



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

# JAHRESBERICHT 2008

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA





Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA

# JAHRESBERICHT 2008

## Rechtlicher Hinweis

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

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

Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zur Europäischen Union zu finden  
Gebührenfreie Telefonnummer (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

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

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2008

ISBN 978-92-9168-322-2

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2008

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

*Printed in Luxembourg*

GEDRUCKT AUF CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lissabon, Portugal  
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

# Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkung	9
Übersicht	11
<b>Kapitel 1: Politische und rechtliche Entwicklungen</b>	
Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene • Nationale Strategien • Öffentliche Ausgaben • Einzelstaatliche Rechtsvorschriften • Kriminalität • Nationale Forschungsarbeiten	19
<b>Kapitel 2: Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa</b>	
Prävention • Behandlung • Schadensminimierung • Soziale Reintegration • Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung in Haftanstalten	31
<b>Kapitel 3: Cannabis</b>	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Behandlung	41
<b>Kapitel 4: Amphetamine, Ecstasy und LSD</b>	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Freizeitmilieus • Behandlungsangebot	54
<b>Kapitel 5: Kokain und Crack</b>	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Behandlung und Schadensminimierung	66
<b>Kapitel 6: Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum</b>	
Angebot und Verfügbarkeit von Heroin • Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums • Injizierender Drogenkonsum • Behandlung problematischer Opioidkonsumenten	78
<b>Kapitel 7: Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle</b>	
Infektionskrankheiten • Prävention von Infektionskrankheiten • Todesfälle und Mortalität • Reduzierung drogenbedingter Todesfälle	89
<b>Kapitel 8: Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen</b>	
Maßnahmen der EU betreffend neue psychoaktive Substanzen • Internet-Shops • GHB und GBL	103
Literatur	108



## Vorwort

Wir freuen uns, den 13. Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht vorzulegen. Möglich wurde dieser Bericht nur dank der harten und engagierten Arbeit unserer Partner in den nationalen Knotenpunkten des Reitox-Netzes und der Sachverständigen in ganz Europa, die Beiträge zu den Analysen geleistet haben. Unser Dank gilt auch den im Drogenbereich tätigen EU-Agenturen und internationalen Organisationen. Unser Bericht ist das Ergebnis gemeinsamer Bemühungen, und wir danken allen, die daran mitgewirkt haben. Wir gehen davon aus, dass nur eine sachliche Analyse der vorliegenden Kenntnisse über die Drogensituation Voraussetzung für eine fundierte, produktive und zielführende Debatte sein kann. So wird gewährleistet, dass Standpunkte auf Fakten beruhen und schwierige politische Entscheidungen aufgrund einer klaren Vorstellung der mit den verfügbaren Optionen verbundenen Kosten-Nutzen-Alternativen getroffen werden können.

Hinter uns liegt ein außergewöhnlich ereignisreiches Jahr in der Drogenpolitik. Die EBDD konnte sowohl zur abschließenden Evaluierung des laufenden EU-Drogenaktionsplans als auch zur Überprüfung der 1998 bei der Sondersitzung der Vereinten Nationen (UNGASS) festgelegten Ziele zur Bekämpfung der weltweiten Drogenproblematik beitragen. Mit Freude stellen wir fest, dass Europa, gemessen an internationalen Standards, zu den Regionen mit den weltweit fortschrittlichsten Monitoringkapazitäten zählt. Ungeachtet dessen sind wir uns der Grenzen unserer derzeitigen Informationsquellen bewusst und bemühen uns gemeinsam mit unseren Partnern um eine permanente Verbesserung der Qualität und Relevanz der verfügbaren Daten.

Ein grundlegendes Thema der politischen Drogendebatte bilden die versteckten und sichtbaren Kosten, die mit der Drogenproblematik in Europa einhergehen. Dieser Aspekt wird in mehreren Abschnitten dieses Berichts aufgegriffen. Die EBDD hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen Überblick über die öffentlichen Ausgaben im Zusammenhang mit der Bekämpfung des Drogenkonsums in den EU-Mitgliedstaaten zu gewinnen. Noch steckt dieses Vorhaben in den Kinderschuhen, und die bisherigen Schätzungen sollten nicht überinterpretiert werden. Dennoch lassen sie bereits erkennen, dass beträchtliche Summen aufgewendet werden: Die vorläufigen Zahlen bewegen sich zwischen 28 Mrd. EUR und 40 Mrd. EUR. Das durch den Drogenkonsum verursachte Leid jedoch lässt sich nur schwer in Zahlen fassen. Wie wollen wir den in Europa durch Drogen verursachten tragischen Verlust von Leben bemessen, wie die verheerenden Auswirkungen auf die Gemeinschaften, in denen Drogen hergestellt oder gehandelt werden, wie die

Art und Weise, in der soziale Entwicklung und politische Stabilität in den Erzeuger- und Transitländern untergraben werden? Man denke nur an die beunruhigenden Entwicklungen infolge des Kokainschmuggels über Westafrika, um sich die möglichen Kollateralschäden dieser Problematik vor Augen zu führen.

Positiv zu vermerken ist, dass sich der Drogenkonsum in Europa offenbar stabilisiert und die EU-Mitgliedstaaten bei seiner Bekämpfung Erfolge erzielen. Bei den meisten Formen des Drogenkonsums stellen wir insgesamt keine Zunahme fest, und in manchen Bereichen ist die Entwicklung offenbar sogar rückläufig. Was die Maßnahmen betrifft, so verfolgen praktisch alle Mitgliedstaaten inzwischen einen strategischen Ansatz, und europaweit zeichnet sich eine stärkere Konvergenz ab. Die Verfügbarkeit von Behandlungen nimmt weiter zu und ist in einigen Ländern so weit gediehen, dass die Mehrheit der Heroinkonsumenten, die einstmals ein Schattendasein führten, nun mit einer der vielfältigen Einrichtungen in Kontakt steht. Noch vor wenigen Jahren stellten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten ein vorrangiges Thema der politischen Debatte dar. Inzwischen ist eine pragmatische Mischung aus Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen in Europa zur Norm geworden. Die Raten der Neuinfektionen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sind zurückgegangen und sinken weiter.

Gute Nachrichten machen selten Schlagzeilen und werden gerne übersehen. Dennoch ist es wichtig, die erzielten Fortschritte gebührend zu würdigen. In Europa haben wir eine zunehmend klare Vorstellung davon, welche Maßnahmen sich bei der Bekämpfung der Drogenproblematik als wirksam erweisen können. Investitionen und politische Unterstützung sind nur dann sichergestellt, wenn anerkannt wird, dass unsere Arbeit Veränderungen herbeiführen kann und bereits Früchte trägt. Andererseits werden in unserem Bericht natürlich auch viele Bereiche beleuchtet, in denen für die Europäische Union Handlungsbedarf besteht. Hierzu zählen beispielsweise die fortgesetzte Zunahme des Kokainkonsums und die Tatsache, dass hinsichtlich der Verfügbarkeit und Qualität der Leistungen für Menschen mit Drogenproblemen noch immer beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen. Ungeachtet der erzielten Fortschritte bleibt somit festzustellen, dass noch ein weiter Weg vor uns liegt. Über den dabei einzuschlagenden Kurs herrscht jedoch heute in Europa ein stärkerer Konsens denn je.

**Marcel Reimen**  
Vorsitzender, EBDD-Verwaltungsrat

**Wolfgang Götz**  
Direktor, EBDD





## Danksagung

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

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

### Nationale Reitox-Knotenpunkte

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

Die Kontaktinformationen der nationalen Knotenpunkte sind der folgenden Website zu entnehmen:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



## Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern und von Norwegen (das seit 2001 an der Arbeit der EBDD beteiligt ist) in Form nationaler Berichte zur Verfügung gestellt wurden. Die hier veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2006 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Die Grafiken und Tabellen in diesem Bericht beziehen sich in einigen Fällen nur auf einen Teil der EU-Länder: Die Auswahl erfolgte auf der Grundlage der Länder, die für den Bezugszeitraum Daten zur Verfügung gestellt haben.

Die der EBDD gemeldeten Verkaufspreise entsprechen den von den Konsumenten gezahlten Drogenpreisen. Die Angaben über die Reinheit oder Stärke basieren in den Berichten der meisten Länder auf einer Stichprobe aller sichergestellten Drogen. In der Regel ist es nicht möglich, die gemeldeten Daten mit einer bestimmten Stufe des Drogenmarktes in Verbindung zu bringen. Alle Analysen betreffend Reinheit, Stärke und Verkaufspreise basieren auf typischen Werten (Modalwerten) oder, falls diese nicht verfügbar sind, auf Mittelwerten (oder Medianwerten).

Die auf Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung basierenden Berichte über die Prävalenz des Drogenkonsums beziehen sich in der Regel auf die Bevölkerung der einzelnen Länder im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Hiervon abweichende Altersgrenzen werden von den folgenden Ländern herangezogen: Bulgarien (18-60), Tschechische Republik (18), Dänemark (16), Deutschland (18), Ungarn (18-59), Malta (18), Schweden (16) und Vereinigtes Königreich (16-59).

In Berichten über die Behandlungsnachfrage bezeichnet der Begriff „Erstpatienten“ jene Patienten, die sich erstmals in ihrem Leben in Behandlung begeben, während der Begriff „alle Patienten“ die Gesamtzahl aller Patienten bezeichnet, die sich in Behandlung begeben. Patienten, die sich zu Beginn des Berichtsjahres in fortlaufender Behandlung befinden, werden in den Daten nicht erfasst. Wird der Anteil der Behandlungsnachfragen für eine bestimmte Primärdroge angegeben, so bildet die Zahl der Fälle, in denen die Primärdroge bekannt ist, den Nenner.

Trendanalysen basieren ausschließlich auf den Ländern, die ausreichende Daten zur Verfügung stellen, um Veränderungen während des betreffenden Zeitraums zu beschreiben. Für die Analyse von Tendenzen auf dem Drogenmarkt können fehlende Daten für das Jahr 2006 durch Daten aus dem Jahr 2005 ersetzt werden; für die Analyse anderer Tendenzen können die fehlenden Daten interpoliert werden. Preistendenzen werden auf einzelstaatlicher Ebene inflationsbereinigt.

Der Terminus „Berichte“ im Zusammenhang mit Verstößen gegen die Drogengesetze umfasst unter Umständen Begriffe, die sich zwischen den einzelnen Ländern unterscheiden.

Weitere Informationen über die Daten und Analyseverfahren sind dem Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Der Jahresbericht kann unter <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008> in 23 Sprachen heruntergeladen werden.

Das Statistical Bulletin 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) beinhaltet die vollständigen Quelltabellen, die für die statistische Analyse herangezogen wurden. Es enthält darüber hinaus weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden und mehr als 100 ergänzende statistische Grafiken.

Die Länderübersichten (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) bieten eine nützliche grafische Zusammenfassung der Schlüsselaspekte der Drogensituation in den einzelnen Ländern.

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



## Übersicht

# Die Drogensituation in Europa – neue Perspektiven und altbekannte Fakten

### **Eine starke europäische Stimme in einem wichtigen Jahr der Reflexion und Politikgestaltung**

In Europa fand im Jahr 2008 die Evaluierung des Drogenaktionsplans 2005-2008 statt. Darüber hinaus wurde in diesem Jahr ein neuer Plan erarbeitet, um die EU-Drogenstrategie in ihrer zweiten Phase (2009-2012) weiter voranzubringen. Zugleich befassten sich 13 Mitgliedstaaten mit der Überarbeitung oder Überprüfung ihrer nationalen Drogenstrategien oder Aktionspläne. Auf internationaler Ebene findet in diesem Jahr die 10-Jahres-Überprüfung der bei der 20. Sondersitzung der Vereinten Nationen (UNGASS) angenommenen Erklärungen und Aktionspläne statt. Damit wird im Jahr 2008 sowohl in Europa als auch weltweit in höherem Maße denn je darüber nachgedacht, welche Erfolge die Drogenpolitik bisher erzielt hat und welcher Kurs künftig eingeschlagen werden sollte.

Sowohl in der Form der nationalen Drogenstrategien als auch im Hinblick auf die Beiträge der einzelnen Mitgliedstaaten zur weltweiten Drogendebatte ist ein zunehmender europäischer Konsens zu beobachten. Mit einer Ausnahme haben nun alle EU-Mitgliedstaaten nationale drogenpolitische Dokumente verabschiedet, die in etwa der Hälfte der Länder ähnlich strukturiert sind wie der EU-Drogenaktionsplan. Dies ist ein Beleg für die wachsende politische Konvergenz in Europa hinsichtlich der Frage, wie die Drogenproblematik angegangen werden sollte. Mit Unterstützung der Kommission haben die EU-Mitgliedstaaten in den laufenden Debatten im Zusammenhang mit der Überprüfung der UNGASS-Ziele eine zunehmend einheitliche Position bezogen. Besondere Betonung fanden in den europäischen Beiträgen zu diesen Debatten die Notwendigkeit umfassender, ausgewogener und evidenzbasierter Politiken und Maßnahmen sowie der Wert der verbesserten Beobachtung der weltweiten Drogenproblematik seit der UNGASS.

### **Drogenkonsum und strafrechtliche Maßnahmen: ein uneinheitliches Bild**

In den letzten Jahren hat die EBDD über die Tendenz der europäischen Länder berichtet, im Rahmen ihrer Drogengesetzgebung stärker zwischen Personen, die mit Drogen handeln, und Drogenkonsumenten zu unterscheiden.

Diese Differenzierung führte in einigen Ländern zur Einführung milderer Strafen für den Drogenkonsum, während andere dagegen die Bestrebungen zu einer Verringerung der Strafen verworfen oder diese sogar verschärft haben. In der Praxis gestaltet sich die Unterscheidung zwischen Drogenhändler und -konsument häufig schwierig, und die Mitgliedstaaten ziehen sehr unterschiedliche Verfahren heran, um diese beiden Personengruppen voneinander abzugrenzen.

Die Auffassung, dass die europäischen Länder den Drogenkonsum nun in geringerem Maße mit strafrechtlichen Sanktionen ahnden, wird durch die verfügbaren Daten nicht erhärtet. In den letzten fünf Jahren ist die Zahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung in Europa gestiegen. Der Großteil der gemeldeten Drogendelikte betrifft weniger den Drogenhandel, sondern in erster Linie den Konsum und den Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch. Während die Zahl der Straftaten in Verbindung mit dem Drogenhandel um 12% zugenommen hat, ist die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenbesitz um mehr als 50% gestiegen. Cannabis ist nach wie vor die am häufigsten mit Drogendelikten in Verbindung stehende Droge.

Die Ursachen für die Zunahme der Zahl der Drogendelikte im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sind unklar und könnten möglicherweise auch darauf zurückzuführen sein, dass in einigen Ländern die Verfahren für Verurteilungen wegen Drogenbesitzes vereinfacht wurden. Die zuweilen vertretene Auffassung, die Wahrscheinlichkeit, dass Drogenkonsumenten und insbesondere Cannabiskonsumenten wegen Verstößen gegen die Drogengesetzgebung belangt werden, sei in den letzten Jahren gesunken, wird von den Daten nicht bestätigt. Darüber hinaus ist unklar, in welchem Maße die wegen Drogenbesitzes verhängten Sanktionen tatsächlich geändert wurden. Die EBDD wird dieser Frage nächstes Jahr in einem ausgewählten Thema nachgehen.

### **Neue Umfrage zur Untersuchung der Haltung junger Menschen gegenüber dem Drogenkonsum**

In einer vor kurzem durchgeführten Eurobarometer-Umfrage untersuchte man die Haltung und Wahrnehmung junger Menschen im Zusammenhang mit Drogen und stellte

erhebliche Parallelen zwischen den Ländern fest. Insgesamt wurden die mit dem Konsum von Drogen wie Heroin, Kokain und Ecstasy verbundenen Risiken von 81 % bis 96 % der Befragten als hoch bewertet. Die große Mehrheit der Befragten (95 %) äußerte die Auffassung, dass diese Drogen auch künftig in Europa kontrolliert werden sollten. Im Hinblick auf Cannabis gingen die Ansichten jedoch stärker auseinander: 40 % der Befragten waren der Meinung, dass mit dem Konsum dieser Droge ein hohes Risiko verbunden sei, während etwa ebenso viele (43 %) die Auffassung vertraten, dass der Cannabiskonsum ein „mittleres Gesundheitsrisiko“ darstelle, das weitestgehend mit den Risiken des Tabakkonsums vergleichbar sei. Die Wahrnehmung der mit dem Cannabiskonsum verbundenen Gesundheitsrisiken schlug sich in der geringeren Befürwortung einer Aufrechterhaltung des Cannabisverbots (67 %) sowie in der Tatsache nieder, dass sich lediglich eine deutliche Minderheit (31 %) dafür aussprach, Cannabis in ähnlicher Weise zu regulieren wie Alkohol und Tabakerzeugnisse.

#### **Drogenprävention: trotz wachsender Evidenzbasis schleppende Veränderungen in der Praxis**

Ungeachtet der nahezu ungeteilten Unterstützung der Drogenprävention stellen formale Evaluierungen in diesem Bereich eine methodische Herausforderung dar. In der Vergangenheit standen nur begrenzte Evidenzdaten zur Verfügung, um die Wirksamkeit diesbezüglicher Maßnahmen zu belegen. Diese Situation ändert sich nun, da die wissenschaftliche Basis für die Drogenprävention weiter wächst und gründlichere Studien durchgeführt werden. Zwar müssen nach wie vor häufig Rückschlüsse aus den Ergebnissen von US-Studien gezogen werden, deren Relevanz für den europäischen Kontext fraglich sein könnte, jedoch kann zunehmend auch auf europäische Arbeiten zurückgegriffen werden. Insgesamt ermöglichen die nun verfügbaren Daten ein besseres Verständnis der Frage, welche Maßnahmen aller Wahrscheinlichkeit nach Wirkung entfalten werden und wie die am stärksten gefährdeten Gruppen erreicht werden können. Jüngste Daten zeigen jedoch, dass in vielen Ländern nach wie vor in erster Linie Konzepte herangezogen werden, für die es keine tragfähige Evidenzbasis gibt und die in einigen Fällen Maßnahmen umfassen, die sich sogar als kontraproduktiv erweisen könnten. Politische Entscheidungsträger stehen möglicherweise vor dem Problem, dass die Programme, die bekanntermaßen positive Ergebnisse zeitigen, sowohl höhere Investitionen in Ressourcen als auch ein verstärktes Augenmerk auf Ausbildung und Qualitätskontrolle voraussetzen.

Um den Austausch von Kenntnissen und vorbildlichen Verfahren im Drogenbereich zu unterstützen, hat die EBDD im Jahr 2008 ein Internet-Portal für „Best Practice“ eingerichtet.

Das Portal, das auch ein Modul zur Prävention umfasst, bietet einen Überblick über die jüngsten Evidenzdaten zur „Wirksamkeit unter Idealbedingungen“ (*Efficacy*) und zur „Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen“ (*Effectiveness*) einzelner Programme, stellt die Instrumente und Standards zur Verbesserung der Qualität der Maßnahmen vor und nennt Beispiele für evaluierte Verfahren in ganz Europa.

#### **Drogenbehandlung: stärkeres Gewicht auf den Ergebnissen und den Bedürfnissen der Patienten**

Die Zahl der Drogenkonsumenten, die sich wegen ihrer Abhängigkeit in Behandlung befinden, ist in den letzten Jahren stark gestiegen, und in vielen Ländern erhält ein erheblicher Anteil der problematischen Opioidkonsumenten eine langfristige Substitutionsbehandlung. Diese Entwicklung führte zu einer Ausweitung der verfügbaren pharmazeutischen Optionen und hatte zur Folge, dass nicht mehr die Inanspruchnahme einer Therapie, sondern Qualität und Ergebnisse der Behandlung das primäre politische Anliegen darstellen. Die Debatten drehen sich nun insbesondere um die Frage, worin die realistischen langfristigen Zielsetzungen der Substitutionsbehandlung bestehen und in welchem Maße eine soziale Reintegration und die Rückkehr der Patienten zu einem normalen Leben möglich sind. Die Aufnahme einer Beschäftigung ist eines der Schlüsselemente für die erfolgreiche Reintegration in die Gesellschaft und führt erwiesenermaßen zu einer erheblich besseren Prognose. Der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt ist jedoch häufig nur schwer umzusetzen, da ein Großteil der insgesamt alternden Bevölkerungsgruppe chronischer Drogenkonsumenten, die sich in Europa in Langzeitbehandlung befinden, geringe Qualifikationen und ein niedriges Bildungsniveau aufweist. Für die europäischen Drogenbehandlungsdienste wird es zunehmend wichtiger, einen Konsens darüber zu erzielen, wie erfolgreiche Ergebnisse für Menschen mit langjährigen Drogenproblemen zu definieren sind und in welchem Maße eine effektive Reintegration der Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppe in die Gesellschaft zu bewerkstelligen ist.

Zwar wird das Angebot von Drogenbehandlungen in Europa weiter ausgebaut, jedoch bestehen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Therapien oder des Umfangs, in dem Dienste für unterschiedliche Formen von Drogenproblemen angeboten werden, noch immer erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Darüber hinaus wird zwar der Wert eines Angebots von Drogenbehandlungsoptionen für Konsumenten in Haftanstalten gemeinhin anerkannt, jedoch stehen die entsprechenden Investitionen in die diesbezüglichen Leistungen, die in den meisten Ländern noch immer stark unterentwickelt sind, weiterhin aus. Eine wichtige Herausforderung für Drogenbehandlungsdienste in Europa

besteht in der Notwendigkeit, auf die Bedürfnisse einer stärker heterogenen Bevölkerungsgruppe von Drogenkonsumenten zugeschnittene Therapiemodelle zu entwickeln. Da die Evidenzdaten in diesem Bereich im Allgemeinen nicht auf ein alleingültiges optimales Konzept schließen lassen, erarbeiten derzeit einige europäische Länder interessante neue Verfahren für die Behandlung von Cannabis- oder Kokainkonsumenten. Die komplexen Probleme, die durch unterschiedliche Muster des polyvalenten Konsums von Drogen und Alkohol verursacht werden, stellen für die Entwicklung entsprechender Dienste eine Herausforderung dar. Daher ist davon auszugehen, dass die europäischen Drogenbehandlungsdienste in Zukunft immer differenziertere Maßnahmen erarbeiten müssen, um den zunehmend vielfältigen Bedürfnissen ihrer Patienten zu entsprechen.

### Zunehmende Anzeichen für eine möglicherweise sinkende Popularität des Cannabiskonsums

Jüngste Daten aus Erhebungen unter Schülern und Erwachsenen deuten darauf hin, dass sich der Cannabiskonsum insgesamt in einigen Ländern stabilisiert hat oder zurückgeht. Noch immer sind jedoch unterschiedliche nationale Tendenzen und ausgeprägte Unterschiede zwischen den Ländern zu beobachten. Dies kommt in den mittelfristigen Tendenzen zum Ausdruck: Während von Ländern mit niedrigen Prävalenzraten häufig ein Aufwärtstrend gemeldet wird, verzeichnen viele andere eine stabile Situation und einige Länder mit hohen Prävalenzen eine rückläufige Entwicklung.

Sinkende Prävalenzraten sind vor allem in den jüngeren Altersgruppen zu beobachten. Neue Daten aus der jüngsten Schulerhebung im Rahmen des Projekts HBSC (Health behaviour in school-aged children [Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern]) belegen für die meisten Länder im Zeitraum 2001 bis 2006 eine stabile bzw. rückläufige Tendenz beim Drogenkonsum unter 15-jährigen Schülern. Vorläufigen Berichten zufolge könnte diese Erkenntnis durch die Daten aus der letzten Erhebung im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), die Ende 2008 veröffentlicht werden sollen, untermauert werden. Im Vereinigten Königreich, das traditionell außergewöhnlich hohe Prävalenzraten des Cannabiskonsums verzeichnete, ist nun ein stetiger Abwärtstrend zu beobachten, der sich vor allem in der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen manifestiert. Die Gründe für die möglicherweise sinkende Popularität des Cannabiskonsums unter jungen Menschen sind kaum dokumentiert, könnten jedoch unter Umständen mit einer veränderten Wahrnehmung der mit dem Konsum dieser Droge verbundenen Risiken in Zusammenhang stehen. Einige Berichterstatter haben darauf hingewiesen,

### Auf einen Blick – Schätzungen des Drogenkonsums in Europa

Die hier vorgelegten Schätzungen beziehen sich auf die erwachsene Bevölkerung (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) und basieren auf den jüngsten verfügbaren Daten. Die vollständigen Datenreihen sowie Angaben zur Methodik sind dem Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

#### Cannabis

Lebenszeitprävalenz: mindestens 71 Millionen (22% der europäischen Erwachsenen).

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

Prävalenz während der letzten 30 Tage: über 12 Millionen Europäer.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: Gesamtspanne: 0,8% bis 11,2%.

#### Kokain

Lebenszeitprävalenz: mindestens 12 Millionen (3,6% der europäischen Erwachsenen).

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

Prävalenz während der letzten 30 Tage: etwa 2 Millionen.

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

#### Ecstasy

Lebenszeitprävalenz: etwa 9,5 Millionen (2,8% der europäischen Erwachsenen).

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: mehr als 2,6 Millionen oder ein Drittel der Personen mit Ecstasyerfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: über 1 Million.

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

#### Amphetamine

Lebenszeitprävalenz: nahezu 11 Millionen (3,3% der europäischen Erwachsenen).

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 2 Millionen oder ein Fünftel der Personen mit Amphetaminerfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: unter 1 Million.

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

#### Opioid

Problematischer Opioidkonsum: zwischen einem und sechs Fällen je 1 000 Erwachsene.

Im Zeitraum 2005 bis 2006 waren 3,5% aller Todesfälle unter Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren drogeninduzierte Todesfälle, wobei in etwa 70% der Fälle Opioiden nachgewiesen wurden.

Hauptdroge in etwa 50% aller Drogentherapienachfragen.

Über 600 000 Opioidkonsumenten haben im Jahr 2006 eine Substitutionsbehandlung erhalten.

dass die rückläufige Popularität des Cannabiskonsums unter anderem auf eine veränderte Haltung gegenüber dem Zigarettenkonsum zurückzuführen sein könnte. In Europa wird Cannabis häufig in Kombination mit Tabak geraucht, und Drogenpräventionsprogramme haben zunehmend die gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums sowohl illegaler als auch legaler Drogen zum Gegenstand.

Ungeachtet der jüngsten Tendenzen bewegen sich die Prävalenzraten des Cannabiskonsums in Europa nach wie vor auf historisch hohem Niveau, und in vielen Ländern werden vor allem unter jungen Männern beträchtliche Zahlen regelmäßiger und intensiver Cannabiskonsumisten verzeichnet. Die Zahl der regelmäßigen und intensiven Cannabiskonsumisten könnte sich unabhängig von den Prävalenzraten des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung entwickeln. Daher muss ein verstärktes Augenmerk auf diese Konsummuster und die damit verbundenen Probleme gelegt werden.

### **Herstellung von Cannabis im eigenen Land: die große Unbekannte**

In vielen EU-Mitgliedstaaten wird traditionell vorwiegend Cannabisharz konsumiert, und noch immer ist in Westeuropa der weltweit höchste Konsum dieses Cannabiserzeugnisses zu verzeichnen. Allerdings nimmt in Europa die eigene Herstellung von Cannabis in den einzelnen Ländern zu, wobei sich diese Entwicklung weitgehend unbemerkt vollzogen hat. Die meisten Länder berichten nun über den Anbau von Cannabis im eigenen Land, dessen Größenordnung von einigen wenigen Pflanzen für den persönlichen Konsum bis hin zu großen Anbauflächen für kommerzielle Zwecke reicht.

Da bisher keine Erkenntnisse über das Ausmaß und den relativen Marktanteil des im eigenen Land hergestellten Cannabiskrauts verfügbar sind, führt die EBDD derzeit eine Studie durch, in deren Rahmen eine Bestandsaufnahme des Cannabismarktes in Europa erstellt werden soll. Auch die Auswirkungen des sich entwickelnden Cannabismarktes werden zunehmend erörtert. Die geäußerten Bedenken betreffen unter anderem die negativen Auswirkungen der Cannabis-Produktionsstätten auf die lokalen Gemeinschaften infolge einer erhöhten Kriminalität sowie die Tatsache, dass im eigenen Land hergestelltes Cannabis in der Regel von hoher Stärke ist. Die Herstellung im eigenen Land stellt auch für die Strafverfolgungsbehörden eine Herausforderung dar, da sich die Anbauflächen in der Nähe der Verbraucher befinden, relativ einfach zu verbergen sind und die Beförderung der Drogen über Landesgrenzen hinweg überflüssig machen.

### **Weitere Zunahme des Kokainkonsums im segmentierten europäischen Markt für Stimulanzien**

Stimulanzien spielen in Europa nicht nur im Rahmen der unter chronischen und marginalisierten Gruppen problematischer Drogenkonsumenten festgestellten Konsummuster eine wichtige Rolle, sondern auch unter den sozial besser integrierten Gruppen junger Menschen, die vorwiegend in ihrer Freizeit Drogen konsumieren. Allerdings sind innerhalb Europas unterschiedliche Muster des Konsums von Stimulanzien zu verzeichnen: In vielen Ländern Süd- und Westeuropas ist Kokain derzeit das am häufigsten konsumierte Stimulans, und der Konsum dieser Droge nimmt weiter zu. Dagegen belegen die Indikatoren für den Konsum von Amphetaminen und Ecstasy insgesamt eine stabile oder rückläufige Entwicklung. Dennoch sind Amphetamine nach wie vor in den meisten mittel-, nord- und osteuropäischen Ländern die am häufigsten konsumierten Stimulanzien und machen in einigen Fällen einen wesentlichen Teil der Drogenproblematik aus. Noch immer wird Methamphetamin fast ausschließlich in der Tschechischen Republik und der Slowakei konsumiert, obwohl gelegentlich auch andere Länder über die Verfügbarkeit oder den Konsum dieser Droge berichten.

Aufgrund der Ähnlichkeiten sowohl hinsichtlich der Milieus, in denen die verschiedenen Stimulanzien konsumiert werden, als auch mit Blick auf die für ihren Konsum genannten Gründe können diese Substanzen in gewissem Maße als auf dem europäischen Markt konkurrierende Erzeugnisse betrachtet werden. Dies würde bedeuten, dass die einschlägigen Maßnahmen sowohl auf die einzelnen Substanzen abzielen als auch Stimulanzien als Gruppe statt als Einzelprobleme behandeln müssen. Dieser Aspekt ist insofern wichtig, als Maßnahmen zur Eindämmung der Verfügbarkeit einer dieser Substanzen dadurch unterlaufen werden können, dass die Konsumenten einfach zu alternativen Erzeugnissen übergehen.

### **Die Entwicklungen bei der Herstellung synthetischer Drogen in Europa führen zu wachsender Besorgnis über die Kosten infolge von Umweltschäden**

Die europäischen Länder sind nach wie vor die wichtigsten Erzeuger von Amphetaminen und MDMA, obwohl die relative Bedeutung Europas durch die zunehmende Herstellung in anderen Teilen der Welt zurückgegangen sein könnte. In der Regel werden jährlich zwischen 70 und 90 Produktionsstätten entdeckt, vorwiegend in einigen wenigen west- und osteuropäischen Ländern. Die Strafverfolgungsdaten lassen erkennen, dass bei der Herstellung von synthetischen Drogen, einschließlich Methamphetaminen, immer modernere Verfahren zur Anwendung kommen: Die Nutzung größerer Reaktionsgefäße, industrieller und maßgeschneiderter



Ausrüstung und mobiler Geräte ermöglicht eine Herstellung in immer größerem Maßstab.

Diese allgemeine Zunahme der Produktionsmengen könnte eine Verschärfung des Problems der unkontrollierten Lagerung von Abfällen zur Folge haben. In der Regel fallen bei der Herstellung von einem Kilogramm Amphetamin oder MDMA etwa 15 bis 20 Kilogramm Abfallmaterial an, darunter giftige und entflammbare Chemikalien, die eine Gefahr für die Umwelt darstellen. Im Zusammenhang mit Umweltschäden und der Sanierung illegaler Deponien für chemische Abfälle aus der Herstellung synthetischer Drogen können beträchtliche Kosten entstehen.

### **Befürchtungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Kokainschmuggel über Westafrika**

Da der Kokainkonsum in Europa weiter steigt, konzentrieren sich die Bemühungen zunehmend auf die Verbotsmaßnahmen. Sowohl die Menge als auch die Zahl der Kokainsicherstellungen nehmen weiter zu: Die jährlichen Sicherstellungen belaufen sich inzwischen auf mehr als 120 Tonnen, von denen über drei Viertel auf Spanien und Portugal entfallen. Unterstützt wurden die Bemühungen um eine Eindämmung des Kokainschmuggels nach Europa durch die Errichtung des Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics [Operationszentrum für den Kampf gegen den Drogenhandel im Atlantik (MAOC-N)] in Lissabon. Dieses Strafverfolgungszentrum spielt eine wichtige Rolle bei der Koordinierung von Verbotsmaßnahmen und beim Austausch von Erkenntnissen zwischen den teilnehmenden Mitgliedstaaten.

Zwar gelangt Kokain über mehrere Routen nach Europa, jedoch hat der Schmuggel über westafrikanische Länder drastisch zugenommen und stellt nun eine der wichtigsten Beförderungsrouten des für den europäischen Markt bestimmten Kokains dar. Dadurch könnten die Entwicklungsbemühungen in dieser Region, die bereits mit vielen sozialen, gesundheitsrelevanten und politischen Problemen zu kämpfen hat, destabilisiert und konterkariert werden. Insbesondere bergen die durch den Kokainschmuggel generierten Gewinne ein erhebliches Risiko, das Strafjustizsystem zu untergraben und die Korruption zu verstärken. Die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten arbeiten gemeinsam mit westafrikanischen Ländern an einer Reihe von Maßnahmen, um dieser wachsenden Bedrohung zu begegnen.

### **Kein Rückgang der Heroinprobleme trotz der Berichte über einen zunehmenden Konsum synthetischer Opioide**

Jüngste Schätzungen belegen, dass das weltweite Heroinproduktionspotenzial weiter gestiegen ist und

sich inzwischen auf geschätzte 733 Tonnen beläuft. Die Auswirkungen dieses Anstiegs auf die Verfügbarkeit und den Konsum dieser Droge in Europa sind jedoch schwer zu ermessen. Anhand der verfügbaren Daten können kaum einschlägige Schlussfolgerungen gezogen werden. Beispielsweise wurde der leichte Rückgang der in der Europäischen Union sichergestellten Heroinmenge durch einen beträchtlichen Anstieg der in der Türkei beschlagnahmten Menge aufgewogen.

Für Heroinepidemien, wie sie in den 90er Jahren in vielen Teilen Europas zu beobachten waren, liegen keine tragfähigen Evidenzdaten vor. Vielmehr weisen die Daten auf eine Stabilisierung der Problematik hin, ohne allerdings weiterhin eine rückläufige Tendenz zu belegen. Somit stellt der Heroinkonsum in Europa nach wie vor ein gravierendes Problem für die öffentliche Gesundheit dar und ist weiterhin für einen Großteil der insgesamt mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitsbezogenen und sozialen Kosten verantwortlich. Die Daten lassen erkennen, dass in Europa etwa 60 % der in Drogentherapie befindlichen Patienten wegen des Konsums von Opioiden, vorwiegend Heroin, behandelt werden. Unter den Erstpatienten ist der relative Anteil der Opioidkonsumenten – nicht aber ihre tatsächliche Zahl – zurückgegangen, jedoch scheint diese Tendenz nun ein Ende gefunden zu haben. Darüber hinaus gibt es zwar Belege dafür, dass das Durchschnittsalter der Opioidkonsumenten in Europa langsam steigt, jedoch ist die Zahl der neuen Konsumenten den Daten zufolge noch immer so hoch, dass die Problematik in absehbarer Zeit keine signifikante Abschwächung erfahren wird.

Anders als die Situation in Afghanistan vielleicht vermuten ließe, finden in einigen Ländern offenbar Probleme sowohl mit abgezweigten als auch mit illegal hergestellten synthetischen Opioiden zunehmend Verbreitung. In Lettland, Litauen und Estland gibt es beispielsweise Hinweise auf ein wachsendes Problem infolge der Verfügbarkeit von außerhalb der EU illegal hergestelltem 3-Methylfentanyl. Aufgrund der Stärke dieser Droge (Fentanyl ist wesentlich stärker als Heroin) kann ihr Konsum extrem gefährlich sein. Beleg hierfür sind die mehr als 70 tödlichen Vergiftungen im Zusammenhang mit Fentanyl, die im Jahr 2006 in Estland gemeldet wurden. Andere Länder verzeichnen eine steigende Zahl von Behandlungsnachfragen wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden, die offenbar aus für therapeutische Zwecke bestimmten Beständen abgezweigt wurden. Dies trägt zu dem wachsenden Problem des polyvalenten Drogenkonsums bei, das derzeit in einigen Teilen Europas charakteristisch für den chronischen Drogenkonsum ist.

### **Injizierender Drogenkonsum und HIV: positive Gesamtentwicklung bei erheblichen Unterschieden zwischen den Ländern**

Mehr als 40 % aller Heroinpatienten geben zu Behandlungsbeginn an, die Droge zu injizieren. Dies unterstreicht die Tatsache, dass diese besonders schädliche Applikationsform in Europa im Bereich der öffentlichen Gesundheit noch immer ein wichtiges Thema darstellt. Der injizierende Drogenkonsum ist neben der Verbreitung von durch Blut übertragbaren Infektionen wie HIV und Hepatitis C mit zahlreichen anderen Problemen verbunden. Die Veränderungen des Anteils der injizierenden Drogenkonsumenten an den Patienten, die sich in Behandlung begeben, weisen darauf hin, dass sich in vielen Ländern insgesamt eine rückläufige Tendenz des injizierenden Konsums abzeichnet, wobei die Daten jedoch regionale und nationale Unterschiede belegen. In einigen Ländern insbesondere Osteuropas stellt der injizierende Heroinkonsum nach wie vor die häufigste Applikationsform dieser Droge dar und wird von mehr als 80 % der Heroinpatienten zu Behandlungsbeginn angegeben. In einigen Mitgliedstaaten scheinen auch die Einstiegsraten noch immer relativ hoch zu sein: Studien unter injizierenden Drogenkonsumenten belegen einen relativ hohen Anteil junger und neuer injizierender Drogenkonsumenten.

Insgesamt ist die Rate der neuen HIV-Infektionen in Europa nach dem zu Beginn dieses Jahrzehnts durch eine lokal begrenzte Epidemie in einigen Ländern verursachten Höchststand zurückgegangen. Der Rückgang des injizierenden Drogenkonsums sowie die verstärkte Verfügbarkeit von Behandlungsdiensten und Maßnahmen zur Schadensminimierung haben offenkundig insgesamt zu einer Verbesserung der Lage geführt. In den wenigen Fällen, in denen ein Anstieg der Neuinfektionen zu verzeichnen war, fiel dieser gering aus. Zwar weisen die Daten auf eine Verbesserung der Situation in Estland, Lettland und Portugal hin, jedoch melden diese Länder noch immer unverhältnismäßig hohe Raten von Neuinfektionen und machen einen erheblichen Anteil aller in Europa verzeichneten neuen HIV-Fälle im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum aus. Daten aus regionalen oder lokalen Studien lassen ferner darauf schließen, dass die Übertragung von HIV-Infektionen auch in Spanien und Italien noch immer ein Problem darstellt, obwohl angesichts fehlender nationaler Berichtsdaten über HIV-Fälle in diesen Ländern kaum Tendenzen ausgemacht werden können. Auch in anderen Ländern besteht aufgrund des fortgesetzten Risikoverhaltens die Gefahr neuer Epidemien. Hier ist unbedingt Wachsamkeit geboten: Beispielsweise hat Bulgarien im Jahr 2006 über 34 neue Fälle berichtet,

während im Zeitraum 2000 bis 2003 praktisch keine Infektionen aus diesem Land gemeldet worden waren

### **Drogenbedingte Todesfälle: eine große Belastung für die öffentliche Gesundheit**

Die EBDD beobachtet tödliche Vergiftungen, die unmittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind (drogeninduzierte Todesfälle). Durchschnittlich werden in Europa jährlich etwa 7 000 bis 8 000 drogeninduzierte Todesfälle gemeldet, wobei diese Zahl angesichts der bekannten Tatsache, dass nicht alle Fälle gemeldet werden, als Mindestschätzung zu betrachten ist. Opioide und vor allem Heroin sind die am häufigsten mit Überdosierungen in Zusammenhang gebrachten Drogen, obwohl gemeinhin auch andere Drogen und Alkohol nachgewiesen werden. Die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle ging in den ersten Jahren dieses Jahrzehnts zurück und hat sich nun stabilisiert. Die Gründe für diese Entwicklung sind unklar, und es müssen weitere Forschungsarbeiten sowohl zu den mit Überdosierungen in Zusammenhang stehenden Faktoren als auch zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden. Aus Haftanstalten entlassene Drogenkonsumenten sind unter Umständen besonders gefährdet. So wurden im Rahmen einer kürzlich durchgeführten Studie in dieser Gruppe 8- bis 10-mal höhere Mortalitätsraten festgestellt als erwartet. Insgesamt stellt die Prävention von Überdosierungen nach wie vor einen Bereich dar, in dem verstärkt Investitionen getätigt werden müssen.

Studien haben ferner gezeigt, dass die Gesamtmortalität, d. h. unter Berücksichtigung von Krankheiten, Unfällen und Gewalttaten, unter Drogenkonsumenten bis zu 50-mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Daher sind Investitionen in gut konzipierte Kohortenstudien vonnöten, um ein besseres Verständnis der Ursachen und des Ausmaßes der drogenbedingten Gesamtmortalität zu ermöglichen und die unterschiedlichen Risiken zu untersuchen, wie sie beispielsweise für Drogenkonsumenten bestehen, die aus der Haft entlassen werden oder eine Behandlung abbrechen.

### **Internet und Marktinnovation: eine Herausforderung für die Drogenpolitik**

Eine vor kurzem durchgeführte Erhebung der EBDD ergab, dass in Europa mehr als 200 natürliche, halbsynthetische und synthetische psychoaktive Erzeugnisse über Online-Shops verkauft werden. Viele dieser Substanzen werden als legal („Legal Highs“) oder natürlich („Herbal Highs“) bezeichnet und als Alternative zu kontrollierten Substanzen angepriesen, obwohl sie tatsächlich innerhalb Europas durchaus nicht überall denselben Rechtsstatus haben. Berichten zufolge nimmt die Zahl der Online-Händler für diese Erzeugnisse zu,

wobei die Verkäufer in der Lage sind, auf Versuche einer Marktkontrolle rasch zu reagieren, indem sie beispielsweise neue Erzeugnisse anbieten. Darüber hinaus können auch Online-Apotheken und Online-Händler, die psychoaktive Substanzen für angeblich legale Zwecke verkaufen, möglicherweise neue Wege für den Vertrieb illegaler Drogen eröffnen. Insgesamt stellt der Vertrieb über das Internet inzwischen eine beträchtliche Herausforderung sowohl für die internationalen als auch für die nationalen drogenpolitischen Strategien und Kontrollmechanismen dar. Angesichts der Geschwindigkeit, in der neue Erzeugnisse auf den Markt gelangen und vertrieben werden, wird die Beobachtung der Online-Aktivitäten zunehmend zu einem Bereich, in dem dringend eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

### **Zunehmende Anerkennung der Bedeutung des Dialogs mit der Zivilgesellschaft**

Die Drogenproblematik ist mit einer Reihe sozialer und gesundheitsrelevanter Probleme verwoben. Erfolgreiche Maßnahmen in diesem Bereich setzen daher die Einbeziehung einer breiten Allianz von Teilnehmern voraus und können von der Unterstützung der Gemeinschaften, in denen sie durchgeführt werden, profitieren. Diese Erkenntnis kommt darin zum Ausdruck, dass die Notwendigkeit, die politische Debatte durch den Dialog mit der Zivilgesellschaft zu bereichern, zunehmend Anerkennung findet. Mit diesem Ziel vor Augen wurden vor kurzem im Rahmen der europäischen Drogendebatte mehrere Maßnahmen ergriffen. Besonders zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Einrichtung eines Drogenforums der Zivilgesellschaft durch die Europäische Kommission, durch das sichergestellt werden kann, dass Erfahrungen aus der Praxis Eingang in den Entwicklungsprozess der neuen EU-Drogenstrategie

und die Evaluierung des EU-Drogenaktionsplans finden. Die Bedeutung der Konsultation von Vertretern der Nichtregierungsorganisationen und lokalen Gemeinschaften fand auch im Rahmen der EU-Drogenstrategie sowie in einem Bericht des Europäischen Parlaments vom März 2008 Anerkennung, in dem auf die wesentliche Rolle der Zivilgesellschaft bei der Entwicklung, Umsetzung, Evaluierung und Beobachtung der Drogenpolitik hingewiesen wurde.

