersuchten Drogenkonsumenten, den ausgewählten diagnostischen Kriterien, den verwendeten Instrumenten und dem Zeitpunkt der Diagnose gibt es beträchtliche Unterschiede. Aus diesen Gründen ist die Wahrscheinlichkeit einer Unterdiagnose in vielen Fällen relativ hoch.

Eine Vergleichsstudie zwischen Griechenland und Frankreich machte deutlich, dass trotz großer Ähnlichkeiten beim Gesamtanteil psychopathischer Störungen unter in Behandlung stehenden Opiatkonsumenten in beiden Ländern die psychopathologischen Muster variierten: Die Prävalenz von manisch-depressiven Störungen war bei französischen Drogenkonsumenten höher als bei griechischen (19 % bzw. 7 %), während antisoziale Persönlichkeitsmuster in der griechischen Stichprobe dominierten (20 % bzw. 7 %). Die Autoren führten diese Unterschiede auf die geringere Prävalenz des Drogenkonsums in Griechenland zurück: Je niedriger die Schwelle für gesellschaftlich inakzeptables Verhalten angesetzt ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass von der sozialen Norm abweichende Personen ein solches Verhalten aufweisen (Kokkevi und Facy, 1995).

Eine norwegische Studie untersuchte die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen polyvalent Abhängigen (von denen 85 % Heroinkonsumenten sind) und reinen Alkoholikern. Die Stichprobe umfasste einen sehr hohen Anteil von Personen mit psychiatrischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (93 %). Insgesamt

⁽¹⁷²⁾ Siehe die Evaluation Instrument Bank der EBDD (<http://eib.emcdda.eu.int>).

Tabelle 7: Prävalenz der Komorbidität in Therapieeinrichtungen in verschiedenen EU-Ländern

Land	Einrichtung	Bevölkerungsgruppe	n	Prävalenz der Komorbidität (%)	Diagnose	Quelle
Belgien	Psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern	Einweisungen aufgrund von Drogenproblemen (1996–1999)	18 920	86	Schizoid, paranoid, schizotypisch: 86 % Depression: 50 % Persönlichkeitsstörungen: 43 %	Datenbank mit psychiatrischen Mindestangaben (!)
Tschechische Republik	Therapeutische Gemeinschaften	Klienten in Einrichtungen des betreuten Wohnens (2001–2002)	200	35	Persönlichkeitsstörungen: 14 % Depression: 7 % Neurotische Störungen: 6 % Essstörungen: 5 %	Tschechischer Nationaler Bericht
Deutschland	Therapiezentren	Opiatabhängige	272	55	Stressbedingte und somatoforme Störungen: 43 % Affektive Störungen: 32 % Phobien: 32 % Depressive Episoden: 16 %	Krausz (1999b) (!)
Griechenland	Therapiedienste im Strafvollzug	Opioidabhängige Männer	176	86	Angstzustände: 32 % Affektive Störungen: 25 % Schizophrenie: 6 %	Kokkevi und Stefanis (1995) (!)
Spanien	Methadonprogramm	Opiatabhängige Personen	150	n.v.	Borderline-Syndrom: 7 % Antisoziale Persönlichkeitsstörung: 6 % Soziale Phobie: 6 % Depression: 5 %	Spanischer Nationaler Bericht (!)
Frankreich	Methadonprogramm	Opiatabhängige Personen	3 936	n.v.	Angstzustände: 4 % Depression: 3 % Verhaltensstörungen: 3 % Essstörungen: 2 %	Facy (1999) (!)
Irland	Stationäre psychiatrische Notdienste	Ersteinweisungen mit der Diagnose Drogenabhängigkeit (1996–2001)	1 874	26	Depression: 21 % Schizophrenie und andere Psychosen: 11 % Persönlichkeitsstörung: 19 %	National Psychiatric Inpatient Reporting System (!)
Italien	Psychiatrische Dienste	Lebenslange Drogenkonsumenten	58	> 22	Stimmungsstörungen: 22 % Angstzustände: 21 % Schizophrenie: 16 %	Siliquini et al. (2002) (!)
Luxemburg	Spezialisierte Drogentherapiezentren	Personen, die zuvor in psychiatrischer Behandlung ohne Entgiftung waren (1996–2002)	380	32	n.v.	AST/RELIS (2002) (!)
Niederlande	Niederländische Bevölkerung	Drogenabhängige Personen zwischen 18 und 64 Jahren (1996)	n.v.	n.v.	Depression: 29 % Soziale Phobie: 29 % Bipolare Störung: 24 % Dysthymie: 22 %	Ravelli et al. (1998) (!)
Österreich	Verschiedene Behandlungsdienste	Drogenkonsumenten	n.v.	41–96	Persönlichkeitsstörungen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störung, narzisstische Persönlichkeitsstörung	Österreichischer Nationaler Bericht (!)
Portugal	Behandlungszentrum CAT, Xabregas	Drogenkonsumenten	596	> 73	Obsessiv-kompulsive Störung: 73 % Depression: 72 % Somatisierung: 60 % Paranoide Ideation: 58 %	Portugiesischer Nationaler Bericht (!)
Finnland	Krankenhäuser	Zeiträume der drogenbezogenen Krankenhausbehandlung (2002)	2 180	29	Paranoide Ideation: 58 % Psychotische Störungen 32 % Stimmungsstörungen 28 % Neurotische Störungen 10 % Persönlichkeitsstörungen 29 %	Entlassungsregister Krankenhauspatienten
Schweden	Universitätsklinikum, Lund	Patienten der Entgiftungsstation (1997–1995)	1 052	83	Antisoziale Persönlichkeitsstörung: 23 % Psychosen jeder Art: 14 % Depressive Störung: 11 %	Fridell (1996) (!)
Vereinigtes Königreich	Gemeinschaftliche Behandlungszentren und betreutes Wohnen	Drogenabhängige Patienten, zu 90 % Opiatabhängige	1 075	> 33	Psychotizismus Angstzustände Depression Paranoia	Marsden et al. (2000) (!)