### **Europäische Drogenforschung und die Notwendigkeit grenzübergreifender Zusammenarbeit**

Wie das von der EBDD im Jahr 2008 veröffentlichte ausgewählte Thema zu Forschungsarbeiten zeigt, wurden in den vergangenen zehn Jahren in Europa große Fortschritte hinsichtlich der drogenspezifischen Forschung und der entsprechenden Infrastruktur (Forschungszentren, wissenschaftliche Zeitschriften, Finanzierungsmechanismen) erzielt. Leider waren diese Fortschritte nicht von einer entsprechenden Vertiefung der Zusammenarbeit und Koordinierung im Rahmen drogenspezifischer Forschungsarbeiten der einzelnen EU-Mitgliedstaaten begleitet. Diesem Thema wird nun mehr Aufmerksamkeit gezollt, und die Europäische Kommission hat eine neue Studie in Auftrag gegeben, um eine Bestandsaufnahme der Forschungstätigkeiten sowie eine vergleichende Analyse der in Europa und anderen Regionen der Welt verfügbaren Infrastrukturen anzustellen. Der Bericht wird Empfehlungen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit auf EU-Ebene beinhalten und einen Beitrag zur Diskussion über die Optionen für eine verstärkte Abstimmung zwischen den europäischen Finanzierungsmöglichkeiten für Forschungsarbeiten und den Bedürfnissen von Forschung und Politik leisten.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

# Kapitel 1

## Politische und rechtliche Entwicklungen

### Einführung

Der Drogenpolitik kommt im Jahr 2008 zwangsläufig eine wichtige Rolle zu. In diesem Jahr bewerten sowohl die Vereinten Nationen als auch die Europäische Union die Ergebnisse ihrer Drogenpolitik im Hinblick auf den Konsum illegaler Drogen und die dadurch verursachten Schäden. Die Vereinten Nationen überprüfen die erzielten Fortschritte bei der Durchführung und Umsetzung der 1998 bei der Sondersitzung der Vereinten Nationen (UNGASS) festgelegten Maßnahmen und Ziele zur Bekämpfung der globalen Drogenproblematik. In Europa stehen 2008 die abschließende Evaluierung des laufenden EU-Drogenaktionsplans (2005-2008) und der Entwurf des Aktionsplans für den Zeitraum 2009 bis 2012 an. Darüber hinaus unterziehen in diesem Jahr mehr EU-Mitgliedstaaten als je zuvor ihre nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne einer Prüfung und erarbeiten neue Dokumente zur Drogenpolitik (1).

Die EBDD wird die Ergebnisse und Entwicklungen des Jahres 2008 in ihrem nächsten Jahresbericht behandeln. In diesem Jahr werden in Kapitel 1 schwerpunktmäßig die jüngsten Veränderungen in der Drogenpolitik erörtert, neue Daten über die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor vorgelegt, drei spezifische Bereiche der Drogengesetzgebung – Besitz für den persönlichen Gebrauch, Alternativen zur Bestrafung und die zentrale Bedeutung des Schutzes der Öffentlichkeit – untersucht und die neuesten Entwicklungen im Bereich der Drogendelikte aufgezeigt. Abschließend wird in diesem Kapitel ein Überblick über drogenspezifische Forschungsarbeiten in den EU-Mitgliedstaaten gegeben.

### Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene

#### 10-Jahres-Überprüfung der UNGASS-Ziele

Im Juni 1998 einigte man sich bei der 20. Sondersitzung der Vereinten Nationen (UNGASS) in New York darauf,

die globale Drogenproblematik zu erörtern. Bei diesem „Drogengipfel“ wurden die folgenden drei zentralen Dokumente für eine neue Agenda der internationalen Gemeinschaft verabschiedet (2): eine politische Erklärung, eine Erklärung über die Leitprinzipien für die Reduzierung der Drogennachfrage und eine fünfteilige Resolution mit Maßnahmen zur Verbesserung der internationalen Zusammenarbeit. Mit der Verabschiedung der politischen Erklärung verpflichteten sich die UN-Mitgliedstaaten, bis 2008 bei der Angebots- und Nachfragereduzierung im Bereich illegaler Drogen messbare Ergebnisse zu erzielen.

Mit der diesjährigen Sitzung der Suchtstoffkommission (CND) der Vereinten Nationen wurde die 10-Jahres-Überprüfung der im Hinblick auf die Verwirklichung der bei der UNGASS 1998 festgelegten Zielsetzungen eingeleitet. Einem vom United Nations Office on Drugs and Crime [Büro für Drogen- und Verbrechenbekämpfung der Vereinten Nationen (UNODC)] vorgelegten Bericht zufolge wurden in den letzten zehn Jahren erhebliche Fortschritte erzielt, wobei jedoch die UN-Mitgliedstaaten in einigen Bereichen und Regionen die in der politischen Erklärung verankerten Zielsetzungen nicht in vollem Umfang erreicht haben (3). Im Anschluss an diese Bewertung folgt eine einjährige Phase der Reflexion, in der zunächst Gespräche zwischen Arbeitsgruppen aus Sachverständigen auf Regierungsebene und anschließend Diskussionen im Rahmen von Zwischensitzungen stattfinden werden. In diesem Zusammenhang werden die Vorbereitungen für eine zweitägige Konsultation auf hochrangiger Ebene im Rahmen der Sitzung der Suchtstoffkommission im Jahr 2009 getroffen, bei der über eine mögliche politische Erklärung und politische Maßnahmen entschieden wird.

Die Europäische Union spielt bei der Überprüfung der UNGASS-Ziele eine aktive Rolle. Im Rahmen der Sitzungen der Suchtstoffkommission in den Jahren 2006 (49/1), 2007 (50/12) und 2008 (51/4) wurden von der EU erarbeitete Resolutionen verabschiedet, in denen durchgängig ein wissenschaftliches und

(1) Der Begriff „nationales Dokument zur Drogenpolitik“ bezeichnet jedes von einer Regierung genehmigte amtliche Dokument, in dem die allgemeinen Grundsätze und spezifischen Maßnahmen oder Ziele im Drogenbereich festgelegt werden und das offiziell als Drogenstrategie, Aktionsplan, Programm oder anderes politisches Dokument vorgelegt wird.

(2) <http://www.un.org/ga/20special/>

(3) <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

transparentes Überprüfungsverfahren gefordert wird. Darüber hinaus ist die EBDD in die von der Europäischen Kommission finanzierten und vom UNODC organisierten Sachverständigenkonsultationen eingebunden und hat in diesem Zusammenhang einen Überblick über die Drogenstrategien und einschlägigen Maßnahmen vorgelegt, die in Europa seit dem Jahr 1998 durchgeführt wurden.

### Evaluierung des EU-Drogenaktionsplans

Im Dezember 2007 hat die Europäische Kommission ihren zweiten Fortschrittsbericht über die Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans (2005-2008) vorgelegt. In diesem Bericht, der von den EU-Mitgliedstaaten, der EBDD, Europol und der Europäischen Kommission zur Verfügung gestellte Daten beinhaltet, wird bewertet, in welchem Maße die für 2007 geplanten Maßnahmen durchgeführt wurden. Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen des Berichts lautet, dass bei der Drogenpolitik der Mitgliedstaaten eine gewisse Konvergenz zu verzeichnen ist. Darüber hinaus wird in dem Bericht auf die Probleme bei der Erhebung von Daten über Maßnahmen zur Angebotsreduzierung und bei der Verknüpfung einiger der geplanten Maßnahmen mit dem für die Beurteilung ihrer Durchführung heranzuziehenden Indikator hingewiesen.

Im Jahr 2008 nahm die Europäische Kommission in Zusammenarbeit mit den EU-Mitgliedstaaten, Europol und der EBDD ihre abschließende Evaluierung des laufenden EU-Drogenaktionsplans vor. Die Ergebnisse des Evaluierungsberichts, den die Kommission voraussichtlich im Herbst 2008 vorlegen wird, werden in die Ausgestaltung des zweiten Aktionsplans (2009-2012) im Rahmen der laufenden EU-Drogenstrategie (2005-2012) einfließen.

### Sonstige Entwicklungen auf EU-Ebene

Im September 2007 verabschiedeten der Rat und das Europäische Parlament das Programm „Drogenprävention und -aufklärung“<sup>(4)</sup> innerhalb des Finanzrahmens 2007-2013 und als Teil des Generellen Programms „Grundrechte und Justiz“. Mit dem Programm werden die folgenden allgemeinen Ziele verfolgt: Prävention und Reduzierung des Drogenkonsums, der Drogenabhängigkeit und drogenbedingter Schädigungen, Beitrag zur Verbesserung der Aufklärung über den Drogenkonsum

und Förderung der Umsetzung der EU-Drogenstrategie (2005-2012). Im Rahmen des Programms werden 21,35 Mio. EUR für Studien der Kommission, für die Tätigkeiten europäischer Nichtregierungsorganisationen im Drogenbereich sowie für grenzübergreifende Projekte bereitgestellt. Darüber hinaus können auch gemeinsame Aktionen mit anderen Gemeinschaftsprogrammen durchgeführt werden, beispielsweise mit dem zweiten Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013)<sup>(5)</sup>. Dieses befasst sich in dem die Förderung der Gesundheit betreffenden Abschnitt mit unterschiedlichen Gesundheitsfaktoren und sieht in diesem Zusammenhang auch Aktionen betreffend illegale Drogen in bestimmten Milieus, wie z. B. in Schulen und am Arbeitsplatz, vor.

Wie im laufenden Drogenaktionsplan vorgesehen, legte die Europäische Kommission im Juni 2006 ein Grünbuch über die Rolle der Zivilgesellschaft in der Drogenpolitik vor. Im Jahr 2007 folgte das Verfahren für die Auswahl der Teilnehmer am Drogenforum der Zivilgesellschaft. Dieses Forum dient als Plattform für einen informellen Meinungs- und Informationsaustausch zwischen der Kommission und Organisationen der Zivilgesellschaft in der EU, in den Kandidatenländern und gegebenenfalls auch in den Ländern, die in die Europäische Nachbarschaftspolitik eingebunden sind. Das Forum umfasst 26 Organisationen, die ein breites Spektrum von Meinungen vertreten. Im Rahmen der ersten Sitzungen des Forums, die im Dezember 2007 und im Mai 2008 stattfanden, wurde die Evaluierung des laufenden EU-Drogenaktionsplans und des neuen Aktionsplans erörtert.

## Nationale Drogenstrategien

### Neue Entwicklungen

Im zweiten Halbjahr 2007 haben vier EU-Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Finnland) sowie die Türkei und Norwegen neue Drogenaktionspläne oder -programme verabschiedet. Alle diese Dokumente decken einen Zeitraum von drei bis vier Jahren ab, und mit Ausnahme der Türkei gab es in allen diesen Ländern bereits zuvor einschlägige Pläne oder Programme. Im selben Jahr verabschiedete auch Spanien ein ergänzendes nationales Aktionsprogramm gegen Kokain (2007-2010).

(4) Beschluss Nr. 1150/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. September 2007 zur Auflegung des spezifischen Programms Drogenprävention und -aufklärung als Teil des Generellen Programms „Grundrechte und Justiz“ für den Zeitraum 2007-2013 (ABl. L 257 vom 3.10.2007, S. 23).

(5) Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013) (ABl. L 301 vom 20.11.2007, S. 3).

Anfang 2008 verabschiedeten drei weitere Mitgliedstaaten neue Grundsatzdokumente. Italiens erster Drogenaktionsplan sieht einen Zeitrahmen von einem Jahr vor. Anschließend soll ein vierjähriger Aktionsplan (2009-2012) verabschiedet werden, der auf den neuen EU-Drogenaktionsplan abgestimmt wird. Maltas erstes nationales Dokument zur Drogenpolitik gibt keinen Zeitrahmen vor und umfasst nahezu 50 Aktionen, die in den nächsten Jahren durchgeführt werden sollen. Schließlich wird die neue zehnjährige Drogenstrategie (2008-2018) des Vereinigten Königreichs erstmals durch einen dreijährigen Aktionsplan (2008-2011) ergänzt, in dem die in naher Zukunft durchzuführenden Schwerpunktaktionen festgelegt sind.

Die meisten der Ende 2007 und Anfang 2008 verabschiedeten nationalen Dokumente zur Drogenpolitik haben in erster Linie illegale Drogen zum Gegenstand, wobei in einigen auch andere Substanzen wie Alkohol, Tabak, Arzneimittel und leistungssteigernde Drogen erfasst sind. Darin kommt die in den europäischen Ländern verbreitete Tendenz zum Ausdruck, dass zwar die Zusammenhänge und Parallelen zwischen dem Konsum illegaler und legaler Substanzen anerkannt werden, jedoch die Dokumente zur Drogenpolitik nur selten andere Substanzen als illegale Drogen zum Gegenstand haben <sup>(6)</sup>. Norwegen stellt nach wie vor eine der Ausnahmen von diesem Muster dar und hat illegale Drogen und Alkohol in vollem Umfang in seinen kürzlich verabschiedeten Aktionsplan aufgenommen. Anhand der zahlreichen nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne, die für das Jahr 2009 erarbeitet werden sollen, sowie der vor kurzem verabschiedeten Dokumente wird die EBDD untersuchen können, ob sich der im ausgewählten Thema des Jahresberichts 2006 festgestellte Trend zu einer verstärkten Berücksichtigung legaler und illegaler Drogen in der nationalen Drogenpolitik fortgesetzt hat.

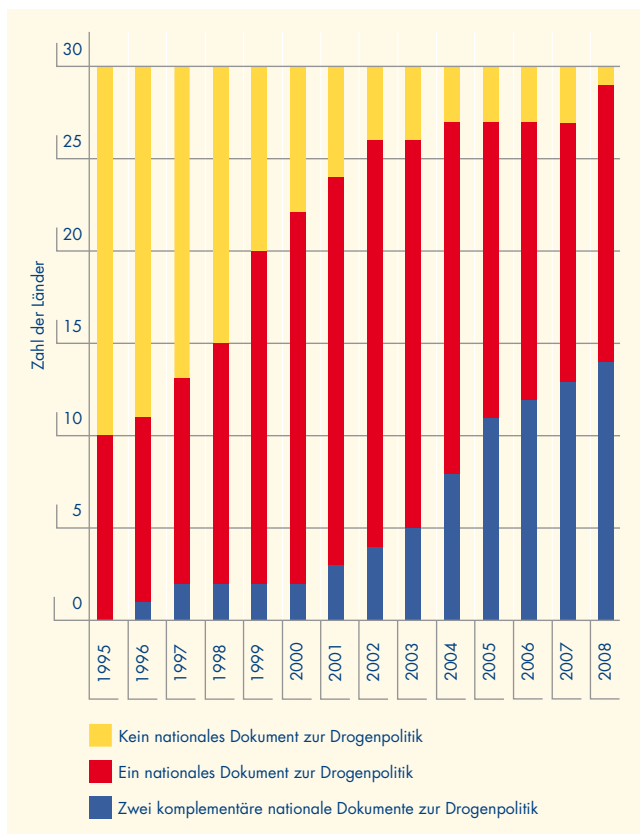
**Gesamtsituation**

Österreich ist derzeit der einzige EU-Mitgliedstaat, der weder eine nationale Drogenstrategie noch einen Drogenaktionsplan verabschiedet hat. Allerdings gibt es in allen Bundesländern eine regionale Drogen- oder Suchtstrategie oder einen einschlägigen Aktionsplan. In den anderen 26 Mitgliedstaaten sowie in Kroatien, der Türkei und Norwegen wurde die Drogenpolitik in nationalen Dokumenten zur Drogenpolitik festgelegt. Im Vergleich hierzu hatten im Jahr 1995 nur zehn dieser 30 Länder ein solches Instrument erarbeitet (Abbildung 1).

Eine Konvergenz ist auch im Format der Drogenstrategien und Aktionspläne festzustellen. Inzwischen haben 14 Länder ihre nationalen Dokumente zur Drogenpolitik an der Struktur der derzeitigen EU-Drogenstrategie und des laufenden EU-Drogenaktionsplans ausgerichtet. Ebenso viele Länder ziehen nun für ihre nationale Drogenpolitik zwei einander ergänzende Instrumente heran: einen strategischen Rahmen und einen Aktionsplan (Abbildung 1). Im Jahr 2000, als sich die Europäische Union erstmals auf einen solchen Ansatz stützte, gab es nur in zwei Mitgliedstaaten zwei einander ergänzende Dokumente zur Drogenpolitik.

Auch hinsichtlich der Inhalte der nationalen Dokumente zur Drogenpolitik zeichnet sich eine Konvergenz zwischen den EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, der Türkei und Norwegen ab, wobei es nach und nach immer mehr Anzeichen für gemeinsame Zielsetzungen und Maßnahmen in den nationalen Drogenstrategien und Aktionsplänen der einzelnen Länder gibt. Da jedoch zwischen den europäischen Ländern Unterschiede

**Abbildung 1:** Entwicklung der Zahl der Länder in der Ländergruppe der 27 EU-Mitgliedstaaten, Kroatiens, der Türkei und Norwegens, die über nationale Dokumente zur Drogenpolitik verfügen



Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

<sup>(6)</sup> Siehe das ausgewählte Thema „Europäische Drogenpolitik: Erweiterung über illegale Drogen hinaus?“ im EBDD-Jahresbericht 2006.

sowohl hinsichtlich der Drogenproblematik als auch bezüglich der politischen, sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten bestehen, ist davon auszugehen, dass die vorhandene Vielfalt nationaler Drogenpolitiken zwar abnehmen, jedoch auch künftig in einem gewissen Maße erhalten bleiben wird. Einige Beispiele für diese Vielfalt werden in Kapitel 2 vorgestellt.

### Evaluierung

Im Jahr 2008 haben 13 EU-Mitgliedstaaten die Überarbeitung ihrer nationalen Dokumente zur Drogenpolitik abgeschlossen bzw. planen die Überprüfung und Überarbeitung dieser Dokumente. Somit wird in diesem Jahr auf nationaler Ebene im Bereich der Gestaltung der Drogenpolitik mehr unternommen als je zuvor. Nach Italien, Malta und dem Vereinigten Königreich wird auch Irland im Jahr 2008 seine Drogenstrategie aktualisieren. Frankreich, Portugal und Rumänien werden ihre Drogenaktionspläne erneuern, während Bulgarien, Spanien, Zypern, Litauen und die Slowakei sowohl ihre Drogenstrategien als auch ihre Aktionspläne überarbeiten werden. Schließlich planen auch die Niederlande, deren nationales Dokument zur Drogenpolitik das älteste in Europa ist, im Jahr 2008 ein neues Dokument zu erarbeiten.

In zunehmendem Maße wird in Europa die Notwendigkeit anerkannt, die Überwachung und Evaluierung als wesentlichen Bestandteil in die nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne einzubinden. Nahezu alle oben genannten Länder haben eine Überprüfung der Fortschritte bei der Umsetzung ihrer Drogenstrategien oder Aktionspläne durchgeführt oder planen eine solche Überprüfung. Einige dieser Länder, beispielsweise Irland,

Zypern und Portugal, könnten im Jahr 2008 gründlichere Evaluierungen vornehmen.

Allerdings unterscheiden sich die Methoden und Ansätze der EU-Mitgliedstaaten für die Evaluierung der nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne. Daher besteht in diesem Bereich die Notwendigkeit, vorbildliche Verfahren zu ermitteln. Diese Tatsache wurde bei einer Konferenz zum Thema Evaluierung unterstrichen, die im September 2007 von der portugiesischen EU-Ratspräsidentschaft organisiert wurde. Um diese Herausforderung zu bewältigen, prüft die EBDD in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Möglichkeit, in diesem Bereich europäische Leitlinien zu erarbeiten.

### Öffentliche Ausgaben im Drogensektor

Für das Jahr 2006 stellten vier EU-Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Irland, Polen, Portugal) ausführliche Informationen über öffentliche Ausgaben im Zusammenhang mit der Bekämpfung des Drogenproblems zur Verfügung (siehe die zusammenfassende Darstellung in Tabelle 1). Zwei dieser vier Länder legten Angaben zur Aufteilung der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor zwischen der Zentralregierung und den regionalen oder lokalen Behörden vor und ermöglichten somit einen Vergleich der von den einzelnen staatlichen Instanzen übernommenen Aufgaben. In den Ländern, für die Daten verfügbar sind, entfällt der größte Teil der gemeldeten öffentlichen Ausgaben im Drogensektor auf von der Zentralregierung finanzierte Maßnahmen.

Elf Mitgliedstaaten machten ausführliche Angaben zu den öffentlichen Ausgaben für bestimmte Maßnahmen zur Bekämpfung der Drogenproblematik. Weitere zwei

**Tabelle 1: Ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnete öffentliche Ausgaben (1) nach ausgewählten EU-Mitgliedstaaten**

Land	Von staatlicher Seite gemeldete ausdrücklich für den Drogensektor bestimmte Ausgaben (EUR)				Anteil an den gesamten öffentlichen Ausgaben (2) (%)
	National	Regional	Lokal	Gesamt	
Tschechische Republik	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irland (3)	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polen	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

(1) In der Finanzberichterstattung ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnete öffentliche Ausgaben.

(2) Gesamte Staatsausgaben im betreffenden Jahr.

(3) In Irland sind Ministerien und Behörden gehalten, ihre jährlichen Ausgaben im Drogensektor dem koordinierenden Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs [Ministerium für kommunale, ländliche und Gaeltacht-Angelegenheiten] zu melden. In der Finanzberichterstattung sind diese Ausgaben nicht unbedingt ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnet.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte und Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).



Länder (Spanien und Malta) legten grobe Schätzungen der öffentlichen Gesamtausgaben im Zusammenhang mit der Drogenproblematik vor, machten jedoch keine Angaben zu den Maßnahmen, für die die Finanzmittel aufgewendet wurden.

Im Jahr 2005 lagen die öffentlichen Gesamtausgaben der europäischen Länder im Drogensektor zwischen 13 Mrd. EUR und 36 Mrd. EUR (EBDD, 2007a). Dieser Wert wurde durch Extrapolation der Gesamtausgaben von sechs Ländern (Belgien, Ungarn, Niederlande, Finnland, Schweden, Vereinigtes Königreich) im Drogensektor auf die anderen Länder geschätzt. Vor kurzem wurde eine neue Schätzung vorgenommen, in die Daten aus weiteren Ländern (Tschechische Republik, Frankreich, Luxemburg, Polen, Slowakei) einbezogen wurden (EBDD, 2008d). Die neue Schätzung der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor in Europa beläuft sich auf 34 Mrd. EUR (95%-Konfidenzintervall, 28 Mrd. EUR bis 40 Mrd. EUR). Dies entspricht 0,3 % des EU-weiten Bruttoinlandsprodukts. Daraus geht hervor, dass die öffentlichen Ausgaben im Zusammenhang mit der Drogenproblematik den EU-Bürger jährlich im Durchschnitt 60 EUR kosten. Diese Zahlen sind jedoch lediglich als Näherungswerte zu betrachten, da sie auf einem begrenzten Datenbestand basieren.

### Berichte über die sozialen Kosten des Drogenkonsums

Vier Mitgliedstaaten übermittelten Daten über die sozialen Kosten des Drogenkonsums (d. h. über die unmittelbar und mittelbar durch den Drogenkonsum entstehenden Kosten). Zwar gewähren diese Berichte wertvolle Einblicke in die Auswirkungen des Drogenkonsums in dem betreffenden Land, jedoch ist aufgrund der Unterschiede hinsichtlich der Verfahren und der Art der Berichterstattung über die Ergebnisse kein Ländervergleich möglich. Angesichts der mangelnden Vergleichbarkeit der Daten aus den unterschiedlichen Ländern wird deutlich, dass es notwendig ist, ein gemeinsames Konzept für die Überwachung der sozialen Kosten des Drogenkonsums in Europa einzuführen.

In Italien wurden die sozialen Kosten des Konsums illegaler Drogen auf 6,473 Mrd. EUR geschätzt, wobei der größte Anteil (43 %) für Strafverfolgungsmaßnahmen aufgewendet wurde. Die restlichen Kosten entfallen auf Gesundheits- und Sozialdienste (27 %) sowie den Produktivitätsverlust der Drogenkonsumenten und der Menschen, die mittelbar vom Drogenkonsum betroffen sind (30 %). Darüber hinaus haben Drogenkonsumenten schätzungsweise 3,98 Mrd. EUR für die Beschaffung illegaler Drogen ausgegeben. Auf der Grundlage dieser Daten ist davon auszugehen, dass die Kosten des Drogenkonsums in Italien schätzungsweise 0,7 %

### Für ein besseres Verständnis der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor – Ausgewähltes Thema EBDD-2008

Nach Maßgabe des EU-Drogenaktionsplans (2005-2008) hat die EBDD ein Projekt ins Leben gerufen, das die Ermittlung, Erarbeitung und Erprobung von Verfahren für die Bemessung der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor zum Gegenstand hat. Ein ausgewähltes Thema zu dieser Problemstellung beinhaltet einen Überblick über die Gesamtdaten der in den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen im Jahr 2005 getätigten öffentlichen Ausgaben im Drogensektor. Der Großteil der öffentlichen Ausgaben war ausdrücklich für den Drogensektor bestimmt, konnte im Allgemeinen durch eine eingehende Analyse der Finanzberichterstattung nachvollzogen werden und war möglicherweise Ausdruck des beabsichtigten Engagements der Länder im Drogenbereich. Versteckte Ausgaben im Drogensektor, die nicht als solche gekennzeichnet und stattdessen im Rahmen von Programmen mit umfassenderen Zielsetzungen getätigt wurden, wurden nach Möglichkeit durch Modellierungskonzepte berechnet. Dieser neue zweigleisige Ansatz ermöglicht standardisierte Schätzungen, durch die die Validität und länderübergreifende Vergleichbarkeit der öffentlichen Ausgaben zur Bekämpfung von Drogen und Drogensucht optimiert wird.

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

des Bruttoinlandsprodukts ausmachen. Den für das Jahr 2004 aus Österreich gemeldeten Daten zufolge war hier die Aufteilung zwischen direkten und indirekten Kosten genau umgekehrt zu Italien: Von den geschätzten sozialen Kosten des Drogenkonsums in Höhe von 1,444 Mrd. EUR entfielen 72 % auf die indirekten Kosten.

Aus dem Bericht des Vereinigten Königreichs geht hervor, dass im Zeitraum 2003 bis 2004 die wirtschaftlichen und sozialen Kosten des Konsums von Drogen der Klasse A (?) 22,26 Mrd. EUR betragen und somit auf jeden problematischen Drogenkonsumenten jährlich Kosten in Höhe von 63 940 EUR entfielen. Man ging davon aus, dass der problematische Drogenkonsum 99 % der Gesamtkosten ausmachte. Der größte Anteil der Gesamtkosten (90 % bzw. 20,1 Mrd. EUR) entfiel auf Kosten im Zusammenhang mit der Drogenkriminalität, einschließlich der Strafverfolgungskosten und der den Opfern der Drogenkriminalität entstandenen Kosten.

### Entwicklungen im Bereich der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften

Im Rahmen der in diesem Jahr stattfindenden internationalen, europäischen und nationalen

(?) Drogen der Klasse A sind jene Substanzen, die als die schädlichsten Drogen eingestuft wurden.

Überprüfungen und Evaluierungen von Dokumenten zur Drogenpolitik kommt der Untersuchung der Veränderungen, die sich seit der UNGASS 1998 im Bereich der Drogengesetzgebung vollzogen haben, eine zentrale Bedeutung zu. Im Zuge der Darstellung der Veränderungen in drei Schlüsselbereichen soll in diesem Abschnitt die Frage beantwortet werden, ob die Veränderungen der gesetzlichen Definitionen und Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenkonsumenten auf eine neue, weit verbreitete Tendenz in der Haltung der Länder gegenüber Drogenkonsumenten schließen lassen.

### Besitz für den persönlichen Gebrauch

In den letzten zehn Jahren sind die meisten europäischen Länder zu einem Konzept übergegangen, das zwischen dem Drogenhändler, der als Straftäter gilt, und dem Drogenkonsumenten, der eher als ein kranker, behandlungsbedürftiger Mensch betrachtet wird, unterscheidet. Jedoch bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den von den einzelnen Mitgliedstaaten in ihren in den letzten Jahren verabschiedeten neuen Rechtsvorschriften vorgenommenen Definitionen dieser beiden Gruppen.

Die größten Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten bestehen unter anderem in der Frage, ob Grenzwerte für den persönlichen Besitz festgelegt wurden. Im Zeitraum 2004 bis 2006 schaffte Bulgarien den Begriff des persönlichen Besitzes ab, Italien führte ihn nach einer zwölfjährigen Pause wieder ein, und das Vereinigte Königreich verankerte den Begriff zwar in seiner Gesetzgebung, entschied sich jedoch dann dafür, ihn nicht anzuwenden. Zypern und Belgien führten 2003 bestimmte Grenzwerte für alle Drogen bzw. für Cannabis ein, während sich in Deutschland die Bundesländer bemühen, ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts möglichst kohärent umzusetzen, in dem der Begriff „geringe Mengen“ nicht definiert wird, was dazu führt, dass die Auslegungen zwischen 3 Gramm und 30 Gramm variieren. Im Jahr 2005 wurden in der Slowakei die gesetzlichen Grenzwerte von ursprünglich einer Dosis auf höchstens drei Dosen für den Besitz für den persönlichen Gebrauch und auf höchstens zehn Dosen für den Besitz größerer Mengen für den persönlichen Gebrauch angehoben. Zugleich wurde jedoch das Strafmaß für den Besitz von diese Grenzwerte überschreitenden Mengen auf mindestens vier Jahre Haft angehoben und entspricht nun dem Strafmaß für illegalen Drogenhandel.

Auch beim Drogenkonsum in kleinen Gruppen wird versucht, eine Unterscheidung zwischen Konsumenten und Drogenhändlern zu treffen. In Belgien wurde der spezifische Straftatbestand des Konsums in einer Gruppe im Jahr

2003 abgeschafft. Im selben Jahr wurde das ungarische Strafgesetzbuch dahin gehend geändert, dass auch für die Lieferanten kleiner Mengen für den „gemeinsamen“ Konsum (da dieser als rechtlich unklar angefochten worden war) eine Überweisung in eine Therapie erlaubt wurde. Im Jahr 2006 befand Malta, dass das Mindeststrafmaß von sechs Monaten für Lieferanten im Falle des gemeinsamen Konsums nicht immer angemessen sei, und änderte das Gesetz, um Ausnahmen zuzulassen.

Was das Strafmaß betrifft, so wurden seit 2001 die Höchststrafen bzw. die in der Regel verhängten Strafen für den Konsum oder den Besitz für den persönlichen Gebrauch, sofern keine erschwerenden Umstände vorliegen, in mehreren europäischen Ländern gesenkt, und zwar entweder für alle Drogen (Estland, Griechenland, Ungarn, Portugal, Finnland) oder ausschließlich für Cannabis (Belgien, Luxemburg, Vereinigtes Königreich) bzw. weniger gefährliche Drogen (Rumänien). Allerdings haben in diesem Zeitraum nicht alle Länder das Strafmaß gesenkt: Frankreich und Polen entschieden nach Konsultationen, von einer Gesetzesänderung abzusehen, und Dänemark verschärfte die „normalen“ Strafen, indem statt Verwarnungen Geldbußen eingeführt wurden (die anschließend angehoben wurden). In Italien wurde ein neues Gesetz verabschiedet, das den Drogenkonsum nach wie vor als Ordnungswidrigkeit einstuft und für Cannabis dieselben Strafen vorsieht wie für andere illegale Substanzen wie z. B. Heroin oder Kokain. Das Vereinigte Königreich kündigte an, Cannabis erneut in eine höhere Drogenklasse einzustufen.

### Alternativen zur Bestrafung

Die Veränderungen hinsichtlich der Überweisung von Drogenkonsumenten aus Strafvollzugsanstalten in Behandlungseinrichtungen weisen in der Regel zwei gemeinsame Merkmale auf. Erstens wird in allen Fällen der Spielraum für die Überweisung von Drogenkonsumenten in Behandlungseinrichtungen erweitert. Allerdings bestehen zwischen den Ländern einige Unterschiede mit Blick auf die Phase, in der das Behandlungsangebot erfolgt: Die meisten Länder bieten nicht bereits beim ersten Kontakt mit der Polizei oder der Staatsanwaltschaft eine Behandlung an, sondern erst im Laufe des Gerichtsverfahrens. Zweitens ist die Behandlung an Bedingungen geknüpft: Im Falle eines Verstoßes gegen die Behandlungsaufgaben wird das Verfahren der strafrechtliche Anklage, Strafverfolgung oder Bestrafung fortgesetzt.

Im Einklang mit den Zielsetzungen der UNGASS und des EU-Drogenaktionsplans haben einige Länder Optionen oder Systeme für die Überweisung von Straftätern in Behandlungs- oder Beratungseinrichtungen als Alternative

zu Bestrafung oder Inhaftierung eingeführt oder die bestehenden diesbezüglichen Möglichkeiten erweitert. In Irland und Malta können Drogenkonsumenten nun nach der Festnahme in Behandlungseinrichtungen überwiesen werden. Gleiches gilt für das Vereinigte Königreich, wo Drogentests bei der Festnahme unter bestimmten Umständen zulässig sind. In Irland, dem Vereinigten Königreich (England und Schottland) und Norwegen wurden spezielle Drogengerichte geschaffen, und in Malta wird bereits über die Einführung solcher Gerichte diskutiert; Portugal hat ein System von „Kommissionen zur Abkehr vom Drogenmissbrauch“ eingerichtet, die sich aus einem Juristen, einem Arzt und einem Sozialarbeiter zusammensetzen. In anderen Ländern wurden mit neuen Gesetzen bestimmte Behandlungsformen als Alternative zur Bestrafung eingeführt: In Frankreich können nicht abhängige Drogenstraftäter kostenpflichtige Sensibilisierungskurse absolvieren, in Spanien, Ungarn und Lettland können Freiheitsstrafen für Drogenkonsumenten, die sich einer Behandlung unterziehen, ausgesetzt werden, und in Bulgarien, Ungarn, Rumänien und der Türkei ist es möglich, Bewährungsstrafen mit einer Behandlung zu verbinden. Die Niederlande sind bestrebt, die Inanspruchnahme einer Behandlung zunehmend zu einer Bedingung für eine vorzeitige Haftentlassung zu machen. Sofern dies als angezeigt erachtet wird, können in Finnland verurteilte Straftäter in den offenen Vollzug überführt werden, wenn sie drogenfrei bleiben, während in Griechenland eine Überweisung in spezielle Behandlungseinrichtungen möglich ist. Der Zugang von wegen schwererer Straftaten verurteilten Personen zu Drogenbehandlungsprogrammen wurde in Italien (sofern die jeweilige Tat mit einem Strafmaß von höchstens sechs Jahren Haft geahndet wird, während die Grenze zuvor bei vier Jahren lag) und Spanien (hier wurde die Grenze von drei auf fünf Jahre Haft angehoben) erweitert. In Belgien besteht auf allen Stufen des Strafverfolgungsverfahrens die Möglichkeit, straffällige Drogenkonsumenten in Behandlungseinrichtungen zu überweisen.

Weitere Erläuterungen zu den verschiedenen Möglichkeiten einer Behandlung als Alternative zur Bestrafung und zum Ausmaß, in dem diese Möglichkeiten genutzt werden, sind den Abschnitten „Topic overview“ und „Legal reports“ der ELDD zu entnehmen <sup>(8)</sup>.

### Zentrale Bedeutung des Schutzes der Öffentlichkeit

In den vergangenen zehn Jahren wurde das Strafrecht in zunehmendem Maße herangezogen, um die Öffentlichkeit vor Drogenkonsumenten zu schützen. Parallel zu der Unterscheidung zwischen dem „kranken“ Drogenkonsumenten und dem „kriminellen“ Drogenhändler

wird innerhalb der Kategorie „Konsumenten“ eine weitere Unterteilung danach vorgenommen, ob die betreffenden Personen anderen Mitgliedern der Gesellschaft Probleme bereiten bzw. Schaden zufügen oder nicht. Die oben beschriebenen Maßnahmen zur Senkung des Strafmaßes für den persönlichen Gebrauch oder zur Einführung von Alternativen zur Bestrafung sind Teil dieser Entwicklung. Diese Behandlungsmöglichkeiten oder verminderten Strafregelungen werden beispielsweise nur unter der Bedingung gewährt, dass der Konsument keinerlei Störung der öffentlichen Ordnung verursacht.

Darüber hinaus wurden die Kriterien für die Feststellung von Straftätern, bei denen das Risiko einer Schädigung anderer Mitglieder der Gesellschaft besteht, erweitert und die entsprechenden Strafen verschärft. Die meisten gesetzgeberischen Tätigkeiten betrafen das Thema Drogen und Straßenverkehr (Belgien, Tschechische Republik, Dänemark, Spanien, Frankreich, Lettland, Litauen, Portugal, Finnland). Die neuen Gesetze über Drogentests am Arbeitsplatz in Irland, Finnland und Norwegen zeigen, dass diese Tests vor allem dann erlaubt sind, wenn erhebliche Gefahren oder Risiken damit verbunden sind, dass Personen unter dem Einfluss von Drogen stehen. Der Drogenkonsum in verschiedenen Verkehrsmitteln wird ebenfalls durch neue Gesetze kontrolliert: Züge und Schiffe in Irland, Boote in Lettland, Flugzeuge in Finnland. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren zahlreiche weitere Maßnahmen ergriffen: Rechtsvorschriften und Strategien zur Verhinderung oder Ahndung drogenbedingter Störungen der öffentlichen Ordnung (siehe das ausgewählte Thema im Jahresbericht 2005); neue Befugnisse zur Schließung von Bars und anderen Einrichtungen oder zum Ausschluss von Personen von diesen Einrichtungen (Belgien, Irland, Niederlande) sowie Befugnisse zur Schließung privater Wohnungen, in denen ein kommerzieller Drogenhandel oder systematischer Drogenkonsum stattfindet (Niederlande bzw. Vereinigtes Königreich). Zugleich wurden in ganz Europa neue Gesetze zum Nichtraucherschutz verabschiedet: Seit 2004 haben 24 EU-Mitgliedstaaten (alle außer Griechenland, Ungarn und Polen) das Rauchen in geschlossenen öffentlichen Räumen verboten oder stark eingeschränkt, wobei Verstöße häufig mit hohen Geldbußen geahndet werden.

Zusammenfassend lässt sich über die hier untersuchten gesetzlichen Veränderungen sagen, dass offenbar die strafrechtlichen Sanktionen für den einzelnen Konsumenten, bei dem keine erschwerenden Umstände vorliegen, gemildert, jedoch im Gegenzug für Personen, deren Handeln sich auf andere Mitglieder der Gesellschaft auswirken könnte, verschärft wurden. Letzteres zeigt, dass

<sup>(8)</sup> <http://eldd.emcdda.europa.eu>

das Strafrecht zunehmend herangezogen wird, um die Öffentlichkeit zu schützen.

## Drogenkriminalität

Drogenkriminalität ist ein weit gefasster Begriff, unter den alle Straftaten fallen können, die in irgendeiner Weise im Zusammenhang mit Drogen stehen <sup>(9)</sup>. In der Praxis werden in Europa routinemäßig nur Daten über Erstberichte über Drogendelikte erhoben, in der Regel bei der Polizei. Obwohl diese Daten gewöhnlich als indirekte Indikatoren für den Drogenkonsum oder Drogenhandel herangezogen werden, ist darauf hinzuweisen, dass sie auch die Unterschiede sowohl in der nationalen Gesetzgebung als auch bei der Anwendung und Durchsetzung der Gesetze sowie hinsichtlich der Prioritäten und der von den Strafjustizbehörden für die Verfolgung bestimmter Straftaten bereitgestellten Ressourcen widerspiegeln. Darüber hinaus bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede bei den Informationssystemen für Verstöße gegen die Drogengesetzgebung, insbesondere im Hinblick auf Melde- und Erfassungsmethoden. Da aufgrund dieser Unterschiede Vergleiche zwischen den Ländern unter Umständen kaum möglich sind, bietet es sich an, eher Trends zu vergleichen als absolute Zahlen.

Insgesamt ist die Zahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung in den EU-Mitgliedstaaten zwischen 2001 und 2006 um durchschnittlich 36 % gestiegen (Abbildung 2). Die Daten belegen eine steigende Tendenz in allen Berichtsländern mit Ausnahme Bulgariens, Griechenlands, Lettlands und Sloweniens, die im Fünfjahreszeitraum insgesamt einen Rückgang meldeten <sup>(10)</sup>.

### Straftaten im Zusammenhang mit dem Konsum und dem Angebot von Drogen

Das Verhältnis zwischen Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot (Handel, Schmuggel, Herstellung) ist gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert geblieben. In den meisten europäischen Ländern bezog sich die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte auf den Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch. In Spanien betrug der Anteil dieser Delikte im Jahr 2006 bis zu 93 % <sup>(11)</sup>. In der Tschechischen Republik, den Niederlanden, der Türkei und Norwegen standen Drogendelikte jedoch

überwiegend im Zusammenhang mit dem Drogenangebot, wobei auf diese Straftaten zwischen 52 % (Türkei) und 88 % (Tschechische Republik) aller im Jahr 2006 gemeldeten Drogendelikte entfielen.

Die Zahl der Drogendelikte im Zusammenhang mit dem Konsum ist in der Europäischen Union zwischen 2001 und 2006 um durchschnittlich 51 % gestiegen, wobei zwei Drittel der Berichtsländer einen Aufwärtstrend verzeichnen und lediglich Slowenien und Norwegen im Fünfjahreszeitraum eine rückläufige Tendenz aufweisen <sup>(12)</sup>. Darüber hinaus ist die Tatsache bemerkenswert, dass der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum an den Drogendelikten insgesamt im selben Zeitraum in der Hälfte der Berichtsländer gestiegen ist.

Zwar ist die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot im Zeitraum 2001 bis 2006 ebenfalls gestiegen, jedoch wurde hier in der Europäischen Union mit durchschnittlich 12 % eine wesentlich geringere Zunahme verzeichnet. In diesem Zeitraum ist die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot in mehr als der Hälfte der Berichtsländer gestiegen und in vier Ländern zurückgegangen (Deutschland, Zypern, Niederlande, Slowenien) <sup>(13)</sup>.

### Nach Drogen aufgeschlüsselte Entwicklungen

In den meisten europäischen Ländern war Cannabis auch im Jahr 2006 die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge <sup>(14)</sup>. In diesen Ländern machten die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis zwischen 36 % und 86 % der gesamten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus. In einigen wenigen Ländern entfiel der Großteil der Drogendelikte auf andere Drogen: In der Tschechischen Republik standen 60 % aller Drogendelikte im Zusammenhang mit Methamphetaminen, während in Malta 41 % der Drogendelikte in Verbindung mit Heroin standen. In Luxemburg betrafen Drogendelikte zu nahezu gleichen Teilen Cannabis, Heroin und Kokain.

Im Fünfjahreszeitraum 2001 bis 2006 ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Cannabis in den meisten Berichtsländern gestiegen oder stabil geblieben. Auf EU-Ebene ergibt sich daraus eine durchschnittliche Zunahme um insgesamt 34 % (Abbildung 2). Lediglich Bulgarien, die Tschechische

<sup>(9)</sup> Eine Erörterung der Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität ist EBDD (2007b) zu entnehmen.

<sup>(10)</sup> Siehe Tabelle DLO-1 im Statistical Bulletin 2008.

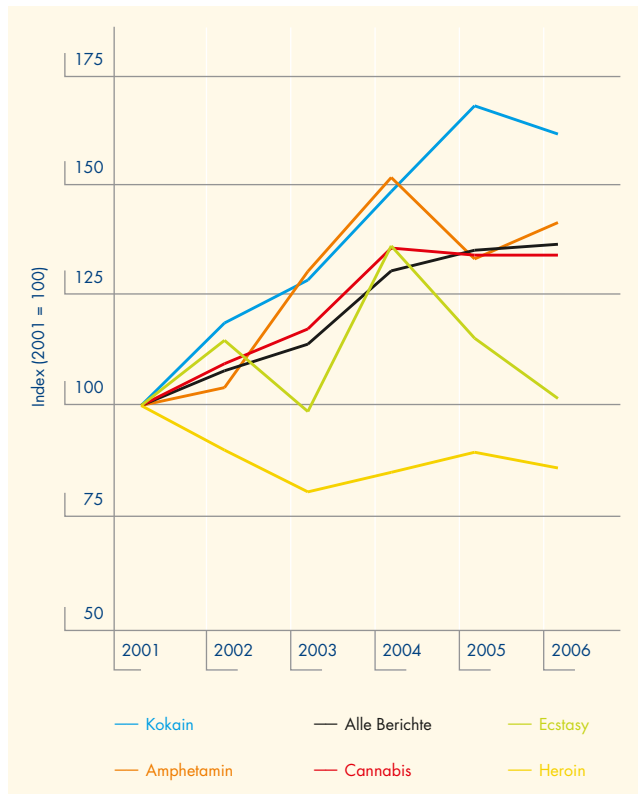
<sup>(11)</sup> Siehe Tabelle DLO-2 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(12)</sup> Siehe Abbildung DLO-2 und Tabelle DLO-4 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(13)</sup> Siehe Tabelle DLO-5 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(14)</sup> Siehe Tabelle DLO-3 im Statistical Bulletin 2008.

**Abbildung 2:** Indexierte Entwicklungen bei Verstößen gegen die Drogengesetzgebung in den EU-Mitgliedstaaten, 2001 bis 2006



Anmerkung: Die Trends basieren auf den verfügbaren Daten über die nationalen Zahlen der Berichte über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung (Straftaten und Ordnungswidrigkeiten), die von allen Strafverfolgungsbehörden der EU-Mitgliedstaaten gemeldet wurden. Alle Indexreihen wurden auf der Basis 2001 = 100 berechnet. Der gesamteuropäische Trend wurde durch Gewichtung mit der Einwohnerzahl der Länder ermittelt. Die Zahlen der im Jahr 2006 aus den bei der Ermittlung der Trends berücksichtigten Ländern insgesamt gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung (vor der Gewichtung) beliefen sich auf: Amphetamin 41 069; Cannabis 550 878; Kokain 100 117; Ecstasy 17 598; Heroin 77 242; alle Berichte 936 866.

Länder, die für zwei oder mehr aufeinander folgende Jahre keine Daten vorgelegt haben, wurden bei der Trendberechnung nicht berücksichtigt. Der Gesamttrend wurde auf der Grundlage der Daten aus allen EU-Ländern mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs berechnet; Trendgrundlage bei Cannabis sind 18 Länder, bei Heroin ebenfalls 18 Länder, bei Kokain 17 Länder, bei Amphetamin 12 Länder und bei Ecstasy 13 Länder.

Weitere Informationen zur Methodik sind Abbildung DLO-3 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reix-Knotenpunkte und, für Bevölkerungsdaten, Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Republik (2002 bis 2006), Italien und Slowenien berichteten über eine rückläufige Entwicklung (<sup>15</sup>).

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Kokain ist im Zeitraum 2000 bis 2006 in allen europäischen Ländern mit Ausnahme Bulgariens, Deutschlands und der Slowakei gestiegen. Im EU-Durchschnitt stieg die Zahl dieser Straftaten im selben Zeitraum um 61 %.

Hinsichtlich der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Heroin wurde zwischen 2001 und 2006 eine ganz andere Entwicklung verzeichnet als bei den Drogendelikten im Zusammenhang mit Cannabis oder Kokain: Ihre Zahl ging in der Europäischen Union um durchschnittlich 14 % zurück, vor allem von 2001 bis 2003. Allerdings verzeichneten die einzelnen Länder im Fünfjahreszeitraum keine einheitlichen Tendenzen, da ein Drittel der Länder einen Aufwärtstrend meldete (<sup>16</sup>).

Im EU-Durchschnitt erreichte die Zahl der Drogendelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen und Ecstasy im Jahr 2004 ihren Höhepunkt. Während bei den Drogendelikten im Zusammenhang mit Amphetaminen weiterhin ein Aufwärtstrend verzeichnet wurde (durchschnittlicher Anstieg um 41 % im Zeitraum 2001 bis 2006), schwankte die Zahl der Drogendelikte in Verbindung mit Ecstasy im Zeitraum 2001 bis 2006, ohne dass sich insgesamt eine Veränderung ergab.

## Nationale drogenspezifische Forschungsarbeiten

Forschungsarbeiten zur Drogenproblematik werden in allen europäischen Ländern durchgeführt. Sie dienen der Ermittlung von Daten für die Beschreibung und das Verständnis der landesweiten Auswirkungen illegaler Drogen. Auf der Grundlage der Berichte aus 25 Mitgliedstaaten sowie Kroatien und Norwegen ist es möglich, einen Überblick über die Organisation der drogenspezifischen Forschungsarbeiten in den europäischen Ländern zu geben. Es ist bemerkenswert, dass den Berichten zufolge in 21 Ländern Forschungsergebnisse bei der Gestaltung der Drogenpolitik zumindest in einem gewissen Maße Berücksichtigung finden, zumal die Bedeutung evidenzbasierter Maßnahmen heutzutage zunehmend anerkannt wird.

## Koordinierung und Finanzierung

Drogenspezifische Forschungsarbeiten werden in den nationalen Drogenstrategien oder Aktionsplänen von 20 der 27 Berichtsländer erwähnt, entweder als gesondertes Thema oder aber als wesentlicher Bestandteil einer evidenzbasierten Politikgestaltung. In 15 der 27 Berichtsländer gibt es Strukturen für die landesweite Koordinierung drogenspezifischer Forschungsarbeiten. Nur fünf Länder geben an, in ihren nationalen Strategien

<sup>15</sup> Siehe Tabelle DLO-6 im Statistical Bulletin 2008. Eine ergänzende Analyse der Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis ist Kapitel 3 zu entnehmen.

<sup>16</sup> Siehe Tabelle DLO-7 im Statistical Bulletin 2008.

drogenspezifische Forschungsarbeiten nicht zu erwähnen oder in diesem Bereich über keine landesweiten Koordinierungsstrukturen zu verfügen.

Die von den Mitgliedstaaten gemeldeten Forschungsarbeiten zur Drogenproblematik werden in erster Linie vom Staat finanziert, entweder durch allgemeine Forschungsprogramme oder im Rahmen von Forschungsprogrammen im Drogenbereich. Zwei wichtige Bereiche der allgemeinen Forschung, in deren Rahmen Mittel für drogenspezifische Forschungsarbeiten zur Verfügung gestellt werden, sind Gesundheit und Sozialwissenschaften. Speziell für drogenspezifische Forschungsarbeiten bestimmte Gelder werden über nationale Drogenkoordinationsstellen bereitgestellt (Tschechische Republik, Spanien, Frankreich, Luxemburg, Ungarn, Polen, Portugal, Norwegen). Beide Formen von Finanzierungsprogrammen verbinden Forschungen über illegale Drogen häufig mit anderen Suchtbereichen wie beispielsweise Alkohol, Tabak oder Glücksspiel. Die Mittel werden in aller Regel durch Verträge über in Auftrag gegebene Forschungsarbeiten oder durch Rahmenprogramme vergeben, für die Wissenschaftler Vorschläge einreichen. Des Weiteren werden in den Berichten andere Finanzierungsquellen wie Stiftungen, wissenschaftliche Akademien, private Einrichtungen, spezielle Fonds für die Bekämpfung des Drogenkonsums, die Europäische Kommission und die Vereinten Nationen genannt.

### Mehr Informationen über drogenspezifische Forschungsarbeiten

Über die nationalen Knotenpunkte ihres Reitox-Netzes hat die EBDD ausführliche Informationen über drogenspezifischen Forschungsarbeiten in europäischen Ländern erhoben. In diesem Zusammenhang haben die Mitgliedstaaten unter anderem Informationen über die nationalen Forschungseinrichtungen und Finanzierungsregelungen vorgelegt. Darüber hinaus haben die Mitgliedstaaten Aufstellungen der wichtigsten seit dem Jahr 2000 durchgeführten Studien zur Verfügung gestellt und die wissenschaftlichen Beiträge und Zeitschriften sowie die Websites angegeben, über die die Ergebnisse der in ihrem Land durchgeführten drogenspezifischen Forschungsarbeiten verbreitet wurden. Die EBDD stellt diese und weitere Informationen über verschiedene Veröffentlichungen und Kanäle zur Verfügung (siehe <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Eine ausführlichere Erörterung dieser Materie ist dem ausgewählten Thema zu drogenspezifischen Forschungsarbeiten im Jahresbericht 2008 (<http://www>.

### Strukturen und Projekte

Die meisten Länder geben an, dass die Forschungsarbeiten vor allem in Hochschulen und spezialisierten Zentren durchgeführt werden, in denen zum Teil nationale Knotenpunkte angesiedelt sind. An zweiter Stelle folgen öffentliche und private Forschungszentren. Einige Länder berichteten über nationale Forschungsnetze (Deutschland, Spanien, Portugal). Diese können bei der Organisation und Finanzierung von Forschungsarbeiten eine wichtige Rolle spielen und darüber hinaus die Herstellung direkter Kontakte zwischen Forschung und Praxis fördern.

Von den wichtigsten seit dem Jahr 2000 durchgeführten und von den Mitgliedstaaten gemeldeten Studien betraf mehr als die Hälfte das Thema Epidemiologie und etwa ein Drittel den Bereich angewandte Forschung (vor allem Evaluierungen der Präventions- und Behandlungsmaßnahmen). Darüber hinaus wurden Studien über die Determinanten, die Risiko- und Schutzfaktoren, die Folgen sowie die Mechanismen und Auswirkungen des Drogenkonsums erwähnt.

Mehrere Länder berichteten über Hemmnisse für drogenspezifische Forschungsarbeiten, wobei unter anderem die folgenden Probleme genannt wurden: organisatorische Aspekte wie mangelnde Koordinierung und fehlende Ressourcenbündelung (Deutschland, Frankreich, Österreich), fehlendes qualifiziertes Forschungspersonal (Lettland, Ungarn) sowie methodische Aspekte (Datenschutz, Probleme bei der Erfassung

[emcdda.europa.eu/publications/selected-issues](http://emcdda.europa.eu/publications/selected-issues)) zu entnehmen.

Die Europäische Kommission hat eine eingehende vergleichende Analyse der Forschungsarbeiten zu illegalen Drogen in der Europäischen Union in Auftrag gegeben. Auf der Grundlage der Ergebnisse des ausgewählten Themas zu Forschungsarbeiten soll die Studie einen Überblick über die von der Europäischen Union und den Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellten Finanzmittel für drogenspezifische Forschungsarbeiten geben und darüber hinaus auch Forschungsarbeiten im Bereich der Angebotsreduzierung und Sicherheit einschließen. Im Rahmen der Studie wird die vorhandene Forschungsinfrastruktur in den Mitgliedstaaten und auf europäischer Ebene untersucht und mit anderen Regionen wie Nordamerika und Australien verglichen. Abschließend werden Empfehlungen für politische Optionen gegeben, um Wissenslücken zu schließen und die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene zu verbessern. Darüber hinaus werden die bestehenden europäischen Netze bewertet, einschließlich der Netze der EBDD und ihrer nationalen Reitox-Knotenpunkte. Die Ergebnisse dieser Studie werden Anfang 2009 vorliegen.

versteckter Bevölkerungsgruppen, mangelnde Kontinuität der Forschungsprojekte). Einige Länder nannten die begrenzten verfügbaren Mittel für drogenspezifische Forschungsarbeiten als wesentliches Hemmnis (Belgien, Griechenland, Polen, Rumänien, Finnland).

### **Verbreitung**

Insgesamt konnten europaweit 25 von Experten geprüfte wissenschaftliche Publikationen ermittelt werden, die auf den Drogenbereich spezialisiert sind und neben Englisch in elf weiteren Sprachen veröffentlicht werden. Die meisten dieser nationalen Publikationen veröffentlichen englische Zusammenfassungen und nehmen internationale Beiträge gerne entgegen. Neben den Veröffentlichungen

über illegale Drogen und Sucht erscheinen Artikel über den illegalen Drogenkonsum auch in von Experten geprüften wissenschaftlichen Publikationen zahlreicher anderer Disziplinen sowie in Fachzeitschriften. Im Jahr 2006 wurden in mehr als 100 solcher europäischer Publikationen Forschungsergebnisse aus dem Drogenbereich veröffentlicht. Bei der Verbreitung spielen auch andere Formen von Veröffentlichungen, darunter auch die Publikationen der nationalen Knotenpunkte, eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus leisten die nationalen Reitox-Knotenpunkte in allen Berichtsländern vor allem durch ihre nationalen Berichte einen wichtigen Beitrag zur Verbreitung von Forschungsergebnissen.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Kapitel 2

# Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa

### Einführung

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa gegeben, wobei nach Möglichkeit Tendenzen, Entwicklungen und qualitätsrelevante Aspekte aufgezeigt werden. Untersucht werden dabei Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und soziale Reintegration, die alle gemeinsam ein umfassendes System zur Nachfragereduzierung bilden. Darüber hinaus beinhaltet dieses Kapitel eine Überprüfung der verfügbaren Daten über die Bedürfnisse von Drogenkonsumenten in Haftanstalten und die vorhandenen Maßnahmen in diesem speziellen Milieu. Ergänzend hierzu wird kurz auf die künftigen Herausforderungen hinsichtlich der Überwachung in einem anderen Bereich der Drogenpolitik, der Angebotsreduzierung, eingegangen.

### Prävention

Innerhalb der Drogenprävention ist zwischen verschiedenen Ebenen oder Strategien zu unterscheiden, von der milieubezogenen bis hin zur indizierten Prävention, die idealerweise nicht konkurrieren, sondern einander ergänzen. Die folgende Darstellung der gegenwärtigen Situation und aktuellen Tendenzen in Europa basiert auf qualitativen Daten über die der EBDD im Jahr 2007 gemeldeten universalen und selektiven Präventionsmaßnahmen<sup>(17)</sup> sowie auf einer Auswertung der vorhandenen Literatur zur indizierten Prävention (EBDD, 2008f).

#### Universale Prävention

Die Ziele der universalen schulbasierten Drogenprävention in Europa haben sich in den letzten Jahren offenbar verändert. Im Jahr 2007 war den Berichten zufolge die Förderung der Lebenskompetenz das häufigste Ziel von Präventionsmaßnahmen (12 von 28 Berichtsländern), während im Jahr 2004 die Hälfte der Länder (13 von 26) Sensibilisierung und Informationsvermittlung als wichtigste Ziele genannt hatte. Die Schaffung eines schützenden schulischen Umfelds, eine Form der strukturellen Prävention, wurde im Jahr 2007 ebenfalls häufiger (sechs

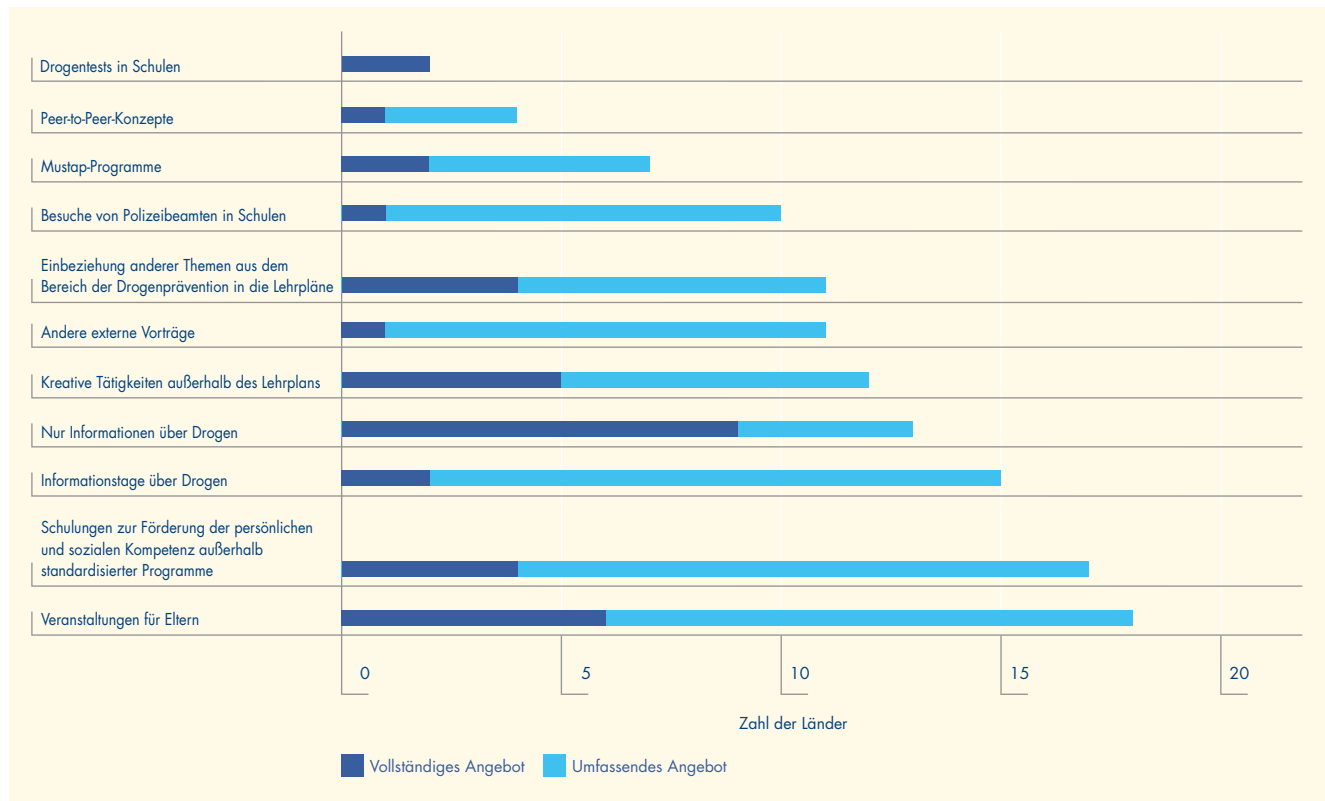
### Verbesserung der Überwachung der Angebotsreduzierung

Unter den Begriff der Angebotsreduzierung fallen alle Maßnahmen, mit denen verhindert werden soll, dass illegale Drogen den Konsumenten erreichen. Hierzu zählen unter anderem Instrumente wie internationale Abkommen, Rechtsvorschriften und politische Maßnahmen auf EU-Ebene und in den Mitgliedstaaten sowie Maßnahmen gegen die verschiedenen Prozesse und Akteure, die im Rahmen der Herstellung von und des Handels mit illegalen Drogen, aber auch der Abzweigung oder illegalen Herstellung legaler Substanzen (Arzneimittel, chemische Grundstoffe) zu illegalen Zwecken und der Drogengeldwäsche eine Rolle spielen. Auch Strafverfolgungsmaßnahmen, Maßnahmen zur „alternativen Entwicklung“ sowie Projekte zur Prävention der Drogenkriminalität tragen zur Reduzierung des Angebots illegaler Drogen bei. Wie bei der Nachfragereduzierung stellen auch hier Überwachung und Analyse wichtige Instrumente für die Unterstützung und Evaluierung dieser Maßnahmen dar.

Die jüngsten Datenerhebungen im Rahmen der jährlichen Fortschrittsberichte über die Umsetzung des EU-Drogenaktionsplans und der Überprüfung der UNGASS-Ziele (siehe Kapitel 1) zeichnen ein heterogenes Bild der Verfügbarkeit von Daten über Maßnahmen im Bereich der Angebotsreduzierung. Maßnahmen im Zusammenhang mit internationalen Projekten sind in der Regel gut dokumentiert, während sich die Bewertung und der Vergleich der Daten über Maßnahmen auf nationaler Ebene häufig schwierig gestalten. Die Europäische Kommission, Eurostat, Europol und die EBDD sind bestrebt, diese Situation im Rahmen des nächsten EU-Drogenaktionsplans (2009-2012) zu verbessern. Die vorhandenen konzeptionellen Rahmen und Informationssysteme sowie die möglichen Datenquellen für die Überwachung und Analyse der in den Mitgliedstaaten durchgeführten Maßnahmen zur Angebotsreduzierung müssen überprüft werden. Darüber hinaus ist ein besseres Verständnis der wirtschaftlichen und sozialen Dimension der Drogenmärkte, insbesondere der Angebots- und Vertriebsorganisation, erforderlich. Die Informationssysteme und Datenquellen für die Angebotsreduzierung sowie die internationalen Drogenmärkte werden in zwei von der Europäischen Kommission finanzierten Studien untersucht.

<sup>(17)</sup> Die Daten wurden von nationalen Sachverständigen aus den Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt.

**Abbildung 3:** Häufigste Maßnahmen im Rahmen der universalen schulbasierten Prävention



Anmerkung: Mustap = standardisierte Programme mit mehreren Unterrichtseinheiten, für die gedrucktes Material zur Verfügung gestellt wird.  
 Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Länder) als zentrales Ziel genannt als 2004 (vier Länder). Die Veränderungen hinsichtlich der gemeldeten Ziele sind unter Umständen Ausdruck des Übergangs zu einem rationelleren und stärker evidenzbasierten Ansatz, jedoch ist unklar, in welchem Maße diese veränderten Ziele das tatsächliche Angebot von Präventionsmaßnahmen widerspiegeln.

Veranstaltungen für Eltern und ausschließlich auf die Informationsvermittlung ausgerichtete Strategien (Informationstage, Besuche von Sachverständigen oder Polizeibeamten in Schulen) zählen zu den von den meisten Ländern gemeldeten Formen schulbasierter Maßnahmen (Abbildung 3). Es ist unklar, wie wirksam derartige Maßnahmen sind. Dagegen berichten nur wenige Länder über einige stärker evidenzbasierte Maßnahmen. Hierzu zählen standardisierte Programme, auf die Einbeziehung der Peer-Gruppe abzielende Konzepte oder Maßnahmen speziell für Jungen. Alle diese Maßnahmen zielen darauf ab, die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, die Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, Stress und Frustration zu stärken oder normative Fehleinschätzungen des Drogenkonsums zu korrigieren. Die Tatsache, dass gemeinhin mehr Maßnahmen durchgeführt werden, die

keine oder nur eine schwache Evidenzbasis aufweisen, könnte darauf zurückzuführen sein, dass sie weniger Ressourcen und weniger Ausbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter erfordern.

Neben den speziell auf den Drogenkonsum abzielenden Maßnahmen werden in Schulen auch strukturelle Maßnahmen durchgeführt. Mit solchen strukturellen Maßnahmen wird versucht, durch die Schaffung eines schützenden und normativen sozialen Umfelds die Entscheidungen junger Menschen bezüglich des Drogenkonsums zu beeinflussen (Toumbourou et al., 2007). Dieses Konzept entspricht umfassenden Präventionsstrategien, die zunehmend strengere Vorschriften über Tabak und Alkohol an Schulen vorsehen. So berichten 20 Länder über ein uneingeschränktes Rauchverbot an allen Schulen und 18 Länder über ein vollständiges oder umfassendes Angebot<sup>(18)</sup> drogenpolitischer Maßnahmen an Schulen. Insbesondere mittel- und westeuropäische Mitgliedstaaten berichten über die Durchführung struktureller Maßnahmen zur Eindämmung des Tabak- und Alkoholkonsums an Schulen. Diese Präventionsmaßnahmen werden unter Umständen durch weitere strukturelle Maßnahmen ergänzt,

<sup>(18)</sup> Umfassendes Angebot: Die Maßnahme wird in der Mehrheit der Einrichtungen angeboten, in denen eine für die Durchführung ausreichend große Zielgruppe vorhanden ist. Vollständiges Angebot: Die Maßnahme wird in fast allen Einrichtungen angeboten, in denen eine für die Durchführung ausreichend große Zielgruppe vorhanden ist.

beispielsweise durch die Verbesserung der Gestaltung von Schulgebäuden und des Schullebens.

Die familienbasierte Prävention stellt ebenfalls ein weit verbreitetes Präventionskonzept dar. Elf Länder berichten über ein vollständiges oder umfassendes Angebot von Familientreffen und -abenden. Ebenso wie die schulbasierte Prävention ist auch die familienbasierte Prävention offenbar in erster Linie auf die Vermittlung von Informationen ausgerichtet. Intensive Betreuungs- und Schulungsmaßnahmen für Familien haben sich in mehreren Studien durchgängig als wirksam erwiesen (Petrie et al., 2007), werden jedoch nur in begrenztem Maße durchgeführt und lediglich von sieben Ländern als die am häufigsten angebotenen Maßnahmen genannt.

### Selektive Prävention

Selektive Prävention orientiert sich an sozialen und demografischen Indikatoren wie Arbeitslosigkeits-, Kriminalitäts- oder schulischen Absenzquoten. Sie wirkt auf bestimmte Gruppen, Familien oder ganze Gemeinschaften ein, in denen Menschen aufgrund ihrer schwachen sozialen Bindungen und knappen Ressourcen stärker gefährdet sind, Drogen zu konsumieren oder eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Den Berichten zufolge wird in 13 Ländern bei der familienbasierten Prävention in erster Linie ein selektiver Ansatz verfolgt. Jedoch werden in Europa kaum Maßnahmen durchgeführt, die auf wichtige Risikobedingungen von Familien abzielen. Von den 30 Berichtsländern haben nur sieben über ein vollständiges oder umfassendes Angebot von Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Substanzmissbrauch in Familien berichtet, während fünf Länder auf familiäre Konflikte und Vernachlässigung abzielende Maßnahmen meldeten. Darüber hinaus berichteten jeweils vier Länder über die folgenden Maßnahmen: Eindämmung sozialer Benachteiligung (z. B. bei Arbeitslosigkeit), Hilfe bei strafrechtlichen Problemen sowie Unterstützung marginalisierter Familien, die ethnischen Minderheiten angehören. Nur drei Länder befassen sich mit den Bedürfnissen von Familien mit psychischen Problemen.

Die Risikobedingungen für gefährdete Jugendliche wie beispielsweise jugendliche Straftäter, Obdachlose, Schulschwänzer sowie jugendliche Angehörige von benachteiligten Gruppen und Minderheiten sind ebenfalls nur selten Gegenstand von Maßnahmen, obwohl sie in der politischen Debatte zunehmend an Bedeutung gewinnen. Seit 2004 wurden sie in einer steigenden Zahl von Dokumenten zur Drogenpolitik als primäre Ziele für Präventionsmaßnahmen genannt, jedoch hat

in diesem Zeitraum den Berichten zufolge das Angebot entsprechender Maßnahmen nicht zugenommen. Ausführlichere Daten sind dem ausgewählten Thema zu gefährdeten Jugendlichen zu entnehmen.

### Indizierte Prävention

Indizierte Prävention zielt darauf ab, Menschen mit Verhaltensstörungen oder psychischen Problemen zu ermitteln, aufgrund deren sie in ihrem späteren Leben einen problematischen Substanzkonsum entwickeln könnten, und für diese Menschen individuelle, spezifische Maßnahmen anzubieten. Zielgruppen sind beispielsweise Schulabbrecher oder Menschen mit psychischen Erkrankungen, antisozialem Verhalten oder frühen Anzeichen von Drogenkonsum. In einem vor kurzem veröffentlichten Bericht hat die EBDD (2008f) Längsschnittstudien zur Problementwicklung, verhaltensneurologische Studien sowie neue Erkenntnisse über Gehirnplastizität und die Rolle von Neurotransmittern vorgestellt und die Ergebnisse der von den Mitgliedstaaten gemeldeten Maßnahmen erläutert.

Für Kinder mit Verhaltensstörungen, die beispielsweise an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens leiden, besteht ein hohes Risiko, Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum zu entwickeln. Das frühzeitige Eingreifen

### Drogen und Gruppen gefährdeter Jugendlicher – Ausgewähltes Thema EBDD-2008

Jugendliche aus bestimmten Gruppen laufen Gefahr, sozial ausgegrenzt zu werden, was damit zusammenhängen mag, dass sie eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Drogen zu konsumieren und Drogenprobleme zu bekommen. Indem Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenkonsums und damit zusammenhängender Schädigungen auf bestimmte Gruppen konzentriert werden, erhöht sich die Chance, dass die Bedürfnisse dieser Gruppen besser befriedigt werden können und die Maßnahme Erfolg hat.

Dieses ausgewählte Thema bietet detaillierte Informationen über die Risikofaktoren und Gefährdungsprofile bestimmter Gruppen und beleuchtet den Drogenkonsum und damit zusammenhängende Probleme in diesen Gruppen. Es untersucht auch die Folgen der Gefährdung, die sich aus dem Fernbleiben vom Unterricht, Schulversagen, sozialer Benachteiligung, Familienproblemen und Kriminalität ergeben. Erörtert werden ebenso bestimmte Antworten auf den Drogenkonsum und Drogenprobleme gefährdeter Gruppen, einschließlich Gesetzgebung, Prävention und Behandlung.

Dieses ausgewählte Thema ist in Papierform und im Internet nur in englischer Sprache verfügbar (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

in die Entwicklung von Kindern mit Verhaltensstörungen erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen, sozialen und auf Jugendliche und Kinder spezialisierten Diensten. Das deutsche „multimodale Behandlungskonzept“ umfasst beispielsweise eine Kombination aus Beratung für Eltern und andere Bezugspersonen, psychotherapeutischer und psychosozialer Betreuung sowie pädagogischer Unterstützung von Kindergärten und Schulen. Das in Irland verfolgte Konzept einer gezielten pädagogischen und psychologischen Beratung junger Menschen insbesondere zur Vorbeugung von Entwicklungsproblemen in Schulen, Bildungseinrichtungen und Familien wurde bei der Evaluierung insgesamt positiv bewertet. In den Niederlanden stellte man in einer Studie über die langfristige präventive Wirkung der Behandlung disruptiver Verhaltensstörungen bei Kindern zwischen 8 und 13 Jahren fest, dass durch eine manualisierte Verhaltenstherapie langfristig signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich des Konsums von Tabak und Cannabis erzielt wurden als mit herkömmlichen Behandlungsverfahren (Zonneville-Bender et al., 2007).

### Wirksamkeit und Risiken der Maßnahmen

Die gezielte Prävention konzentriert sich in Europa nach wie vor auf den Drogenkonsum von Kindern und in Familien. Zahlreiche Studien über die sozialen und verhaltensneurologischen Indikatoren für ein Abrutschen in den Substanzkonsum zeigen, dass nicht speziell auf Drogen ausgerichtete Präventionsmaßnahmen auch Auswirkungen auf den Drogenkonsum haben können. Sowohl die selektive als auch die indizierte Prävention sind geeignet, die Auswirkungen von Entwicklungsnachteilen bei Kindern und Jugendlichen abzumildern und einer sozialen Marginalisierung sowie dem anschließenden Abrutschen in den Substanzmissbrauch vorzubeugen. Mehrere Studien belegen, dass in den ersten Schuljahren durchgeführte Maßnahmen zur Verbesserung des schulischen Umfelds und zur Verringerung der sozialen Ausgrenzung auch Auswirkungen im Hinblick auf eine Eindämmung des späteren Substanzmissbrauchs zeitigen (Toumbourou et al., 2007).

Die Wirksamkeit schulbasierter Prävention wurde insgesamt infrage gestellt (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). In jüngster Zeit vorgenommene Auswertungen der vorhandenen Literatur<sup>(19)</sup> zeigen jedoch, dass bestimmte Elemente der schulbasierten Prävention, wie z. B. die Betonung normativer Einstellungen und der Lebenskompetenz, offensichtlich wirksam sind. Beispielsweise berichtete die von der Europäischen Kommission kofinanzierte Studie EU-Dap, eine europäische randomisierte kontrollierte Studie, die die Entwicklung und Evaluierung eines schulbasierten Präventionsprogramms zum Ziel hat, über positive

### Portal der EBDD für vorbildliche Verfahren

In diesem Jahr hat die EBDD das erste Modul ihres internetgestützten Portals für vorbildliche Verfahren bei drogenspezifischen Maßnahmen (Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und soziale Reintegration) ins Netz gestellt. Das Portal bietet einen Überblick über die jüngsten Evidenzdaten zur „Wirksamkeit unter Idealbedingungen“ (Efficacy) und zur „Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen“ (Effectiveness), stellt die Instrumente und Standards zur Verbesserung der Qualität der Maßnahmen vor und nennt Beispiele für evaluierte Verfahren in ganz Europa. Das Portal richtet sich an Fachleute, politische Entscheidungsträger und Wissenschaftler, die sich mit drogenspezifischen Fragen befassen, und konzentriert sich weitestgehend auf europäische Maßnahmen.

Im Zentrum des ersten Moduls des Portals steht die universale Prävention, insbesondere Evidenzdaten zur Efficacy, die auf mehreren seit dem Jahr 2000 veröffentlichten Untersuchungen basieren. Ausführliche Angaben zu den Ergebnissen stehen auf der Website <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice> zur Verfügung.

Das Portal bietet Informationen über die Efficacy verschiedener Maßnahmen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Evidenzbasis zuweilen begrenzt ist und die Wahl zwischen den verschiedenen Maßnahmen mit Bedacht getroffen werden muss. Darüber hinaus wird die Efficacy der Programme im Rahmen kontrollierter Studien bewertet, und es ist nach wie vor fraglich, welche Wirkung bestimmte Maßnahmen in unterschiedlichen Milieus entfalten. Die über das Portal zugängliche neue Ausgabe der EDDRA-Datenbank beinhaltet Beispiele für evaluierte Maßnahmen in unterschiedlichen Ländern und Milieus und kann weitere Orientierungshilfe geben.

Ergebnisse<sup>(20)</sup>. In einer Follow-up-Studie stellte man fest, dass 15 Monate nach der Maßnahme die Wirkung des Programms nicht nachgelassen hatte und die Teilnehmer weiterhin seltener betrunken waren oder Cannabis konsumierten. Das bei dieser Studie herangezogene Programm „Unplugged“ stellte die geltenden Normen hinsichtlich der Akzeptanz und die Meinungen über die Prävalenz des Substanzkonsums unter Jugendlichen infrage.

Prävention sollte nicht nur wirksam sein, sondern auch sicher – unerwünschte Auswirkungen müssen auf ein Minimum begrenzt werden. Daher sollten die Risiken negativer Auswirkungen bei der Gestaltung und Evaluierung der Maßnahmen sorgfältig geprüft werden. Besonders wichtig ist dies bei universalen schulbasierten Präventionsmaßnahmen, die sich an eine breite und heterogene Zielgruppe richten. Werden beispielsweise ausschließlich Informationen über die Auswirkungen von Drogen vermittelt, ein in Europa weit verbreiteter Ansatz, so ist dies nicht nur ineffektiv, sondern

<sup>(19)</sup> Siehe das Best practice portal [Portal für vorbildliche Verfahren] (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

<sup>(20)</sup> <http://www.eudap.net>

unter Umständen auch mit dem Risiko unerwünschter Auswirkungen behaftet (Werch und Owen, 2002). Gleiches gilt für Medienkampagnen: Hier besteht das Risiko, die Neigung zum Substanzkonsum zu verstärken <sup>(21)</sup>.

Um sicherzustellen, dass Präventionsprogramme evidenzbasiert sind und das Risiko unerwünschter Auswirkungen möglichst gering ist, bietet sich unter anderem die Erarbeitung von Standards für die Durchführung und die Inhalte von Präventionsprojekten an. Die Zahl der Mitgliedstaaten, die über Standards für die Projektgestaltung und -evaluierung berichten, ist zwischen 2004 und 2007 von drei auf neun gestiegen. Mehrere Mitgliedstaaten berichteten über die Entwicklung von Zertifizierungsverfahren, um die Qualität der Programme und die effizientere Nutzung öffentlicher Ressourcen zu gewährleisten (Tschechische Republik, Ungarn, Polen, Portugal). In der Tschechischen Republik ist beispielsweise eine Zertifizierung für Präventionsmaßnahmen Voraussetzung für den Erhalt öffentlicher Zuschüsse.

## Behandlung

Dieser Abschnitt bietet einen Überblick über die Drogenbehandlung in Europa, wobei die Organisation und Erbringung der Leistungen erörtert werden.

### Organisation

Im Allgemeinen werden Drogenbehandlungsdienste in den EU-Mitgliedstaaten vorwiegend vom öffentlichen Sektor erbracht, wobei jedoch auch Nichtregierungsorganisationen (NRO) eine ebenso wichtige Rolle spielen (sieben Mitgliedstaaten) oder sogar die Hauptanbieter von Behandlungsdiensten (fünf Mitgliedstaaten) sein können. Von großer Bedeutung ist auch die Mitwirkung der Allgemeinärzte, die in einigen Ländern eine Schlüsselrolle bei der Substitutionsbehandlung spielen. In manchen Ländern wird auch der Privatsektor einbezogen, vor allem im Rahmen der stationären Behandlung. Die Finanzmittel für die Drogenbehandlung werden jedoch größtenteils vom Staat bzw. im Rahmen der Sozial- oder Krankenversicherung bereitgestellt.

### Angebot

Drogenbehandlungen erfolgen in den unterschiedlichsten Einrichtungen, darunter in stationären und ambulanten Behandlungseinrichtungen, bei Allgemeinärzten, in niedrighschwelligsten Diensten und in Haftanstalten. Die meisten Behandlungen wegen Drogenkonsums werden

von ambulanten Behandlungseinrichtungen, einschließlich der Allgemeinärzte, erbracht. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Substitutionsbehandlung in der Regel in diesen Einrichtungen erfolgt. Drogenkonsumenten, die sich in ambulanten Einrichtungen in Behandlung begeben, sind den jüngsten Daten zum Indikator Behandlungsnachfrage zufolge durchschnittlich etwa 30 Jahre alt und vorwiegend männlich <sup>(22)</sup>. Etwa ein Drittel begibt sich aus freien Stücken in Behandlung, 22 % werden aus Strafvollzugsanstalten in Behandlungseinrichtungen überwiesen, wobei diese Zahl in den letzten Jahren gestiegen ist. Die verbleibenden Patienten werden durch Sozial- und Gesundheitsdienste oder informelle Netze überwiesen <sup>(23)</sup>.

Die Hälfte der ambulanten Patienten gab Opioide als Primärdrugs an, während 21 % Cannabis und 16 % Kokain als Primärdrugs nannten. Die Zunahme des Anteils der Patienten, insbesondere der Erstpatienten, die wegen Problemen mit anderen Drogen als Opioiden in Behandlungseinrichtungen überwiesen werden, kann sowohl auf eine verbesserte Verfügbarkeit von Behandlungen für Konsumenten von Cannabis und Kokain in mehreren Mitgliedstaaten als auch auf eine steigende Zahl von Konsumenten zurückzuführen sein, die sich wegen dieser Drogen in Behandlung begeben (siehe Kapitel 3 und 5). Insgesamt werden jedoch speziell auf die Bedürfnisse von Konsumenten anderer Drogen als Opioiden zugeschnittene Dienste nach wie vor nur begrenzt angeboten.

Die stationäre Behandlung erfolgt vorwiegend in therapeutischen Gemeinschaften, psychiatrischen Kliniken und spezialisierten Fachabteilungen allgemeinmedizinischer Kliniken. Die angebotenen Dienste reichen von kurzfristiger Entgiftung bis hin zu längerfristigen psychiatrischen und abstinentenorientierten Therapieprogrammen. Stationäre Leistungen sind unter Umständen besonders geeignet für Drogenkonsumenten, deren Behandlungsbedürfnisse aufgrund einer physischen und psychischen Komorbidität besonders komplex sind. Stationäre Patienten weisen im Durchschnitt ähnliche Merkmale auf wie ambulante Patienten: Sie sind etwa 30 Jahre alt, vorwiegend männlich und begeben sich wegen des Konsums von Opioiden als Primärdrugs in Behandlung <sup>(24)</sup>. Der Anteil der Drogenpatienten, die arbeitslos sind oder in unsicheren Wohnverhältnissen leben, ist jedoch in den meisten Ländern, in denen ein solcher Vergleich möglich ist, unter den stationären Patienten höher als unter den ambulanten Patienten <sup>(25)</sup>.

<sup>(21)</sup> Siehe Kapitel 3 dieses Berichts und des Jahresberichts 2007.

<sup>(22)</sup> Siehe Tabellen TDI-10 Teil (iii) und TDI-21 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(23)</sup> Siehe Tabelle TDI-16 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(24)</sup> Siehe Tabellen TDI-10 Teil (vii) und TDI-21 Teil (iv) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(25)</sup> Siehe Tabellen TDI-13 sowie TDI-15 im Statistical Bulletin 2008.

In der Vergangenheit wurden Drogenbehandlungsdienste an den Bedürfnissen von Opioidkonsumenten ausgerichtet, die noch immer den Großteil der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten ausmachen. In den meisten Mitgliedstaaten hat sich die Substitutionsbehandlung in Kombination mit psychosozialer Betreuung zur vorherrschenden Option für die Behandlung von Opioidkonsumenten entwickelt. Seit im Jahr 2007 auch Zypern die hochdosierte Buprenorphintherapie eingeführt hat, ist die Substitutionsbehandlung nun in allen Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen verfügbar <sup>(26)</sup>. In der Türkei wurde die Substitutionsbehandlung bislang noch nicht eingeführt, obwohl sie 2004 im Rahmen einer Verordnung über Behandlungseinrichtungen erlaubt wurde. Nach Methadon ist Buprenorphin die am häufigsten verschriebene Substitutionsdroge für die Opioidbehandlung, und sein Einsatz bei der Behandlung Opioidabhängiger hat in den letzten Jahren zugenommen (siehe Kapitel 6). Buprenorphin ist nun mit Ausnahme Bulgariens, Ungarns und Polens in allen Mitgliedstaaten als Behandlungsoption verfügbar. Im Jahr 2006 haben in Europa schätzungsweise 600 000 Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten, wobei aus 16 der 22 Länder, die Daten zur Verfügung gestellt haben, eine Zunahme gegenüber dem Vorjahr gemeldet wurde.

## Schadensminimierung

Die Prävention und Minimierung drogenbedingter Schäden stellt in allen Mitgliedstaaten sowie in der EU-Drogenstrategie und im EU-Drogenaktionsplan ein Ziel der Gesundheitspolitik dar (Europäische Kommission, 2007a). Die wichtigsten Maßnahmen in diesem Bereich sind die opioidgestützte Substitutionstherapie sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, die auf die Verringerung der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung und auf die Eindämmung der Verbreitung von Infektionskrankheiten abzielen. Diese Maßnahmen sind den Berichten zufolge in allen Ländern mit Ausnahme der Türkei verfügbar (siehe auch Kapitel 6 und 8), und ungeachtet der erheblichen Unterschiede hinsichtlich der Bandbreite und des Umfangs der Erbringung dieser Leistungen ist europaweit ein allgemeiner Trend zur Ausweitung und Konsolidierung von Maßnahmen zur Schadensminimierung zu beobachten.