Anmerkung: Die Daten dieser Tabelle beziehen sich auf verschiedene Zeiträume (z. B. Lebenszeit oder Diagnosen der letzten Jahre).

n.v.: Daten nicht verfügbar.

(!) Mehr Informationen zu dieser Studie sind in der Online-Fassung des Jahresberichts in Tabelle 12 OL: Ländertabellen Komorbidität.

wiesen Frauen in bedeutend höherem Maße als Männer schwerere Depressionen, einfache Phobien und Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf. Das gleichzeitige Auftreten einer antisozialen Persönlichkeitsstörung war bei männlichen polyvalenten Abhängigen am verbreitetsten (Landheim et al., 2003).

Prävalenz in Strafvollzugsanstalten und obligatorische Behandlung

Die Haftinsassen verdienen besondere Aufmerksamkeit. Sowohl die Prävalenz der psychiatrischen Störungen als auch die des Drogenkonsums ist unter Haftinsassen weitaus höher als unter der Gesamtbevölkerung. Daten aus Irland zufolge sind 48 % der männlichen und 75 % der weiblichen Inhaftierten psychisch gestört, und 72 % der männlichen und 83 % der weiblichen Haftinsassen berichten über eine Lebenszeiterfahrung mit Drogen (Hannon et al., 2000). Im Jahr 1999 hatten 23 % der problematischen Drogenkonsumenten des Wiener Polizeigeängnisses psychiatrische Probleme (Dialog, 2000). Die Rückfallquote unter ehemals inhaftierten Drogenkonsumenten ist hoch, und es herrscht zunehmend Übereinstimmung darüber, dass eine Inhaftierung die psychischen Probleme verschlimmern kann. In Langzeit- und Hochsicherheitsgefängnissen ist die Situation sogar noch dramatischer.

In Schweden leiden zwischen 72 und 84 % der zwangstherapierten erwachsenen Substanzabhängigen zusätzlich an psychiatrischen Problemen (Gerdner, 2004). Von 46 drogenabhängigen Mädchen, die in Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche eingewiesen wurden, wurde bei zwei Dritteln eine psychiatrische oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Jansson und Fridell, 2003).

Probleme bei der Behandlung von Komorbidität

Eines der Hauptprobleme bei der Diagnose und Behandlung von Komorbidität besteht darin, dass Mitarbeiter von psychiatrischen Einrichtungen in der Regel unzureichende Kenntnisse über die Drogenbehandlung haben und das Personal von Drogenhilfsdiensten im Allgemeinen nicht mit psychiatrischen Erkrankungen vertraut ist. Die Paradigmen dieser beiden Spezialgebiete sind sehr verschieden: das eine beruht auf medizinischen und wissenschaftlichen Disziplinen, das andere auf psychosozialen Methoden und Theorien. Des Weiteren sind psychiatrische Dienste in erster Linie um die Sicherheit des Einzelnen und der Öffentlichkeit besorgt, während Drogenhilfsdienste von den Klienten eine gewisse Bereitschaft zur Aufnahme der Behandlung erwarten. Diese unterschiedlichen Ausgangspositionen stehen oft einer umfassenden, ganzheitlichen Wahrnehmung im Wege.

Wie bereits erwähnt, wird Komorbidität in vielen Fällen weder von den psychiatrischen Teams noch den Mitarbeitern der Drogendienste erkannt. Wenn sich Patienten mit einer Doppeldiagnose in Behandlung begeben, werden ihre

akuten psychiatrischen Syndrome oft mit substanzinduzierten Symptomen verwechselt, oder es tritt der umgekehrte Fall ein, dass Entzugs- oder Vergiftungssymptome für psychiatrische Erkrankungen gehalten werden. Mitarbeiter von psychiatrischen Diensten leiten Personen mit Komorbidität allzu oft an Suchtbehandlungsdienste weiter und die Mitarbeiter von Suchtbehandlungsdiensten schicken diese wieder zurück oder umgekehrt. Unter diesen Umständen ist eine kontinuierliche Betreuung und Behandlung ausgeschlossen. Selbst wenn Komorbidität diagnostiziert wird, wird diese häufig in der nachfolgenden Behandlung nicht weiter berücksichtigt (Krausz et al., 1999). Das Gleiche trifft auf Patienten zu, die aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch in psychiatrischer Behandlung sind und normalerweise keine substanzbezogene Therapie erhalten (Weaver et al., 2003). Diese Verallgemeinerungen schließen jedoch natürlich nicht aus, dass einige psychiatrische Dienste und Drogendienste sehr gute Ergebnisse bei Patienten mit komorbiden Störungen erzielen.

Darüber hinaus stoßen Drogenkonsumenten häufig auf Misstrauen in psychiatrischen Hilfsdiensten und werden möglicherweise nicht zur Behandlung zugelassen, wie es beispielsweise Drogenkonsumenten ergehen kann, die sich im Rahmen einer Substitutionstherapie stabilisiert haben. Andererseits können Klienten aufgrund ihrer psychischen Probleme von der Drogenbehandlung ausgeschlossen werden. In Spanien nehmen die meisten psychiatrischen Dienste beispielsweise keine Klienten mit Substanzstörungen auf, und die Mitarbeiter verfügen auch über keine entsprechende Ausbildung. Eine Umfrage unter österreichischen Psychotherapeuten ergab, dass nur wenige psychiatrische Dienste bereit sind, drogenabhängige Patienten aufzunehmen (Springer, 2003). Berichten aus Italien zufolge gibt es keine klaren Regeln für die Überweisung von Klienten aus Drogenbehandlungsdiensten an psychiatrische Dienste, und der Widerstand der psychiatrischen Dienste ist auf die mangelnde Fachkompetenz zurückzuführen. In Norwegen erweist es sich als schwierig, Patienten von niedrigschwelligen Drogendiensten in eine psychiatrische Behandlung zu überweisen.

In Griechenland lehnen 54 % der Drogenbehandlungsprogramme Drogenkonsumenten mit psychiatrischen Störungen ab. In Slowenien und in anderen Ländern müssen die Patienten drogenfrei sein, um zu einer abstinenzorientierten stationären Behandlung zugelassen zu werden. Bei Patienten mit Doppeldiagnose stellt dies ein großes Hindernis dar, da vollständige Abstinenz den Abbruch anderer Behandlungen erfordern würde, was nicht immer möglich ist.