Darüber hinaus bieten die meisten Länder eine Reihe medizinischer und sozialer Leistungen an, die in niedrigschwelligen Diensten erbracht werden. Einige Länder berichten jedoch über Verzögerungen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Schadensminimierung aufgrund mangelnder politischer Unterstützung. In

Griechenland geriet die Ausweitung des Angebots an niedrigschwelligen Diensten und Substitutionsbehandlungen ins Stocken; in Rumänien und Polen ist die Zahl der Nadel- und Spritzenaustauschprogramme im Jahr 2006 zurückgegangen, nachdem die Bereitstellung von Finanzmitteln eingestellt worden war; in Zypern wird das einzige Nadel- und Spritzenaustauschprogramm von staatlicher Seite nicht unterstützt. In Ungarn ist zwar eine Zunahme der Nadel- und Spritzenaustauschprogramme und der aufsuchenden Sozialarbeit zu verzeichnen, jedoch geht aus einer Studie unter den nicht in Behandlung befindlichen Gruppen hervor, dass das Angebot noch immer unzureichend ist und nach wie vor hohe Zugangsschranken bestehen.

Aufgrund des besonderen Profils der baltischen Staaten und Rumäniens im Hinblick auf HIV/Aids spielen internationale Geber in diesen Ländern weiterhin eine wichtige Rolle. Für Maßnahmen zur Schadensminimierung stellt der „Globale Fonds zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria“ Finanzhilfen bereit, während das UNODC in Estland, Litauen und Lettland vor kurzem das Projekt „HIV/Aids-Prävention und Betreuung bei injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten“ ins Leben gerufen hat.

Schließlich haben einige Mitgliedstaaten in der letzten Zeit die Folgen der Einführung von Maßnahmen zur Schadensminimierung untersucht. In Frankreich korrelierte der beobachtete Rückgang der Mortalitätsraten unter Drogenkonsumenten mit der Einführung der antiviralen Dreifachtherapie, der Entwicklung politischer Strategien zur Schadensminimierung und der Verfügbarkeit opioidgestützter Substitutionsbehandlungen. In Spanien gingen die sinkende Zahl der injizierenden Drogenkonsumenten und der einfache Zugang zur methadongestützten Erhaltungstherapie mit einem Rückgang der Infektionskrankheiten und drogenbedingten Todesfälle unter Drogenkonsumenten einher (De la Fuente et al., 2006). In Portugal belegen die verfügbaren Daten eine Stabilisierung der Infektionskrankheiten, was wahrscheinlich zum Teil auf eine verstärkte Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Schadensminimierung und Behandlung zurückgeführt werden kann.

## Soziale Reintegration

In Behandlung befindliche Drogenkonsumenten geben häufig an, arbeitslos oder obdachlos zu sein. Eine solche Benachteiligung ist unter bestimmten Konsumentengruppen offenbar besonders weit verbreitet, insbesondere unter Frauen, Heroin- und Crackkonsumenten, Angehörigen

<sup>(26)</sup> Siehe Tabellen HSR-1 und HSR-2 im Statistical Bulletin 2008.

ethnischer Minderheiten und Drogenkonsumenten mit psychiatrischer Komorbidität.

Soziale Reintegration wird als wesentliches Element einer umfassenden Drogenstrategie anerkannt und kann in jeder Phase des Drogenkonsums sowie in unterschiedlichen Milieus umgesetzt werden. Die Ziele der sozialen Reintegration können durch den Ausbau von Fähigkeiten, die Verbesserung der sozialen Kompetenz, Maßnahmen zur Erleichterung und Förderung der Beschäftigung sowie zur Unterstützung bei der Wohnungssuche und der Verbesserung der Wohnverhältnisse erreicht werden. In der Praxis bieten Reintegrationsdienste Berufsberatung, die Vermittlung von Praktika und Unterstützung bei der Wohnungssuche an, während im Rahmen von Maßnahmen in Haftanstalten für die Insassen als Vorbereitung auf ihre Entlassung Kontakte zu gemeindegestützten Wohnprojekten und sozialen Unterstützungsdiensten hergestellt werden können.

Obdachlosigkeit sowie unsichere Wohnverhältnisse zählen zu den schwersten Formen der sozialen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten und betrafen etwa 10 % der Drogenkonsumenten, die sich 2006 in Behandlung begeben haben <sup>(27)</sup>. Zwar wird in vielen Ländern für Patienten in Drogenbehandlung eine Unterstützung bei der Wohnungssuche angeboten, jedoch wurde auch über Defizite in diesem Bereich berichtet. Zwei Länder meldeten, dass Drogenkonsumenten Probleme haben, Zugang zu den allgemeinen Diensten für Obdachlose zu erhalten, die gewöhnlich von problematischen Alkoholkonsumenten in Anspruch genommen werden (Irland, Italien). Neue Maßnahmen, die dazu beitragen können, den besonderen Wohnbedürfnissen von Drogenkonsumenten Rechnung zu tragen, werden in drei Ländern (Belgien, Dänemark, Niederlande) durchgeführt, die ihren Berichten zufolge Einrichtungen für obdachlose Langzeitabhängige unter eine zentrale Verwaltung stellen und spezialisierte Pflegeheime für Drogenkonsumenten mit Problemverhalten oder Komorbidität eröffnen.

Die Unterstützung der in Drogenbehandlung befindlichen Patienten bei der Arbeitssuche ist ein zentrales Element der sozialen Reintegration, da jeder zweite Patient, der sich in Behandlung begibt, arbeitslos ist <sup>(28)</sup>. Den Berichten zufolge haben sich neue Konzepte bewährt, um den Patienten zu helfen, einen Arbeitsplatz zu finden und die sich daraus ergebenden Verpflichtungen zu erfüllen, darunter „Betreuungsregelungen“, subventionierte Arbeitsplätze (seit 2006 auch in Litauen möglich) und eine spezielle Beratung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, wie sie im Rahmen

des Projekts „Ready for work“ [Bereit für den Job] in Irland oder von den verschiedenen „Arbeits- und Sozialagenturen“ in der Tschechischen Republik angeboten wird.

## Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung in Haftanstalten

Haftanstalten stellen wichtige Milieus für die Erbringung medizinischer und sozialer Maßnahmen für Drogenkonsumenten dar. In diesem Abschnitt werden Daten über den Drogenkonsum und Drogenkonsumenten in europäischen Haftanstalten sowie jüngste Informationen über das Angebot von Diensten für inhaftierte Drogenkonsumenten und neue Gesetze über die Drogenbehandlung in Haftanstalten erörtert.

### Drogenkonsum

Daten aus zahlreichen Studien belegen, dass der Anteil der Drogenkonsumenten in europäischen Haftanstalten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nach wie vor überdurchschnittlich hoch ist. Zwischen 2001 und 2006 durchgeführte Studien zeigen, dass je nach Gefängnispopulation, Hafteinrichtung und Land unterschiedlich große Anteile der Haftinsassen <sup>(29)</sup> angeben, jemals eine illegale Droge konsumiert zu haben. Die Anteile reichen von einem Drittel oder weniger (Bulgarien, Ungarn, Rumänien) bis zu mehr als 50 % in den meisten Studien und 84 % in einem Frauengefängnis in England und Wales. Cannabis ist mit Lebenszeitprävalenzraten von bis zu 78 % nach wie vor die von Haftinsassen am häufigsten angegebene Droge. Obwohl die Schätzungen zum Lebenszeitkonsum anderer Substanzen in manchen Haftanstalten sehr niedrig sind (bis zu 1 %), berichten einige Studien über Lebenszeitprävalenzraten von 50 % bis 60 % für Heroin, Amphetamine oder Kokain unter Haftinsassen <sup>(30)</sup>. Möglicherweise sind auch die schädlichsten Formen des Drogenkonsums unter Haftinsassen besonders stark verbreitet: Einigen Studien zufolge hat mehr als ein Drittel der Befragten mindestens einmal Drogen injiziert <sup>(31)</sup>.

Die Tatsache, dass Drogen trotz aller ergriffenen Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ihren Weg in die meisten Haftanstalten finden, wird sowohl von Gefängnisexperten als auch von politischen Entscheidungsträgern anerkannt. Den im Zeitraum 2001 bis 2006 in Europa durchgeführten Studien zufolge geben zwischen 1 % und 56 % der Haftinsassen an, in der Haftanstalt Drogen konsumiert zu haben, wobei bis

<sup>(27)</sup> Siehe Tabelle TDI-15 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(28)</sup> Siehe Tabelle TDI-20 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(29)</sup> Der Begriff „Haftinsassen“ wird hier im weitesten Sinne des Wortes verwendet und umfasst sowohl Untersuchungshäftlinge als auch zu Haftstrafen verurteilte Insassen.

<sup>(30)</sup> Siehe Tabelle DUP-1 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(31)</sup> Siehe Tabelle DUP-2 im Statistical Bulletin 2008.

zu einem Drittel der Insassen während der Haftzeit Drogen injiziert hat<sup>(32)</sup>. Dies gibt Anlass zu Bedenken hinsichtlich einer möglichen Ausbreitung von Infektionskrankheiten, insbesondere durch die gemeinsame Nutzung von Spritzenbesteck.

In der Europäischen Union befinden sich über 607 000 Menschen in Haft<sup>(33)</sup>, bei einer jährlichen Fluktuation von mehr als 860 000 Haftinsassen. In den meisten Ländern liegt der Anteil der wegen Drogendelikten verurteilten Straftäter an den Haftinsassen zwischen 10% und 30%. Aufgrund der verfügbaren Daten ist davon auszugehen, dass in der EU jedes Jahr schätzungsweise mehr als 400 000 Menschen, die illegale Drogen konsumieren oder dies in der Vergangenheit getan haben, in Haftanstalten einsitzen. Darunter ist sicher eine erhebliche Zahl problematischer Drogenkonsumenten. Die Bedürfnisse dieser großen Zahl ehemaliger oder aktueller Drogenkonsumenten in europäischen Haftanstalten bezüglich der Gesundheitsversorgung werden in gewissem Maße von den mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen Problemen bestimmt. Dies sind insbesondere Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV/Aids (siehe Kapitel 7 – Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle).

### Neue Rechtsvorschriften über die Drogenbehandlung in Haftanstalten

Im Jahr 2006 und Anfang 2007 haben sechs Länder ihre Rechtsrahmen und Leitlinien über das Recht von Haftinsassen auf Drogenbehandlung überarbeitet.

In Belgien wurde im Jahr 2006 in einer Direktive des Justizministers festgelegt, dass Haftinsassen ein Recht auf sämtliche Behandlungsoptionen haben, die außerhalb der Haftanstalten angeboten werden. In Irland wurden inzwischen neue Leitlinien für Gesundheitsdienste in Haftanstalten erlassen, die Standards für Behandlungsdienste vorgeben: Die erbrachten Dienste sollen mit den für die Allgemeinbevölkerung angebotenen Leistungen vergleichbar und zugleich für Haftanstalten geeignet sein.

In Dänemark erhielten inhaftierte Drogenkonsumenten mit einer Gesetzesänderung im Januar 2007 das Recht auf kostenlose Drogentherapien. Nach Maßgabe des Gesetzes ist die Behandlung in der Regel innerhalb von 14 Tagen aufzunehmen, nachdem der Haftinsasse einen entsprechenden Antrag beim dänischen Amt für Strafvollzug und Bewährungshilfe gestellt hat. Ein solches Recht besteht jedoch nicht, wenn der Straftäter binnen drei Monaten entlassen werden soll oder als für die

### Gesundheitsversorgung

Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten liegt in den meisten Ländern beim Justizministerium. Dies ändert sich jedoch gegenwärtig, und in immer mehr europäischen Ländern wird die Zuständigkeit dem Gesundheitssystem übertragen (Frankreich, Italien, England und Wales im Vereinigten Königreich, Norwegen). In Spanien werden gemäß dem Aktionsplan der nationalen Drogenstrategie (2000-2008) sowie auf der Grundlage eines im Jahr 2005 unterzeichneten Kooperationsprotokolls zwischen dem Gesundheits- und dem Innenministerium in allen Haftanstalten umfassende Leistungen für Drogenkonsumenten entwickelt. In anderen Ländern haben die Haftanstalten eine Zusammenarbeit mit öffentlichen Gesundheitsdiensten und spezialisierten privaten Drogendiensten aufgebaut, um den Bedürfnissen der zunehmenden Zahl inhaftierter Drogenkonsumenten zu entsprechen.

In der Europäischen Union wurden die Maßnahmen für inhaftierte Drogenkonsumenten ausgebaut. Verglichen mit der Situation vor fünf Jahren berichten nun mehr Länder über Maßnahmen in den folgenden Bereichen: Information und Prävention im Drogenbereich, Screenings und

Behandlung ungeeignet oder nicht ausreichend motiviert erachtet wird.

In Rumänien wurde im Mai 2006 mit der Gemeinsamen Verfügung der Minister für Justiz, Öffentliche Gesundheit, Verwaltung und Innere Angelegenheiten über die Fortsetzung integrierter medizinischer, psychologischer und sozialer Hilfsprogramme für Haftinsassen eine neue Rechtsgrundlage für die Einführung von Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten geschaffen.

In Norwegen wurde im Jahr 2006 die Zusammenarbeit des Justizministeriums und des Ministeriums für Gesundheit und soziale Angelegenheiten durch ein gemeinsames Rundschreiben verstärkt, um eine bessere Überwachung der Maßnahmen während der Haft und nach der Entlassung zu ermöglichen. In der Slowakei wurde im Jahr 2006 die Erbringung psychologischer Dienste für Drogenkonsumenten in Untersuchungshaft, die unter Entzugserscheinungen leiden, per Gesetz gestattet. Ziel dieses Gesetzes ist es, Drogenkonsumenten diese Dienste zu dem Zeitpunkt anzubieten, zu dem sie am meisten benötigt werden, d. h. im Moment des Zwangsentzugs unmittelbar nach Haftantritt. Darüber hinaus wurde mit diesem Gesetz ein Rechtsrahmen für die Unterstützung der vorhandenen spezialisierten Behandlungseinrichtungen für verurteilte Drogenkonsumenten geschaffen.

<sup>(32)</sup> Siehe Tabellen DUP-3 und DUP-4 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(33)</sup> Council of Europe Annual Penal Statistics [Jährliche Strafstatistik des Europarates (SPACE)], basierend auf einer Erhebung unter Haftinsassen zum 1. September 2006.



Impfungen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten, Drogentherapien einschließlich Substitutionsbehandlungen. Darüber hinaus sind diese Maßnahmen nun innerhalb der Länder in höherem Maße verfügbar. Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten werden offiziell in allen Ländern mit Ausnahme Bulgariens, Estlands, Lettlands, Litauens, Zyperns, der Slowakei und der Türkei angeboten, allerdings ist in vielen Ländern der Zugang zu dieser Behandlungsform begrenzt. Spanien ist derzeit das einzige europäische Land, das eine breite Palette von Maßnahmen zur Schadensminimierung in Haftanstalten anbietet.

Im Jahr 2006 übermittelten nur vier Mitgliedstaaten über ihre nationalen Systeme der Behandlungsüberwachung soziodemografische Daten und Informationen über die Muster des Drogenkonsums von in Drogenbehandlung befindlichen Haftinsassen. In Frankreich, Zypern und der Slowakei geben Haftinsassen, die sich in Behandlung begeben, in den meisten Fällen ein Opioid, in der Regel Heroin, als Primärdroge an. In Schweden dagegen ist der primäre Konsum von Amphetaminen der häufigste Grund für die Inanspruchnahme einer Behandlung in Haftanstalten. Dies spiegelt weitestgehend die Muster des problematischen Drogenkonsums im Land wider.

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 3 Cannabis

### Einführung

In den letzten zehn Jahren hat sich die Cannabissituation in Europa erheblich geändert und mit ihr auch die Debatte über die möglichen angemessenen Reaktionen auf den weit verbreiteten Konsum dieser Droge. Anfang bis Mitte der 90er Jahre wiesen nur wenige Länder eine hohe Prävalenz auf, während im übrigen Europa die Konsumraten in der Regel weit unter den heutigen Werten lagen. In nahezu allen Ländern ist der Cannabiskonsum im Laufe der 90er Jahre und nach der Jahrtausendwende gestiegen. Dadurch gestaltet sich die Situation in Europa derzeit homogener als in der Vergangenheit, obwohl nach wie vor Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bestehen. Darüber hinaus hat in den letzten Jahren das Bewusstsein für die Auswirkungen des langfristigen und weit verbreiteten Konsums dieser Droge zugenommen, und auch die Zahl der gemeldeten Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen ist gestiegen. Möglicherweise tritt Europa nun in eine neue Phase ein, da die Daten auf eine Stabilisierung oder sogar einen Rückgang des Cannabiskonsums hindeuten. Die Konsumraten bewegen sich jedoch noch immer auf historisch hohem Niveau, und eine der zentralen Fragen in der Drogendebatte in Europa lautet nach wie vor, wie dem Cannabiskonsum wirksam begegnet werden kann.

### Angebot und Verfügbarkeit

#### Herstellung und Handel

Cannabis kann in den unterschiedlichsten Umgebungen angebaut werden und wächst in vielen Teilen der Welt wild. Derzeit geht man davon aus, dass die Pflanze in 172 Ländern und Gebieten angebaut wird (UNODC, 2008) <sup>(34)</sup>. Aufgrund dessen ist es sehr schwierig, präzise Schätzungen der weltweiten Produktion vorzunehmen. Den jüngsten Zahlen des UNODC zufolge beläuft sich die weltweite Herstellung von Cannabiskraut auf 41 600 Tonnen (2006). Davon entfällt mehr als die Hälfte auf Nord- und Südamerika und fast ein Viertel auf Afrika (UNODC, 2008).

#### Angebot und Verfügbarkeit von Drogen – Daten und Datenquellen

Systematische Routineinformationen zur Beschreibung der illegalen Drogenmärkte und des Drogenhandels sind nach wie vor nur in begrenztem Maße verfügbar. Die Schätzungen zur Herstellung von Heroin, Kokain und Cannabis werden aus Anbauschätzungen gewonnen, die wiederum auf Feldarbeit (Stichprobennahme vor Ort) und Luft- oder Satellitenüberwachung beruhen. Diese Schätzungen sind mit einigen erheblichen Einschränkungen verbunden, beispielsweise im Zusammenhang mit schwankenden Erntedaten oder der Schwierigkeit, Kulturen zu überwachen, die nicht in geografisch begrenzten Gebieten angebaut werden, wie beispielsweise Cannabis.

Die Zahl der Sicherstellungen von Drogen wird häufig als indirekter Indikator für das Angebot, die Handelsrouten und die Verfügbarkeit von Drogen angesehen, gibt jedoch auch Aufschluss über Strafverfolgungsressourcen, -prioritäten und -strategien, Meldeverfahren sowie die Wahrscheinlichkeit, dass sich die ergriffenen Maßnahmen auf Drogenhändler auswirken. Die Analyse der Daten über die Reinheit oder Stärke und die Verkaufspreise illegaler Drogen kann ebenfalls zum Verständnis der Drogenmärkte auf Konsumentenebene beitragen. Solche Daten sind jedoch zuweilen nur begrenzt verfügbar, und ihre Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit ist unter Umständen fraglich. Ergänzend können auch Erkenntnisse der Strafverfolgungsbehörden herangezogen werden.

Die EBDD erhebt nationale Daten über Sicherstellungen, Reinheit und Verkaufspreise von Drogen in Europa. Weitere Daten über das Drogenangebot stammen weitgehend aus den UNODC-Informationssystemen und -Analysen sowie aus ergänzenden Informationen von Europol. Daten über Grundstoffe entnimmt die EBDD Berichten des INCB, das an internationalen Maßnahmen zur Prävention der Abzweigung der bei der Herstellung illegaler Drogen verwendeten chemischen Grundstoffe beteiligt ist.

Da in vielen Teilen der Welt keine ausgefeilten Informationssysteme im Zusammenhang mit dem Drogenangebot verfügbar sind, sind einige der Schätzungen und sonstigen gemeldeten Daten mit Bedacht zu interpretieren, obwohl sie die besten verfügbaren Schätzungen darstellen.

<sup>(34)</sup> Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen siehe Box auf dieser Seite.

Der weit verbreitete Anbau von Cannabis bedeutet auch, dass wahrscheinlich ein erheblicher Anteil des Handels auf regionaler Ebene stattfindet. Dies gilt für einen Teil des Cannabiskrauts in Europa, wo neben der Herstellung im eigenen Land <sup>(35)</sup> Albanien und die Niederlande als Ursprungsländer genannt werden (nationale Reitox-Berichte). Den Berichten zufolge stammt das in Europa konsumierte Cannabiskraut auch aus anderen Teilen der Welt, unter anderem aus West- und Südafrika (Nigeria, Angola), Südostasien (Thailand), Südwestasien (Pakistan) sowie aus Nord-, Mittel- und Südamerika (Kolumbien, Jamaika) (CND, 2008; Europol, 2008).

Die weltweite Herstellung von Cannabis harz ist von 7 500 Tonnen im Jahr 2004 auf schätzungsweise 6 000 Tonnen im Jahr 2006 zurückgegangen (UNODC, 2007), wobei die größte Menge Cannabis harz nach wie vor in Marokko hergestellt wird. Die Anbaufläche für die Herstellung von Cannabis harz ist in Marokko von 134 000 Hektar im Jahr 2003 auf 76 400 Hektar im Jahr 2005 zurückgegangen. Das Produktionspotenzial des Landes belief sich im Jahr 2005 auf 1 066 Tonnen (UNODC und Regierung Marokkos, 2007). Den Berichten zufolge wird auch in Afghanistan, Pakistan, Indien, Nepal sowie in zentralasiatischen und anderen GUS-Ländern Cannabis harz hergestellt, wobei die Herstellung in Afghanistan rasch zunimmt (UNODC, 2008). Das in Marokko hergestellte Cannabis harz wird in der Regel über die Iberische Halbinsel nach Europa geschmuggelt (Europol, 2008) und teilweise von den Niederlanden aus weitervertrieben.

### Sicherstellungen

Im Jahr 2006 wurden weltweit 5 230 Tonnen Cannabiskraut und 1 025 Tonnen Cannabis harz sichergestellt. Damit liegen die beschlagnahmten Mengen weiterhin unter dem im Jahr 2004 erreichten Rekordhoch. In Nordamerika wurden nach wie vor die größten Mengen Cannabiskraut beschlagnahmt (58%), während sich die Sicherstellungen von Cannabis harz weiterhin auf West- und Mitteleuropa (62%) konzentrierten (UNODC, 2008).

Im Jahr 2006 wurden in Europa bei schätzungsweise 177 000 Sicherstellungen 86 Tonnen Cannabiskraut beschlagnahmt <sup>(36)</sup>. Die meisten Sicherstellungen von Cannabiskraut innerhalb der EU werden aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, wobei die Daten für das Jahr 2006 noch nicht vorliegen. Die Türkei berichtete 2006 über Rekordmengen beschlagnahmten Cannabiskrauts. Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut ist in Europa seit 2001 kontinuierlich gestiegen, während die beschlagnahmten Mengen insgesamt bis 2005

### Cannabisherstellung in Europa

Das Problem der Herstellung von Cannabis im eigenen Land hat in den letzten Jahren in ganz Europa an Bedeutung gewonnen, da inzwischen die meisten europäischen Länder über den Anbau von Cannabis im eigenen Land und einige umfangreiche Sicherstellungen von Cannabispflanzen berichten. Das in Europa angebaute Cannabis stammt sowohl aus dem häufig intensiven Innenanbau als auch aus dem Außenanbau. Hinsichtlich der Größe der Anbauflächen ist die Spannweite erheblich: Je nach Zielsetzung und Ressourcen des Herstellers reicht sie von einigen wenigen Pflanzen für den persönlichen Konsum bis hin zu mehreren Tausend Pflanzen, die großflächig angebaut werden und für den Verkauf bestimmt sind.

Die verfügbaren Daten sind lückenhaft und erlauben keine genaue Bewertung des Umfangs des Cannabisanbaus in Europa. Jedoch lassen Berichte aus mehreren Ländern den Schluss zu, dass dieses Problem nicht länger als nebensächlich betrachtet werden darf. Beispielsweise kamen im Jahr 2005 in Frankreich durchgeführte demografische Erhebungen zu dem Ergebnis, dass schätzungsweise etwa 200 000 Menschen mindestens einmal Cannabis angebaut hatten. Im Vereinigten Königreich hob die Londoner Polizei im Zeitraum 2005 bis 2006 Berichten zufolge mehr als 1 500 „Cannabisfarmen“ mit durchschnittlich jeweils 400 Pflanzen aus (Daly, 2007), und man geht davon aus, dass der Großteil des derzeit verfügbaren Cannabiskrauts entweder lokal oder in anderen europäischen Ländern hergestellt wird. In den Niederlanden ist der Cannabisanbau in einigen Landesteilen weit verbreitet: Im Zeitraum 2005 bis 2006 wurden hier insgesamt schätzungsweise 6 000 Anbaustätten aufgedeckt.

Die Cannabisherstellung hat in einigen westeuropäischen Ländern zwischen Anfang und Mitte der 90er Jahre stark zugenommen, was zum Teil eine Reaktion der Cannabiskonsumenten auf die spürbar schlechte Qualität und den hohen Preis importierten Cannabis harzes, das damals am häufigsten konsumierten Cannabisprodukt, darstellte. In einigen Ländern konsumieren offenbar gegenwärtig die meisten Konsumenten lokal hergestelltes Cannabiskraut. Möglich wurde diese teilweise Verdrängung importierten Cannabis harzes durch im eigenen Land hergestelltes Cannabiskraut infolge neuer Anbaukenntnisse und -Technologien (zur Ertragsmaximierung und zum Versteckthalten) im Zusammenhang mit dem Cannabisanbau, die über das Internet verbreitet wurden (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Für den Hersteller hat lokal hergestelltes Cannabis den Vorteil, dass es nicht über Landesgrenzen hinweg befördert werden muss.

zurückgegangen sind und seitdem den jüngsten Daten zufolge ansteigen.

<sup>(35)</sup> Siehe Box „Cannabisherstellung in Europa“ auf dieser Seite.

<sup>(36)</sup> Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Cannabis in Europa sind den Tabellen SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 und SZR-6 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Sowohl die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz als auch die beschlagnahmten Mengen sind in Europa höher als im Falle des Cannabiskrauts: Die Zahl der Sicherstellungen beträgt nahezu das Doppelte (325 000), während sich die beschlagnahmte Menge (713 Tonnen) auf das Achtfache des sichergestellten Cannabiskrauts beläuft. Nach wie vor werden die meisten Sicherstellungen von Cannabisharz aus Spanien (auf das etwa die Hälfte aller Sicherstellungen und etwa zwei Drittel der im Jahr 2006 beschlagnahmten Gesamtmenge entfallen) gemeldet, in einigem Abstand gefolgt von Frankreich und dem Vereinigten Königreich. Nachdem die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz in Europa im Zeitraum 2001 bis 2003 stabil geblieben war, ist sie nunmehr im Steigen begriffen. Die beschlagnahmten Mengen dagegen sind bis zum Zeitraum 2003 bis 2004 gestiegen, gehen jedoch seitdem zurück.

Im Jahr 2006 wurden bei schätzungsweise 10 500 Sicherstellungen in Europa etwa 2,3 Millionen Cannabispflanzen beschlagnahmt<sup>(37)</sup> das entspricht einer Menge von etwa 22 Tonnen (davon entfallen 64 % auf Spanien). Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabispflanzen ist seit 2001 kontinuierlich gestiegen und hat sich im Jahr 2006 stabilisiert<sup>(38)</sup>. Nach dem im Jahr 2001 erreichten Rekordhoch und einem starken Rückgang im Jahr 2002 stieg die Zahl der in Europa beschlagnahmten Cannabispflanzen an, pendelte sich jedoch 2006 auf die Hälfte des im Jahr 2001 gemeldeten Werts ein. In demselben Fünfjahreszeitraum ist die in Kilogramm gemeldete Menge der in Europa sichergestellten Cannabispflanzen ständig gestiegen, wobei im Jahr 2006 ein besonders starker Anstieg zu verzeichnen war, da in Litauen Sicherstellungen in Rekordhöhe vorgenommen werden konnten.

### Stärke und Preis

Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC), dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis. Sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder wurden Unterschiede hinsichtlich der Stärke der verschiedenen Stichproben und Cannabisprodukte verzeichnet. Aus einer Reihe methodischer Gründe gestaltet sich die Interpretation der Daten in diesem Bereich schwierig, und es ist fraglich, inwieweit die Analysen der sichergestellten Cannabisprodukte die Gesamtsituation auf dem Markt widerspiegeln. Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass im Allgemeinen Cannabis aus intensivem Anbau im eigenen Land eine höhere Stärke aufweist.

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

Der Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung oder unter Schülern kann anhand repräsentativer Erhebungen ermittelt werden, die Schätzungen desjenigen Anteils der Bevölkerung ermöglichen, der angibt, über einen gewissen Zeitraum bestimmte Drogen konsumiert zu haben. Darüber hinaus sind solchen Erhebungen hilfreiche kontextbezogene Informationen über die Konsummuster, die soziodemografischen Merkmale der Konsumenten und die Wahrnehmung von Risiken und Verfügbarkeit zu entnehmen (1).

Die EBDD hat in enger Zusammenarbeit mit nationalen Sachverständigen gemeinsame Kernpunkte für Erhebungen unter Erwachsenen zusammengestellt („European Model Questionnaire“, Europäischer Musterfragebogen, EMQ). Dieser Fragebogen wird inzwischen in den meisten EU-Mitgliedstaaten eingesetzt (2). Jedoch bestehen zwischen den Ländern noch immer Unterschiede hinsichtlich der herangezogenen Methodik und des Jahres der Datenerhebung. Daher sind geringe Abweichungen, insbesondere zwischen den Ländern, mit Bedacht zu interpretieren (3).

Da Erhebungen kostenintensiv sind, werden sie nur von wenigen europäischen Ländern jährlich, von den meisten jedoch in Abständen von zwei bis vier Jahren durchgeführt. Die in diesem Bericht vorgelegten Daten basieren auf den jüngsten verfügbaren Erhebungen der einzelnen Länder, die in den meisten Fällen zwischen 2004 und 2007 durchgeführt wurden.

Von den drei für die Berichterstattung über Erhebungsdaten herangezogenen standardisierten Zeiträumen ist die Lebenszeitprävalenz die am weitesten gefasste Messgröße. Sie gibt zwar keinen Aufschluss über den aktuellen Drogenkonsum unter Erwachsenen, ist jedoch wertvoll für die Berichterstattung über Schüler und bietet Einblicke in Konsummuster und Inzidenzraten. In der Berichterstattung über Erwachsene liegt der Schwerpunkt auf dem Konsum in den letzten zwölf Monaten und in den letzten 30 Tagen (4). Die Ermittlung der Personen, die regelmäßig Drogen konsumieren oder aufgrund ihres Drogenkonsums Probleme entwickeln, ist wichtig. In dieser Hinsicht werden mit der Entwicklung kurzer Skalen zur Beurteilung intensiverer Formen des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung, unter Erwachsenen und unter Schülern Fortschritte erzielt (siehe den Kasten zur Entwicklung psychometrischer Skalen im Jahresbericht 2007).

(1) Weitere Informationen über die Erhebungsmethodik sind dem Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

(2) Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>.

(3) Weitere Informationen über nationale Ergebnisse sind Tabelle GPS-121 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

(4) Die EBDD zieht die folgenden Standardaltersspannen heran: alle Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) und junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre). In diesem Bericht werden die Begriffe „Lebenszeitkonsum“ oder „Lebenszeitprävalenz“, „12-Monats-Prävalenz“ und „30-Tage-Prävalenz“ sowie zuweilen die umgangssprachlicheren Begriffe „Lebenszeiterfahrung“, „jüngster Konsum“ bzw. „aktueller Konsum“ verwendet.

(37) Da die Türkei eigenen Angaben zufolge in den Jahren 2005 und 2006 keine Cannabispflanzen beschlagnahmt hat, jedoch im Zeitraum 2001 bis 2004 über erhebliche Sicherstellungen dieser Pflanzen berichtet hatte, wurde das Land aus der europäischen Analyse herausgenommen.

(38) Diese Aussage ist vorläufig, da aus dem Vereinigten Königreich, das im Jahr 2005 die größten Mengen beschlagnahmter Cannabispflanzen gemeldet hat, noch keine Daten für das Jahr 2006 vorliegen.

Im Jahr 2006 meldeten die Berichtsländer einen THC-Gehalt der analysierten Stichproben von Cannabisharz zwischen 2,3 % und 18,4 %, während der THC-Gehalt von Cannabiskraut zwischen unter 1 % und 13 % lag. Im Zeitraum 2001 bis 2006 blieb die Stärke von Cannabisharz und Cannabiskraut in vielen der 16 europäischen Länder, die ausreichende Daten übermittelt haben, stabil oder ging zurück. Jedoch wurde bei importiertem Cannabisharz in den Niederlanden und Cannabiskraut in sieben anderen Ländern ein Aufwärtstrend verzeichnet. Schätzungen zur Stärke des im eigenen Land hergestellten Cannabiskrauts für mehrere Jahre liegen ausschließlich aus den Niederlanden vor, die gegenüber dem 2004 verzeichneten Höchstwert von 20,3 % für das Jahr 2006 einen Rückgang auf 16 % meldeten <sup>(39)</sup>.

Die typischen Verkaufspreise von Cannabiskraut und Cannabisharz reichten von 2 EUR bis 14 EUR pro Gramm, wobei die meisten europäischen Länder für beide Erzeugnisse Preise zwischen 4 EUR und 10 EUR meldeten. Im Zeitraum 2001 bis 2006 sind die (inflationbereinigten) Verkaufspreise für Cannabisharz in allen Berichtsländern mit Ausnahme Belgiens und Deutschlands gefallen. In den meisten Ländern belegen die verfügbaren Daten, dass die Preise für Cannabiskraut in diesem Zeitraum eher stabil geblieben sind. Eine Ausnahme bilden hier Deutschland und Österreich, wo Anzeichen für steigende Preise beobachtet wurden.

## Prävalenz und Konsummuster

### Allgemeinbevölkerung

Nach vorsichtigen Schätzungen haben mehr als 70 Millionen Europäer mindestens einmal (Lebenszeitprävalenz) Cannabis konsumiert, das entspricht über einem Fünftel der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 2 zu entnehmen). Die Angaben der einzelnen Länder zur Lebenszeitprävalenz variieren zwischen 2 % und 37 %. Innerhalb dieser erheblichen Spanne meldet jedoch die Hälfte der Länder Schätzungen zwischen 11 % und 22 %.

Viele Länder berichten über relative hohe 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzraten des Cannabiskonsums. Schätzungen zufolge haben etwa 23 Millionen Europäer in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, das entspricht durchschnittlich etwa 7 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. In den Schätzungen der 30-Tage-Prävalenz werden jene Konsumenten erfasst, die Cannabis regelmäßig, wenn auch nicht unbedingt intensiv konsumieren (siehe unten). Schätzungsweise haben etwa 12,5 Millionen

Europäer in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, das entspricht etwa 4 % der der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

### Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen

Cannabis wird vor allem von jungen Menschen (15 bis 34 Jahre) konsumiert, wobei die höchsten Konsumraten in der Regel unter den 15- bis 24-Jährigen festgestellt werden. Dies gilt für nahezu alle europäischen Länder mit Ausnahme Belgiens, Zyperns und Portugals <sup>(40)</sup>.

Daten aus Erhebungen in der Bevölkerung zeigen, dass durchschnittlich 31 % der jungen europäischen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) mindestens einmal Cannabis probiert haben, während 13 % in den letzten zwölf Monaten und 7 % in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben. Schätzungen zufolge sind in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die Anteile der Europäer, die in den letzten zwölf Monaten (17 %) oder im Laufe der letzten 30 Tage (9 %) Cannabis konsumiert haben, noch höher, obwohl durchschnittlich ein etwas geringerer Anteil der Europäer in dieser Altersgruppe die Droge mindestens einmal probiert hat (30 %). Zwischen den Prävalenzschätzungen des Cannabiskonsums der einzelnen Länder bestehen erhebliche Unterschiede im Hinblick auf alle Prävalenzzeiträume, wobei die Länder am oberen Ende der Skala bis zu 10-mal höhere Werte melden als die Länder mit den niedrigsten Prävalenzraten.

Der Cannabiskonsum ist bei Männern höher als bei Frauen (siehe das ausgewählte Thema zum Drogenkonsum von Männern und Frauen im Jahresbericht 2006), wobei jedoch die Unterschiede von Land zu Land erheblich variieren. Beispielsweise reicht bei der 12-Monats-Prävalenz das Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 6,4:1 in Portugal bis zu 1,3:1 in Italien.

### Cannabiskonsum unter Schülern

Nach Tabak und Alkohol ist Cannabis auch unter Schülern weiterhin die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz.

Der Lebenszeitkonsum von Cannabis unter 15- bis 16-jährigen Schülern kann herangezogen werden, um Aussagen über den jüngsten oder aktuellen Konsum zu treffen, da junge Menschen häufig etwa in diesem Alter erstmals mit Drogen experimentieren. Die Daten aus der HBSC-Erhebung 2005/2006 unter 15-Jährigen zeigten, dass zwischen den 27 teilnehmenden Ländern große Unterschiede hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bestehen. Prävalenzschätzungen für den Lebenszeitkonsum von Cannabis in Höhe von unter 10 % wurden aus fünf Ländern gemeldet, elf Länder berichteten über Werte zwischen 10 % und 20 %, und elf Länder meldeten Werte zwischen 21 %

<sup>(39)</sup> Daten über Preis und Stärke sind den Tabellen PPP-1 und PPP-5 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

<sup>(40)</sup> Siehe Abbildung GPS-1 im Statistical Bulletin 2008.

**Tabelle 2: Prävalenz des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten**

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	letzte zwölf Monate	letzte 30 Tage
<b>15 bis 64 Jahre</b>			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	71,5 Millionen	23 Millionen	12,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	21,8%	6,8%	3,8%
Spanne	1,7-36,5%	0,8-11,2%	0,5-8,7%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (1,7%) Malta (3,5%) Bulgarien (4,4%) Zypern (6,6%)	Malta (0,8%) Bulgarien (1,5%) Griechenland (1,7%) Schweden (2,0%)	Malta (0,5%) Schweden (0,6%) Litauen (0,7%) Bulgarien (0,8%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (36,5%) Frankreich (30,6%) Vereinigtes Königreich (30,1%) Italien (29,3%)	Italien, Spanien (11,2%) Tschechische Republik (9,3%) Frankreich (8,6%)	Spanien (8,7%) Italien (5,8%) Vereinigtes Königreich Frankreich, Tschechische Republik (4,8%)
<b>15 bis 34 Jahre</b>			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	42 Millionen	17,5 Millionen	10 Millionen
Europäischer Durchschnitt	31,2%	13%	7,3%
Spanne	2,9-49,5%	1,9-20,3%	1,5-15,5%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (2,9%) Malta (4,8%) Bulgarien (8,7%) Zypern (9,9%)	Malta (1,9%) Griechenland (3,2%) Zypern (3,4%) Bulgarien (3,5%)	Griechenland, Litauen, Schweden (1,5%) Bulgarien (1,7%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (49,5%) Frankreich (43,6%) Vereinigtes Königreich (41,4%) Spanien (38,6%)	Spain (20,3%) Tschechische Republik (19,3%) Frankreich (16,7%) Italien (16,5%)	Spanien (15,5%) Frankreich, Tschechische Republik (9,8%) Vereinigtes Königreich (9,2%)
<b>15 bis 24 Jahre</b>			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	20 Millionen	11 Millionen	6 Millionen
Europäischer Durchschnitt	30,7%	16,7%	9,1%
Spanne	2,7-44,2%	3,6-28,2%	1,2-18,6%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (2,7%) Malta (4,9%) Zypern (6,9%) Griechenland (9,0%)	Griechenland, Zypern (3,6%) Schweden (6,0%) Bulgarien, Portugal (6,6%)	Griechenland (1,2%) Schweden (1,6%) Zypern, Litauen (2,0%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (44,2%) Tschechische Republik (43,9%) Frankreich (42,0%) Vereinigtes Königreich (39,5%)	Tschechische Republik (28,2%) Spanien (24,3%) Frankreich (21,7%) Vereinigtes Königreich (20,9%)	Spanien (18,6%) Tschechische Republik (15,4%) Frankreich (12,7%) Vereinigtes Königreich (12,0%)

Die Daten basieren auf der letzten verfügbaren Erhebung für die einzelnen Länder. Das Erhebungsjahr liegt zwischen 2001 und 2007. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (328 Millionen), 15 bis 34 Jahre (134 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (64 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2008 verfügbar.

## Jüngste Schulerhebungen

Im Rahmen der WHO-Gemeinschaftsstudie Health behaviour in school-aged children [Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (HBSC)] werden die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten unter Kindern untersucht, wobei seit dem Jahr 2001 auch Fragen über den Cannabiskonsum unter 15-jährigen Schülern gestellt werden. Die zweite Erhebungsrunde mit Fragen über den Cannabiskonsum wurde zwischen Oktober 2005 und Mai 2006 in 26 Mitgliedstaaten und Kroatien durchgeführt.

Die vierte Erhebung im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) fand im Jahr 2007 in 25 Mitgliedstaaten, Kroatien und Norwegen statt. Bei dieser Erhebung wird insbesondere der Substanzkonsum unter Schülern untersucht, die im betreffenden Kalenderjahr 16 Jahre alt werden. Die Ergebnisse der jüngsten Erhebungen werden im Dezember 2008 veröffentlicht.

Die Zahl der teilnehmenden Länder dieser internationalen Schulerhebungen, die beide alle vier Jahre durchgeführt werden, ist kontinuierlich gestiegen und umfasst nun die meisten europäischen Länder.

Spanien, Italien, Portugal, die Slowakei, Schweden und das Vereinigte Königreich haben im Jahr 2006 auch Daten über den Cannabiskonsum aus ihren nationalen Schulerhebungen vorgelegt.

und 31 % (Currie et al., 2008) <sup>(41)</sup>. In dieser Altersgruppe ist die Prävalenz unter Jungen in der Regel höher als unter Mädchen, jedoch bestehen in einigen der Länder mit den höchsten Prävalenzschätzungen zwischen den Geschlechtern keine oder nur geringe Unterschiede hinsichtlich der angegebenen Prävalenz.

Wie bei der Lebenszeiterfahrung ist auch bei den Schätzungen des Konsums in den letzten 30 Tagen unter Schülern eine große Spannweite festzustellen: In einigen Ländern liegt er den Angaben zufolge nahezu bei null, während in anderen etwa 15 % der Befragten angaben, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben, wobei diese Werte unter Jungen zuweilen noch höher sind. Den in früheren ESPAD-Umfragen erhobenen Daten zufolge hatten in den EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und der Türkei im Jahr 2003 schätzungsweise etwa 3,5 Millionen (22,1 %) 15- bis 16-jährige Schüler mindestens einmal Cannabis probiert und etwa 1,7 Millionen (11 %) die Droge in den letzten 30 Tagen vor der Umfrage konsumiert.

## Internationale Vergleiche

Die europäischen Zahlen können mit Daten aus anderen Teilen der Welt verglichen werden. In den Vereinigten Staaten beispielsweise belegen die Ergebnisse der *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit] (Samhsa, 2005) eine Lebenszeitprävalenz von schätzungsweise 49 % unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre, von der EBDD neu berechnet) und eine 12-Monats-Prävalenz von 21 %. Für dieselbe Altersgruppe betrug in Kanada (2004) die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 58 % und die 12-Monats-Prävalenz 28 %, während die entsprechenden Werte in Australien (2004) bei 48 % bzw. 20 % lagen. Alle diese Angaben liegen über den entsprechenden europäischen Durchschnittswerten von 31 % bzw. 13 %.

## Muster des Cannabiskonsums

Die verfügbaren Daten belegen die unterschiedlichsten Muster des Cannabiskonsums. Von den 15- bis 64-Jährigen, die mindestens einmal Cannabis probiert haben, haben nur 30 % die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert <sup>(42)</sup>. Von jenen, die die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben, haben jedoch durchschnittlich 56 % dies auch in den letzten 30 Tagen getan.

Schätzungen der Muster des intensiven und langfristigen Konsums stellen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein wichtiges Thema dar. Der tägliche oder fast tägliche Konsum (Konsum an 20 oder mehr Tagen in den vergangenen 30 Tagen) kann ein Indikator für intensiven Konsum sein. Daten über diese Form des Cannabiskonsums in Europa wurden im Zeitraum 2007 bis 2008 im Rahmen eines von der EBDD koordinierten „Feldversuchs“ in Zusammenarbeit mit nationalen Sachverständigen und 13 Reitox-Knotenpunkten erhoben. Obwohl diese Daten begrenzt sind, kann auf ihrer Grundlage berechnet werden, dass schätzungsweise mehr als 1 % der europäischen Erwachsenen, d. h. etwa 4 Millionen Menschen, täglich oder fast täglich Cannabis konsumieren. Die meisten, d. h. etwa 3 Millionen dieser Cannabiskonsumenden sind zwischen 15 und 34 Jahre alt und machen etwa 2 % bis 2,5 % aller Europäer in dieser Altersgruppe aus <sup>(43)</sup>.

Die Tendenzen des intensiven Cannabiskonsums in Europa sind schwer einzuschätzen, aber in den Ländern, die an beiden Feldversuchen in den Jahren 2004 und 2007 teilgenommen haben (Frankreich, Spanien, Irland, Griechenland, Italien, Niederlande, Portugal), betrug der durchschnittliche Anstieg etwa 20 %, wobei diese Schätzung

<sup>(41)</sup> Siehe Abbildung EYE-5 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(42)</sup> Siehe Abbildung GPS-2 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(43)</sup> Die europäischen Durchschnittswerte sind eine grobe Schätzung auf der Grundlage des (nach der Bevölkerung) gewichteten Durchschnitts der Werte aller Länder, die Daten vorgelegt haben. Für Länder, die keine Daten übermittelt haben, werden die Durchschnittswerte geschätzt. Die Ergebniswerte betragen 1,2 % für alle Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) und 2,3 % für junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre). Siehe Tabelle GPS-7 im Statistical Bulletin 2008.



stark von den in Frankreich, Spanien und Italien ermittelten Werten beeinflusst wird.

Der wiederholte Cannabiskonsum kann selbst bei jüngeren Konsumenten über lange Zeiträume hinweg relativ stabil bleiben. Eine vor kurzem veröffentlichte deutsche Studie, in deren Rahmen eine Kohorte von 14- bis 24-Jährigen zehn Jahre lang beobachtet wurde, ergab, dass ein großer Anteil der Befragten, die zu Beginn der Studie bereits wiederholt (5-mal oder häufiger) Cannabis konsumiert hatten, die Droge weiterhin konsumierte, wobei 56 % nach vier Jahren und 46 % nach zehn Jahren noch immer Cannabis konsumierten. Dagegen konnte zwischen dem gelegentlichen Konsum der Droge zu Beginn des Untersuchungszeitraums (1- bis 4-mal) und einer anschließenden Entwicklung langfristiger und problematischerer Konsumformen offenbar kein Zusammenhang hergestellt werden (Perkonigg, 2008).

Cannabisabhängigkeit wird zunehmend als mögliche Folge eines regelmäßigen Konsums dieser Droge anerkannt, obwohl Schwere und Konsequenzen weniger gravierend erscheinen mögen als jene, die gemeinhin im Zusammenhang mit anderen psychoaktiven Substanzen festgestellt werden. Aufgrund des relativ höheren Anteils der Bevölkerung, der regelmäßig Cannabis konsumiert, können die Auswirkungen intensiver Formen des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit insgesamt erheblich sein. Die Analyse der Daten aus nationalen demografischen Erhebungen der Vereinigten Staaten zeigt, dass etwa 20 % bis 30 % der täglichen Konsumenten zwischen 2000 und 2006 als abhängig eingestuft wurden<sup>(44)</sup>. In einer australischen Studie wurde bei 92 % der langjährigen Cannabiskonsumern festgestellt, dass sie in ihrem Leben bereits abhängig waren, wobei mehr als die Hälfte dieser Konsumenten zum Zeitpunkt der Studie als abhängig eingestuft wurde. Eine ein Jahr später durchgeführte Follow-up-Studie ergab, dass die Messgrößen für Cannabiskonsum und Abhängigkeit während dieses Zeitraums stabil geblieben waren (Swift et al., 2000).

Die EBDD entwickelt in Zusammenarbeit mit mehreren Ländern Verfahren für die Überwachung der intensiveren und signifikanteren Formen des langjährigen Cannabiskonsums, einschließlich der Abhängigkeit. In mehreren EU-Ländern werden derzeit psychometrische Skalen getestet, und die verfügbaren Evidenzdaten werden in diesem Jahr analysiert. Diese Informationen können von den EU-Mitgliedstaaten zur Bewertung der Auswirkungen problematischerer Formen des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit und zur Konzeption geeigneter Maßnahmen herangezogen werden<sup>(45)</sup>.

### Muster des Cannabiskonsums unter Schülern

HBSC-Daten zeigen, dass ein häufiger Cannabiskonsum unter 15-jährigen Schülern nach wie vor selten ist. Nur sechs Länder melden für den häufigen Cannabiskonsum (hier definiert als 40-mal oder häufiger innerhalb der letzten zwölf Monate) Prävalenzraten von über 2 %. Unter Jungen ist der häufige Konsum jedoch in der Regel höher und erreicht in sieben Ländern Prävalenzraten von bis zu 5 %. Die Berichte zeigen, dass zwischen den problematischeren Mustern des Cannabiskonsums und der Zugehörigkeit zu einer gefährdeten Gruppe (z. B. junge Straftäter, Schulschwänzer, Jugendliche mit schlechten schulischen Leistungen) ein Zusammenhang besteht, und legen den Schluss nahe, dass spezielle Strategien erforderlich sind, um diese besonders gefährdeten jungen Menschen zu schützen. Dieses Problem wird im ausgewählten Thema zu gefährdeten Jugendlichen näher beleuchtet.

In Zusammenarbeit mit dem Projekt ESPAD wurde eine Untersuchung des polyvalenten Drogenkonsums durchgeführt, in deren Rahmen im Jahr 2003 Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert hatten, mit anderen Schülern verglichen wurden. Der Vergleich zeigt, dass bei Schülern, die Cannabis konsumiert haben, durchschnittlich eine größere Wahrscheinlichkeit für den Konsum anderer Substanzen besteht. Zwar wurde unter Cannabiskonsumern eine niedrige 30-Tage-Prävalenz für den Konsum anderer Drogen festgestellt (unter 10 %), jedoch waren die Prävalenzraten des Tabakkonsums und des „Kampfrinkens“ unter Cannabiskonsumern mit 80 % etwa doppelt so hoch wie unter den anderen Schülern. Diese Vergleiche zeigen, dass der Cannabiskonsum mit erheblich überdurchschnittlichen Prävalenzraten des Konsums sowohl legaler als auch illegaler Drogen verbunden ist<sup>(46)</sup>.

### Tendenzen beim Cannabiskonsum

Nur Schweden und Norwegen berichten über Erhebungsreihen unter Jugendlichen oder Wehrpflichtigen, die bis in die 70er Jahre zurückreichen. Eine erste Konsumwelle wurde in den 70er Jahren beobachtet, gefolgt von einem Rückgang in den 80er Jahren und einem erneuten erheblichen Anstieg in den 90er Jahren. Bei den im Rahmen jüngster Erhebungen durchgeführten Analysen zum Jahr des Einstiegs in den Cannabiskonsum wurde auch in Spanien (Mitte der 70er Jahre) und Deutschland (Anfang der 90er Jahre) eine erhebliche Zunahme des Cannabiskonsums festgestellt (siehe die Jahresberichte 2004 und 2007).

<sup>(44)</sup> NSDUH-Online-Analyse: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, Abfrage am 25. Februar 2008 unter Verwendung der Variablen MJDAY30A und DEPNDMRJ.

<sup>(45)</sup> Die Maßnahmen, z. B. die Behandlungsformen, werden im Abschnitt „Behandlungsangebot“, S. 50 beschrieben.

<sup>(46)</sup> Die Analyse basiert auf Daten aus der im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) aufgebauten Datenbank und wurde gemäß den Regeln für die Nutzung der ESPAD-Datenbank durchgeführt. Die wichtigsten nationalen Forschungsstellen, die Daten für die teilnehmenden Länder bereitgestellt haben, sind der Projektwebsite ([www.espad.org](http://www.espad.org)) zu entnehmen.

Die der EBDD übermittelten nationalen Erhebungsdaten zeigen, dass der Cannabiskonsum in fast allen EU-Ländern während der 90er Jahre spürbar angestiegen ist, insbesondere unter jungen Leuten (Abbildung 4) und Schülern. Um die Jahrtausendwende stieg die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen in neun Ländern auf bis zu über 30 % und in zwei Ländern auf etwa 40 % an, während die 12-Monats-Prävalenz in sieben Ländern Raten zwischen 15 % und 20 % und die 30-Tage-Prävalenz in sechs Ländern Raten von 8 % bis 15 % erreichte. Besonders interessant ist die Entwicklung des Cannabiskonsums im Vereinigten Königreich (England und Wales): Dieses Land hat Anfang und Mitte der 90er Jahre die europaweit höchsten Prävalenzschätzungen gemeldet, verzeichnete jedoch in letzter Zeit einen kontinuierlichen Abwärtstrend, insbesondere in der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen (47).

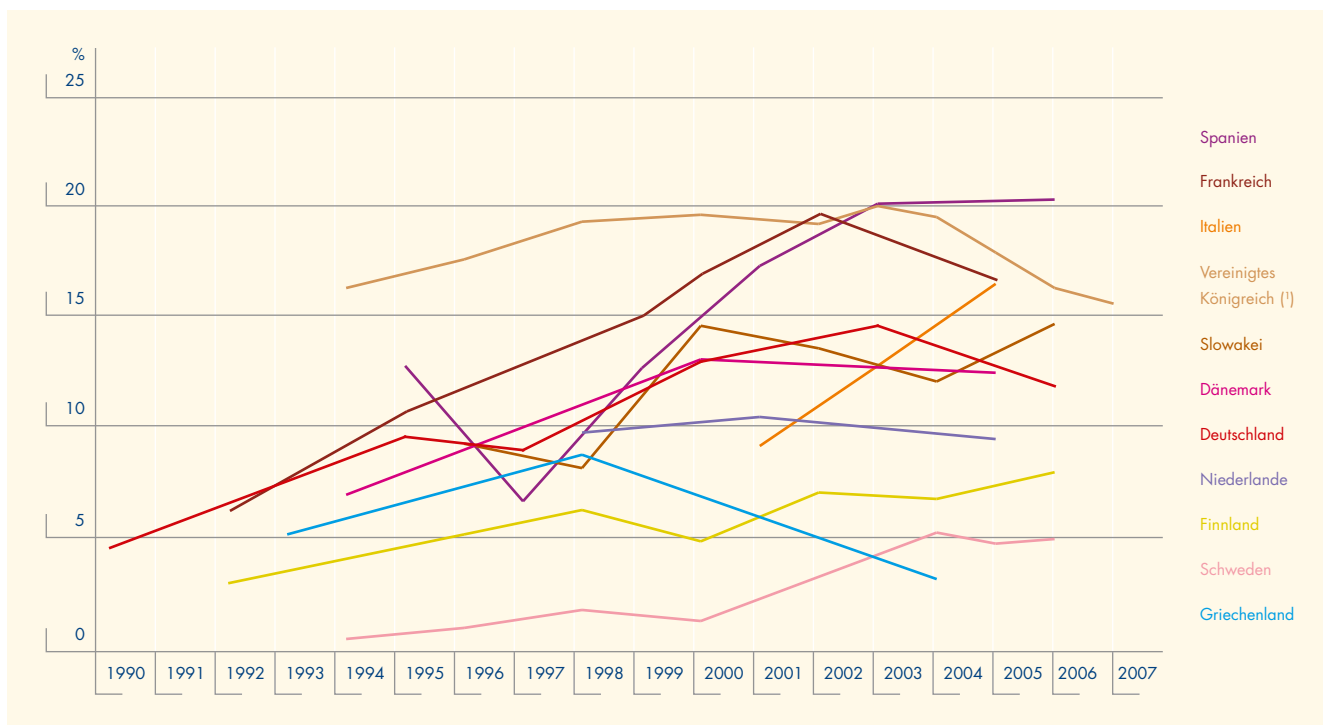
Die Daten aus den jüngsten nationalen Erhebungen lassen erkennen, dass sich der Cannabiskonsum in vielen Ländern stabilisiert. Von den 16 Ländern, für die der Trend zwischen 2001 und 2006 analysiert werden kann, ist in sechs Ländern ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenz unter jungen

Erwachsenen um 15 % oder mehr, in drei ein Rückgang in etwa derselben Größenordnung und in sieben eine Stabilisierung festzustellen (48).

Auch die letzten veröffentlichten Daten über den Cannabiskonsum unter Schülern belegen eine Stabilisierung oder einen Rückgang des Konsums. Beim Vergleich der HBSC-Daten für die Zeiträume 2001 bis 2002 und 2005 bis 2006 ist in den meisten EU-Ländern eine stabile oder rückläufige Tendenz sowohl beim Lebenszeitkonsum als auch bei den Formen des häufigeren Cannabiskonsums unter 15-jährigen Schülern festzustellen (49). Andere nationale Schulumfragen, die in letzter Zeit in Spanien, Portugal, der Slowakei, Schweden und dem Vereinigten Königreich durchgeführt wurden, vermelden ebenfalls stabile oder rückläufige Tendenzen.

Da offenbar die Verfügbarkeit von Cannabis in Europa insgesamt unverändert geblieben ist und die Preise in den meisten Ländern, die Angaben übermittelt haben, zurückgehen, muss eine andere Erklärung für die gegenwärtig zu beobachtende Stabilisierung oder Rückläufigkeit gefunden werden. Bei der in Frankreich im Jahr 2005 durchgeführten demografischen Erhebung (Baromètre

**Abbildung 4:** Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



(1) England und Wales.

Anmerkung: Weitere Informationen sind Abbildung GPS-4 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2007), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

(47) Siehe Abbildung GPS-10 im Statistical Bulletin 2008.

(48) Im Falle fehlender Angaben zu bestimmten Jahren wurden Daten aus dem Vor- oder Folgejahr herangezogen; lagen auch diese Daten nicht vor, wurde keine Analyse durchgeführt.

(49) Siehe Abbildungen EYE-4 und EYE-5 im Statistical Bulletin 2008.

Sante) wurde festgestellt, dass 80% aller Befragten, die den Cannabiskonsum eingestellt hatten, als Grund hierfür mangelndes Interesse angaben. Zum Teil könnte die Entwicklung auch mit dem zu beobachtenden Rückgang des Tabakkonsums erklärt werden, da Cannabis ebenfalls geraucht wird und somit ein gewisser Zusammenhang hergestellt werden könnte (nationale Reitox-Berichte und Currie et al., 2008).

Der Rückgang des experimentellen oder gelegentlichen Cannabiskonsums steht nicht notwendigerweise in unmittelbarem Zusammenhang mit den Tendenzen beim regelmäßigen Konsum dieser Droge. Dies ist den Daten aus zwei aufeinanderfolgenden Erhebungen unter Heranwachsenden in Deutschland zu entnehmen, bei der sinkende Raten der Lebenszeit- und der 12-Monats-Prävalenz festgestellt wurden, während der „regelmäßige Konsum“ von Cannabis (häufiger als 10-mal in den letzten zwölf Monaten) unverändert geblieben ist (2,3%) (BZgA, 2004 und BZgA, 2007, zitiert im nationalen Bericht Deutschlands).

## Cannabisbehandlung

### Muster der Behandlungsnachfrage

Bei den im Jahr 2006 gemeldeten 390 000 Behandlungsnachfragen (hierzu sind Daten aus 24 Ländern verfügbar) wurde Cannabis in rund 21% der Fälle als Hauptgrund für die Aufnahme einer Therapie genannt. Damit steht Cannabis nach Heroin an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten Drogen<sup>(50)</sup>. Allerdings bestehen hier erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: In Bulgarien, Litauen, Luxemburg und Rumänien wurde Cannabis von weniger als 5% der Patienten als Hauptgrund für die Aufnahme einer Behandlung angegeben, während es in Frankreich, Ungarn und den Niederlanden von mehr als 30% der Patienten als Primärdroge genannt wurde<sup>(51)</sup>.

Auch bei den neuen Behandlungsnachfragen wurden erhebliche Unterschiede festgestellt: In Bulgarien, Litauen und Rumänien gaben weniger als 10%, in Dänemark, Deutschland, Frankreich und Ungarn mehr als 50% aller Erstpazienten Cannabis als Primärdroge an<sup>(52)</sup>. Diese Abweichungen könnten auf Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz des intensiven Cannabiskonsums, der Organisation der Drogenbehandlung oder der Überweisungspraxis zurückzuführen sein. Beispielsweise wird in einigen Ländern mit hohen Anteilen von Cannabispatienten (z. B. Deutschland, Ungarn, Österreich,

Schweden) eine Drogenbehandlung als Alternative zur Bestrafung angeboten und ist zuweilen im Falle einer Verhaftung zwingend vorgeschrieben. In Frankreich, das europaweit den höchsten Anteil von Cannabispatienten meldet, wurden vor kurzem spezialisierte Einrichtungen für Cannabiskonsumern geschaffen, was sich unmittelbar auf die gemeldeten Werte auswirkt.

Cannabiskonsumern werden in erster Linie in ambulanten Einrichtungen behandelt, jedoch beantragt in einigen Ländern (Irland, Slowakei, Finnland, Schweden) etwa ein Drittel der Patienten eine stationäre Behandlung<sup>(53)</sup>. Den Berichten zufolge begeben sich die meisten Cannabispatienten aus eigenem Antrieb in Behandlung, jedoch ist ihr Anteil geringer als bei den Patienten, die aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit anderen Drogen Hilfe in Anspruch nehmen möchten.

Ein Teil der Patienten, die wegen des primären Konsums von Cannabis eine Behandlung in ambulanten Einrichtungen beantragen, gibt an, auch andere Drogen zu konsumieren: 21% nennen Alkohol als Sekundärdroge, 12% Amphetamine sowie Ecstasy und 10% Kokain. Nach Alkohol (32%) wird Cannabis (21%) von den Personen, die sich wegen des Konsums anderer Primärdrogen einer Behandlung unterziehen, am zweithäufigsten als Sekundärdroge genannt<sup>(54)</sup>.

### Tendenzen bei den neuen Behandlungsnachfragen

Von den etwa 160 000 neuen Behandlungsnachfragen, die im Jahr 2006 gemeldet wurden (Daten liegen aus 24 Ländern vor), entfällt nach den Heroinpatienten (34%) der zweitgrößte Teil auf Cannabispatienten (28%). Der Anteil der Patienten, die wegen des Konsums von Cannabis als Primärdroge eine Behandlung in Anspruch nehmen, ist bei den Erstpazienten höher als bei den Patienten insgesamt. Die Hälfte der Länder meldet einen zunehmenden Anteil der Erstpazienten, die wegen des Konsums von Cannabis als Primärdroge eine Behandlung beantragen. Die absolute Zahl der neuen Anträge auf Cannabisbehandlung ist im Zeitraum 2002 bis 2006 gestiegen, während der Anteil der Erstpazienten, die sich wegen des primären Konsums von Cannabis in Behandlung begeben, zwischen 2002 und 2005 gestiegen und im Jahr 2006 stabil geblieben ist<sup>(55)</sup>.

Für die zunehmende Tendenz bei den Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Cannabis könnten mehrere Faktoren eine Rolle spielen: die Zunahme des Cannabiskonsums oder des intensiven und langjährigen Konsums, eine verbesserte Datenerhebung,

<sup>(50)</sup> Siehe Abbildung TDI-2 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(51)</sup> Siehe Tabelle TDI-5 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(52)</sup> Siehe Tabelle TDI-4 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(53)</sup> Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(54)</sup> Siehe Tabellen TDI-22 sowie TDI-23 Teil (i) und Teil (iv) im Statistical Bulletin 2008.

die in letzter Zeit vorgenommene Ausweitung und Diversifizierung des Behandlungssystems, dessen Schwerpunkt zuvor auf Heroinkonsumenten lag, das nun jedoch auf die Konsumenten anderer Drogen ausgerichtet wird, sowie Veränderungen in Rechtsvorschriften und politischen Maßnahmen, die zuweilen zu einer verstärkten Überweisung von Cannabiskonsumenten aus Strafvollzugsanstalten in Behandlungseinrichtungen führen (EBDD, 2008a). Die in letzter Zeit beobachtete Stabilisierung der Zahl der neuen Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum könnte auch auf neuere Tendenzen beim Cannabiskonsum und Veränderungen im Behandlungssystem oder hinsichtlich der Überweisungswege in Behandlungseinrichtungen zurückzuführen sein.

### Patientenprofile

Cannabiskonsumenten, die sich in ambulante Behandlung begeben, sind vorwiegend junge Männer, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen 5,2:1 beträgt, und durchschnittlich 24 Jahre alt. In den jüngeren Altersgruppen ist Cannabis die am häufigsten angegebene Primärdroge. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen geben 67% und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen 80% der Erstpazienten Cannabis als Primärdroge an <sup>(56)</sup>.

Im Vergleich zu Patienten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit anderen Drogen eine Behandlung beantragen, sind die meisten Cannabispatienten offensichtlich sozial relativ gut integriert. Viele sind noch in Ausbildung und leben in stabilen Wohnverhältnissen, häufig bei ihren Eltern. Jüngste Forschungsarbeiten berichten jedoch auch, dass Cannabispatienten ein anderes soziales Profil aufweisen als ihre Altersgenossen in der Allgemeinbevölkerung und häufiger von Benachteiligung betroffen sind (EBDD, 2008a).

Insgesamt lassen sich die Patienten, die sich wegen primären Cannabiskonsums in Behandlung begeben, entsprechend der Konsumhäufigkeit in drei Gruppen einteilen, d. h. danach, ob sie die Droge gelegentlich (30%), einmal oder mehrmals wöchentlich (30%) oder täglich (40%) konsumieren <sup>(57)</sup>. In diesem Zusammenhang wurden jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt, insbesondere hinsichtlich des Anteils der regelmäßigen Cannabiskonsumenten, die sich in Behandlung begeben. In Ländern mit einer höheren Zahl von Cannabispatienten reicht der Anteil der täglichen Konsumenten von über 70% in den Niederlanden und Dänemark über 40% bis 60% in Spanien, Frankreich

und Italien bis hin zu 20% bis 30% in Deutschland und Ungarn.

### Behandlungsangebot

Eine von der EBDD in Auftrag gegebene Studie über das Angebot von Therapien für Cannabispatienten in einer Stichprobe von Drogenbehandlungsdiensten in 19 Mitgliedstaaten ergab, dass die Hälfte der untersuchten Dienste keine speziell auf Cannabisprobleme abgestimmten Programme anbot (EBDD, 2008a). Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass viele Cannabiskonsumenten in denselben Einrichtungen behandelt werden wie die Konsumenten anderer Drogen. Dies kann mit Schwierigkeiten sowohl für das Personal als auch für die Patienten verbunden sein.

Von den untersuchten spezialisierten Einrichtungen boten die meisten eine Kurzzeitbehandlung für Cannabiskonsumenten an, die weniger als 20 Sitzungen umfasste. Die Behandlung erfolgte in der Regel in Form einer individuellen Beratung und Therapie oder einer Beratung über die möglichen Auswirkungen des Cannabiskonsums. Einige Dienste boten im Rahmen ihrer Behandlung auch Cannabisentgiftung, Familientherapie, therapeutische Gemeinschaften und Selbsthilfegruppen an. Eine stationäre Behandlung von Cannabisproblemen erfolgte, wenn überhaupt, im Zusammenhang mit der entlastenden Behandlung von Menschen mit Störungen des Sozialverhaltens.

Die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema lässt den Schluss zu, dass bei Cannabispatienten mehrere Formen der Psychotherapie nachweislich wirksam sind, darunter die Motivationstherapie und die kognitive Verhaltenstherapie, wobei sich jedoch keine Form der Psychotherapie als wirksamer erwiesen hat als andere (Nordstrom und Levin, 2007). Zwar wurden die meisten Studien zur Wirksamkeit von Cannabisbehandlungen in den Vereinigten Staaten und Australien durchgeführt, jedoch werden derzeit auch europäische Studien eingeleitet oder gemeldet. Im Jahr 2004 begann in Deutschland eine randomisierte kontrollierte Studie, in deren Rahmen das Therapieprogramm „Candis“ für Jugendliche mit cannabisbedingten Störungen untersucht wurde. Das Programm basiert auf motivationssteigernden, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und psychosozialen Problemlösekomponenten. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Hälfte der Patienten bei Behandlungsende den Cannabiskonsum eingestellt hatte. Weitere 30% hatten ihren Cannabiskonsum reduziert. Darüber hinaus wurde über einen spürbaren Rückgang der mit dem Cannabiskonsum verbundenen psychischen und sozialen

<sup>(55)</sup> Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-2 sowie Tabellen TDI-3 Teil (iv) und TDI-5 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(56)</sup> Siehe Tabellen TDI-10 und TDI-21 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(57)</sup> Siehe Tabelle TDI-18 im Statistical Bulletin 2008.

Probleme berichtet. Eine Fortführungsstudie befindet sich derzeit in Planung.

Mehrere Länder berichten über Initiativen für das Angebot von Therapien für junge Cannabiskonsumenten. In Frankreich wurden seit dem Jahr 2005 landesweit etwa 250 Cannabisberatungszentren geschaffen, die Konsumenten und ihre Familien beraten und unterstützen. In Dänemark wurden kürzlich Mittel speziell für die Entwicklung gezielter Programme für junge Cannabiskonsumenten bereitgestellt. Darüber hinaus führen Belgien, Deutschland, Frankreich, die Niederlande und die Schweiz gemeinsam ein internationales Forschungsprojekt zur Wirksamkeit einer ganzheitlichen, familienbasierten Behandlung für problematische Cannabiskonsumenten (Incant) durch <sup>(58)</sup>.

In Deutschland ist man bemüht, das internetbasierte Cannabis-Ausstiegprogramm „Quit the shit“ <sup>(59)</sup>, das in Zusammenarbeit mit ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe interaktive Beratungsdienste anbietet, in die kommunalen Strukturen der Jugend- und Drogenhilfe bzw. der Suchtprävention zu integrieren.

Die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Rahmen von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage nimmt in Europa weiterhin zu. Im Zeitraum 2006 bis 2007 berichteten neun Mitgliedstaaten über die Verfügbarkeit von Aufklärungs- und Beratungsdiensten zum Drogenkonsum, wobei sich acht Länder auf das Internet stützen (Tschechische Republik, Deutschland, Estland, Niederlande, Portugal, Österreich, Slowakei, Vereinigtes Königreich) und in

Dänemark SMS eingesetzt werden. Diese internetbasierten Dienste richten sich an junge Menschen und befassen sich schwerpunktmäßig mit Problemen im Zusammenhang mit Alkohol und Cannabis.

### Cannabiskonsumenten im Kontakt mit dem Strafvollzugssystem

Cannabis ist in Europa die in polizeilichen Meldungen über Drogendelikte am häufigsten genannte illegale Droge <sup>(60)</sup> und die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dieser Droge ist in der Europäischen Union zwischen 2001 und 2006 um durchschnittlich 34 % gestiegen (Abbildung 2). Die verfügbaren Daten zeigen, dass der Großteil der gemeldeten Cannabisdelikte nicht mit dem Handel und dem Angebot, sondern mit dem Konsum und dem Besitz für den eigenen Gebrauch in Zusammenhang steht. In den meisten Berichtsländern wurden 62 % bis 95 % aller gemeldeten Cannabisdelikte in Verbindung mit dem Konsum begangen.

Da viele Drogenstraftäter junge Cannabiskonsumenten sind, die andernfalls nicht mit den Drogendiensten in Berührung kämen, wird zunehmend über eine Zusammenarbeit zwischen den Justizbehörden einerseits und Präventions- und Beratungsdiensten an Schulen sowie Einrichtungen der Jugendhilfe andererseits berichtet. Deutschland, Spanien (Katalonien), Luxemburg und Österreich haben Protokolle und Programme für junge Menschen eingeführt, die gegen die Drogengesetzgebung verstoßen haben oder wegen des Konsums oder Besitzes von Drogen, vor allem von Cannabis, verurteilt wurden. Dem Straftäter kann die Möglichkeit eingeräumt

### Rauchverbote und Cannabis

Die möglichen Zusammenhänge zwischen Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und dem Rauchen von Cannabis sollten aufmerksam beobachtet werden. In Europa werden mehr und mehr Rauchverbote verhängt: In neun Mitgliedstaaten herrscht inzwischen ein uneingeschränktes Rauchverbot (am Arbeitsplatz und in öffentlichen Räumen, einschließlich Restaurants und Bars), und Belgien, Dänemark, Deutschland, die Niederlande und Portugal haben vor kurzem zumindest teilweise Rauchverbote eingeführt.

Einer Überprüfung prospektiver Studien (Mathers et al., 2006) zufolge ist kein Zusammenhang zwischen dem Tabakkonsum und dem späteren Konsum illegaler Drogen mehr festzustellen, wenn eine Bereinigung um die zugrunde liegenden Risikofaktoren vorgenommen wird. Allerdings ist für den Cannabiskonsum in Europa unter Tabakrauchern eine höhere Prävalenz festzustellen, und eine restriktive Tabakpolitik

könnte die wahrgenommenen Normen, die sich sowohl auf den Tabak- als auch auf den Cannabiskonsum auswirken, positiv beeinflussen.

Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass Cannabis und Zigaretten wirtschaftlich betrachtet Komplemente darstellen (d. h. im Hinblick auf Preis und Verfügbarkeit ist eine analoge Entwicklung zu verzeichnen) (Cameron und Williams, 2001). In einzelnen Studien wurde festgestellt, dass höhere Tabaksteuern offenbar zu einer Abnahme der Intensität des Marihuanakonsums führen und eine leicht negative Wirkung auf die Wahrscheinlichkeit des Konsums unter Männern haben könnten (Farrelly et al., 2001).

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass sich das niederländische Rauchverbot in Restaurants und Bars auch auf Coffeeshops erstreckt und die Stadt Amsterdam beschlossen hat, das Cannabisrauchen in der Öffentlichkeit zu verbieten.

<sup>(58)</sup> <http://www.incant.eu>

<sup>(59)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(60)</sup> Siehe Tabelle DLO-6 im Statistical Bulletin 2008.

werden, statt der Zahlung einer Geldbuße einen Kurs zu absolvieren. Die in den einzelnen Ländern angebotenen Programme zielen darauf ab, einem weiteren Drogenkonsum und erneuter Straffälligkeit vorzubeugen, und können die Familie einbeziehen sowie schulische oder psychologische Beratung umfassen.

Bei einer Follow-up-Evaluierung des deutschen Programms FReD für junge Straftäter (100 Befragte) wurde festgestellt,

dass 44% der ehemaligen Teilnehmer ihren Alkohol- und Tabakkonsum eingeschränkt, 79% den Konsum illegaler Drogen reduziert oder eingestellt und 69% seit Abschluss des Kurses keine Straftaten mehr begangen haben. Eine Evaluierung eines ähnlichen Projekts im Vereinigten Königreich, der Youth Offending Teams (YOT), ergab, dass dieses erhebliche potenzielle Vorteile barg (Matrix Research, 2007).



# Kapitel 4

## Amphetamine, Ecstasy und LSD

### Einführung

Weltweit gehören Amphetamine (ein Oberbegriff für Amphetamin und Methamphetamin) und Ecstasy nach Cannabis zu den am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. Zwar könnte derzeit der Kokainkonsum auf europäischer Ebene in absoluten Werten höher sein, da jedoch Kokain schwerpunktmäßig in einigen wenigen Ländern konsumiert wird, steht in den meisten europäischen Ländern nach wie vor eine synthetische Droge an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen. Darüber hinaus stellt der Amphetaminkonsum in einigen Teilen Europas einen wichtigen Aspekt der

#### Amphetamin und Methamphetamin: Unterschiede und Ähnlichkeiten

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

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

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

Quelle: EBDD: Drug profiles [Drogenprofile] (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Drogenproblematik dar, da Amphetaminkonsumenten einen erheblichen Anteil der Behandlungsbedürftigen ausmachen.

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

Ecstasy gehört zu den synthetischen Substanzen, die chemisch mit dem Amphetamin verwandt sind, sich in ihrer Wirkung jedoch in gewisser Weise davon unterscheiden. Die bekannteste Droge der Ecstasy-Gruppe ist 3,4-Methylendioxy-Methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen (MDA, MDEA). Der Ecstasykonsum war in Europa bis zu den späten 80er Jahren praktisch unbekannt, stieg jedoch in den 90er Jahren drastisch an. Seine Popularität stand ursprünglich in Zusammenhang mit der Tanz- und Musikszene. Grundsätzlich ist festzustellen, dass hohe Prävalenzraten des Konsums synthetischer Drogen in der Regel in bestimmten Subgruppen oder sozialen Milieus zu verzeichnen sind.

Die Prävalenzschätzungen für den Konsum von Lysergsäurediethylamid (LSD), der bei Weitem bekanntesten halluzinogenen Substanz, waren in Europa niedrig und blieben über geraume Zeit recht stabil. Jedoch gibt es Anzeichen für ein zunehmendes Interesse junger Menschen an natürlichen halluzinogenen Substanzen.

### Angebot und Verfügbarkeit

#### Amphetamin

Die weltweite Produktion von Amphetamin wurde im Jahr 2006 auf 126 Tonnen geschätzt. Die Herstellung erfolgt weiterhin vorwiegend in Europa, auf das 79% aller im Jahr 2006 gemeldeten Amphetamin-Labors entfielen (UNODC, 2008), weitet sich jedoch auf andere Teile der Welt aus, insbesondere auf Nordamerika und Südostasien<sup>(61)</sup>. Weltweit wurden im Jahr 2006 mehr als 19 Tonnen Amphetamin sichergestellt, größtenteils im

<sup>(61)</sup> Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen siehe S. 41.



Nahen und Mittleren Osten (67%), wo in Südosteuropa hergestellte „Captagon“-Tabletten<sup>(62)</sup> beschlagnahmt wurden. Die zweitgrößte Menge Amphetamin wurde in West- und Mitteleuropa (27%) sichergestellt; hierin zeigt sich die Rolle der Europäer sowohl als wichtigste Hersteller als auch als Hauptkonsumenten dieser Droge (CND, 2008; UNODC, 2008).

Der größte Teil des in Europa sichergestellten Amphetamins wird (nach hergestellten Mengen in absteigender Reihenfolge) in den Niederlanden, Polen und Belgien sowie in geringerem Umfang in Estland und Litauen hergestellt. Im Jahr 2006 wurden in der Europäischen Union 40 Herstellungs-, Verpackungs- oder Lagerstätten von Amphetaminen aufgedeckt (Europol, 2007a), während das UNODC (2008) die Aushebung von 123 Labors in europäischen Ländern meldete.

Die Türkei meldete die Sicherstellung von 20 Millionen Amphetamin-tabletten mit dem Logo „Captagon“. Die Herstellung von Amphetamin in dieser Form findet den Berichten zufolge sowohl in Bulgarien als auch in der Türkei statt, und man geht davon aus, dass die Tabletten weitgehend für den Export in Konsumentenländer im Nahen und Mittleren Osten bestimmt sind.

Im Jahr 2006 wurden in Europa bei schätzungsweise 38 000 Sicherstellungen 6,2 Tonnen Amphetaminpulver beschlagnahmt. Zwar weisen die vorläufigen Zahlen für das Jahr 2006 auf einen Rückgang gegenüber den in den Jahren 2004 und 2005 gemeldeten höheren Werten hin, jedoch sind sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die Menge der beschlagnahmten Amphetamine im Fünfjahreszeitraum 2001 bis 2006 insgesamt gestiegen<sup>(63)</sup>. Diese Schlussfolgerung ist jedoch vorläufig, da die jüngsten Daten aus dem Vereinigten Königreich, das in der Regel europaweit die meisten Sicherstellungen meldet, noch nicht vorliegen. Einige wenige Länder berichten über zunehmende Sicherstellungen von Amphetamin-tabletten (im Gegensatz zu Amphetaminpulver). In der Europäischen Union (vor allem in Spanien) wurden im Jahr 2006 insgesamt 390 000 Tabletten sichergestellt.

Hinsichtlich der Reinheit der analysierten Stichproben des 2006 in Europa sichergestellten Amphetamins wurden so große Unterschiede festgestellt, dass jede Aussage über typische Werte mit Bedacht zu treffen ist. Dennoch können die Länder, die für 2006 Daten übermittelt haben, in zwei Gruppen eingeteilt werden: Zehn Länder berichteten über Werte zwischen 2% und

### Internationale Maßnahmen gegen die Herstellung und Abzweigung von Grundstoffen für synthetische Drogen

Die Bemühungen im Rahmen der Strafverfolgung haben als ergänzende Gegenmaßnahmen zunehmend auch die für die Herstellung illegaler Drogen erforderlichen chemischen Grundstoffe zum Gegenstand. Das Project Prism ist eine internationale Initiative, die die Abzweigung chemischer Grundstoffe für die illegale Herstellung synthetischer Drogen verhindern soll und sich dabei auf ein System stützt, in dem vor der legalen Ausfuhr von Grundstoffen Meldungen erfolgen, und zum anderen auf die Meldung von abgefangenen Lieferungen und Sicherstellungen im Falle verdächtiger Transaktionen zurückgreift. Informationen über die Tätigkeiten in diesem Bereich werden dem International Narcotics Control Board [Internationales Suchtstoffkontrollamt] gemeldet (INCB, 2008b).

Den Berichten zufolge wurden im Jahr 2006 weltweit mehr als 11 Tonnen Ephedrin und Pseudoephedrin sichergestellt. Der größte Teil der Sicherstellungen dieser zentralen Grundstoffe für die Herstellung von Methamphetamin entfiel auf China, gefolgt von Kanada und Myanmar. In den EU-Mitgliedstaaten (vor allem in Belgien und Ungarn), der Russischen Föderation und der Ukraine wurden insgesamt nur 0,3 Tonnen beschlagnahmt, obwohl Europol (2008) über eine Zunahme der Ausfuhr, des Umschlags und der Abzweigung dieser chemischen Stoffe in der Europäischen Union berichtet.

Die weltweiten Sicherstellungen von 1-Phenyl-2-Propanon (P-2-P), das für die illegale Herstellung sowohl von Amphetamin als auch von Methamphetamin verwendet werden kann, gingen im Jahr 2006 zurück. Ausnahmen von dieser Entwicklung bildeten die EU-Mitgliedstaaten (vor allem Dänemark, die Niederlande und Polen) sowie die Türkei und die Russische Föderation, auf die insgesamt der Großteil der weltweit sichergestellten 2 600 Liter P-2-P entfiel. In Europa wird dieser Grundstoff vorwiegend für die Herstellung von Amphetamin verwendet und stammt in der Regel aus asiatischen Ländern (China), wobei jedoch seit 2004 auch über den Handel mit aus der Russischen Föderation stammendem P-2-P berichtet wird (Europol, 2007a).

Die weltweiten Sicherstellungen von 3,4-Methylendioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), das für die Herstellung von MDMA verwendet wird, ist im Jahr 2006 auf 7 500 Liter zurückgegangen, wobei 105 Liter in den Niederlanden und die gesamte übrige Menge in Kanada beschlagnahmt wurden. Mit 62 Litern wurde weltweit eine zu vernachlässigende Menge Safrol sichergestellt, das bei der Herstellung von MDMA als Ersatz für 3,4-MDP-2-P dienen kann. Der größte Teil dieser Sicherstellungen entfiel auf Australien, während innerhalb Europas nur Frankreich eine Sicherstellung von Safrol (7 Liter) meldete.

<sup>(62)</sup> Captagon ist einer der eingetragenen Handelsnamen für Fenetyllin, ein synthetisches Stimulans, das auf das zentrale Nervensystem wirkt. Allerdings werden in den mit diesem Logo auf dem illegalen Markt gehandelten Tabletten gemeinhin sowohl Amphetamin als auch Koffein festgestellt.

<sup>(63)</sup> Die in diesem Kapitel angeführten Daten zu den europäischen Sicherstellungen sind den Tabellen SZR-11 bis SZR-18 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen. Es ist zu beachten, dass im Falle fehlender Daten für das Jahr 2006 für die Schätzung der europäischen Gesamtwerte die entsprechenden Daten für das Jahr 2005 herangezogen werden.

10 %, während die übrigen eine höhere Reinheit (25 % bis 47 %) meldeten. Die letztgenannte Gruppe umfasst in der Regel jene Länder, die bekanntermaßen eine größere Rolle bei der Herstellung, dem Handel oder dem Konsum von Amphetamin spielen (Niederlande, Polen sowie die baltischen und skandinavischen Länder). Im Laufe der letzten fünf Jahre ist die Reinheit des Amphetamins in den meisten der 19 Länder, die ausreichende Daten für eine Analyse vorgelegt haben, stabil geblieben oder gesunken.

Im Jahr 2006 lag der übliche Verkaufspreis von Amphetamin in der Hälfte der Berichtsländer zwischen 10 EUR und 15 EUR pro Gramm. Im Zeitraum 2001 bis 2006 ging der Verkaufspreis von Amphetamin mit Ausnahme der Tschechischen Republik, Spaniens und Rumäniens in allen 16 Ländern zurück, die ausreichende Daten für eine Analyse vorgelegt haben.

### Methamphetamin

Methamphetamin wird vorwiegend in Nordamerika sowie Ost- und Südostasien hergestellt. Im Jahr 2006 belief sich die weltweite Herstellung von Methamphetamin auf schätzungsweise 266 Tonnen und war damit höher als bei jeder anderen illegalen synthetischen Droge. Weltweit wurden im Jahr 2006 etwa 15,8 Tonnen Methamphetamin beschlagnahmt, wobei die größten Mengen in Ost- und Südostasien sichergestellt wurden, gefolgt von Nordamerika. Weniger als 1 % des sichergestellten Methamphetamins stammte aus Europa (UNODC, 2007, 2008).

In Europa ist die illegale Herstellung von Methamphetamin weitgehend auf die Tschechische Republik beschränkt, wo im Jahr 2006 mehr als 400 kleine „Küchenlabors“ aufgedeckt wurden. Darüber hinaus wird die Droge auch in der Slowakei und in geringerem Umfang in Litauen hergestellt (INCB, 2008a).

Im Jahr 2006 wurden den Berichten aus 17 europäischen Ländern zufolge bei schätzungsweise 3 000 Sicherstellungen etwa 154 kg Methamphetamin beschlagnahmt. Sowohl die meisten Sicherstellungen als auch die größten beschlagnahmten Mengen entfallen auf Norwegen, gefolgt von Schweden, der Tschechischen Republik und der Slowakei. In den beiden letztgenannten Ländern wurden eher geringe Mengen beschlagnahmt, in der Regel einige Gramm oder weniger. Zwischen 2001 und 2006 wurde in Europa ein Anstieg sowohl der Zahl der Sicherstellungen als auch der Menge des beschlagnahmten Methamphetamins verzeichnet, wobei diese Werte jedoch im Vergleich zu anderen Drogen nach wie vor niedrig sind. Den begrenzten verfügbaren Daten

zufolge ist die typische Reinheit von Methamphetamin im Jahr 2006 um 20 % bis 55 % zurückgegangen.