Behandlungsstrukturen

In der internationalen Literatur werden drei verschiedene Modelle zur Behandlung von Komorbidität beschrieben:

1. *Aufeinanderfolgende Behandlung.* Psychiatrische Störungen und Substanzstörungen werden nacheinander behandelt, und zwischen den Behandlungsdiensten

findet wenig Kommunikation statt. Patienten werden in der Regel zunächst wegen ihres Hauptproblems behandelt und anschließend aufgrund anderer Probleme. Dies kann allerdings auch dazu führen, dass die Patienten zwischen den Diensten hin- und hergeschoben werden und keine Einrichtung in der Lage ist, auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

2. *Parallele Behandlung.* Die Behandlung der beiden unterschiedlichen Störungen erfolgt gleichzeitig und in Zusammenarbeit von Drogenhilfsdiensten und psychiatrischen Diensten. Der Therapieansatz ist bei beiden Behandlungsformen oft unterschiedlich, und das medizinische Modell der Psychiatrie kann in Widerspruch zur psychosozialen Ausrichtung der Drogendienste stehen.
3. *Integrierte Behandlung.* Die Behandlung erfolgt in einem psychiatrischen Dienst, in einem Drogenhilfsdienst oder im Rahmen eines Komorbiditätsprogramms oder -dienstes. Die Patienten werden nach Möglichkeit nicht an andere Dienste überwiesen. Die Behandlungen umfassen Motivations- und Verhaltensmaßnahmen, Rückfallvermeidung, Pharmakotherapie und soziale Ansätze (Abdulrahim, 2001).

Wie aus den Nationalen Berichten hervorgeht, lässt sich die Behandlung von Komorbidität in der EU in der Praxis jedoch nicht immer so leicht in diese drei Gruppen unterteilen. Die integrierte Behandlung gilt als das optimale Modell, doch ist dieser Standard nur schwer zu erreichen. In der Regel wird die relevante Forschung außerhalb Europas betrieben. Im Rahmen des australischen Komorbiditätsprojekts (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) wurde anhand einer Literaturschau festgestellt, dass Ansätze im Management und in der Betreuung von Komorbiditätsklienten nicht systematisch genug untersucht oder gründlich genug evaluiert wurden. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass es unter anderem aufgrund ihres unregelmäßigen Lebensstils schwierig ist, Personen zu untersuchen, die gleichzeitig an psychischen Krankheiten und Störungen infolge von Substanzmissbrauch leiden. Eine weitere Untersuchung ergab, dass die integrierte Behandlung für Personen mit Doppeldiagnose erfolgversprechend ist, sowohl in Bezug auf die psychischen Krankheiten als auch auf den Substanzmissbrauch (Drake et al., 1998). Lediglich in einer Studie wurden integrierte und parallele Ansätze miteinander verglichen, jedoch kein bedeutender Unterschied festgestellt. In keiner Studie wurde ein Vergleich zwischen integrierten und aufeinanderfolgenden Behandlungsansätzen angestellt.

Aufeinanderfolgende Behandlung

Einige Experten, beispielsweise in Dänemark (Andreason, 2002), im Vereinigten Königreich (Department of Health, 2002a) und in Norwegen (Sosial- og helsedepartementet, 1999), sind der Meinung, dass die Behandlungsdienste, zumindest für Personen, die unter ernsthaften psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch leiden, in

psychiatrischen Einrichtungen angesiedelt sein und eventuell externe Drogentherapeuten hinzuziehen sollten. In Dänemark wurden formelle Bindeglieder zwischen psychiatrischen Kliniken und lokalen Drogendiensten geschaffen. In Luxemburg und Norwegen haben psychiatrische Hilfsdienste spezielle Maßnahmen eingeleitet, um Personen in einem frühen Stadium der Schizophrenie zu erreichen, von denen viele unter ernststen Problemen aufgrund von Substanzmissbrauch leiden; Forschungsergebnissen zufolge kann durch eine frühe Behandlung die Prognose verbessert werden.

Der tschechische Nationale Bericht weist darauf hin, dass Suchtprobleme vor psychischen Problemen Vorrang haben sollten, da psychische Störungen schwieriger zu behandeln sind, wenn das klinische Bild durch Suchtprobleme verzerrt wird. Zurzeit bekommen jedoch 10 bis 20 % der tschechischen Klienten, die sich in Drogenbehandlung befinden, Medikamente von einem Psychiater verschrieben, was bis vor einigen Jahren noch undenkbar gewesen wäre. Auch in Griechenland erhalten Klienten in Drogenbehandlung äußerst selten Medikamente bei psychiatrischen Symptomen. Im griechischen Strafvollzugssystem rangieren jedoch psychische Störungen vor Suchtproblemen, und Straftäter mit komorbiden Störungen werden entweder im Gefängnis oder in der Gemeinde an eine psychiatrische Klinik überwiesen (K. Matsa, persönliche Mitteilung, 2004). In Spanien werden Drogenkonsumenten in der Regel im Rahmen des Drogenbehandlungssystems betreut, und Überweisungen an psychiatrische Dienste erfolgen nur, wenn die Störungen so schwerwiegend sind, dass eine Hospitalisierung notwendig wird.

Fachleute waren lange Zeit der Ansicht, dass die Pharmakotherapie bei drogenabhängigen Personen aufgrund der Gefahr einer kombinierten Abhängigkeit, beispielsweise von Heroin und Benzodiazepinen, vermieden werden sollte; dieser Standpunkt wird derzeit überprüft (z. B. Popov, 2003). In manchen Fällen werden Drogenkonsumenten wahllos psychopharmakologische Medikamente verschrieben, da zum Teil die Zeit für die notwendigen Untersuchungen fehlt. Der österreichische Nationale Bericht weist darauf hin, dass die geringe Kooperationsbereitschaft der Drogenkonsumenten die pharmakologische Behandlung von psychiatrischen Störungen erschwert und der kombinierte Konsum von narkotischen Substanzen und Medikamenten, wenn er nicht überwacht wird, zu Wechselwirkungen zwischen illegalen und verschriebenen Medikamenten oder zur Neutralisierung der verschriebenen Arzneimittel führen kann.