### Ecstasy

Dem Bericht des UNODC (2007a) zufolge ist die weltweite Herstellung von Ecstasy im Jahr 2006 auf etwa 102 Tonnen gefallen. Die Herstellung hat sich offenbar weiter verbreitet, da nun in Nordamerika sowie in Ost- und Südostasien vermehrt Ecstasy für den Konsum im Land selbst hergestellt wird. Dennoch wird Ecstasy nach wie vor größtenteils in Europa hergestellt, wobei die Produktion in erster Linie in den Niederlanden (wo die Herstellung im Jahr 2006 wieder zugenommen haben könnte, nachdem sie zuvor über einige Jahre hinweg gefallen war), Belgien sowie in geringerem Umfang in Polen und im Vereinigten Königreich erfolgt.

Die relative Bedeutung Europas sowohl als Konsument als auch als Hersteller von Ecstasy wird durch die Daten über die Sicherstellungen belegt. Die europäischen Länder berichteten über mehr als 20 000 Sicherstellungen, bei denen im Jahr 2006 nahezu 14 Millionen Ecstasy-Tabletten beschlagnahmt wurden. Der größte Teil des sichergestellten Ecstasy entfiel auf die Niederlande (4,1 Millionen Tabletten), gefolgt vom Vereinigten Königreich, der Türkei, Frankreich und Deutschland. Insgesamt ist die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy im Zeitraum 2001 bis 2006 gesunken, und auch die beschlagnahmten Mengen sind seit dem im Jahr 2002 verzeichneten Rekordhoch zurückgegangen<sup>(64)</sup>. Von den im Jahr 2006 weltweit sichergestellten 4,5 Tonnen Ecstasy entfielen 43 % auf West- und Mitteleuropa. Im Vergleich hierzu entfielen auf Nordamerika 34 % (UNODC, 2008).

Insgesamt enthielten die meisten der im Jahr 2006 in Europa analysierten Ecstasy-Tabletten als einzige psychoaktive Substanz MDMA oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz (MDEA, MDA), wobei dies in 17 Ländern auf mehr als 70 % aller analysierten Ecstasy-Tabletten zutraf. Ausnahmen bildeten dabei Spanien und Polen, deren Berichten zufolge bei der Analyse der als Ecstasy gehandelten Tabletten häufig Amphetamin oder Methamphetamin nachgewiesen wurde, oft in Kombination mit MDMA oder einer anderen analogen Substanz. In Lettland und Malta enthielten die meisten analysierten Tabletten keine einzige kontrollierte Substanz.

Die meisten Länder meldeten einen typischen MDMA-Gehalt der Ecstasy-Tabletten zwischen 25 mg und 65 mg, wobei jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den analysierten Stichproben festgestellt wurden (9 mg bis 90 mg). Darüber hinaus berichteten einige Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Norwegen) über hochdosierte Ecstasy-Tabletten mit einem MDMA-Gehalt von über 130 mg, und auf einigen Märkten

<sup>(64)</sup> Diese Aussage ist vorläufig, da aus dem Vereinigten Königreich, das im Jahr 2005 die meisten Sicherstellungen gemeldet hat, noch keine Daten für das Jahr 2006 vorliegen.

ist nun qualitativ hochwertiges MDMA-Pulver verfügbar. Hinsichtlich des MDMA-Gehalts von Ecstasy-Tabletten ist keine klare mittelfristige Tendenz auszumachen. Eindeutig erkennbar ist jedoch, dass die Ecstasy-Preise im Vergleich zur Situation Anfang der 90er Jahre, als die Droge erstmals in weiten Teilen Europas angeboten wurde, erheblich gesunken sind. Zwar werden den Berichten zufolge in einigen Ländern Tabletten für nur 1 EUR verkauft, jedoch melden derzeit die meisten Länder übliche Verkaufspreise zwischen 3 EUR und 9 EUR pro Tablette, und die verfügbaren Daten für den Zeitraum 2001 bis 2006 sprechen dafür, dass der (inflationbereinigte) Verkaufspreis weiter gefallen ist.

## LSD

Im Zusammenhang mit LSD wird nach wie vor nur ein marginaler Konsum und Handel beobachtet, obwohl die Sicherstellungen in Europa möglicherweise auf ein Wiederaufleben des Interesses an dieser Droge in den letzten Jahren hindeuten. Nach einer dauerhaften rückläufigen Entwicklung seit den 90er Jahren sind seit dem Jahr 2003 sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die beschlagnahmten Mengen gestiegen. Über die momentane Situation kann keine eindeutige Aussage getroffen werden, da zwar die vorläufig verfügbaren Daten einen leichten Rückgang beider Messgrößen zeigen, jedoch das Vereinigte Königreich, das in der Regel die höchsten sichergestellten Mengen LSD meldet, noch keine Daten vorgelegt hat. Die (inflationbereinigten) Verkaufspreise für LSD sind seit 2001 leicht gesunken und lagen im Jahr 2006 in den meisten europäischen Ländern zwischen 5 EUR und 11 EUR pro Einheit.

## Prävalenz und Konsummuster

Innerhalb der EU verzeichnen die Tschechische Republik, Estland und das Vereinigte Königreich einen relativ hohen Konsum von Amphetaminen oder Ecstasy. Gemessen an der nationalen Drogensituation insgesamt melden darüber hinaus einige mittel- und nordeuropäische Länder relativ hohe Werte. Die Gesamtkonsumraten synthetischer halluzinogener Drogen wie Lysergsäurediethylamid (LSD) dagegen sind insgesamt niedriger und über geraume Zeit weitgehend stabil geblieben.

Die aus einigen Ländern gemeldeten höheren Prävalenzraten sind, einfach ausgedrückt, im Zusammenhang mit zwei unterschiedlichen Konsummestern zu verstehen. In einigen wenigen Ländern betrifft der – oftmals injizierende – Konsum von Amphetamin oder Methamphetamin einen erheblichen Anteil aller problematischen

Drogenkonsumenten und der Patienten, die sich wegen Drogenproblemen in Behandlung begeben. Anders als bei diesen chronischen Drogenkonsumenten besteht ein allgemeinerer Zusammenhang zwischen synthetischen Drogen, insbesondere Ecstasy, und Nachtclubs, Tanzmusik und einigen Subkulturen. Dies führt dazu, dass verglichen mit der Allgemeinbevölkerung signifikant höhere Konsumraten unter jungen Menschen gemeldet und in einigen Milieus oder bestimmten Subgruppen außergewöhnlich hohe Konsumraten festgestellt werden.

## Amphetamine

Neuesten demografischen Erhebungen zufolge reichen die Lebenszeitprävalenzraten für den Konsum von Amphetaminen<sup>(65)</sup> in den europäischen Ländern von 0,1 % bis zu 11,9 % aller Erwachsenen (15 bis 64 Jahre). Durchschnittlich haben 3,3 % der erwachsenen Europäer mindestens einmal Amphetamine konsumiert. Der Konsum während der letzten zwölf Monate ist mit 0,6 % (die Spanne reicht von 0 % bis 1,3 %) im europäischen Durchschnitt wesentlich niedriger. Den Schätzungen zufolge haben in Europa rund 11 Millionen Menschen Amphetamine probiert und etwa 2 Millionen Europäer die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 3 zu entnehmen).

Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) verzeichnen die Länder mit Raten zwischen 0,2 % und 16,5 % sehr unterschiedliche Werte, wobei der europäische Durchschnitt bei etwa 5 % liegt. Die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums in dieser Altersgruppe reicht von 0,1 % bis 2,9 %, wobei die meisten Länder Prävalenzschätzungen zwischen 0,7 % und 1,9 % melden. Schätzungsweise haben durchschnittlich 1,3 % der jungen erwachsenen Europäer in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert.

## Problematischer Amphetaminkonsum

Der EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum kann in gewissem Maße auch für Amphetamine herangezogen werden, soweit er den injizierenden oder langjährigen/ regelmäßigen Konsum der Substanz definiert. Nur ein Mitgliedstaat (Finnland) hat eine jüngere nationale Schätzung des problematischen Amphetaminkonsums vorgelegt. Demzufolge gab es in Finnland im Jahr 2005 zwischen 12 000 und 22 000 problematische Amphetaminkonsumenten (4,3 bis 7,9 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren). Dieser Wert entspricht dem Vierfachen der Zahl der problematischen Opioidkonsumenten in Finnland.

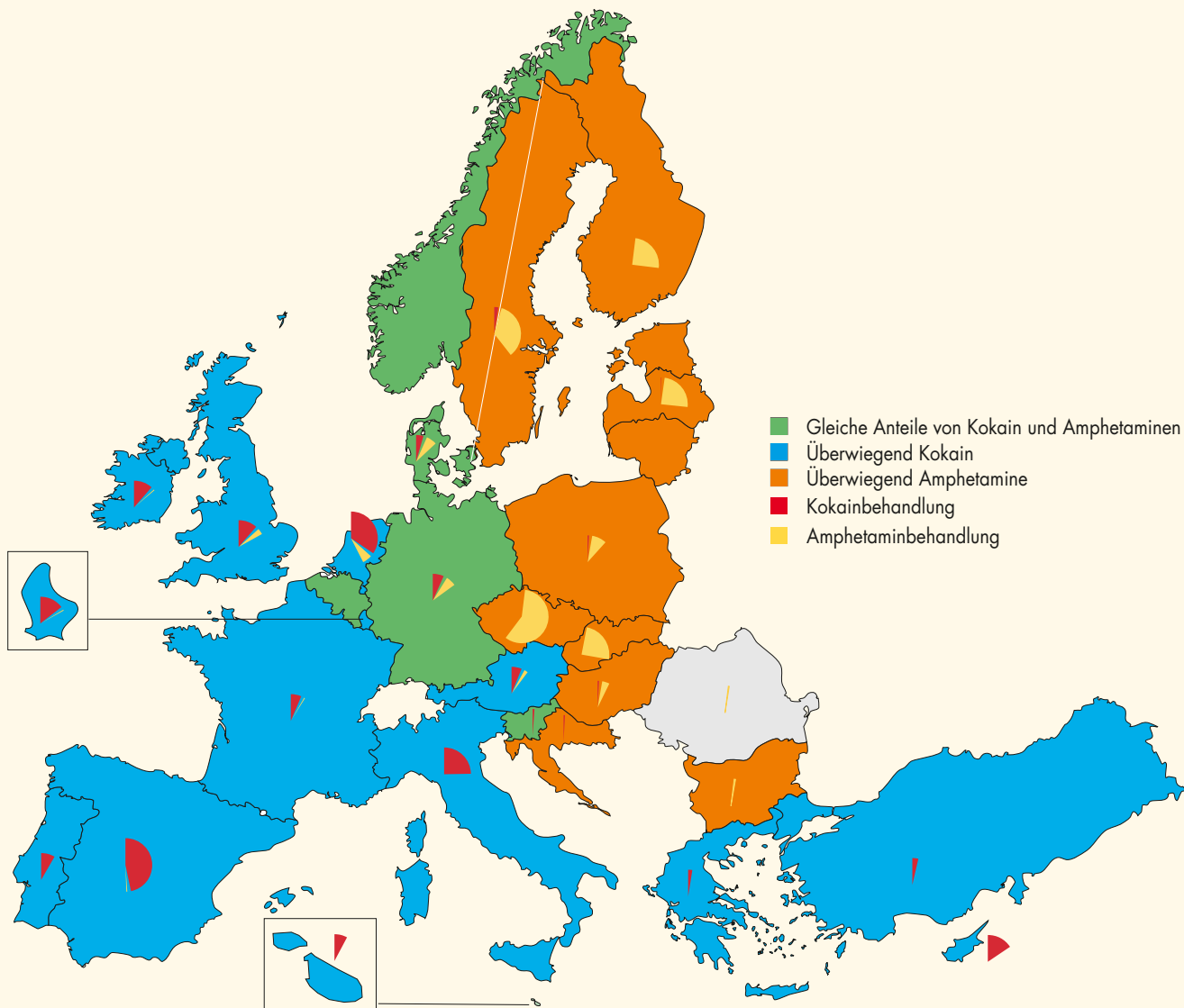
<sup>(65)</sup> Die Erhebungsdaten zum „Amphetaminkonsum“ unterscheiden häufig nicht zwischen Amphetamin und Methamphetamin, beziehen sich aber in der Regel auf den Konsum von Amphetamin (Sulfat oder Dexamphetamin), da der Konsum von Methamphetamin in Europa, auf das den Berichten zufolge weniger als 1 % der weltweiten Sicherstellungen von Methamphetamin entfallen, wenig verbreitet ist.

### Der europäische Markt für Stimulanzien: „Kokainländer“ und „Amphetaminländer“?

Die zusammenfassende Auswertung von Informationen aus verschiedenen Datenquellen deutet darauf hin, dass verschiedene Stimulanzien in unterschiedlichen Ländern eine ähnliche Rolle spielen können und es infolgedessen bei der einschlägigen Politikgestaltung sinnvoll sein könnte, nicht nur die einzelnen Substanzen, sondern den Markt für Stimulanzien insgesamt ins Auge zu fassen. In einigen Ländern ist offenbar Kokain das vorherrschende Stimulans, während in anderen der

Konsum von Amphetamin oder Methamphetamin offenkundig weiter verbreitet ist. Die gemeinsame Untersuchung der Daten aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung und Berichten über Sicherstellungen legt den Schluss nahe, dass die nord- und mitteleuropäischen Länder im Allgemeinen eher zur „Amphetamingruppe“ zählen, während in den west- und südeuropäischen Ländern der Kokainkonsum weitgehend überwiegt.

Europäische Märkte für Stimulanzien: relative Prävalenz von Kokain oder Amphetaminen in Sicherstellungen und demografischen Erhebungen sowie Anteil der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten, die diese Substanzen als Primärdrogen angeben



Hinsichtlich der relativen Bedeutung von Stimulanzien im Rahmen der allgemeinen Drogenproblematik bestehen ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Dies ist den Behandlungsdaten zu entnehmen: In einer begrenzten Gruppe von Ländern erfolgt ein relativ hoher Anteil aller Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Stimulanzien (Methamphetamin in der Tschechischen Republik und der Slowakei, Amphetamin in Lettland, Schweden und Finnland sowie Kokain in Spanien, Italien und den Niederlanden), während in anderen Ländern der Anteil der Patienten, die eine dieser Substanzen als Hauptgrund für die Beantragung einer Behandlung angeben, sehr gering und zuweilen sogar zu vernachlässigen ist.

Die Behandlungsdaten weisen ferner darauf hin, dass Patienten, die wegen des Konsums von Stimulanzien behandelt werden, in der Regel nur mit einer Form von Stimulanzien Probleme haben. Beispielsweise haben nur etwa 8% der ambulanten Kokainpatienten (alle Nachfragen) Amphetamine als Sekundärdroge angegeben, während weniger als 9% der Amphetaminpatienten Kokain als problematische Sekundärdroge genannt haben. Darüber hinaus lassen die Berichte aus einigen Ländern erkennen, dass auf dem Drogenmarkt zuweilen ein Stimulans ein anderes ersetzen kann. Die vorliegenden Daten weisen beispielsweise darauf hin, dass Amphetamin und Ecstasy in bestimmten Gruppen von Drogenkonsumenten durch Kokain verdrängt werden und in den Niederlanden außerhalb der städtischen Gebiete Amphetamine als billigerer Ersatz für Kokain konsumiert werden könnten.

Zwar können Stimulanzien unterschiedliche Wirkungen und Folgen haben, im Hinblick auf die Drogenbehandlung jedoch sind die Optionen, die Raten des Verbleibs in der Behandlung und die Ergebnisse weitgehend ähnlich (Rawson et al., 2000; Copeland und Sorensen, 2001). In gewissem Maße sind darüber hinaus Ähnlichkeiten bei den Mustern des Konsums dieser Drogen und bei der allgemeinen Konsumententypologie festzustellen. Beispielsweise können Muster eines weniger intensiven und schädlichen Freizeikonsums unter sozial gut integrierten Konsumenten und zugleich ein intensiver Konsum in stärker marginalisierten Gruppen beobachtet werden, der mit einer stärkeren Abhängigkeit und riskanteren Applikationsformen wie dem injizierenden Konsum und Rauchen verbunden ist.

**Anmerkung:** Die Hintergrundfarbe kennzeichnet die aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung (Prävalenz des Konsums in den letzten zwölf Monaten unter den 15- bis 34-jährigen Einwohnern) und Daten über Sicherstellungen ersichtliche relative Dominanz von Kokain oder Amphetaminen; die Kreisdiagramme zeigen die Anteile aller auf diese beiden Drogen entfallenden Behandlungsnachfragen – dargestellt sind ausschließlich die Sektoren für Kokain und Amphetamine. Da für Italien, die Niederlande und Polen keine Daten über Sicherstellungen verfügbar waren, wurden hier lediglich Daten aus demografischen Erhebungen herangezogen. Für Kroatien wurden ausschließlich Daten über Sicherstellungen herangezogen. Für Norwegen und Belgien waren keine Behandlungsdaten verfügbar. Die für Rumänien verfügbaren Daten erlaubten keine Rückschlüsse auf das Land insgesamt. In der Tschechischen Republik und der Slowakei ist Methamphetamin das am meisten konsumierte „Amphetamin“.

Die Zahl der gemeldeten Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetamin ist in den meisten europäischen Ländern relativ klein. Ein erheblicher Anteil von Amphetaminkonsumenten an allen gemeldeten Behandlungsnachfragen wird in Lettland, Schweden und Finnland verzeichnet, wo zwischen 25% und 35% der Drogenpatienten zu Beginn ihrer Behandlung Amphetamin als Primärdroge angeben. Abgesehen von diesen Ländern entfallen nur in Dänemark, Deutschland, den Niederlanden und Polen mehr als 5% der gemeldeten Behandlungsnachfragen auf Amphetamintherapien. Hier geben zwischen 6% und 9% der in Behandlung befindlichen Konsumenten Amphetamin als Primärdroge an <sup>(66)</sup>.

Mit Ausnahme Schwedens und Finnlands ist in den meisten Ländern der Anteil der Patienten, die Amphetamin als Primärdroge angeben, bei den Erstpazienten größer als bei den Patienten insgesamt. Zwischen 2002 und 2006 blieb der Anteil der Erstpazienten, die sich wegen des Konsums von Amphetaminen als Primärdroge in Behandlung begaben, in Europa insgesamt relativ stabil, obwohl für diesen Zeitraum aus Lettland und Dänemark ein Anstieg gemeldet wurde, während in Schweden und Finnland der Anteil der Amphetaminkonsumenten an den Erstpazienten zurückging, was möglicherweise auf ein höheres Alter der Konsumenten schließen lässt <sup>(67)</sup>.

Amphetaminkonsumenten sind zu Behandlungsbeginn durchschnittlich etwa 29 Jahre alt und vorwiegend männlich. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt etwa 2:1, wobei jedoch der Anteil der Frauen an den Amphetaminpatienten insgesamt höher ist als bei anderen Drogen <sup>(68)</sup>.

### Problematischer Methamphetaminkonsum

Im Gegensatz zu anderen Teilen der Welt, wo der Methamphetaminkonsum in den letzten Jahren zugenommen hat, werden in Europa offenbar nur geringe Konsumraten verzeichnet (Griffiths et al., 2008). In der Vergangenheit konzentrierte sich der Konsum dieser Droge in Europa auf die Tschechische Republik und, in geringerem Maße, die Slowakei. Ausschließlich diese beiden Länder haben jüngere Schätzungen des problematischen Konsums übermittelt. Im Jahr 2006 war in der Tschechischen Republik die Zahl der Methamphetaminkonsumenten mit schätzungsweise 17 500 bis 22 500 (2,4 bis 3,1 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) fast doppelt so hoch wie die Zahl der problematischen Opioidkonsumenten. In der Slowakei lag die Zahl der Methamphetaminkonsumenten mit 6 200 bis 15 500 (1,6

<sup>(66)</sup> Siehe Tabelle TDI-5 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(67)</sup> Siehe Abbildung TDI-1 sowie Tabellen TDI-4 Teil (ii), TDI-5 Teil (ii) und TDI-36 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(68)</sup> Siehe Tabelle TDI-37 im Statistical Bulletin 2008.

**Tabelle 3: Prävalenz des Amphetaminkonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten**

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	letzte zwölf Monate
<b>15 bis 64 Jahre</b>		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	11 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,3%	0,6%
Spanne	0,1-11,9%	0,0-1,3%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Griechenland (0,1%) Rumänien (0,2%) Malta (0,4%) Zypern (0,8%)	Griechenland, Malta (0,0%) Frankreich (0,1%) Portugal (0,2%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (11,9%) Dänemark (6,9%) Norwegen (3,6%) Irland (3,5%)	Vereinigtes Königreich, Estland (1,3%) Norwegen, Lettland (1,1%)
<b>15 bis 34 Jahre</b>		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,1%	1,3%
Spanne	0,2-16,5%	0,1-2,9%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Griechenland (0,2%) Rumänien (0,5%) Malta (0,7%) Zypern (0,8%)	Griechenland (0,1%) Frankreich (0,2%) Zypern (0,3%) Portugal (0,4%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (16,5%) Dänemark (12,7%) Norwegen (5,9%) Spanien, Lettland (5,3%)	Estland (2,9%) Vereinigtes Königreich (2,7%) Lettland (2,4%) Dänemark (2,2%)

Die Daten basieren auf der letzten verfügbaren Erhebung für die einzelnen Länder. Das Erhebungsjahr liegt zwischen 2001 und 2007. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (328 Millionen), 15 bis 34 Jahre (134 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (64 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2008 verfügbar.

bis 4,0 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) um etwa 20 % unter der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten.

In den letzten fünf Jahren ist die gemeldete Behandlungsnachfrage im Zusammenhang mit dem Konsum von Methamphetamin in beiden Ländern gestiegen. Inzwischen wird Methamphetamin von Erstpatienten in der Slowakei am häufigsten als Primärdroge angegeben und macht 25 % aller Behandlungsnachfragen aus. In der Tschechischen Republik nennen 59 % aller Patienten in Drogenbehandlung Methamphetamin als Primärdroge <sup>(69)</sup>. Die Patienten, die wegen des Konsums von Methamphetamin behandelt werden, sind häufig injizierende Drogenkonsumenten. In der Slowakei beträgt ihr Anteil etwa 50 %, während er in der Tschechischen Republik bei etwa 80 % liegt.

**Ecstasy**

Schätzungsweise haben etwa 9,5 Millionen erwachsene Europäer (durchschnittlich 3 %) Ecstasy probiert und fast 3 Millionen (0,8 %) die Droge im Laufe der letzten zwölf Monate konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 4 zu entnehmen). Es bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Jüngsten Studien zufolge haben zwischen 0,3 % und 7,3 % aller Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) die Droge mindestens einmal probiert, wobei die meisten Länder Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 1,3 % und 3,1 % melden. Für den Ecstasykonsum in den letzten zwölf Monaten werden in Europa Raten zwischen 0,2 % und 3,5 % verzeichnet. Bei allen Messgrößen werden wie bei den meisten anderen illegalen Drogen auch hier für Männer wesentlich höhere Konsumraten gemeldet als für Frauen.

<sup>(69)</sup> Siehe Tabelle TDI-5 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

**Tabelle 4: Prävalenz des Ecstasykonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten**

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	letzte zwölf Monate
<b>15 bis 64 Jahre</b>		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	9,5 Millionen	2,6 Millionen
Europäischer Durchschnitt	2,8%	0,8%
Spanne	0,3-7,3%	0,2-3,5%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,3%) Griechenland (0,4%) Malta (0,7%) Litauen (1,0%)	Griechenland, Malta (0,2%) Dänemark, Poland (0,3%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (7,3%) Tschechische Republik (7,1%) Irland (5,4%) Spanien (4,4%)	Tschechische Republik (3,5%) Vereinigtes Königreich (1,8%) Estland (1,7%) Slowakei (1,6%)
<b>15 bis 34 Jahre</b>		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7,5 Millionen	2,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,6%	1,8%
Spanne	0,5-14,6%	0,4-7,7%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,5%) Griechenland (0,6%) Malta (1,4%) Litauen, Polen (2,1%)	Griechenland (0,4%) Italien, Polen (0,7%) Dänemark, Lettland, Portugal (0,9%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (14,6%) Vereinigtes Königreich (13,0%) Irland (9,0%) Slowakei (8,4%)	Tschechische Republik (7,7%) Vereinigtes Königreich (3,9%) Estland (3,7%) Niederlande, Slowakei (2,7%)

Die Daten basieren auf der letzten verfügbaren Erhebung für die einzelnen Länder. Das Erhebungsjahr liegt zwischen 2001 und 2007. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (328 Millionen), 15 bis 34 Jahre (134 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (64 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2008 verfügbar.

Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) war der Ecstasykonsum höher: In dieser Altersgruppe liegt die Lebenszeitprävalenz auf nationaler Ebene schätzungsweise zwischen 0,5% und 14,6%, während der Konsum in den letzten zwölf Monaten zwischen 0,4% und 7,7% beträgt. Schätzungsweise haben 7,5 Millionen junge Europäer (5,6%) mindestens einmal Ecstasy probiert, wobei etwa 2,5 Millionen (1,8%) angaben, die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben. Betrachtet man ausschließlich junge Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, sind die Prävalenzschätzungen noch höher: In dieser Altersgruppe liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 0,4% und 18,7%, wobei die meisten Länder Schätzungen zwischen 2,5% und 8% melden <sup>(70)</sup>. Zwar liegen den Berichten der meisten Länder zufolge die Schätzungen für den Konsum in den letzten zwölf Monaten in dieser Altersgruppe

zwischen 1,3% und 4,6%, jedoch ist auf die erhebliche Spannweite zwischen der niedrigsten Schätzung von 0,3% und dem höchsten Wert von 12% hinzuweisen: Hierin wird deutlich, wie unterschiedlich die Erfahrungen der einzelnen Mitgliedstaaten in diesem Bereich sind.

Unter Schülern können die Prävalenzraten mit zunehmendem Alter überproportional steigen. Die aus 16 Ländern verfügbaren Daten belegen beispielsweise, dass die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums unter den 17- bis 18-jährigen Schülern in der Regel wesentlich höher ist als unter jüngeren Schülern. Dies legt den Schluss nahe, dass die Droge gemeinhin erst nach dem 16. Lebensjahr erstmals konsumiert wird <sup>(71)</sup>.

Zwar ist die Zahl der Ecstasykonsumenten in Europa ähnlich hoch wie die der Amphetaminkonsumenten, jedoch kommen

<sup>(70)</sup> Siehe Tabelle GPS-17 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(71)</sup> Siehe Tabellen EYE-1 und EYE-2 im Statistical Bulletin 2008.

nur wenige von ihnen mit den Behandlungsdiensten in Berührung. Im Jahr 2006 berichteten die meisten Länder, dass weniger als 1 % der Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begaben, Ecstasy als Primärdroge nannten und nur eine zu vernachlässigende Zahl von Patienten wegen Problemen im Zusammenhang mit Ecstasy behandelt wird. Nur fünf Länder meldeten mehr als 100 Ecstasy-Patienten, die sich in Behandlung begaben (Frankreich, Italien, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Türkei), wobei der Anteil dieser Patienten an allen Drogenpatienten in diesen Ländern zwischen 0,5 % und 4 % liegt. Mit einem Durchschnittsalter von 24 bis 25 Jahren zählen Ecstasykonsumenten zu den jüngsten Patienten, die sich in Behandlung begeben, und geben in der Regel den gleichzeitigen Konsum anderer Substanzen an, darunter Cannabis, Kokain, Alkohol und Amphetamine<sup>(72)</sup>.

## LSD

Die Lebenszeitprävalenz des LSD-Konsums in der erwachsenen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) liegt zwischen annähernd 0 % und 5,4 %. Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) sind die Lebenszeitprävalenzschätzungen etwas höher (0,3 % bis 7,1 %), wobei für die 15- bis 24-Jährigen niedrigere Prävalenzraten gemeldet werden. Allerdings ist in den wenigen Ländern, die vergleichbare Daten vorgelegt haben, der LSD-Konsum häufig niedriger als der Konsum halluzinogener Pilze, für den unter jungen Erwachsenen Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 1 % und 9 % sowie Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz zwischen 0,3 % und 3 % gemeldet werden (EBDD, 2006).

## Tendenzen beim Konsum von Amphetaminen und Ecstasy

Die jüngsten Daten untermauern die Berichte über eine Stabilisierung oder sogar eine rückläufige Tendenz beim Amphetamin- und Ecstasykonsum in Europa. Nachdem der Konsum in den 90er Jahren insgesamt zugenommen hatte, weisen demografische Erhebungen nun auf eine allgemeine Stabilisierung oder sogar einen leichten Rückgang der Popularität beider Drogen hin, wobei dieses Muster jedoch nicht in allen Ländern zu beobachten ist.

Der Amphetaminkonsum (in den letzten zwölf Monaten) unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist im Vereinigten Königreich zwischen 1996 (6,5 %) und 2002 (3,1 %) erheblich gesunken, wobei die Werte ab 2002 stabil geblieben sind. Ein starker Anstieg des Amphetaminkonsums wurde zwischen 1994 und 2000 aus Dänemark gemeldet, jedoch zeigen die Ergebnisse

der Erhebung des Jahres 2005, dass der Konsum dieser Substanz seit Beginn dieses Jahrzehnts zurückgegangen ist<sup>(73)</sup>. In den anderen Ländern, die über wiederholte Erhebungen über einen ähnlichen Zeitraum berichteten (Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Niederlande, Slowakei, Finnland), wurden weitgehend stabile Tendenzen beobachtet<sup>(74)</sup>. Von den 14 Ländern, die ausreichende Daten über die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen vorgelegt haben, meldeten im Fünfjahreszeitraum 2001 bis 2006 drei Länder einen Rückgang um 15 % oder mehr, vier eine Stabilisierung und sieben einen Anstieg um 15 % oder mehr.

Beim Ecstasykonsum unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist ein weniger einheitliches Bild zu beobachten: Unter jungen Männern<sup>(75)</sup> sowie in Studien über bestimmte Freizeitmilieus wurden nach wie vor hohe Konsumraten festgestellt. Nach einem allgemeinen Anstieg des Konsums in einigen europäischen Ländern Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre wurden schließlich Mitte der 90er Jahre in Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich ähnlich hohe Raten des Ecstasykonsums verzeichnet, wobei jedoch die 12-Monats-Prävalenz im Vereinigten Königreich weiterhin durchgängig höher war als in den anderen Ländern<sup>(76)</sup>. Im Fünfjahreszeitraum 2001 bis 2006 ging die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums unter jungen Erwachsenen in drei der 14 Länder, die ausreichende Daten übermittelt haben, zurück, während sie in fünf Ländern stabil blieb und in sechs zunahm.

Die Daten aus einigen wenigen Ländern zeigen, dass Amphetamine und Ecstasy in einigen Gruppen von Drogenkonsumenten durch Kokain ersetzt werden könnten. Dies könnte im Vereinigten Königreich und in Dänemark sowie in gewissem Maße in Spanien der Fall sein. Sowohl das Vereinigte Königreich (11,9 %) als auch Dänemark (6,9 %) melden relativ hohe Lebenszeitprävalenzschätzungen für den Amphetaminkonsum, wobei jedoch die Werte für den Konsum in den letzten zwölf Monaten und in den letzten 30 Tagen eher den in anderen Ländern festgestellten Raten entsprechen. Die Zunahme des Kokainkonsums in diesen Ländern ging teilweise mit einem Rückgang des Amphetaminkonsums einher. Es besteht also die Möglichkeit, dass auf diesen Märkten ein Stimulans durch ein anderes ersetzt wird<sup>(77)</sup>. In anderen Ländern (Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande) sind die

<sup>(72)</sup> Siehe Tabellen TDI-5 sowie TDI-37 Teil (i), Teil (ii) und Teil (iii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(73)</sup> In Dänemark beziehen sich die Angaben für das Jahr 1994 auf „harte Drogen“, worunter vor allem Amphetamine verstanden wurden.

<sup>(74)</sup> Siehe Abbildung GPS-8 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(75)</sup> Siehe Abbildung GPS-9 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(76)</sup> Siehe Abbildung GPS-21 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(77)</sup> Siehe „Der europäische Markt für Stimulanzien: ‚Kokainländer‘ und ‚Amphetaminländer‘?“, S. 58.



möglichen Veränderungen der Drogenkonsummuster weniger eindeutig. Insgesamt weiß man nach wie vor wenig über das Zusammenspiel zwischen verschiedenen Drogen, die für die Konsumenten ähnlich attraktiv sein könnten.

Die Analyse der Daten aus den im Jahr 2007 verfügbaren neuen nationalen Schulumfragen (Tschechische Republik, Spanien, Portugal, Slowakei, Schweden, Vereinigtes Königreich) untermauert die Annahme, dass sich die Lage insgesamt stabilisiert, ohne dass beim gemeldeten Lebenszeitkonsum von Amphetamin oder Ecstasy eine Veränderung oder gar ein Rückgang erkennbar wäre.

## Freizeitmilieus

### Konsum von Amphetaminen und Ecstasy in Freizeitmilieus

Studien zum Drogenkonsum in ausgewählten Freizeitmilieus, die von jungen Menschen besucht werden und bekanntermaßen zuweilen mit dem Konsum von Drogen in Zusammenhang gebracht werden, wie z. B. Tanzveranstaltungen oder Musikfestivals, können wertvolle Einblicke in das Verhalten regelmäßiger und intensiver Konsumenten von Amphetaminen und Ecstasy ermöglichen. Die Prävalenzschätzungen des Drogenkonsums in diesen Milieus sind in der Regel hoch, können jedoch nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden.

Bei einer im Jahr 2006 in neun europäischen Städten (Athen, Berlin, Brunn, Lissabon, Liverpool, Laibach, Palma, Venedig, Wien) durchgeführten Studie unter jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, die regelmäßig Nachtlokale besuchen, wurden Lebenszeitprävalenzschätzungen von 27 % für den Ecstasykonsum und 17 % für den Amphetaminkonsum ermittelt. Die Raten für den häufigen Konsum dieser Drogen waren wesentlich niedriger: Nur 1,4 % der Befragten gaben an, einmal wöchentlich oder häufiger Ecstasy zu konsumieren, und beim Amphetaminkonsum lag die entsprechende Rate bei unter 1 %. Das durchschnittliche Einstiegsalter für beide Drogen lag in der untersuchten Gruppe bei 18 Jahren <sup>(78)</sup>. Weit verbreitet war der gleichzeitige Konsum von Alkohol: 34 % der Befragten gaben an, in den letzten vier Wochen vor der Befragung häufiger als 2-mal „betrunken“ gewesen zu sein, wobei dieser Anteil bei den Männern mit 42 % höher war als bei den Frauen mit 27 % (Europäische Kommission, 2007b).

Bei einer französischen Studie, die in den Jahren 2004 und 2005 in fünf Milieus der elektronischen Musikszene

durchgeführt wurde, ermittelte man in einer Stichprobe von 1 496 Befragten 30-Tage-Prävalenzraten von 32 % für den Ecstasykonsum und 13 % für den Amphetaminkonsum. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass in bestimmten Subgruppen, die Elemente einer Gegenkultur aufwiesen und als „alternativ“ bezeichnet wurden, eine höhere Prävalenz festgestellt wurde. In diesen Subgruppen lagen die Prävalenzschätzungen für den Ecstasy- und Amphetaminkonsum bei 54 % bzw. 29 %.

### Maßnahmen in Freizeitmilieus

Den Berichten der europäischen Länder zufolge tendieren die Behörden zunehmend dazu, im Zusammenhang mit der öffentlichen Ordnung oder Gesundheit sowohl legale als auch illegale Drogen ins Auge zu fassen. Dieses Konzept ist besonders im Rahmen von Maßnahmen von Bedeutung, die auf Milieus ausgerichtet sind, in denen sowohl synthetische und stimulierende Drogen als auch Alkohol konsumiert werden, wie beispielsweise Bars und Nachtclubs. Eines der Probleme, die sich in diesem Bereich stellen, ist die Tatsache, dass die jeweiligen Rollen illegaler und legaler Substanzen zuweilen nur schwer voneinander zu trennen sind. Der Alkoholkonsum unter jungen Menschen gibt in Europa zunehmend Anlass zur Besorgnis. So hat die Europäische Kommission im Jahr 2006 eine EU-Alkoholstrategie verabschiedet, um die Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden unter jungen Menschen zu unterstützen. In der Tat spielt bei jedem vierten Todesfall unter jungen Männern (im Alter zwischen 15 und 29 Jahren) und bei jedem zehnten Todesfall unter jungen Frauen der schädliche Konsum von Alkohol eine Rolle <sup>(79)</sup>.

Aufgrund der Besorgnis über den kombinierten Konsum von Drogen und Alkohol durch junge Menschen in öffentlichen Milieus wurden Strategien erarbeitet, die auf eine Veränderung des sozialen, wirtschaftlichen und physischen Umfelds abzielen, in dem Alkohol und Drogen konsumiert werden. Dabei werden die folgenden Zielsetzungen angestrebt: Veränderung von Konsumverhalten und Normen, Schaffung von Bedingungen, in denen Vergiftungen vermieden werden, und Verringerung des Risikos alkohol- und drogenbedingter Probleme <sup>(80)</sup>. Die Mitgliedstaaten berichten über eine Reihe von Maßnahmen, die in Nachtlokalen oder in deren Umgebung durchgeführt werden und speziell auf eine Schadensminimierung oder eine positive Veränderung des sozialen Umfelds abzielen. Hierzu zählen: Schulungen für das Bedien- und Sicherheitspersonal, verstärkte Durchsetzung der geltenden Rechtsvorschriften,

<sup>(78)</sup> Siehe Tabelle EYE-2 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(79)</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_factsheet\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf)

<sup>(80)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

Sensibilisierung für substanzbedingte Schäden, Angebot nächtlicher Beförderungsdienste und Verbesserungen mit Blick auf die Stärkung der Sicherheit des Nachtlebens. Im Zusammenhang mit der letztgenannten Zielsetzung werden vielfältige Maßnahmen durchgeführt, beispielsweise die Verbesserung der Straßenbeleuchtung und der Verfügbarkeit von Trinkwasser, eine ordnungsgemäße Belüftung oder auch Maßnahmen für eine rasche Reaktion bei medizinischen Notfällen. Häufig basiert dieses Konzept auf einem Dialog zwischen den verschiedenen Beteiligten wie der Polizei, den für die Erteilung von Genehmigungen zuständigen Behörden, den Clubeigentümern und den Anbietern von Gesundheitsdiensten, die partnerschaftlich zusammenarbeiten müssen, um die Bedürfnisse vor Ort und mögliche Lösungswege zu ermitteln.

In Dänemark werden beispielsweise in Zusammenarbeit mit den kommunalen Behörden und der Polizei Schulungen für Restaurantbetreiber und das in Nachtlokalen tätige Personal angeboten, um ein gemeinsames Vorgehen zur Einschränkung des Konsums und Verkaufs von Drogen und Alkohol zu fördern. Einige der in diesem Bereich von einzelnen Mitgliedstaaten erarbeiteten Konzepte stoßen bereits auf breites Interesse, wie beispielsweise die im Vereinigten Königreich entwickelten Leitlinien für eine sichere Tanzszene, die derzeit auch in Clubs in Paris und Brüssel umgesetzt werden. Gemeinsam mit aufsuchenden Sozialarbeitern und Kommunalbehörden unterstützen Clubbesitzer die Förderung verantwortungsbewussten Trinkens sowie die Sensibilisierung für die durch Drogen und Alkohol verursachten Schäden und verbessern zugleich die Sicherheit ihrer Milieus (z. B. durch das Angebot von kostenlosem Trinkwasser, die Ausbildung des Personals in Erster Hilfe oder die Bereitstellung von Erholungsbereichen).

Einige milieubezogene Strategien haben unter anderem das Thema Drogen und Alkohol im Straßenverkehr zum Gegenstand. Hierzu zählen beispielsweise die Bereitstellung alternativer Beförderungsmöglichkeiten für berauschte Fahrer in einigen Pariser Nachtclubs, und die Werbung für öffentliche Verkehrsmittel in Brüsseler Clubs. In Spanien wurden insbesondere an Wochenenden Präventionskampagnen durchgeführt, die schwerpunktmäßig auf die Botschaft „Wer fährt, bleibt nüchtern“ und die Sensibilisierung für die Risiken des Fahrens unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen abzielten. Der in Spanien im Jahr 2006 festgestellte Rückgang der Verkehrsunfälle junger Menschen im Alter zwischen 18 und 20 Jahren um 16 % könnte unter anderem auf diese Kampagnen zurückzuführen sein <sup>(81)</sup>.

Strategien, die auf das Umfeld abzielen, in dem junge Menschen sowohl Drogen als auch Alkohol konsumieren, bergen offenbar erhebliches Potenzial für den Schutz der öffentlichen Gesundheit und die Verbesserung der öffentlichen Sicherheit, wobei sich die erzielten Vorteile über die Drogenkonsumenten hinaus auf die Gesellschaft insgesamt auswirken können. Derzeit sind solche Konzepte in Europa jedoch eher auf bestimmte bekannte Problembereiche, oft in größeren Ballungszentren, begrenzt und werden nur selten umfassend umgesetzt. Es ist also unbedingt davon auszugehen, dass in diesem Bereich erheblicher Raum für weitere Investitionen und Entwicklungen besteht. Insgesamt beschränken sich die einschlägigen Bemühungen tendenziell eher auf Maßnahmen im Zusammenhang mit bestimmten problematischen Verhaltensweisen oder milieuspezifischen Aspekten, statt die umfassende Aufgabe in Angriff zu nehmen, die normativen Einstellungen und Haltungen junger Menschen gegenüber dem Konsum von Drogen und Alkohol in bestimmten Milieus zu verändern.

## Behandlungsangebot

In den meisten Mitgliedstaaten spiegelt sich die begrenzte Behandlungsnachfrage in einer beschränkten Verfügbarkeit spezieller Behandlungsdienste für die Konsumenten von Amphetamin, Methamphetamin oder Ecstasy wider. In einigen Mitgliedstaaten, in denen bereits seit vielen Jahren ein chronischer Konsum von Amphetamin oder Methamphetamin beobachtet wird, stellt sich die Lage teilweise anders dar. In diesen Ländern (vor allem Tschechische Republik, Slowakei, Finnland, Schweden) werden die Konsumenten von Amphetamin oder Methamphetamin in spezialisierten Einrichtungen behandelt. Die Behandlungsmöglichkeiten umfassen offenbar eine Entgiftung, an die sich eine Individualtherapie in einer ambulanten Einrichtung oder eine Gruppentherapie in ambulanten oder stationären Einrichtungen anschließt.

Für die Unterstützung der Behandlung der Abhängigkeit von Psychostimulanzien wie Amphetaminen und Kokain gibt es keine Therapieoptionen, deren Wirksamkeit durch belastbare Evidenzdaten belegt ist. Wie in Kapitel 5 erläutert, ist derzeit kein pharmakologischer Wirkstoff verfügbar, der den Konsumenten beim Ausstieg aus dem Drogenkonsum helfen oder das mit der Abhängigkeit von Psychostimulanzien verbundene starke Verlangen (Craving) mildern kann. Darüber hinaus weist die einschlägige Literatur darauf hin, dass bisher keinerlei tragfähige Evidenzdaten vorliegen, die belegen, dass bestimmte psychosoziale Maßnahmen Konsumenten wirksam helfen, drogenfrei zu bleiben.

<sup>(81)</sup> Weitere Informationen über Präventionskampagnen in ganz Europa sind dem ausgewählten Thema über Drogen und Straßenverkehr im Jahresbericht 2007 zu entnehmen.



## Kapitel 5

# Kokain und Crack

### Einführung

Die jüngsten Daten weisen nach wie vor auf einen allgemeinen Anstieg des Kokainkonsums in Europa hin. Bei den in mehreren Ländern durchgeführten demografischen Studien wurde eine starke Zunahme des Konsums unter jungen Menschen seit Mitte der 90er Jahre festgestellt. Diese Ergebnisse werden durch die Daten aus gezielten Studien untermauert, bei denen in bestimmten Freizeitmilieus (Nachtclubs sowie Tanz- und Musiklokale) sehr hohe Raten des Kokainkonsums ermittelt wurden. Zugleich sind die Werte der Indikatoren für die Kokainverfügbarkeit in Europa, einschließlich der Zahl der Sicherstellungen und der beschlagnahmten Mengen dieser Droge, dramatisch gestiegen.

In einigen EU-Mitgliedstaaten ist die Behandlungsnachfrage von Kokainkonsumenten in den letzten Jahren erheblich gestiegen und liegt nun in manchen Ländern, Städten und Regionen sogar über der Behandlungsnachfrage von Opioidkonsumenten. Darüber hinaus gibt ein erheblicher Anteil der in Behandlung befindlichen Opioidkonsumenten Kokain als Sekundärdroge an, was ihre Probleme unter Umständen verschärft und ihre Betreuung erschwert. In vielen Ländern wird ferner bei einem hohen Prozentsatz der drogenbedingten Todesfälle bei der toxikologischen Analyse unter anderem Kokain nachgewiesen, in der Regel in Kombination mit Opioiden und anderen Substanzen.

Im Hinblick auf die Feststellung, dass der Kokainkonsum in Europa insgesamt steigt, ist insofern eine wichtige Einschränkung vorzunehmen, als zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede bestehen und viele Länder noch immer sehr niedrige Konsumraten melden. Auch bezüglich der Erfahrungen der einzelnen Länder mit kokainbedingten Problemen gestaltet sich die Situation sehr heterogen: Beispielsweise entfällt der größte Teil aller in Europa gemeldeten Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Kokain auf eine relativ kleine Zahl von Ländern.

### Angebot und Verfügbarkeit

#### Herstellung und Handel

Der Anbau des Kokastrauchs, aus dem Kokain gewonnen wird, konzentriert sich nach wie vor auf einige wenige Länder in der Andenregion<sup>(82)</sup>. Schätzungen des *United Nations Office on Drugs and Crime* [Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung] (2008) zufolge belief sich das weltweite Produktionspotenzial von Kokain im Jahr 2007 auf 994 Tonnen reines Kokainhydrochlorid, wobei 61 % auf Kolumbien, 29 % auf Peru und 10 % auf Bolivien entfielen. Die Analyse der Zahl der aufgedeckten Labors lässt darauf schließen, dass die Herstellung nach wie vor größtenteils in diesen drei Ländern stattfindet, wobei jedoch auch in anderen südamerikanischen Ländern Kokain hergestellt wird, bevor es zu den wichtigsten Konsummärkten in Nordamerika und Europa exportiert wird. Die Daten über den illegalen Handel mit Kaliumpermanganat (einem chemischen Grundstoff, der bei der Synthese von Kokainhydrochlorid genutzt wird) untermauern dieses Ergebnis, wobei den Berichten zufolge 99 Tonnen der im Jahr 2006 weltweit sichergestellten 101 Tonnen Kaliumpermanganat auf Kolumbien entfallen (INCB, 2008b).

Kokain wird in der Andenregion hergestellt und anschließend (über Brasilien, Ecuador und Venezuela) aus Südamerika nach Europa geschmuggelt. Zwar wird nach wie vor der größte Teil des für Europa bestimmten Kokains über die Karibik geschmuggelt, jedoch wird die Droge seit einigen Jahren zunehmend auch über westafrikanische Länder, insbesondere über den Golf von Guinea und die Gewässer vor den Küsten von Kap Verde, Guinea und Guinea-Bissau, befördert (CND, 2008; INCB, 2008a)<sup>(83)</sup>. Noch immer gelangt Kokain in der Regel über Spanien und Portugal nach Europa, wobei Portugal seit dem Jahr 2005 zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die Einfuhr in europäische Länder erfolgt jedoch weiterhin auch auf direktem Wege, sei es auf Schiffen über den Atlantik oder per Flugzeug. Einfuhrstellen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Niederlande,

<sup>(82)</sup> Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen siehe S. 41.

<sup>(83)</sup> Siehe auch „Westafrika: ein Umschlagplatz für den Kokainschmuggel nach Europa“, S. 67.

Belgien, Italien, Frankreich, das Vereinigte Königreich und Deutschland. Die Niederlande und Frankreich sind den Berichten zufolge die wichtigsten Transitländer für die Weiterverteilung des Kokains in Europa (Europol, 2007b). Die jüngsten Berichte über die Einfuhr von Kokain über osteuropäische Länder (Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Rumänien, Russische Föderation) könnten auf die Entwicklung neuer Drogenhandelsrouten in diesem Teil Europas hindeuten.

### Sicherstellungen

Kokain ist nach Cannabisbiskraut und Cannabisbiskharz die weltweit am häufigsten gehandelte Droge. Die weltweiten Sicherstellungen von Kokain sind im Jahr 2006 leicht auf 706 Tonnen zurückgegangen. Der größte Anteil der weltweit beschlagnahmten Mengen entfiel nach wie vor auf Südamerika mit 45 %, gefolgt von Nordamerika mit 24 % sowie West- und Mitteleuropa mit 17 % (UNODC, 2008).

Die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Europa hat in den letzten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen. Diese Entwicklung setzte sich, abgesehen von einem Rückgang im Jahr 2003, auch im Zeitraum 2001 bis 2006 fort. Die Menge des beschlagnahmten Kokains ist im Laufe der letzten zehn Jahre ebenfalls gestiegen, wobei jedoch regelmäßig Schwankungen verzeichnet wurden. Im Jahr 2006 stieg die Zahl der Sicherstellungen in Europa auf 72 700 Fälle und die beschlagnahmte Menge auf 121 Tonnen<sup>(84)</sup>. Spanien meldete mit 58 % aller Sicherstellungen und 41 % der in Europa in diesem Jahr beschlagnahmten Mengen weiterhin die höchsten Werte. Die seit 2005 zu beobachtende außerordentlich starke Zunahme der in Portugal sichergestellten Menge, die sich inzwischen auf 28 % der im Jahr 2006 in Europa insgesamt beschlagnahmten Menge beläuft, deutet darauf hin, dass die Iberische Halbinsel von Kokainhändlern verstärkt als Einfallstor für den europäischen Markt genutzt wird.

### Reinheit und Preis

Die typische Reinheit des in Europa gehandelten Kokains lag im Jahr 2006 zwischen 1 % und 90 %, wobei die meisten Länder Werte zwischen 25 % und 55 % meldeten<sup>(85)</sup>. Von den 23 Ländern, die ausreichende Daten zur Verfügung gestellt haben, berichten die meisten über eine rückläufige Tendenz bei der Reinheit von Kokain im Zeitraum 2001 bis 2006, wobei jedoch zwischen 2003 und 2006 in Griechenland und Frankreich eine zunehmende Reinheit festgestellt wurde.

### Westafrika: ein Umschlagplatz für den Kokainschmuggel nach Europa

In den letzten fünf Jahren hat sich Westafrika zu einer wichtigen Region für den Kokainschmuggel nach Europa entwickelt (!) und dient als Transit-, Lager- und Umverpackungsort (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Schätzungsweise wurde nahezu ein Viertel des im Jahr 2007 nach Europa geschmuggelten Kokains über diese Region befördert (UNODC, 2008). Vor dem Hintergrund eines steigenden Kokainkonsums in Europa geht man davon aus, dass der zunehmende Schmuggel über die westafrikanische Route zu dem Rückgang des Preises dieser Droge beigetragen und zugleich die Rolle der Iberischen Halbinsel als Einfallstor für den europäischen Markt gestärkt hat (Europol, 2007b).

Aus Westafrika wird Kokain in erster Linie auf dem Seeweg nach Europa transportiert, wobei große Ladungen von Fischereifahrzeugen vorwiegend zu Entladeorten an der Küste Nordportugals und Galiciens in Spanien befördert werden. Kleinere Kokainladungen werden auf dem Luft- oder Landweg befördert, immer öfter gemeinsam mit aus Nordafrika geschmuggeltem Cannabisbiskharz.

Die zunehmende Nutzung der westafrikanischen Kokainhandelsroute wird auf mehrere Faktoren zurückgeführt. Hierzu zählen wirksamere Kontrollen an den anderen Handelsrouten (Europol, 2007b), die geografische Lage Westafrikas sowie die wirtschaftliche Schwäche der Länder in diesem Gebiet, die häufig unzureichende Justiz- und Strafverfolgungssysteme zur Folge hat.

Die internationale Gemeinschaft hat mehrere Initiativen ins Leben gerufen, um diesem Problem zu begegnen. Neben anderen Maßnahmen der Europäischen Union hat der Rat über seine Horizontale Gruppe „Drogen“ Westafrika an die Spitze der Agenda gesetzt und der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen im Jahr 2008 einen Entwurf für eine Entschließung über die Verstärkung der internationalen Hilfe für Westafrika vorgelegt. Darüber hinaus haben sieben Mitgliedstaaten mit Unterstützung der EU gemeinsam das Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics [Operationszentrum für den Kampf gegen den Drogenhandel im Atlantik (MAOC-N)] in Lissabon eingerichtet. Dieses Strafverfolgungszentrum soll mit militärischer Unterstützung den Kokainhandel insbesondere im Ostatlantik unterbinden.

(!) Einem Bericht des UNODC (2007b) zufolge wurden im Zeitraum 2006 bis 2007 die größten Sicherstellungen in Senegal sowie in Ghana, Mauretanien, Guinea-Bissau, Kap Verde, Nigeria, Benin und Sierra Leone verzeichnet

Der übliche Verkaufspreis von Kokain lag im Jahr 2006 in den meisten europäischen Ländern zwischen 50 EUR und 75 EUR pro Gramm, wobei Zypern, Rumänien, Schweden und die Türkei wesentlich höhere Preise gemeldet haben.

(84) Die in diesem Kapitel angeführten Daten zu den europäischen Sicherstellungen von Kokain sind den Tabellen SZR-9 und SZR-10 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen. Es ist zu beachten, dass in diesem Kapitel im Falle fehlender Daten für das Jahr 2006 für die Schätzung der europäischen Gesamtwerte stets die entsprechenden Daten für das Jahr 2005 herangezogen werden.

(85) Daten über Preis und Reinheit sind den Tabellen PPP-3 und PPP-7 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Im Zeitraum 2001 bis 2006 wurden in den 18 Ländern, die ausreichende Daten vorgelegt haben, sinkende Straßenpreise verzeichnet. Eine Ausnahme bildet Rumänien, wo ein Anstieg des (inflationbereinigten) Preises zu beobachten war.

## Prävalenz und Konsummuster

Die Mitgliedstaaten vermelden unterschiedliche Gesamtraten des Kokainkonsums. Vielfältig sind aber auch die Merkmale der Kokainkonsumenten selbst, die eine große soziale Bandbreite abdecken und zu denen sowohl die privilegiertesten als auch die am stärksten marginalisierten Mitglieder der Gesellschaft zählen. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Muster des Kokainkonsums, die vom Gelegenheits- und Freizeitkonsum bis hin zu zwanghaftem Konsum und Abhängigkeit reichen. Auch die Formen, in denen Kokain konsumiert wird (Kokainhydrochlorid oder Crack), sowie die Applikationsformen der Droge tragen zur Komplexität des Kokainkonsums bei. Diese Vielfalt spielt eine wichtige Rolle sowohl für das Verständnis der verschiedenen Probleme, die mit den unterschiedlichen Mustern des Kokainkonsums verbunden sein können, als auch für die Entwicklung und Gestaltung zielgerichteter Dienste für eine heterogene Gruppe von Drogenkonsumenten.

## Allgemeinbevölkerung

Insgesamt ist Kokain in Europa nach wie vor nach Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge, wobei jedoch hinsichtlich des Konsums große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern zu verzeichnen sind. Schätzungen zufolge haben etwa 12 Millionen Europäer mindestens einmal Kokain konsumiert. Dies entspricht durchschnittlich 3,6% der Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 5 zu entnehmen). Die nationalen Werte liegen zwischen 0,4% und 7,7%, wobei zwölf Länder, vor allem Mitgliedstaaten, die der Europäischen Union seit 2004 beigetreten sind, sehr niedrige Lebenszeitprävalenzraten unter allen Erwachsenen melden (0,4% bis 1,2%).

Schätzungsweise haben etwa 4 Millionen Europäer die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (durchschnittlich 1,2%), wobei auch hier erhebliche Abweichungen zwischen den Ländern bestehen. Dies ist den Ergebnissen der jüngsten nationalen Erhebungen zu entnehmen, die Schätzungen für die 12-Monats-Prävalenz zwischen 0,1% und 3% vermelden, wobei die Konsumraten in nur vier Ländern über 1% liegen. Die Prävalenzschätzung für den Konsum in den letzten 30 Tagen ist mit 2 Millionen Konsumenten etwa halb so hoch wie die geschätzte 12-Monats-Prävalenz und entspricht etwa 0,5% der

## Schätzung des Kokainkonsums durch die Analyse kommunaler Abwässer

Die Nutzung der neuesten Erkenntnisse aus dem Bereich der analytischen Chemie für den Nachweis von Kokain im Abwasser ermöglichte die Einführung eines neuen Konzepts für die Überwachung des Konsums illegaler Drogen in Gemeinden, das unter dem Namen „Abwasserepidemiologie“ bekannt ist. Bei diesem Verfahren werden die Konzentrationen der mit dem Urin der Drogenkonsumenten ausgeschiedenen Abbauprodukte illegaler Drogen gemessen. Die im Abwasser gemessenen Konzentrationen von Abbauprodukten werden anschließend für die Hochrechnung auf den Konsum illegaler Drogen in der Bevölkerung herangezogen. Infolge des Konsums von Kokain wird mit dem Urin vor allem der Metabolit Benzoyllecgonin ausgeschieden. Da der Abbau von Kokain im menschlichen Körper die einzige wahrscheinliche Quelle für Benzoyllecgonin in Abwassersystemen darstellt, ist es unter bestimmten Annahmen möglich, ausgehend von der Menge dieses Metaboliten im Abwasser die Menge des in der Gemeinde konsumierten Kokains zu berechnen (wobei dies jedoch keinen Aufschluss über die Zahl der Konsumenten gibt).

Die Abwasserepidemiologie befindet sich noch in den Kinderschuhen und die damit gewonnenen Daten müssen ebenso wie wichtige technische und ethische Fragen in die laufenden Forschungsarbeiten Eingang finden. Diese Fragestellungen sind Gegenstand der neuen Veröffentlichung der EBDD über die Abwasseranalyse (EBDD, 2008b). Unter Einbeziehung von Sachverständigen aus den verschiedensten Disziplinen kommt der Bericht zu dem Schluss, dass zwar weitere Entwicklungen notwendig sind, die Abwasserepidemiologie jedoch eine mögliche Option für die Drogenüberwachung auf kommunaler Ebene darstellt. Darüber hinaus könnte dieses Konzept als Instrument für die Drogenüberwachung eingesetzt werden, um die Mitarbeiter der Gesundheits- und Strafverfolgungsbehörden bei der Ermittlung der Muster des Drogenkonsums in Kommunen unterschiedlicher Größe zu unterstützen. Da die Stichprobennahme und Analyse von Abwässern auf täglicher, wöchentlicher oder monatlicher Basis erfolgen kann, könnten diese Daten möglicherweise herangezogen werden, um bessere Echtzeit-Messgrößen zu ermitteln, die den Kommunen bessere Möglichkeiten für die Überwachung der Auswirkungen und Wirksamkeit von Präventions- und Interventionsmaßnahmen an die Hand geben.

erwachsenen Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass es sich hier um eher vorsichtige Schätzungen handelt.

Insgesamt konzentriert sich der Kokainkonsum offenbar auf einige wenige Länder, vor allem Spanien und das Vereinigte Königreich sowie in geringerem Maße Italien, Dänemark und Irland, während der Konsum dieser Droge in den meisten anderen europäischen Ländern relativ gering ist. Fast alle Länder, in denen der Markt für illegale Stimulanzien

**Tabelle 5: Prävalenz des Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten**

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	letzte zwölf Monate	letzte 30 Tage
<b>15 bis 64 Jahre</b>			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	12 Millionen	4 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,6%	1,2%	0,5%
Spanne	0,4-7,7%	0,1-3,0%	0-1,6%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien, Malta, Litauen (0,4%) Griechenland (0,7%)	Griechenland (0,1%) Polen, Lettland Tschechische Republik (0,2%)	Griechenland, Estland, Tschechische Republik (0,0%) Malta, Litauen, Polen, Finnland, Lettland (0,1%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (7,7%) Spanien (7,0%) Italien (6,6%) Irland (5,3%)	Spanien (3,0%) Vereinigtes Königreich (2,6%) Italien (2,2%) Irland (1,7%)	Spanien (1,6%) Vereinigtes Königreich (1,3%) Italien (0,8%) Irland (0,5%)
<b>15 bis 34 Jahre</b>			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7,5 Millionen	3,5 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,4%	2,3%	1%
Spanne	0,7-12,7%	0,2-5,4%	0,0-2,8%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien, Litauen (0,7%) Malta (0,9%) Griechenland (1,0%)	Griechenland (0,2%) Polen (0,3%) Lettland, Tschechische Republik (0,4%)	Estland (0,0%) Griechenland, Polen, Lettland, Tschechische Republik (0,1%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (12,7%) Spanien (9,6%) Dänemark (9,1%) Irland (8,2%)	Vereinigtes Königreich (5,4%) Spanien (5,2%) Italien (3,2%) Irland (3,1%)	Spanien (2,8%) Vereinigtes Königreich (2,7%) Italien (1,2%) Dänemark, Irland (1,0%)
<b>15 bis 24 Jahre</b>			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	3 Millionen	2 Millionen	800 000
Europäischer Durchschnitt	4,5%	2,6%	1,2%
Spanne	0,4-11,2%	0,2-6,1%	0,0-3,2%
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,4%) Griechenland (0,6%) Litauen (0,7%) Malta, Polen (1,1%)	Griechenland (0,2%) Polen (0,3%) Tschechische Republik (0,4%) Lettland (0,6%)	Estland (0,0%) Griechenland, Lettland (0,1%) Tschechische Republik, Polen, Portugal (0,2%)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (11,2%) Spanien (8,7%) Dänemark (8,0%) Irland (7,0%)	Vereinigtes Königreich (6,1%) Spanien (5,8%) Irland (3,8%) Dänemark, Italien (3,3%)	Vereinigtes Königreich (3,2%) Spanien (3,1%) Italien (1,3%) Bulgarien, Irland (1,1%)

Die Daten basieren auf der letzten verfügbaren Erhebung für die einzelnen Länder. Das Erhebungsjahr liegt zwischen 2001 und 2007. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (328 Millionen), 15 bis 34 Jahre (134 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (64 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2008 verfügbar.

von Amphetaminen beherrscht wird, verzeichnen niedrige Prävalenzschätzungen für den Kokainkonsum. Umgekehrt werden aus den meisten Ländern, in denen Kokain das wichtigste illegale Stimulans darstellt, niedrige Raten für den Amphetaminkonsum gemeldet <sup>(86)</sup>.

### Kokainkonsum unter jungen Erwachsenen

Kokain wird vor allem von jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren) konsumiert. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass es sich bei den 4 Millionen Europäern, die die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben, in sieben von acht Fällen um junge Erwachsene handelt.

In Europa haben schätzungsweise 7,5 Millionen junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre), das entspricht durchschnittlich 5,4%, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert, wobei die nationalen Werte von 0,7% bis 12,7% reichen. In dieser Altersgruppe beträgt der 12-Monats-Konsum von Kokain im europäischen Durchschnitt schätzungsweise 2,3% (3,5 Millionen) und der Konsum in den letzten 30 Tagen 1% (1,5 Millionen).

Besonders hoch ist der Konsum unter jungen Männern (15 bis 34 Jahre). Hier wurden in Spanien, Dänemark, Irland, Italien und dem Vereinigten Königreich 12-Monats-Prävalenzraten zwischen 4% und 7% ermittelt <sup>(87)</sup>. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bewegte sich unter jungen Erwachsenen in den einzelnen Ländern zwischen 1:1 und 13:1. Die gewichteten Durchschnittswerte für die Europäische Union insgesamt belegen, dass unter den Kokainkonsumenten im Alter zwischen 15 und 34 Jahren das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei fast 4:1 (3,8:1) lag.

Bei den Messgrößen für den jüngsten und den aktuellen Kokainkonsum (in den letzten zwölf Monaten bzw. in den letzten 30 Tagen) wurden in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die höchsten Werte ermittelt, wobei dieses Phänomen hier weniger ausgeprägt ist als im Falle von Cannabis oder Ecstasy <sup>(88)</sup>. Die 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums wird in dieser Altersgruppe auf 2,6% geschätzt, das entspricht 2 Millionen 15- bis 24-Jährigen, die die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben.

Der Kokainkonsum steht ferner im Zusammenhang mit bestimmten Formen der Lebensführung. Aus einer Analyse der Daten aus der British Crime Survey 2003 bis 2004 geht hervor, dass von den 16- bis 29-Jährigen, die häufig Pubs oder Weinlokale aufsuchen, schätzungsweise etwa 13% angeben, in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert zu haben, während dieser Anteil unter den weniger regelmäßigen Besuchern bei nur 3,7% liegt.

Unter den 30- bis 59-Jährigen lagen diese Werte bei 3,1% bzw. 1%. Der angegebene Konsum von Crack war in der genannten Erhebung selbst in der Gruppe mit den höchsten Prävalenzraten für den Kokainkonsum sehr gering. Dies untermauert die Ergebnisse gezielterer Studien, die über unterschiedliche Profile der Konsumenten von Kokainpulver und Crack berichten. Es ist wahrscheinlich, dass der Kokainkonsum auch in anderen Ländern mit ähnlichen Aspekten der Lebensführung in Zusammenhang steht.

Bei Studien in Freizeitmilieus werden häufig hohe Prävalenzraten des Kokainkonsums ermittelt. Bei einer im Jahr 2006 in neun europäischen Städten (Athen, Berlin, Brunn, Lissabon, Liverpool, Laibach, Palma, Venedig, Wien) durchgeführten Studie unter 1 383 jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, die regelmäßig Nachtlokale besuchen, wurde beispielsweise festgestellt, dass 29% der Befragten angaben, die Droge mindestens einmal probiert zu haben, während fast 4% erklärten, Kokain einmal wöchentlich oder öfter konsumiert zu haben oder zu konsumieren (Europäische Kommission, 2007b). Höhere Prävalenzraten wurden auch im Rahmen einer im Zeitraum 2004 bis 2005 durchgeführten Erhebung unter 1 496 Befragten in fünf Milieus der elektronischen Musikszene ermittelt. In der Stichprobe hatten in den letzten 30 Tagen 35% Kokain und 6% Crack oder Kokainbase konsumiert. Bei der Studie wurden ferner Unterschiede zwischen Subgruppen festgestellt: Die 30-Tage-Prävalenz betrug bei den als „alternativ“ bezeichneten Personen 50% für den Kokainkonsum und 13% für den Crackkonsum, während etwa ein Viertel der angepassteren Subgruppen in den letzten 30 Tagen Kokain und 2% Crack konsumiert hatten.

### Kokainkonsum unter Schülern

Unter Schülern sind die Gesamtprävalenzraten des Kokainkonsums wesentlich niedriger als die des Cannabiskonsums. In den meisten Ländern liegt die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern bei 2% oder darunter und erreicht nur in Spanien und dem Vereinigten Königreich 4% bzw. 5% <sup>(89)</sup>. In den Ländern, die jüngere Daten aus nationalen Schulerhebungen übermittelt haben (Spanien, Portugal, Slowakei, Schweden, Vereinigtes Königreich), ist die Prävalenz des Kokainkonsums stabil oder leicht rückläufig, wobei die Veränderungen der Prävalenzraten in der Regel zu klein sind, um statistisch signifikant zu sein. Die jüngsten Erhebungsdaten aus Spanien belegen einen signifikanten Rückgang unter den 17- bis 18-jährigen Schülern.

<sup>(86)</sup> Siehe „Der europäische Markt für Stimulanzien: ‚Kokainländer‘ und ‚Amphetaminländer‘?“, S. 58.

<sup>(87)</sup> Siehe Abbildung GPS-13 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(88)</sup> Siehe Abbildung GPS-15 und Tabellen GPS-14 bis GPS-16 für alle Jahre sowie Tabellen GPS-17 bis GPS-19 für die jüngsten Daten im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(89)</sup> Siehe Tabelle EYE-1 im Statistical Bulletin 2008.



### Muster des Kokainkonsums

Die Daten aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zeigen hohe Raten für die Einstellung des Kokainkonsums: In Ländern mit einer 12-Monats-Prävalenz von über 2 % haben 80 % bis 90 % der Erwachsenen, die mindestens einmal Kokain probiert haben, die Droge in den letzten 30 Tagen nicht konsumiert <sup>(90)</sup>.

Über die Häufigkeit des Kokainkonsums in Europa sind nur begrenzt Daten verfügbar. Bei einer Analyse der Daten aus der British Crime Survey wurde festgestellt, dass etwa 20 % der jungen Menschen (16 bis 24 Jahre), die in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert haben, die Droge häufiger als einmal monatlich zu sich genommen haben. Eine anhand gezielter Stichproben von Kokainkonsumenten in neun europäischen Städten durchgeführte Studie (Prinzleve et al., 2004) ergab, dass die angegebene Konsumhäufigkeit unter sozial integrierten Konsumenten (sieben Tage im Monat) im Durchschnitt geringer war als unter sozial ausgegrenzten Konsumenten (11 Tage) oder unter in Behandlung befindlichen Opioidkonsumenten (14 Tage).

### Problematischer Kokainkonsum und Behandlungsnachfrage

Nationale Schätzungen des problematischen Kokainkonsums (injizierender oder langjähriger/regelmäßiger Konsum) liegen ausschließlich aus Spanien und Italien vor, während für das Vereinigte Königreich regionale Schätzungen verfügbar sind. Den jüngsten Daten für Spanien zufolge lag die Prävalenz des problematischen Kokainkonsums im Jahr 2002 zwischen 4,5 und 6 Fällen je 1 000 Erwachsene (15 bis 64 Jahre). In Italien wurden mit 3,7 bis 4,5 problematischen Kokainkonsumenten je 1 000 Erwachsene ähnliche Werte ermittelt. Die Angaben aus dem Vereinigten Königreich sind nicht unmittelbar mit den Daten aus Spanien und Italien vergleichbar, da sie auf dem Konsum von Crack basieren. Für den Zeitraum 2004 bis 2005 wurde in einer Studie die Zahl der problematischen Crack-Konsumenten in England auf 5,7 bis 6,4 Fälle je 1 000 Erwachsene geschätzt.

Im Jahr 2006 wurde in Europa von etwa 16 % aller Patienten Kokain, vor allem Kokainpulver, als Hauptgrund für die Aufnahme einer Drogenbehandlung genannt, das entspricht etwa 61 000 gemeldeten Fällen in 24 Ländern <sup>(91)</sup>. Ferner wurde Kokain von etwa 18 % der ambulanten Drogenpatienten als Sekundärdroge genannt <sup>(92)</sup>. In diesem Zusammenhang bestehen große Unterschiede zwischen den Ländern: Kokainkonsumenten machen lediglich in Spanien (47 %) und den Niederlanden (35 %) einen Großteil der in

Behandlung befindlichen Patienten aus; allerdings entfallen auch in Italien inzwischen 25 % der Behandlungsnachfragen auf Kokainpatienten. In den übrigen europäischen Ländern liegt der Anteil der Kokainkonsumenten an allen Behandlungsnachfragen zwischen 5 % und 10 % (zehn Länder) oder unter 5 % (zwölf Länder) <sup>(93)</sup>.

Der Anteil der Kokainkonsumenten unter den Erstpazienten ist höher. Europaweit gaben im Jahr 2006 23 % der Erstpazienten (etwa 37 000 Menschen) Kokain als Primärdroge an <sup>(94)</sup>. In Spanien war den jüngsten verfügbaren Daten zufolge Kokain im Jahr 2005 die von Erstpazienten am häufigsten genannte Primärdroge, wobei die Kokain-Erstpatienten 63 % aller Erstpazienten ausmachten.

### Tendenzen des Kokainkonsums

Zieht man die 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) als Indikator für Tendenzen bei den Raten des jüngsten Konsums heran (da Kokain vorwiegend in dieser Altersgruppe konsumiert wird), zeigt sich, dass der Kokainkonsum in der zweiten Hälfte der 90er Jahre in Spanien, Dänemark und dem Vereinigten Königreich erheblich zugenommen hat. Jüngste Daten (Erhebungen aus dem Zeitraum 2005 bis 2007) bestätigen die Aufwärtsentwicklung, die bereits im letzten Jahr aus Frankreich, Irland, Spanien, dem Vereinigten Königreich, Italien, Dänemark und Portugal gemeldet wurde. In Deutschland, den Niederlanden, der Slowakei und Finnland sind stabile Prävalenzraten zu beobachten, während Polen über einen Rückgang berichtete (Abbildung 5).

Die in den letzten Jahren verzeichnete Aufwärtstendenz bei den Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Kokain setzt sich offenbar ebenfalls fort, wobei sich hierbei die Entwicklung in einigen wenigen Ländern überproportional niederschlägt. Im Zeitraum 2002 bis 2006 stiegen der Anteil der Erstpazienten, die wegen des primären Konsums von Kokain eine Behandlung beantragten, von 13 % auf 25 % und die Zahl der gemeldeten Fälle von etwa 13 000 auf fast 30 000. Eine Zunahme war auch bei Zahl und Anteil aller Kokain-Erstpatienten zu verzeichnen: Ihre Zahl stieg von 22 000 Patienten (13 % aller Behandlungsnachfragen) im Jahr 2002 auf 50 000 Patienten (19 %) im Jahr 2006. Der stärkste Anstieg wurde in diesem Zusammenhang aus Italien und Spanien gemeldet <sup>(95)</sup>.

Diese Aufwärtstendenz beim Anteil der Kokain-Erstpatienten könnte nicht nur auf eine steigende Prävalenz des Kokainkonsums und der damit verbundenen Probleme zurückzuführen sein, sondern auch auf andere Faktoren (z. B. zunehmende Überweisungen in Behandlungseinrichtungen

<sup>(90)</sup> Siehe Abbildung GPS-16 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(91)</sup> Siehe Tabelle TDI-115 und Abbildung TDI-2 im Statistical Bulletin 2008.

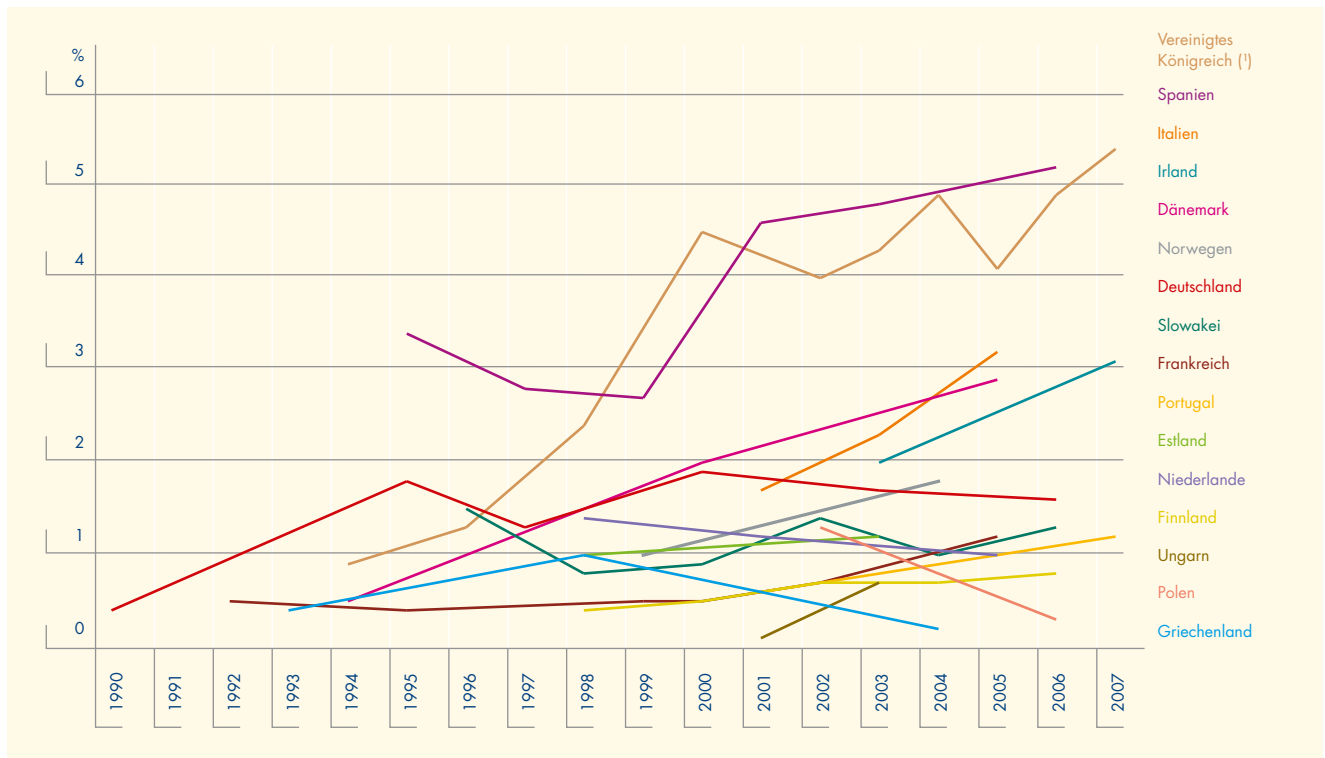
<sup>(92)</sup> Siehe Tabelle TDI-22 Teil (i) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(93)</sup> Siehe Tabelle TDI-5 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008; die Daten für Spanien beziehen sich auf das Jahr 2005.

<sup>(94)</sup> Siehe Abbildung TDI-2 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(95)</sup> Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-3 sowie Tabelle TDI-3 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

**Abbildung 5:** Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



(!) England und Wales.  
 Anmerkung: In Dänemark bezeichnet der Wert für 1994 den Konsum „harter Drogen“. Weitere Informationen sind Abbildung GPS-14 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.  
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2007), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

oder speziell auf Kokainkonsumenten ausgerichtete Maßnahmen). Darüber hinaus liegt es auf der Hand, dass die Anteile der einzelnen Drogen in diesem Zusammenhang auch durch Veränderungen bei der Behandlungsnachfrage der Konsumenten anderer Substanzen beeinflusst werden.

### Internationale Vergleiche

Insgesamt ist die geschätzte Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen in der Europäischen Union niedriger als in der entsprechenden Altersgruppe in Australien, Kanada und den USA. Auf nationaler Ebene melden jedoch Dänemark, Irland, Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich (England und Wales) höhere Werte als Australien. Lediglich das Vereinigte Königreich (England und Wales) berichtet über eine ähnliche Lebenszeitprävalenzschätzung wie die USA<sup>(96)</sup>. In gewisser Hinsicht spiegelt diese Messgröße die historische Entwicklung der Kokainproblematik und die Tatsache wider, dass der Kokainkonsum in den USA und, im europäischen Kontext, im Vereinigten Königreich bereits in der Vergangenheit weit verbreitet war.

## Behandlung und Schadensminimierung

### Patientenprofil

In Europa entfallen nahezu alle (94%) gemeldeten Behandlungsnachfragen von Kokainkonsumenten auf ambulante Einrichtungen<sup>(97)</sup>. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Kokainbehandlung zuweilen auch in privaten Kliniken erfolgt, manchmal auf stationärer Basis, und diese Therapieform im gegenwärtigen Überwachungssystem nur unzureichend erfasst wird.

Bei den Kokainpatienten, die sich in ambulante Behandlung begeben, sind die Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen höher als bei allen anderen Drogenpatienten (das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beläuft sich auf 5:1). Mit durchschnittlich 31 Jahren<sup>(98)</sup> bilden sie nach den Opioidkonsumenten und den Konsumenten von Hypnotika und Sedativa die drittälteste Patientengruppe. Die meisten Kokainpatienten geben an, im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Konsum dieser Droge begonnen zu haben<sup>(99)</sup>.

(96) Siehe Abbildung GPS-20 im Statistical Bulletin 2008.  
 (97) Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2008.  
 (98) Siehe Tabellen TDI-10 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2008.  
 (99) Siehe Tabelle TDI-11 Teil (iii) im Statistical Bulletin 2008.

Hinsichtlich der Applikationsform bestehen bei Kokainpatienten den Berichten zufolge erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Insgesamt wird die Droge von etwa der Hälfte (55 %) der Kokainpatienten geschnupft, von nahezu einem Drittel (32 %) geraucht und von einem wesentlich geringeren Anteil (9 %) injiziert<sup>(100)</sup>. Die in Behandlung befindlichen Kokainkonsumenten können grob in zwei Gruppen eingeteilt werden. Die erste Gruppe ist in der Regel besser sozial integriert, lebt in stabilen Wohn- und Beschäftigungsverhältnissen und gibt zumeist an, die Droge zu schnupfen. Die zweite Gruppe umfasst die eher marginalisierten Patienten, die in der Regel Kokain rauchen oder injizieren (siehe EBDD, 2006) und häufiger angeben, entweder Crack oder eine Kombination aus Kokain und Heroin zu konsumieren. Insbesondere Crackpatienten leben gemeinhin in Großstädten, gehören ethnischen Minderheiten an und geben zu großen Teilen an, arbeitslos zu sein oder in schlechten Wohnverhältnissen zu leben<sup>(101)</sup>. Europaweit betrachtet stellt der Crack-Konsum ein eher kleines und geografisch begrenztes Problem dar, das lediglich eine relativ geringe Zahl von Städten betrifft. Im Jahr 2006 begaben sich den Berichten zufolge etwa 8 000 Crack-Konsumenten (etwa 2 % aller Drogenpatienten) in 20 europäischen Ländern in Drogenbehandlung, wobei die größte Zahl aus dem Vereinigten Königreich gemeldet wurde<sup>(102)</sup>.

Die Bewältigung der mit dem gleichzeitigen Konsum von Kokain und Heroin verbundenen Probleme stellt in einigen Ländern ein zunehmend wichtiges Thema dar. Bei den in Behandlung befindlichen Konsumenten kann es sich auch um aktuelle oder ehemalige Heroinkonsumenten handeln, die zum Teil eine Substitutionsbehandlung erhalten. In einigen Ländern bilden diese Patienten die größte Gruppe der in Behandlung befindlichen Kokainpatienten. In einigen Studien wurde festgestellt, dass der gleichzeitige Konsum von Kokain und Heroin mit einer Doppeldiagnose in Zusammenhang stehen oder vorhandene psychische Probleme wie bipolare Störungen verschlimmern kann. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass der gleichzeitige Konsum von Kokain während einer methadongestützten Erhaltungstherapie dazu beiträgt, dass der Heroinkonsum fortgesetzt oder wieder aufgenommen wird, und somit mit dem Risiko einer Infektion mit HIV und anderen durch Blut übertragbaren Krankheiten, mit schwerwiegenden medizinischen und sozialen Problemen sowie mit Drogenkriminalität verbunden ist.

## Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum

Selbst unter Angehörigen medizinischer Berufe herrscht häufig ein mangelhaftes Bewusstsein für die Zusammenhänge zwischen Kokainkonsum und Krankheiten. Infolgedessen werden bestimmte kokainbedingte Probleme nicht als solche erkannt und die Betroffenen erhalten unter Umständen keine angemessene Behandlung. Die unzureichende Meldung kokainbedingter Probleme führt dazu, dass die Auswirkungen der Droge auf die öffentliche Gesundheit nicht erkannt werden.

Die mit bestimmten Formen des problematischen Kokainkonsums verbundenen Risiken sind bekannt und betreffen vorwiegend bestimmte Gruppen von Konsumenten (ehemalige oder aktuelle Opioidkonsumenten, marginalisierte Gruppen). So bestehen beispielsweise beim injizierenden Kokainkonsum ein Infektionsrisiko sowie ein erhöhtes Risiko einer Überdosierung, während der Konsum in Kombination mit Opioiden offenbar mit einem höheren Risiko einer Überdosierung von Opioiden verbunden ist.

Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit Kokainpulver bleiben jedoch häufiger unerkannt und können Konsumenten betreffen, die in der Regel ihrem eigenen Empfinden nach keinem Risiko ausgesetzt sind. Der chronische Konsum von Kokain kann gravierende gesundheitliche Probleme verursachen, die zumeist kardiovaskulärer (Arteriosklerose, Kardiomyopathie, Arrhythmien, myokardiale Ischämie) und neurologischer (Schlaganfälle und Krämpfe) Natur sind. Diese Probleme können durch bestimmte körperliche Faktoren (z. B. vaskuläre Fehlbildungen) sowie durch Risikofaktoren wie Rauchen oder Alkoholkonsum verschärft werden. Viele Todesfälle, die mit Kokain in Zusammenhang gebracht werden, werden durch solche Erkrankungen verursacht.

Der Konsum von Kokain in Kombination mit Alkohol erhöht den Kokaingehalt im Blut um bis zu 30%. Was das Verhalten betrifft, so kann Kokain zu einem exzessiven Alkoholkonsum beitragen, indem die Droge es dem Konsumenten ermöglicht, länger zu trinken, was wiederum einen verstärkten Kokainkonsum zur Folge haben kann (Gossop et al., 2006). Infolge des gleichzeitigen Konsums von Kokain und Alkohol wird in der Leber Cocaethylen gebildet, was mit weiteren möglichen Gesundheitsrisiken verbunden sein kann.

Bisher wurden nur wenige Studien über die allgemeinen Auswirkungen des Kokainkonsums auf die öffentliche Gesundheit durchgeführt. Bei einer groß angelegten demografischen Erhebung in den USA (1988-1994) wurde festgestellt, dass ein Viertel der nicht tödlich verlaufenden akuten Myokardinfarkte in der Altersgruppe der 18- bis 45-Jährigen mit einem „häufigen Kokainkonsum“ in Verbindung gebracht wurde. Bei Personen mit hoher Konsumhäufigkeit bestand ein 7-mal höheres Risiko eines nichttödlichen Myokardinfarktes als bei Personen, die kein Kokain konsumieren (Qureshi et al., 2001). Die Ergebnisse dieser Studie können jedoch nicht unmittelbar auf Europa übertragen werden. Derzeit weiß man nur wenig über die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen des zunehmenden Kokainkonsums in Europa. Daher müssen in diesem wichtigen Bereich künftig weitere Untersuchungen zur öffentlichen Gesundheit durchgeführt werden.

Weitere Informationen über die mit dem Kokainkonsum verbundenen Gesundheitsprobleme sind dem ausgewählten Thema zu Kokain im Jahresbericht 2007 zu entnehmen.

<sup>(100)</sup> Siehe Tabellen TDI-17 Teil (ii) und Teil (vi) sowie TDI-111 Teil (vii) und Teil (viii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(101)</sup> Siehe Ausgewähltes Thema im Jahresbericht 2007 zu Kokain.

<sup>(102)</sup> Siehe Tabelle TDI-115 im Statistical Bulletin 2008.

## Kokainbehandlung

Infolge der Zunahme des Kokainkonsums und der damit verbundenen Probleme sehen sich die spezialisierten Drogenbehandlungseinrichtungen in mehreren Mitgliedstaaten mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, ihre traditionell auf Opioide ausgerichteten Leistungen auf die heterogene Gruppe der Kokain- und Crack-Konsumenten auszurichten. Mit Ausnahme Spaniens haben jedoch im Jahr 2006 alle Mitgliedstaaten die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit spezieller Programme für die Kokainbehandlung als niedrig bewertet.