Parallele Behandlung

Die gemeinsame Verantwortung der psychiatrischen und der Drogendienste für einen Patienten in einem parallelen Behandlungsmodell scheint in der Praxis selten zu sein. Lokale Arbeitsgruppen, die sich aus Vertretern der Drogendienste und psychiatrischen Dienste zusammensetzen, übernehmen jedoch häufig eine wichtige Mittlerrolle in puncto Austausch, Zusammenarbeit und

Tabelle 8: Integrierte Behandlungsdienste in verschiedenen EU-Ländern

Land	Integrierte Behandlungsdienste
Belgien	Die Entwicklung integrierter Dienste befindet sich in der Machbarkeitsphase.
Deutschland	Erste Initiativen vor 20 Jahren. Noch immer nicht genügend integrierte Behandlungsangebote.
Griechenland	Ein integriertes Programm wurde im Jahr 1995 eingeführt und bietet je nach Schwere der psychiatrischen Störung zwei verschiedene Behandlungsmöglichkeiten an. Die Ergebnisse sind positiv.
Spanien	2002 wurden in 185 Zentren wurden 4 803 komorbide Patienten betreut. Eine spezialisierte integrierte Einrichtung in Katalonien und eine therapeutische Gemeinschaft in Kantabrien für komorbide Patienten, die stationär behandelt werden müssen.
Niederlande	Zwei spezialisierte integrierte Behandlungsstationen für stationäre Patienten. Eine Prozessevaluierung zur Entwicklung optimaler Verfahrensweisen ist im Gange.
Österreich	Zusammenarbeit zwischen Drogendienst und einer nahe gelegenen psychiatrischen Klinik, einige der Klinikpsychologen arbeiten in der Drogenbehandlungseinrichtung. Die Klienten verbleiben in der Drogenbehandlung und werden nur bei wesentlicher Verschlimmerung der psychiatrischen Symptome in die Klinik eingewiesen.
Vereinigtes Königreich	Mehrere integrierte Dienste in verschiedenen Gemeindeeinrichtungen. Mehrere Ärzte für die Doppeldiagnose, die in Suchthilfeeinrichtungen oder psychiatrischen Teams arbeiten.
Norwegen	Ein integriertes Projekt, das an ein psychiatrisches Zentrum in Oslo angeschlossen ist. Beobachtung und Evaluierung für den Zeitraum von maximal zwei Jahren, der Schwerpunkt liegt auf den Grundbedürfnissen wie Wohnung, Arbeit, Sozialhilfe und soziale Beziehungen.

Vernetzung. In Frankreich, Italien und in den Niederlanden sind Drogendienste durch offizielle Regelungen oder Protokolle dazu verpflichtet, eng mit psychiatrischen Diensten zusammenzuarbeiten und mit diesen nach Möglichkeit formale regionale Vereinbarungen zu treffen, was die Verfahrensseite im Zusammenhang mit Überweisungen und den klinischen Informationsaustausch betrifft (Olin und Plaisait, 2003). Über die Hälfte der niederländischen Patienten mit Doppeldiagnose sind allerdings der Ansicht, dass solche Vereinbarungen keine verbesserte Betreuung zur Folge haben (Van Rooijen, 2001).

In Luxemburg und Österreich können die Mitarbeiter von Drogenhilfsdiensten ihre Klienten nach der Überweisung an psychiatrische Kliniken weiter beobachten. Richtlinien des Vereinigten Königreichs sehen vor, dass Fachleute von Drogenhilfsdiensten und psychologischen Diensten an der Aufstellung des Betreuungsprogramms für Klienten mit Doppeldiagnose beteiligt sein sollten, um die Prioritäten bei der Betreuung festzulegen (Department of Health, 2002a).

Integrierte Behandlung

Bei diesem Modell übernimmt ein Team die Behandlung beider Arten von Störungen. Dies hat den Vorteil, dass der Klient nicht mit zwei widersprüchlichen Methoden konfrontiert wird. In einigen Ländern wird die integrierte Behandlung durch getrennte Verwaltungssysteme (z. B. in Spanien) oder unterschiedliche Finanzierungssysteme (z. B. in Deutschland) erschwert.

In den meisten Ländern gibt es nur wenige integrierte Spezialprogramme oder Programme für komorbide Patienten, und die Nachfrage übersteigt das Angebot bei weitem, wie Tabelle 8 mit einer Übersicht über die vorhandenen Informationen zeigt.

Das häufigste Modell einer integrierten Behandlung ist die Beschäftigung von Psychiatern in Drogenbehandlungsdiensten bzw. von Drogenarbeitern in psychiatrischen Diensten. Dies könnte eine optimale Lösung für kleinere Regionen sein, wo sich spezialisierte, integrierte Kliniken nicht realisieren lassen. In Spanien können praktische Ärzte, die in der Drogenbehandlung tätig sind, seit 2002 den Titel „Spezialist für Psychiatrie“ erwerben, wenn sie eine Prüfung ablegen und Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit psychischen Störungen nachweisen. In Portugal setzt die Akkreditierung und Zertifizierung von Behandlungszentren voraus, dass sie mindestens einen Psychiater beschäftigen. Allerdings verfügen nicht alle in Drogenbehandlungsdiensten tätigen Psychiater über das Fachwissen und die entsprechende Ausbildung für die Behandlung von Drogenkonsumenten, so dass mitunter eine Weiterbildung erforderlich ist.

Case Management

Case Management ist eine Methode der Behandlungscoordination, die eine individuelle aufeinander folgende oder gleichzeitige Betreuung gewährleisten und die Klienten auf ihrem Weg durch das Behandlungssystem unterstützen soll. In Europa wird diese Methode nur selten eingesetzt. Aus Frankreich wird berichtet, dass Drogenbehandlungsdienste und psychiatrische Dienste zusammenarbeiten wollen, um die gemeinsame Aufnahme von Patienten mit psychiatrischen Störungen und Suchterscheinungen und das Case Management für diese Patienten zu organisieren; eine solche Zusammenarbeit ist allerdings häufig auf einen bestimmten Fall beschränkt. In Luxemburg und in den Niederlanden ist Case Management nach Meinung der Fachkräfte die effektivste Methode zur Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnose, allerdings ist sie kostspielig und zeitaufwendig und setzt entsprechende Fachkenntnisse voraus. In einigen Ländern

wird eine Form von Case Management eingesetzt, die unter der Bezeichnung „Assertive Community Treatment“ bekannt ist (siehe unten).

Behandlungsmethoden und bewährte Verfahrensweisen

Die Behandlung von Klienten mit komorbiden Störungen ist durch zahlreiche Probleme gekennzeichnet. Für die Mitarbeiter ist dies oft eine undankbare Aufgabe mit extrem hohen Anforderungen. Der Umgang mit den Klienten erweist sich aufgrund ihres disruptiven und aggressiven sozialen Verhaltens und ihrer emotionalen Instabilität häufig als problematisch, insbesondere wenn eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung vorliegt. Behandlungsvorschriften und -anforderungen, beispielsweise die Einhaltung von Terminen oder die Einnahme von Medikamenten stoßen häufig auf Widerstand oder Ablehnung. Die Desillusionierung wird durch unbefriedigende persönliche Beziehungen noch vergrößert. Die Erfolgsquoten sind gewöhnlich niedrig und die Aussteigerquoten hoch, wodurch die Behandlung zeitaufwendig und kostspielig sowie frustrierend für die Mitarbeiter ist, die verständlicherweise oft ungeduldig werden, Aggressionen unterdrücken und Burn-Out-Symptome ausweisen. Aufgrund der fehlenden Nachsorge und Beobachtung der Patienten sind die Rückfallquoten hoch, und sowohl psychische als auch Substanzstörungen nehmen einen chronischen Charakter an. Auf der anderen Seite haben Patienten häufig negative Erfahrungen mit den Unterstützungsdiensten gemacht und stehen daher einer Behandlung ablehnend gegenüber.

Trotz dieser schwierigen Situation suchen die Fachkräfte ständig nach effektiveren Ansätzen. Regelmäßige, interdisziplinäre Fallbesprechungen und intensive Zusammenarbeit könnten zur Behebung des Wissensdefizits unter den Mitarbeitern beitragen. Durch solche Maßnahmen erhalten alle Beteiligten genauere Informationen über die Klienten, und die Entwicklung von bewährten Verfahrensweisen oder Betreuungsstrategien wird erleichtert. Die Qualität der Behandlung ist ausschlaggebend, wenn positive Ergebnisse erzielt werden sollen.

Wie in vielen anderen drogenbezogenen Bereichen auch, weisen Dokumentation, Evaluierung und Forschung auf dem Gebiet der Behandlung von Komorbidität große Defizite auf. Aus dem vorhandenen Evidenzmaterial geht nicht hervor, welche Behandlungsart am erfolgversprechendsten ist. Die Cochrane Collaboration hat eine Übersicht über psychosoziale Behandlungsprogramme erstellt (Ley et al., 2003). Bei dem zur Verfügung stehenden Material handelte es sich um sechs Studien, von denen vier einen sehr geringen Umfang hatten. Was die Konzipierung und die Berichterstattung betrifft, so wiesen alle Studien eine schlechte Qualität auf. Wichtigstes Ergebnis war, dass es keinen eindeutigen Hinweis dafür gibt, dass eines der Programme zur Behandlung des Substanzmissbrauchs bei Personen mit ernsthaften psychischen Erkrankungen einen größeren Nutzen als die Standardbetreuung verspricht. Die

Schlussfolgerung lautete, dass neue Dienste zur Behandlung des Substanzmissbrauchs bei Personen mit ernsthaften psychischen Erkrankungen im Rahmen von einfachen, durchdachten und kontrollierten klinischen Modellversuchen eingerichtet werden sollten.

Ein Überblick über internationale Forschungsarbeiten im Bereich Alkohol- und Drogenbehandlung ergab, dass lediglich acht randomisierte Studien zur Behandlung von Drogenabhängigen mit schwerwiegenden psychiatrischen Störungen vorliegen (Jansson und Fridell, 2003). Die Aussteigerquote war sogar schon vor Behandlungsbeginn sehr hoch. Aus kurzzeitigen Beobachtungen ging hervor, dass in der stationären Behandlung, insbesondere in therapeutischen Gemeinschaften, bessere Ergebnisse erzielt wurden, was die Lebensbedingungen und den Substanzkonsum betrifft, jedoch nicht in Bezug auf die psychiatrischen Symptome.

Einige Merkmale sind für alle Behandlungssituationen relevant. Folgende Empfehlungen wurden den Untersuchungen und Meta-Analysen von international veröffentlichten, randomisiert kontrollierten Studien zur Drogenbehandlung entnommen (Berglund et al., 2003):

1. Der Schwerpunkt sollte stets auf Veränderung des Suchtverhaltens liegen.
2. Die Maßnahmen sollten gut strukturiert sein.
3. Die Maßnahmen sollten so lange fortgeführt werden, bis sie Wirkung zeigen.
4. Die Maßnahmen sollten über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten (vorzugsweise länger) fortgeführt werden.

Im Vereinigten Königreich wird der Doppeldiagnose aufgrund der Richtlinien des Gesundheitsministeriums (Department of Health, 2002b) und der Forschungsprojekte und Literatursauswertungen (z. B. Crawford, 2001) verstärkt Priorität beigemessen. Das Evidenzmaterial stammt jedoch hauptsächlich aus Nordamerika; und weniger als 10 % der Zusammenfassungen von Crawford sind Studien des Vereinigten Königreichs entnommen.