Einige der Mitgliedstaaten, die hohe Prävalenzraten für den Konsum von Kokain oder Crack verzeichnen, haben sich besonders intensiv um eine Lösung dieses Problems bemüht. Im Jahr 2007 hat Spanien einen speziellen nationalen Aktionsplan für Kokain verabschiedet, während Irland eine Reihe von Sonderprogrammen für verschiedene Gruppen von Kokainkonsumenten durchgeführt und evaluiert hat. Diese Programme richten sich an problematische Kokainkonsumenten, die die Droge schnupfen, an polyvalente Konsumenten mit Kokainproblemen sowie an Frauen und Prostituierte, die Kokain konsumieren. In Italien wird im Jahr 2008 ein groß angelegter klinischer Versuch durchgeführt, um die Wirksamkeit von zwei Arzneistoffen (Aripiprazol und Ropinirol) für die Behandlung von Kokainabhängigen zu untersuchen.

Über die Art der in Europa für problematische Kokainkonsumenten angebotenen Leistungen liegen kaum Daten vor. Jedoch bieten klinische Publikationen der einzelnen Länder oder Erhebungen unter Fachkräften wertvolle Einblicke in die derzeitige Praxis. Einem vor kurzem veröffentlichten Bericht des Vereinigten Königreichs (NICE, 2007) zufolge werden Probleme im Zusammenhang mit Kokain in britischen spezialisierten Behandlungszentren offenbar nur dann behandelt, wenn das primäre Drogenproblem in Verbindung mit Opioiden steht. In einer jüngeren italienischen Erhebung unter an der Behandlung von Kokainkonsumenten beteiligten Fachkräften wurde ferner festgestellt, dass die Umsetzung einiger der von den Befragten als für erfolgreiche Behandlungsergebnisse wesentlich erachteten Faktoren Schwierigkeiten bereitet, beispielsweise die Bereitstellung angemessener Leistungen (z. B. kurzfristige stationäre Behandlung, strukturierte psychosoziale Maßnahmen) oder die klinische Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Kokainkonsumenten. Diese Schwierigkeiten werden auf organisatorische Probleme, mangelnde Ressourcen und das Fehlen wirksamer und speziell auf die Behandlung von Kokainkonsumenten zugeschnittener Maßnahmen zurückgeführt. Es ist anzunehmen, dass die Fachkräfte in anderen Mitgliedstaaten mit ähnlichen Problemen

## Kontingenzmanagement

Das Kontingenzmanagement zielt darauf ab, die verstärkende Wirkung von Drogen durch die Belohnung von Abstinenz zu verringern. In der Regel wird das Kontingenzmanagement unter psychosozialer Betreuung zu Beginn einer Behandlung eingeführt, und die gebotenen Anreize werden von der Abgabe drogenfreier Urinproben abhängig gemacht. Als Anreiz können beispielsweise Gutscheine für kleine Geldbeträge angeboten werden, die mit jeder weiteren Phase einer erfolgreichen Abstinenz erhöht werden. Gelingt es dem Patienten nicht, abstinent zu bleiben, führt dies zum Verlust der angesammelten „Gewinne“.

Dieses Verfahren verstärkt wiederholt das abstinente Verhalten des Patienten und bietet ihm regelmäßig ein weiteres Ziel, das es zu erreichen gilt. Die tragfähigsten Evidenzdaten für die Wirksamkeit des Kontingenzmanagements bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz stammen aus Studien über die Kokain- und Heroinbehandlung. Allerdings gibt es auch einige Belege für die Wirksamkeit dieses Ansatzes in der Cannabis- und Methamphetaminbehandlung.

Zwar wurden die meisten Forschungen zum Kontingenzmanagement außerhalb Europas durchgeführt, jedoch erzielten vor kurzem Durchführbarkeitsstudien zum Kontingenzmanagement positive Ergebnisse für Kokainkonsumenten in Spanien (Secades-Villa et al., 2008) und für die Behandlung des Kokainkonsums unter in Substitutionsbehandlung befindlichen Opioidpatienten in den Niederlanden (DeFuentes-Merillas und De Jong, 2008), wo am Ende der Studie als Anreiz Waren im Wert von 150 EUR angeboten wurden. Eine wirtschaftliche Analyse des National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) im Vereinigten Königreich ergab, dass das Kontingenzmanagement im Rahmen der Kokainbehandlung eine kosteneffiziente Option darstellt, insbesondere wenn die wirtschaftlichen Gesamtkosten des Kokainkonsums berücksichtigt werden.

konfrontiert sind. Angemessene Investitionen, geeignete Behandlungsprotokolle und spezielle Schulungen stellen daher wohl die Schlüsselthemen für die Weiterentwicklung der Leistungen in diesem Bereich dar.

In jüngster Zeit vorgenommene Auswertungen der vorhandenen Literatur zeigen, dass es weder tragfähige Evidenzdaten für die Wirksamkeit der derzeit angebotenen psychosozialen Maßnahmen bei der Behandlung von Kokainabhängigen noch wirksame pharmakologische Behandlungskonzepte gibt. In einer vor kurzem vorgelegten Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration (Cochrane review) zu den psychosozialen Maßnahmen für die Behandlung der Konsumenten von Kokain und anderen Psychostimulanzien kam man zu dem Schluss, dass kohärente positive Ergebnisse im

Hinblick auf das Verhalten der Patienten (Verbleib in der Behandlung, Einschränkung des Drogenkonsums) ausschließlich bei psychosozialen Maßnahmen beobachtet wurden, in denen auch das „Kontingenzmanagement“ eine Rolle spielte <sup>(103)</sup>.

Anders als bei der Behandlung Opioidabhängiger sind derzeit keine wirksamen pharmakologischen Behandlungsoptionen verfügbar, um Kokainkonsumenten zu helfen, drogenfrei zu bleiben oder ihren Konsum zu reduzieren (siehe das ausgewählte Thema zu Kokain im Jahresbericht 2007). Experimentelle therapeutische Arzneistoffe zur Reduzierung des Kokainkonsums und des Verlangens nach der Droge haben sich in klinischen Versuchen als potenziell wirksam erwiesen (z. B. Baclofen, Tiagabin, Topiramate). Besonders vielversprechende Ergebnisse wurden im Zusammenhang mit dem Einsatz von Modafinil in der Substitutionstherapie festgestellt, da bei diesem Psychostimulans im Vergleich zu anderen möglichen Substitutionsmitteln (z. B. D-Amphetamin) ein geringes Missbrauchsrisiko besteht (Myrick et al., 2004). Erfolgversprechende Ergebnisse wurden auch mit dem Einsatz von Buprenorphin, Topiramate und Tiagabin zur Einschränkung des Kokainkonsums von in Substitutionsbehandlung befindlichen Opioidkonsumenten erzielt, die gleichzeitig Kokain konsumierten.

Darüber hinaus werden derzeit Untersuchungen zur Immuntherapie für Kokainabhängige mit dem Kokain-Impfstoff TA-CD durchgeführt. Nach der Impfung führt dieses Vakzin zur Produktion von Antikörpern, die die Kokainmoleküle im Blutkreislauf an sich binden, sodass diese durch körpereigene Enzyme in inaktive Moleküle umgewandelt werden können. Die Ergebnisse der ersten klinischen Versuche sind ermutigend, allerdings sind weitere Studien erforderlich, um zu testen, inwieweit das Vakzin für die pharmakologische Therapie von Kokainabhängigen geeignet ist.

Der Kokain-Impfstoff soll in erster Linie zur Rückfallprävention eingesetzt werden, jedoch weckt der Begriff „Impfstoff“ auch Hoffnungen, dass er möglicherweise auch prophylaktisch zur Prävention einer Kokainabhängigkeit eingesetzt werden könnte (z. B. bei drogen-naiven Kindern oder Jugendlichen). Die Wirksamkeit eines solchen Konzepts ist ungewiss und wirft ethische Fragen auf, die in der demnächst erscheinenden EBDD-Veröffentlichung „Neurobiologie der Sucht: ethische und soziale Auswirkungen“ eingehend erörtert werden.

### Schadensminimierung

Der problematische Kokainkonsum ist häufig mit schwerwiegenden Folgen für die physische und psychische

Gesundheit verbunden. Beispielsweise wurde bei einer zweijährigen irischen Folge-Erhebung über Kokain in lokalen Gemeinschaften eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands kokainabhängiger Patienten festgestellt, die insbesondere injizierende Konsumenten betraf. Darüber hinaus belegen mehrere Projekte eine Zunahme der Zahl der Patienten mit Abszessen und Wunden aufgrund mangelhafter Injektionsgewohnheiten. Zu den weiteren Problemen von Kokainpatienten zählen Gewichtsverlust, sexuell übertragbare Krankheiten, Herzerkrankungen, Amputationen und Risikoverhalten.

In den meisten Mitgliedstaaten werden für injizierende Kokainkonsumenten dieselben Leistungen und Einrichtungen angeboten wie für Opioidkonsumenten, z. B. Empfehlungen für einen sicheren Konsum, Schulungen für sicheres Injizieren sowie Nadelaustauschprogramme. Niedrigschwellige Drogendienste spielen in diesem Kontext eine wichtige Rolle, da sie sowohl eine Grundversorgung als auch Beratung und medizinische Hilfe anbieten. Konsumenten mit gravierenden kokain- oder crackbedingten Problemen wie einer physischen und psychischen Komorbidität oder sozialen Problemen, beispielsweise im Zusammenhang mit ihrer Wohnsituation, können in stationäre Rehabilitationsprogramme und therapeutische Gemeinschaften überwiesen werden. Diese Programme zielen nicht nur auf eine Abstinenz ab, sondern bieten Entlastung, intensive Pflege und Unterstützung an, um den Konsumenten bei der Änderung ihrer ungeordneten und risikoreichen Lebensführung zu helfen.

Eine qualitative Studie in sechs spanischen Städten zeigte, dass Prostituierte vorwiegend Alkohol und Kokain konsumierten. Die Droge wurde gelegentlich und instrumentell konsumiert, um psychische Barrieren oder Hemmungen abzubauen und die stundenlange Prostitution mit wechselnden Kunden erträglicher zu machen. Folgen des Drogenkonsums der Prostituierten waren unter anderem ungeschützter Geschlechtsverkehr und ein höheres Risiko, Opfer gewalttätiger Übergriffe von Kunden zu werden. In dieser Gruppe wurden darüber hinaus häufig Muster eines starken Crack-Konsums beobachtet.

Für Prostituierte mit Kokain- oder Crackproblemen werden aufsuchende Dienste und Maßnahmen zur Schadensminimierung angeboten. In den Niederlanden haben beispielsweise kommunale Gesundheitsdienste spezielle Gesundheitsprogramme für Prostituierte ins Leben gerufen, die Crack konsumieren. In Frankreich führt die Organisation Espoir Goutte d'Or, die sich vorwiegend mit Risikoprävention und Schadensminimierung für Crack-Konsumenten und Prostituierte befasst, freiwillige

<sup>(103)</sup> Siehe „Kontingenzmanagement“, S.74.

wöchentliche Beratungen und Schnelltests auf HIV und Hepatitis durch.

Der Freizeitkonsum von Kokain in Kombination mit exzessivem Alkoholkonsum ist häufig in Nachtlokalen zu beobachten und kann mit gravierenden akuten physischen Problemen verbunden sein. Wie in Kapitel 4 erläutert, gehen die Mitgliedstaaten zunehmend zu einem integrierten Konzept zur Minimierung der mit dem Konsum von Alkohol und illegalen Drogen in Freizeitmilieus verbundenen Schäden über. Im Rahmen der Programme

werden jungen Menschen Beratung und Informationen über die mit dem Alkohol- und Drogenkonsum insgesamt verbundenen Probleme angeboten, wobei in der Regel auch Material über die Risiken des akuten und chronischen Kokainkonsums einbezogen wird. Auch die Mitgliedseinrichtungen der Europäischen Vereinigung der Drogennotrufdienste bemühen sich äußerst aktiv um eine Sensibilisierung und Unterstützung von Drogenkonsumenten, indem sie Beratungen und Informationen über die Risiken des Drogenkonsums anbieten.



## Kapitel 6

# Opioidekonsum und injizierender Drogenkonsum

### Angebot und Verfügbarkeit von Heroin

Auf dem illegalen Drogenmarkt Europas wird importiertes Heroin traditionell in zwei Formen angeboten: als das allgemein verfügbare braune Heroin (Heroinbase), das vor allem aus Afghanistan eingeführt wird, und als weißes Heroin (in Salzform), das in der Regel aus Südostasien stammt, wobei dieses weniger stark verbreitet ist <sup>(104)</sup>. Darüber hinaus werden Opioide auch innerhalb Europas produziert, vor allem Produkte aus selbstangebautem Mohn (z. B. Mohnstroh, Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten), die in einigen osteuropäischen Ländern (z. B. in Lettland und Litauen) hergestellt werden.

### Herstellung und Handel

Das in Europa konsumierte Heroin stammt vor allem aus Afghanistan, auf das nach wie vor bei Weitem der größte Teil des illegalen Opiums entfällt, gefolgt von Myanmar und Mexiko. Die weltweite Opiumherstellung ist im Jahr 2007 erneut erheblich gestiegen (um 34 %) und beläuft sich auf schätzungsweise 8 870 Tonnen. Dies ist in erster Linie auf eine Zunahme der afghanischen Produktion auf schätzungsweise 8 200 Tonnen zurückzuführen. Das weltweite Produktionspotenzial von Heroin hat damit im Jahr 2007 ein Rekordhoch von schätzungsweise 733 Tonnen erreicht (UNODC, 2008). Die in den letzten Jahren steigende Zahl der in Afghanistan ausgehobenen Labors deutet darauf hin, dass das Opium in zunehmendem Maße im Land selbst zu Morphin oder Heroin verarbeitet wird. Die Sicherstellung großer Mengen Morphin in den Nachbarländern (Pakistan, Iran) zeigt jedoch, dass die Droge auch außerhalb Afghanistans in erheblichem Umfang hergestellt wird (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroin gelangt vorwiegend über zwei große Drogenhandelsrouten nach Europa: zum einen über die traditionell wichtige Balkanroute, die sich nach dem Transit durch Pakistan, Iran und die Türkei in einen südlichen und einen nördlichen Teil gabelt, zum anderen zunehmend über die „nördliche Route“ über Zentralasien und die Russische

Föderation (Abbildung 6). Für Heroin aus Südwestasien gibt es den Berichten zufolge zweitrangige Handelsrouten, über die Heroin beispielsweise direkt aus Pakistan nach Europa (Vereinigtes Königreich) oder über Pakistan, den Nahen und Mittleren Osten sowie Afrika zu den illegalen Märkten in Europa und Nordamerika geschmuggelt wird (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WZO, 2007). Heroin aus Südwestasien wird darüber hinaus über Südasien (Bangladesch) nach Europa geschmuggelt (INCB, 2008a). Innerhalb der Europäischen Union spielen die Niederlande und in geringerem Maße auch Belgien eine wichtige Rolle als weitere Umschlagplätze für den Weitertransport (Europol, 2008).

### Sicherstellungen

Die weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Opioiden stiegen im Jahr 2006 auf 384 Tonnen Opium und 104 Tonnen Heroin und Morphin. Während der Großteil des weltweit sichergestellten Opiums (81 %) auf Iran entfiel, wurden Heroin und Morphin vor allem in Pakistan (34 %) beschlagnahmt, gefolgt von Iran (20 %), der Türkei (10 %) und China (6 %) (UNODC, 2008).

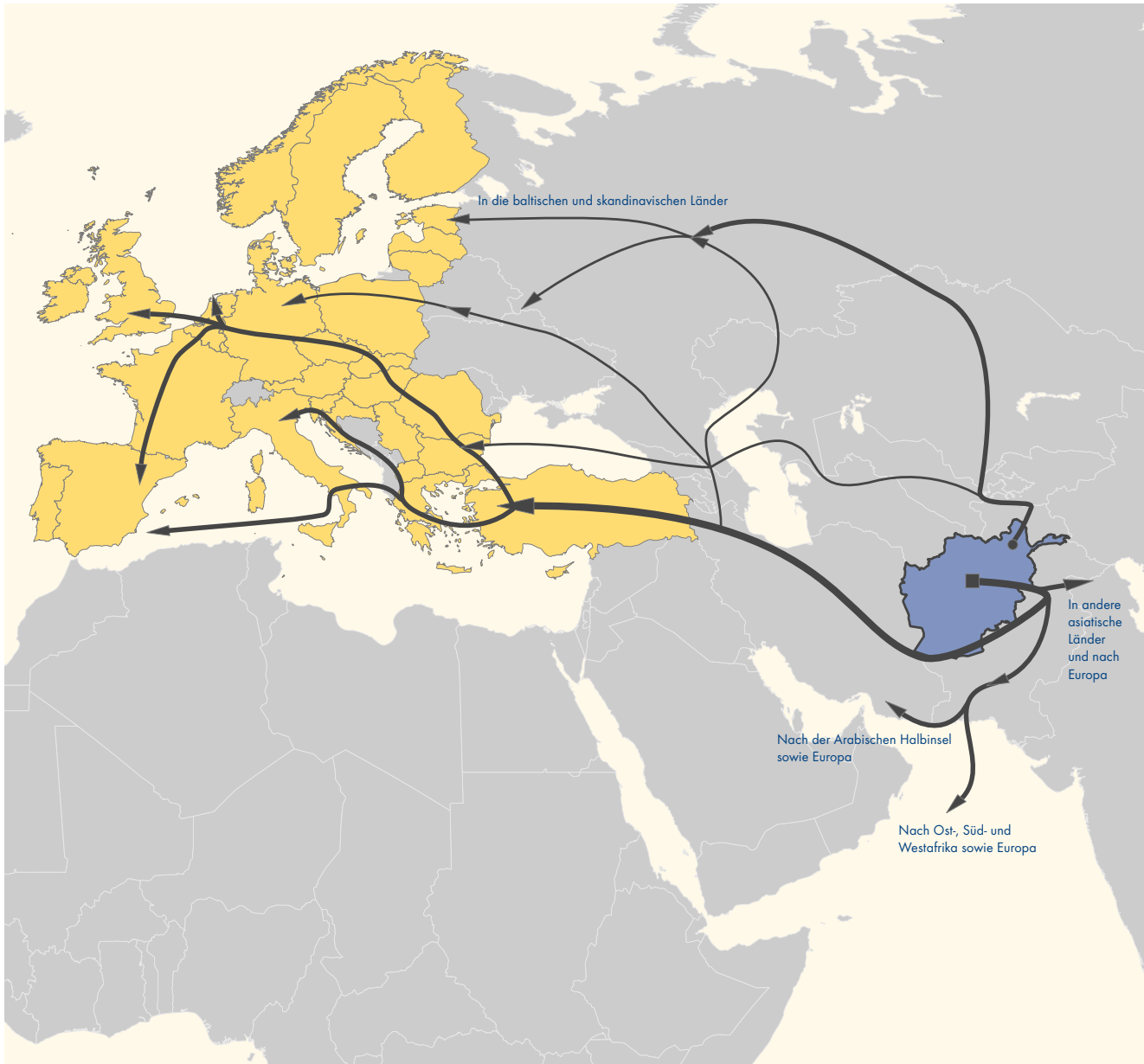
In Europa wurden im Jahr 2006 bei schätzungsweise 48 200 Sicherstellungen 19,4 Tonnen Heroin beschlagnahmt. Die meisten Sicherstellungen wurden nach wie vor aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, während in der Türkei mit 10,3 Tonnen im Jahr 2006 erneut die größten Heroinmengen beschlagnahmt wurden <sup>(105)</sup>. Hinsichtlich der bei den Sicherstellungen im Durchschnitt jeweils beschlagnahmten Heroinmenge wurden erhebliche Unterschiede zwischen diesen beiden Ländern festgestellt: In der Türkei wurde bei den einzelnen Sicherstellungen durchschnittlich eine 100-mal größere Menge beschlagnahmt als im Vereinigten Königreich. Dies spiegelt die unterschiedlichen Positionen der beiden Länder in der Lieferkette wider (Abbildung 6). In den letzten zehn Jahren schwankte die Zahl der Heroinsicherstellungen in Europa, wobei insgesamt ein Abwärtstrend zu beobachten war. Im Jahr 2001 wurde eine relative Spitze verzeichnet,

<sup>(104)</sup> Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen siehe S. 41.

<sup>(105)</sup> Siehe Tabellen SZR-7 und SZR-8 im Statistical Bulletin 2008. Es ist zu beachten, dass für die Ermittlung von Schätzwerten die fehlenden Daten für 2006 durch Daten aus dem Jahr 2005 ersetzt wurden. Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2006 noch nicht vorliegen.



**Abbildung 6:** Wichtigste Handelsströme von Heroin aus Afghanistan nach Europa



Anmerkung: Die auf der Karte dargestellten Handelsströme wurden anhand einer Zusammenfassung der Analysen zahlreicher internationaler und nationaler Organisationen berechnet (nationale Reitox-Knotenpunkte, Europol, INCB, UNODC, WZO). Diese Analysen basieren auf Daten über die Sicherstellungen von Drogen entlang der Handelsrouten sowie auf Erkenntnissen der Strafverfolgungsbehörden in den Transit- und Bestimmungsländern, zuweilen ergänzt durch Berichte aus anderen Quellen. Die auf der Karte dargestellten wichtigsten Handelsrouten sind als Richtwerte für die Hauptströme zu betrachten, da entlang der Routen unter Umständen Drogen in andere Länder abgezweigt werden und es zahlreiche zweitrangige, subregionale Routen gibt, die hier nicht wiedergegeben sind und sich rasch ändern können.

während im Jahr 2003 ein Rekordtief erreicht wurde. Die Menge des in der Europäischen Union sichergestellten Heroins ist im Zeitraum 2001 bis 2006 insgesamt gesunken. In der Türkei dagegen hat sich die beschlagnahmte Menge im selben Zeitraum nahezu verdreifacht.

Die weltweiten Sicherstellungen von Essigsäureanhydrid (das zur illegalen Herstellung von Heroin genutzt wird) sind im Jahr 2006 auf 26 400 Liter gestiegen und entfielen größtenteils auf die Russische Föderation (9 900 Liter) und Kolumbien (8 800 Liter), gefolgt von der Türkei (3 800 Liter) (INCB, 2008b). Die Handelsrouten zwischen Afghanistan und Europa werden auch genutzt, um chemische Grundstoffe (vor allem Essigsäureanhydrid über die „Seidenstraße“) und synthetische Drogen (vorwiegend Ecstasy) in Richtung Osten zu schmuggeln (Europol, 2008).

Die im Jahr 2006 aus Lettland und Litauen gemeldeten Sicherstellungen von 3-Methylfentanyl sowie Berichte über den zunehmenden injizierenden Konsum von illegal hergestelltem Fentanyl in Estland zeigen, dass die Verfügbarkeit synthetischer Opioide wie Fentanyl (das wesentlich potenter ist als Heroin) aufmerksamer überwacht werden muss.

### Reinheit und Preis

Im Jahr 2006 lag die typische Reinheit von braunem Heroin in den meisten Berichtsländern zwischen 15 % und 25 %, wobei jedoch Griechenland, Frankreich und Österreich Werte unter 10 % und Malta (31 %), die Türkei (36 %) und das Vereinigte Königreich (43 %) höhere Werte meldeten. In den wenigen europäischen Ländern, die diesbezüglich Daten übermittelt haben, war die typische Reinheit von weißem Heroin in der Regel höher (45 % bis 70 %) <sup>(106)</sup>.

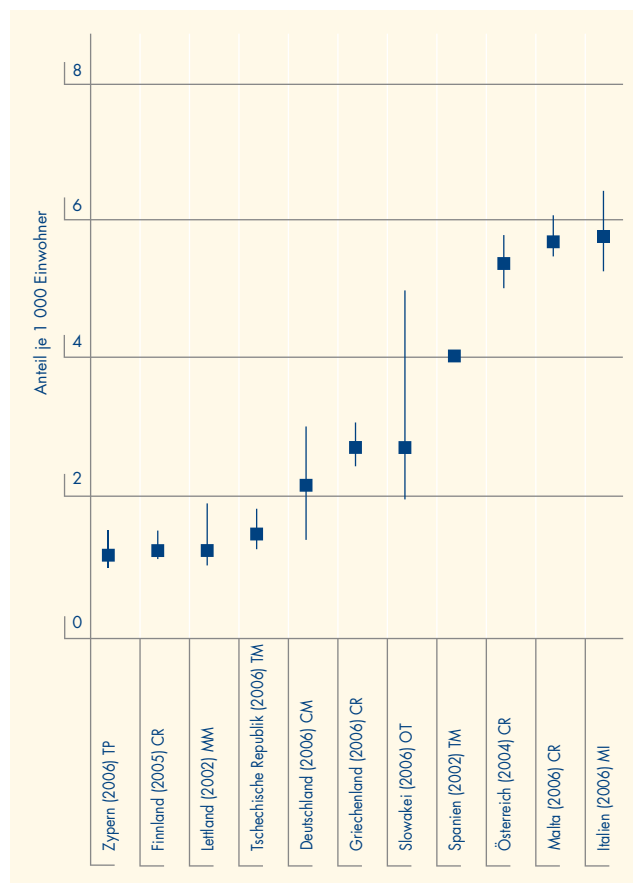
Der Verkaufspreis für braunes Heroin bewegte sich im Jahr 2006 zwischen 14,5 EUR pro Gramm in der Türkei und 110 EUR pro Gramm in Schweden, wobei die meisten europäischen Länder einen üblichen Preis zwischen 30 EUR und 45 EUR pro Gramm meldeten. Der Preis für weißes Heroin wurde nur von einigen wenigen europäischen Ländern gemeldet und lag zwischen 27 EUR und 110 EUR pro Gramm. Im Zeitraum 2001 bis 2006 ist der Verkaufspreis für braunes Heroin in den meisten der 13 europäischen Länder, die Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf übermittelt haben, gefallen, wobei in Polen jedoch Anzeichen für einen Preisanstieg zu beobachten waren.

### Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums

Die Daten in diesem Abschnitt wurden vom EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum abgeleitet, der in

erster Linie Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums und des Konsums von Opioiden umfasst, wobei in einigen Ländern auch die Konsumenten von Amphetaminen oder Kokain eine wichtige Komponente bilden. Aufgrund der relativ niedrigen Prävalenz und der Tatsache, dass diese Form des Drogenkonsums weitgehend im Verborgenen stattfindet, sind Schätzungen zur Zahl der problematischen Opioidkonsumenten im Allgemeinen unsicher, und Prävalenzschätzungen müssen durch statistische

**Abbildung 7:** Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Opioidkonsums (Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkung: Das Symbol bezeichnet eine Punktschätzung, ein Balken ein Unsicherheitsintervall: ein 95%-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse. Aufgrund der verschiedenen Schätzmethoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. In den Erhebungen aus Finnland (15 bis 54 Jahre) und Malta (12 bis 64 Jahre) wurden nicht die Standardaltersspannen herangezogen. Für Deutschland gibt das Intervall den niedrigsten und den höchsten Wert aller vorliegenden Schätzungen wieder, während die Punktschätzung als einfacher Durchschnitt der mittleren Schätzwerte berechnet wurde. Die Schätzmethoden werden mit folgenden Abkürzungen bezeichnet: CR = Capture-Recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); MI = Multivariate Indicator; TP = Truncated Poisson; MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator); CM = Combined Methods (kombinierte Methoden); OT = Other Methods (andere Methoden). Ausführliche Angaben sind Abbildung PDU-1 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

<sup>(106)</sup> Daten über Preis und Reinheit sind den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Extrapolation aus den verfügbaren Datenquellen gewonnen werden. Darüber hinaus beziehen sich die meisten Studien auf bestimmte geografisch eingegrenzte Gebiete wie Städte oder Bezirke, und eine Extrapolation auf nationale Schätzungen ist somit kaum möglich.

Die Muster des problematischen Drogenkonsums in Europa nehmen zunehmend unterschiedliche Formen an. Beispielsweise berichten einige Länder, in denen traditionell der problematische Opioidkonsum eine vorherrschende Rolle spielte, in letzter Zeit über eine wachsende Bedeutung anderer Drogen wie beispielsweise Kokain. Aufgrund der Notwendigkeit der wirksamen Überwachung einer Reihe von Mustern des problematischen Drogenkonsums berichtet die EBDD über den problematischen Drogenkonsum in nach Drogen definierten Subgruppen, wobei sich diese auch überschneiden können <sup>(107)</sup>.

Die Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums auf nationaler Ebene bewegen sich im Zeitraum 2002 bis 2006 zwischen einem und sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums insgesamt liegt schätzungsweise zwischen einem und zehn Fällen je 1 000 Einwohner. Die niedrigsten gut dokumentierten Schätzungen des problematischen Opioidkonsums liegen aus Zypern, Lettland, der Tschechischen Republik und Finnland vor (wobei sowohl die Tschechische Republik als auch Finnland über große Zahlen problematischer Amphetaminkonsumenten berichten), während die höchsten Schätzungen aus Malta, Österreich und Italien gemeldet werden (Abbildung 7).

Aus den relativ begrenzten verfügbaren Daten kann eine durchschnittliche Prävalenzschätzung des problematischen Opioidkonsums zwischen vier und fünf Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren errechnet werden. Geht man davon aus, dass diese Schätzung für die EU insgesamt gilt, entspricht dies etwa 1,5 Millionen (1,3 bis 1,7 Millionen) problematischen Opioidkonsumenten in der EU und Norwegen.

### Tendenzen und Inzidenz des problematischen Opioidkonsums

Aufgrund der begrenzten Zahl wiederholter Schätzungen und der mit einzelnen Schätzungen verbundenen Unsicherheit sind die Tendenzen des problematischen Opioidkonsums im Zeitverlauf nur schwer abzuschätzen. Die Daten aus neun Ländern, in denen im Zeitraum 2001 bis 2006 wiederholte Schätzungen vorgenommen wurden, lassen

### Ende des Abwärtstrends bei den Indikatoren für den Opioidkonsum

Entgegen den in den Vorjahresberichten beschriebenen Tendenzen belegen die jüngsten Daten für die Europäische Union einen gewissen Anstieg der drogeninduzierten Todesfälle, der Sicherstellungen von Heroin und der neuen Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Heroin.

Im Jahr 2003 kam die rückläufige Entwicklung bei der Zahl der in Europa gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle, die zumeist im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden standen, zum Stillstand. Zwischen 2003 und 2005 meldeten die meisten Mitgliedstaaten eine Aufwärtstendenz. In 16 der 24 Berichtsländer stieg die Zahl der Sicherstellungen von Heroin im Zeitraum 2003 bis 2006 um über 10 %. Nachdem die Zahl der neuen Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Heroin als Primärdroge über mehrere Jahre gesunken war, nahm sie zwischen 2005 und 2006 in etwa der Hälfte der Länder, die Daten übermittelt haben, zu. Dies könnte auf eine seit einigen Jahren stattfindende Veränderung der Inzidenz des Heroinkonsums zurückzuführen sein, die sich aufgrund der zeitlichen Verzögerung zwischen dem Erstkonsum und der ersten Behandlung erst jetzt bemerkbar macht.

Zeitgleich mit diesen neuen Entwicklungen ist eine erhöhte Opiumherstellung in Afghanistan zu beobachten. Dies gibt Anlass zu der Befürchtung, dass hier ein Zusammenhang mit einer zunehmenden Verfügbarkeit von Heroin auf dem europäischen Markt besteht. Dies stellt ein wichtiges Thema für weitere Untersuchungen dar, da die verfügbaren Daten keine eindeutigen Schlüsse erlauben. Darüber hinaus sind gravierende Störfaktoren zu berücksichtigen. Beispielsweise ist der Konsum pharmazeutischer Opiode für nichttherapeutische Zwecke in mehreren Ländern (Tschechische Republik, Estland, Frankreich, Österreich, Finnland) auf hohem Niveau stabil geblieben oder gestiegen und könnte auf die Tendenzen bei drogeninduzierten Todesfällen erheblichen Einfluss haben.

auf unterschiedliche Entwicklungen schließen. In der Tschechischen Republik, Deutschland, Griechenland, Italien, Malta, der Slowakei und Finnland ist die Prävalenz offenbar relativ stabil geblieben, während in Österreich ein Anstieg beobachtet wurde (die jüngsten Daten stammen aus dem Jahr 2004) und sich in Zypern eine mögliche rückläufige Entwicklung abzeichnet <sup>(108)</sup>.

Die Inzidenz des problematischen Opioidkonsums (die Zahl der neuen Fälle in einem bestimmten Jahr) ermöglicht eine genauere Messung der Veränderungen im Zeitverlauf und kann einen frühzeitigen Ausblick auf künftige Entwicklungen bei Prävalenz und Behandlungsnachfrage geben. Allerdings liegen den herangezogenen Schätzmodellen mehrere Annahmen zugrunde. Darüber hinaus kann mit diesen

<sup>(107)</sup> Ein Überblick über die verfügbaren Schätzungen der einzelnen Komponenten des problematischen Drogenkonsums ist dem Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

<sup>(108)</sup> Ausführliche Informationen einschließlich der Konfidenzintervalle sind Tabelle PDU-6 Teil (ii) und Tabelle PDU-102 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Modellen nur eine teilweise Schätzung der Inzidenz vorgenommen werden, da sie ausschließlich auf den Fällen basieren, die mit Behandlungseinrichtungen in Kontakt kommen. Nur zwei Länder melden in diesem Zusammenhang jüngere Daten, wobei diese unterschiedliche Tendenzen belegen. In Italien ist die geschätzte Inzidenz von etwa 32 500 neuen Fällen im Jahr 1990 auf etwa 22 000 neue Fälle im Jahr 1997 zurückgegangen und anschließend erneut auf etwa 30 000 neue Fälle im Jahr 2006 gestiegen. In Spanien dagegen ist die geschätzte Inzidenz des problematischen Opioidkonsums seit dem um das Jahr 1980 verzeichneten Höchststand kontinuierlich gesunken und hat sich offenbar in den letzten Jahren (2002 bis 2004) auf einem relativ niedrigen Niveau (etwa 3 000 neue Fälle pro Jahr) stabilisiert. In Zusammenarbeit mit einer Gruppe nationaler Sachverständiger hat die EBDD vor kurzem neue Leitlinien für Inzidenzschätzungen erarbeitet, um weitere Arbeiten in diesem Bereich anzuregen (Scalia Tomba et al., 2008).

### Behandlung von Opioidkonsumenten

In den meisten Berichtsländern werden nach wie vor Opiode, vor allem Heroin, vom Großteil der Patienten, die sich in Behandlung begeben, als Primärdrugs angegeben. Bei den 387 000 im Jahr 2006 gemeldeten Behandlungsnachfragen (Daten aus 24 Ländern verfügbar) wurde Heroin in 47 % der Fälle, in denen die Primärdrugs bekannt ist, als Primärdrugs angegeben. Den Berichten zufolge stehen in den meisten Ländern zwischen 50 % und 80 % aller Behandlungsnachfragen in Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden. In den übrigen Ländern liegt dieser Anteil zwischen 15 % und 40 %<sup>(109)</sup>. Opiode werden nicht nur von den Konsumenten, die sich in Behandlung begeben, sondern sogar in noch stärkerem Maße auch von den bereits in Behandlung befindlichen Patienten am häufigsten als Primärdrugs angegeben. Bei einem kürzlich in neun Ländern durchgeführten Projekt, das alle in Behandlung befindlichen Patienten zum Gegenstand hatte, wurde festgestellt, dass primäre Opioidkonsumenten insgesamt 59 % aller Patienten ausmachten, jedoch nur 40 % der Erstpazienten<sup>(110)</sup>.

Die meisten Patienten, die sich wegen des primären Konsums von Opioiden in ambulante Behandlung begeben, konsumieren auch andere Drogen, darunter Kokain (25 %), andere Opiode (23 %) und Cannabis (18 %). Was die wegen des primären Konsums anderer Drogen in Behandlung befindlichen Patienten betrifft, so geben 13 % der ambulanten und 11 % der stationären Patienten Opiode als Sekundärdrugs an<sup>(111)</sup>.

Einige Länder melden einen signifikanten Anteil von Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit anderen Opioiden als Heroin. Der Missbrauch von Buprenorphin wird in Finnland von 40 % und in Frankreich von 8 % aller Patienten als Hauptgrund für die Aufnahme einer Behandlung genannt. In Lettland und Schweden geben zwischen 5 % und 8 % der Drogenpatienten andere Opiode als Heroin oder Methadon als Primärdrugs an, vornehmlich Buprenorphin, Schmerzmittel und andere Opiode<sup>(112)</sup>. Mehrere Länder berichten über einen steigenden Anteil der polyvalenten Drogenkonsumenten an den Heroinpatienten und eine zunehmende Zahl von Patienten, die andere Opiode als Heroin konsumieren.

Die absolute Zahl der zum Indikator Behandlungsnachfrage gemeldeten Fälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Heroin stieg zwischen 2002 und 2006 um über 30 000 Fälle von 108 100 auf 138 500. Auch unter den Erstpazienten wurde eine Zunahme der Zahl der primären Heroinkonsumenten von etwa 33 000 im Jahr 2002 auf über 41 000 im Jahr 2006 gemeldet. Diese Entwicklung könnte unter anderem auf eine Zunahme der Zahl der problematischen Heroinkonsumenten, eine Ausweitung des Behandlungsangebots oder einen verbesserten Erfassungsgrad der Berichterstattung zurückzuführen sein.

## Injizierender Drogenkonsum

### Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums

Bei injizierenden Drogenkonsumenten (IDU) ist das Risiko gesundheitlicher Probleme wie durch Blut übertragbarer Infektionen (z. B. HIV/Aids und Hepatitis) oder drogeninduzierter Todesfälle besonders hoch. Nur elf Länder waren in der Lage, neuere Schätzungen für die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen, obwohl diese für die öffentliche Gesundheit von großer Bedeutung sind (Abbildung 8). Die Ausweitung der Datenerhebung über diese spezielle Bevölkerungsgruppe stellt daher im Rahmen des Aufbaus eines Systems der Gesundheitsüberwachung eine wichtige Aufgabe dar.

Die verfügbaren Schätzungen weisen darauf hin, dass hinsichtlich der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums große Unterschiede zwischen den Ländern bestehen. Die Schätzungen liegen in den meisten Ländern zwischen einem und fünf Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, wobei aus Estland die außergewöhnlich hohe Zahl von 15 Fällen je 1 000 Einwohner gemeldet wurde.

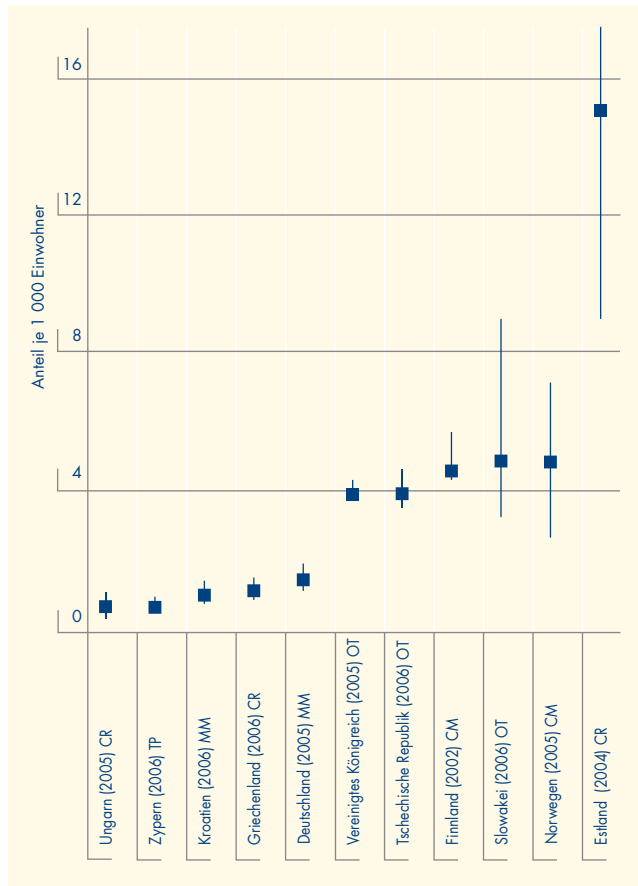
<sup>(109)</sup> Siehe Tabelle TDI-5 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(110)</sup> Siehe Tabelle TDI-39 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(111)</sup> Siehe Tabellen TDI-22 und TDI-23 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(112)</sup> Siehe Tabelle TDI-113 im Statistical Bulletin 2008.

**Abbildung 8:** Schätzungen der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums (Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkung: Das Symbol bezeichnet eine Punktschätzung, ein Balken ein Unsicherheitsintervall: ein 95%-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse. Für Estland liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls außerhalb der Skala (37,9 Fälle je 1 000 Einwohner). Aufgrund der verschiedenen Schätzmethoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. Die Schätzmethoden werden mit folgenden Abkürzungen bezeichnet: CR = Capture-Recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); MI = Multivariate Indicator; TP = Truncated Poisson; MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator); CM = Combined Methods (kombinierte Methoden); OT = Other Methods (andere Methoden). Ausführliche Angaben sind Abbildung PDU-2 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Aufgrund des Datenmangels ist es nur schwer möglich, Schlussfolgerungen hinsichtlich der Tendenzen bei der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums im Zeitverlauf zu ziehen. Die verfügbaren Daten lassen jedoch eine rückläufige Entwicklung in Norwegen (2001 bis 2005) und eine stabile Situation in der Tschechischen Republik, Griechenland, Zypern und dem Vereinigten Königreich erkennen (<sup>113</sup>).

### Injizierender Opioidkonsum unter Opioidpatienten, die sich in Behandlung begeben

Insgesamt 43 % aller Opioidkonsumenten, die sich im Jahr 2006 in ambulante Drogenbehandlung begeben haben, gaben an, die Droge zu injizieren. Veränderungen beim Anteil der injizierenden Konsumenten an den Heroinpatienten, die sich in Behandlung begeben, können auf Tendenzen bei der größeren Gruppe der problematischen Opioidkonsumenten hindeuten. In neun Ländern (Dänemark, Deutschland, Irland, Griechenland, Frankreich, Italien, Schweden, Vereinigtes Königreich, Türkei) wurde zwischen 2002 und 2006 ein Rückgang dieses Anteils beobachtet, während zwei Länder (Rumänien, Slowakei) eine Zunahme meldeten. Hinsichtlich des Anteils der injizierenden Drogenkonsumenten an den Heroinpatienten, die sich in Behandlung begeben, bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Die niedrigsten Anteile injizierender Heroinkonsumenten werden aus Spanien, Frankreich und den Niederlanden gemeldet (unter 25 %), während die höchsten (über 80 %) in Bulgarien, der Tschechischen Republik, Rumänien, der Slowakei und Finnland verzeichnet wurden (<sup>114</sup>).

Unter den Opioidpatienten, die sich im Jahr 2006 erstmals in ambulante Behandlung begeben haben, gibt ein etwas geringerer Anteil an, die Droge zu injizieren (etwa 40 %). Im Zeitverlauf ist der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an den Erstpatienten, die sich wegen den Konsums von Opioiden in Behandlung begeben, in den 13 Ländern, aus denen ausreichende Daten vorliegen, von 43 % im Jahr 2003 auf 35 % im Jahr 2006 gesunken (<sup>115</sup>).

Die Analyse der Daten zur Behandlungsnachfrage aus den neun teilnehmenden Ländern einer Pilotstudie ergab, dass etwa 63 % aller Opioidpatienten (sowohl der bereits in Behandlung befindlichen Patienten als auch der Patienten, die sich im letzten Jahr in Behandlung begeben haben) zu Behandlungsbeginn angaben, die Droge zu injizieren (<sup>116</sup>). Dies legt den Schluss nahe, dass unter den bereits in Behandlung befindlichen Patienten der Anteil der bei Behandlungsbeginn injizierenden Drogenkonsumenten relativ hoch war.

Studien unter injizierenden Drogenkonsumenten können weitere Einblicke in nationale Unterschiede und Veränderungen des injizierenden Drogenkonsums in Europa im Zeitverlauf geben. Viele Länder führen in regelmäßigen Abständen wiederholte Studien