Einer niederländischen Auswertung internationaler Studien zufolge stellt die Assertive Community Treatment ein effektives Case-Management-Modell dar, das strukturelle Aspekte (Anzahl der Fälle, Teamarbeit, Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften), organisatorische Aspekte (explizite Einschlusskriterien, beschränkte Aufnahme neuer Klienten, Krisenbetreuung rund um die Uhr) und inhaltliche Aspekte (Unterstützung und Betreuung im Alltag, aktiver Ansatz, häufige Kontakte) umfasst (Wolf et al., 2002). In Birmingham, Vereinigtes Königreich, werden die Teams der Assertive Community Treatment mit Hilfe eines Handbuchs in der kognitiv-behavioristisch integrierten Behandlung geschult. Den Teams wird bei der Durchführung der Maßnahmen fortlaufende Unterstützung angeboten, und sie werden sowohl nach Fortschritten als auch nach Ergebnissen bewertet (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and

the World Psychiatric Association, 2003). In Norwegen werden einige Projekte mit integrierten Teams getestet, die nach dem Modell der Assertive Community Treatment arbeiten.

Der folgende Überblick beschreibt die von den Reitox-Knotenpunkten gemeldeten bewährten Verfahrensweisen:

- Eine Verlaufsstudie von 219 Opiatabhängigen, die sich in Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen in Behandlung befanden, ergab einen Rückgang im Heroin- und Kokainkonsum im Zeitraum von zwei Jahren. Bei 47 % hatten sich die psychiatrischen Störungen zum Positiven verändert (Krausz et al., 1999).
- Einer italienischen Studie zufolge wiesen die Ergebnisse der methadongestützten Behandlung bei Patienten mit schweren oder leichten psychiatrischen Symptomen sowohl in Bezug auf die Haltequoten als auch auf den Heroinkonsum keinen wesentlichen Unterschied auf. Es scheint jedoch, dass Klienten mit schwerwiegenderen psychiatrischen Störungen höhere durchschnittliche Methadondosierungen benötigen (Pani et al., 2003).
- Bei der Dialektischen Verhaltenstherapie⁽¹⁷³⁾ handelt es sich um eine Behandlungsoption, die insbesondere für weibliche Drogenkonsumenten mit schwerwiegenden Borderline-Persönlichkeitsstörungen und/oder Suizidneigung geeignet ist. Eindeutiges Evidenzmaterial liegt allerdings nur aus wenigen Studien vor. Ein in den Niederlanden durchgeführter kontrollierter Versuch einer dialektischen Verhaltenstherapie ergab, dass sowohl bei der experimentellen als auch bei der regulären Behandlungsgruppe das selbstzerstörerische Verhalten reduziert werden konnte. In der Versuchsgruppe ging der Alkoholkonsum erheblich zurück, während beim Drogenkonsum keine Unterschiede festgestellt wurden (Van den Bosch et al., 2001).
- Einer schwedischen Studie zufolge ergab der wiederholte Einsatz des ASI (Addiction Severity Index)-Fragebogens im Laufe der Behandlung im Rahmen eines nachhaltigen Qualitätsmanagement-Modells, dass zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung 46 % aller Patienten abstinent waren. Patienten mit einer Doppeldiagnose wiesen im ASI ein umfassenderes Problemprofil auf als Patienten ohne Psychosen. Insgesamt waren geringfügige Veränderungen in den Persönlichkeitsprofilen und Symptomen zu verzeichnen, doch für viele Patienten hat sich ihre Lebensqualität verbessert und ihre Lebenssituation stabilisiert (Jonsson, 2001).
- Im Vereinigten Königreich stellten Barrowclough et al. (2001) fest, dass eine Kombination aus motivierenden Gesprächen, kognitiver Verhaltenstherapie und Familienmaßnahmen bei Patienten mit Schizophrenie

und Substanzmissbrauchsstörungen zu Verbesserungen führt.

- Aus einer Auswertung norwegischer Behandlungsstudien über Patienten mit komorbiden Störungen ging hervor, dass aggressives, impulsives Verhalten am besten mit einer Kombination von konfrontativer, strukturierter Gruppentherapie und Familientherapie zu behandeln ist. Depressive oder ängstliche Patienten profitierten mehr von individueller Psychotherapie und unterstützender Gruppentherapie (Vaglum, 1996).

Forschung

Ein Forschungsprojekt zur Doppeldiagnose im Rahmen des Fünften Rahmenprogramms der Europäischen Kommission im Bereich Forschung und Entwicklung (Fifth Framework Research and Development Programme) hat vor kurzem seine Arbeit aufgenommen. Die geplante multizentrische Studie, an der sich Dänemark, Frankreich, Polen, Schottland, England und Finnland beteiligen, soll die Betreuung der Patienten mit Doppeldiagnose in sieben europäischen psychiatrischen Einrichtungen beschreiben und über einen Zeitraum von zwölf Monaten die Morbidität und Inanspruchnahme der Hilfsdienste von Patienten mit Doppeldiagnose und Einzeldiagnose vergleichen. Dabei sollen folgende Ergebnisse untersucht werden: Schweregrad der Sucht, psychiatrische Symptome, Kooperationsbereitschaft bei der Therapie, psychosoziales Funktionieren, soziales Netzwerk, Rückfallquote und Mortalität. Die Ergebnisse werden voraussichtlich im Jahr 2005 vorliegen⁽¹⁷⁴⁾.

Weiterbildung

In den meisten Ländern erhalten Ärzte und Krankenpflegepersonal während ihrer Ausbildung sehr wenig Informationen zur Drogenabhängigkeit und noch weniger in Bezug auf Komorbidität. In Italien ist die gemeinsame Ausbildung von Mitarbeitern von psychiatrischen Diensten und Drogenhilfsdiensten erweitert worden. In den Niederlanden wird die Weiterbildung für Drogenfachkräfte und psychologische Fachkräfte, die an der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnose beteiligt sind, vom Trimbos-Institut organisiert. Andere Länder berichten von berufsbegleitenden Weiterbildungen und Kursen, doch werden diese nicht systematisch durchgeführt.

Im Vereinigten Königreich analysierte das Royal College of Psychiatry den Weiterbildungsbedarf (Mears et al., 2001) zahlreicher Berufsgruppen, die in psychiatrischen Diensten und Drogendiensten tätig sind. Fünfundfünfzig Prozent der Stichprobe gaben an, sich auf die Arbeit mit komorbiden Patienten ungenügend vorbereitet zu fühlen und äußerten Bedarf an Weiterbildung.

⁽¹⁷³⁾ Die Dialektische Verhaltenstherapie (DVT) umfasst die Anwendung eines breiten Spektrums kognitiver und verhaltenstherapeutischer Strategien bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS), einschließlich suizidem Verhalten.

⁽¹⁷⁴⁾ Siehe <http://www.ementalhealth.net/papers/kbm02.pdf>.





Literaturangaben

- Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis)*. Standards for mental health services, The Health Advisory Service: London.
- Andreasen, J. (2002), Ansvaret for de psykotiske stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, 51.
- AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN: Luxembourg.
- Bakken, K., Landheim, S., und Vaglum, P. (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38: 54–59.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., et al. (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, S. 1706–1713.
- Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Konferenzakten: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Mailand, 5.–7. Februar 2004.
- Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (Berichtsentwurf), ESCAPAD, OFDT: Paris.
- Beck, F., und Legleye, S. (2003), Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans – évolutions récentes ESCAPAD 2002, OFDT: Paris.
- Benschop, A., Rabes, M., und Korf, D. (2002), *Pill Testing – Ecstasy und Prävention. Eine wissenschaftliche Evaluationsstudie in drei europäischen Städten*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Berglund, M., et al. (Hrsg.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: London.
- Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. In: Beubler, E., Haltmayer, H., und Springer, A. (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Wien.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, Ausgabe 4, S. 4–20.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, Ausgabe 5, S. 4–18.
- Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, S. 313–319.
- 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).
- Bovenkerk, F., und Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.
- Bronisch, T., und Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, S. 22–26.
- Chinman, M., Imm, P., und Wandersman, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation, Santa Monica.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, Vereinte Nationen, Wirtschafts- und Sozialrat: Wien.
- Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Commonwealth of Australia: Canberra.
- Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: London.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., et al. (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, No.4, Genf: WHO Europa.
- Deehan, A., und Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Online-Bericht des Home Office 43/03.
- Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health: London.
- Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health: London.
- Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Wien.
- Dolan, K. (1997–1998), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-Aids Policy and Law Newsletter* 3-4, S. 32–38.
- Dolan, K., Rutter, S., und Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, S. 153–158.
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., et al. (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, S. 589–608.
- DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) Jan/Feb 2004.
- Dusenbury, L., und Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, S. 420–425.
- EBDD (2001), Kokain und Crack (ausgewähltes Thema). *Jahresbericht 2001 über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.

- EBDD (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.
- EBDD (2003b), *Jahresbericht 2003: Der Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.
- EBDD (2003c), *Drogen im Blickpunkt Nr. 11: Hepatitis C: eine schleichende Epidemie*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.
- EBDD (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organisations*, Lissabon, 24. Juni 2003 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881>).
- EBDD (2004a) *European report on drug consumption rooms*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.
- EBDD (2004b), *Drogen im Blickpunkt Nr. 13: Todesfälle*. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.
- EBDD (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.
- EBDD (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Lissabon.
- Eland, A., und Van de Glint, G. (2001), Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Trimbos Instituut: Utrecht.
- Emmanuelli, J. (2003), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. In: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., et al. (Hrsg.) *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, S. 263–267. OFDT: Paris.
- Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M.D., et al. (2001), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, S. 573–580.
- Europäische Epidemiologische Aids-Beobachtungsstelle (EuroHIV) (2004), *HIV/Aids Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.
- Europäische Kommission (1999), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Europäische Kommission (2003), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services*, Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: Den Haag.
- Europol (2003), *Bericht der EU über die organisierte Kriminalität*, Europol: Den Haag.
- Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: Paris.
- Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service: Dublin.
- FATF (2003a), *Annual report 2002–2003* (<http://www.fatf-gafi.org>).
- FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: Paris.
- Flay, B. (2000), Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, S. 861–866.
- Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Stockholm.
- Fridell, M. (1996), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14, Socialstyrelsen: Stockholm.
- Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittillsvarande studier. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3* Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet: Stockholm.
- GFATM Sekretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (<http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls>).
- Giuliani, M., und Suligoj, B. (2004), Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), S. 79–84.
- Gore, S.M. (1999), Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. *Lancet* 354, S. 1265–1266.
- Hall, W., Degenhardt, L., und Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series Nr. 44, 2. Auflage, Commonwealth of Australia: Canberra.
- Hannon F., Keleher C., und Friel, S. (2000). *General healthcare study of the Irish prison population*, Stationery Office, Dublin.
- Hansen, W. (1992), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, S. 403–430.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., et al., (2000), *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Schwedischer Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN) und Europarat, Pempidou-Gruppe.
- Hope, V., Ncube, F. de Souza, L., et al. (2004), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. *Eurosurveillance Weekly*: 8 (4): 22. Januar 2004 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp>).
- INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, Vereinte Nationen, INCB: New York.
- INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Vereinte Nationen, INCB: New York (<http://www.incb.org>).
- Interpol (2002), *Activities report*, Interpol: Lyon.
- Jansson, I., und Fridell, M. (2003), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse: Stockholm.
- Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003), *Innovations in the treatment of addictions*, Barcelona, 1./2. Mai 2003.
- Jonsson, S. (2001), Långstorps vård- och behandlingshem – En utfallsstudie. *Psykologexamensuppsats*, Bd. III: 20, Institutionen för psykologi: Lund.

- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., et al. (2001), Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatrica Fennica* 32, S. 62–79.
- Kokkevi, A., und Facy, F. (1995), Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* 1, S. 194–198.
- Kokkevi, A., und Stefanis, C. (1995), Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, S. 329–337.
- Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., et al. (2003), Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (Bericht).
- Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, S. 1–2.
- Krausz, M. (1999), Editorial. Addiction and mental health. *European Addiction Research* 5, S. 53–54.
- Krausz, M. (1999), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. In: Bellebaum, C. Jellinek, C., und Westermann, B. (Hrsg.) *Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, S. 100–114. Deutscher Studienverlag: Weinheim.
- Krausz, M., Verthein, U., und Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, S. 55–62.
- Landheim, A. S., Bakken, K., und Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, S. 8–17.
- Lauritzen, G, Waal, H, Amundsen, A., und Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, S. 43–63.
- Ley, A., Jeffery, D.P., McLaren, S., und Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Ausgabe 4, Wiley: Chichester, UK.
- Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, S. 9–22.
- Lima, A.R., Lima, M.S., Soares, B.G.O., und Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Ausgabe 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm>).
- Lima, M.S., Reisser, A.A.P., Soares, B.G.O., Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Ausgabe 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm>).
- Long, J., Allwright, S., und Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, im Druck.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, S. 285–289.
- McIntosh, C., und Ritson, B (2001), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, S. 357–364.
- McVeigh, J., Beynon, C., und Bellis, M. A. (2003), New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 14, S. 399–405.
- Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., et al. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: London.
- Migliori, G.B., und Centis, R. (2002), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, S. 285–290.
- Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. *Interventions* 72, S. 35–40.
- Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project: Straßburg.
- Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Dublin.
- Murray, R., Grech, A., Phillips, P., und Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? In: Murray, R., Jones, P., Susser, E., et al. (Hrsg.), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Cambridge.
- Nationale Reitox-Berichte (2003) (<http://www.emcdda.eu.int/nnodeid=435>).
- Neale, J., und Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), S. 79–90.
- Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2): S. 119–128.
- Öjehagen, A., und Schaar, I. (2003), Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities. In: Carrà, G., und Clerici, M. (Hrsg.) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: Paris.
- Olin, N., und Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*, Sénat: Paris.
- Origer, A., und Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999–2000)*, Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé: Luxembourg.
- Paglia, A., und Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20 (1), S. 3–50.
- Pani, P.P., Trogu, E., Carboni, G., et al. (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, S. 23–36.
- Pedersen, M.U. (2001), Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Århus.
- Popov, P. (2003), Alkohol. In: Kalina, K. a spol. (Hrsg.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praha: Úřad vlády ČR – NMC.
- Ravelli, A., Bijl, R. V., und Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de

- Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, S. 531–544.
- 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.
- Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M., und Garretsen, H. F. L. (2004) When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today*, Band 4 (im Druck).
- Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., et al. (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168: S. 36–41.
- SAMHSA, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use, 2001*, National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).
- SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., et al. (2003), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, S. 519–524.
- Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., et al. (2000), Cocaine misuse treatment in England. *International Journal of Drug Policy* 11, S. 203–215.
- Siliquini, R., Zeppego, P., und Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo. In: Faggiano, F. (Hrsg.) *OED Piemonte – Rapporto 2002*, Turin: Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze.
- Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmissbrukarar*.
- Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment. Treatment monitoring conference, EBDD, Lissabon*.
- Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte. In: Beubler, E., Haltmayer, H., und Springer, A. (Hrsg.) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Wien.
- Stoohard, B., und Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, S. 4–7, 16–20.
- Stöver, H. (2001), Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO).
- Stöver, H., und Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, S. 437–444.
- Ter Bogt, T., und Engels, R.C.M.E. (2004), Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse*.
- Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, Ausgabe 5, S. 25–27.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., und Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: S. 275–336.
- Tobler, N., und Stratton H.H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18 (1), S. 71–128.
- Uchtenhagen, U., und Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag: München.
- 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 die marokkanische Regierung (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung), Wien.
- UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, Vereinte Nationen: New York.
- Vaglun, P. (1996), Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies. *Psychiatric Fennica* 27: S. 55–67.
- Van den Bosch, L. M., Verheul, R., und Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, S. 416–424.
- Van Rooijen, M. (2001), Zendingwerk: dubbele diagnose kliniek. *Psy* 5, S. 24–28.
- Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, S. 274–282.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., et al. (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, S. 304–312.
- WHO (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO: Genf.
- Wiessing, L., und Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, S. 99–102.
- Williams, H., O'Connor, J. J., und Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, S. 45–46.
- Wolf, J., Mensink, C., und Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Entwicklungszentrum Soziale Suchtpolitik (Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid): Utrecht.
- WZO (Weltzollorganisation) (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (auf der WZO-Website verfügbar unter: <http://www.wcoomd.org>).
- WZO (2003b), *An integrated international response to drug smuggling*. WZO: Brüssel.
- WZO (2003c), *World money laundering report*, Band 4, Ausgabe 10.
- Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, S. 1779–1784.
- Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P., und Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten*. Lambertus: Freiburg.





Nationale Reitox-Knotenpunkte

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk
Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika

Secretariat of the National Drug Commission Office of the
Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tél. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tél. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti

National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tél. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece

Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tél. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional
sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tél. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tél. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale
per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e
alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tél. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)

Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug
Addiction
Magnolia Centre, Offices 11-12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tél. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general
matters)

Latvija

The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment
(Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tél. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva

Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the
Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország

National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta

Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland

Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich

ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska

National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROŚLAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko

Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug
Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk,
alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige

Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Petersson@fhi.se

United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs
Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires
intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning

PB 565 Sentrum

(Office: Øvre Slottsgate 2B)

N-0157 Oslo

Knut BROFOSS/Odd HORDVIN

Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01

E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bälgarija

National Centre for Addictions

117, Pirotska Str.

BG-1303 Sofia

Momtchil VASSILEV

Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047

E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România

National Anti-drug Agency

37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3

RO-Bucharest

Angela PANTEA

Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706

Fax (40-21) 326 47 87

E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye

TADOC Müdürlüğü

Necatibey Cd. No:108

TR-Anýttepe/Ankara

Ylhami HÜNER

Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05

E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2004

Jahresbericht 2004:

Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
2004 — 113 S. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-197-0

VERKAUF UND ABONNEMENTS

Die vom Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften herausgegebenen, gegen Gebühr erhältlichen Veröffentlichungen sind in den weltweiten Vertriebsstellen verfügbar.

Wie erhält man eine bestimmte Veröffentlichung?

Man besorgt sich das Verzeichnis der Vertriebsstellen und nimmt zwecks Aufgabe seiner Bestellung mit einer dieser Stellen Verbindung auf.

Wie erhält man das Verzeichnis der Vertriebsstellen?

- Das Verzeichnis kann entweder auf folgender Internet-Seite des Amtes für Veröffentlichungen abgerufen werden: <http://publications.eu.int/>
- oder es kann per Fax (352) 29 29-42758 angefordert werden, woraufhin die Papierfassung zugesandt wird.

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 den EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren.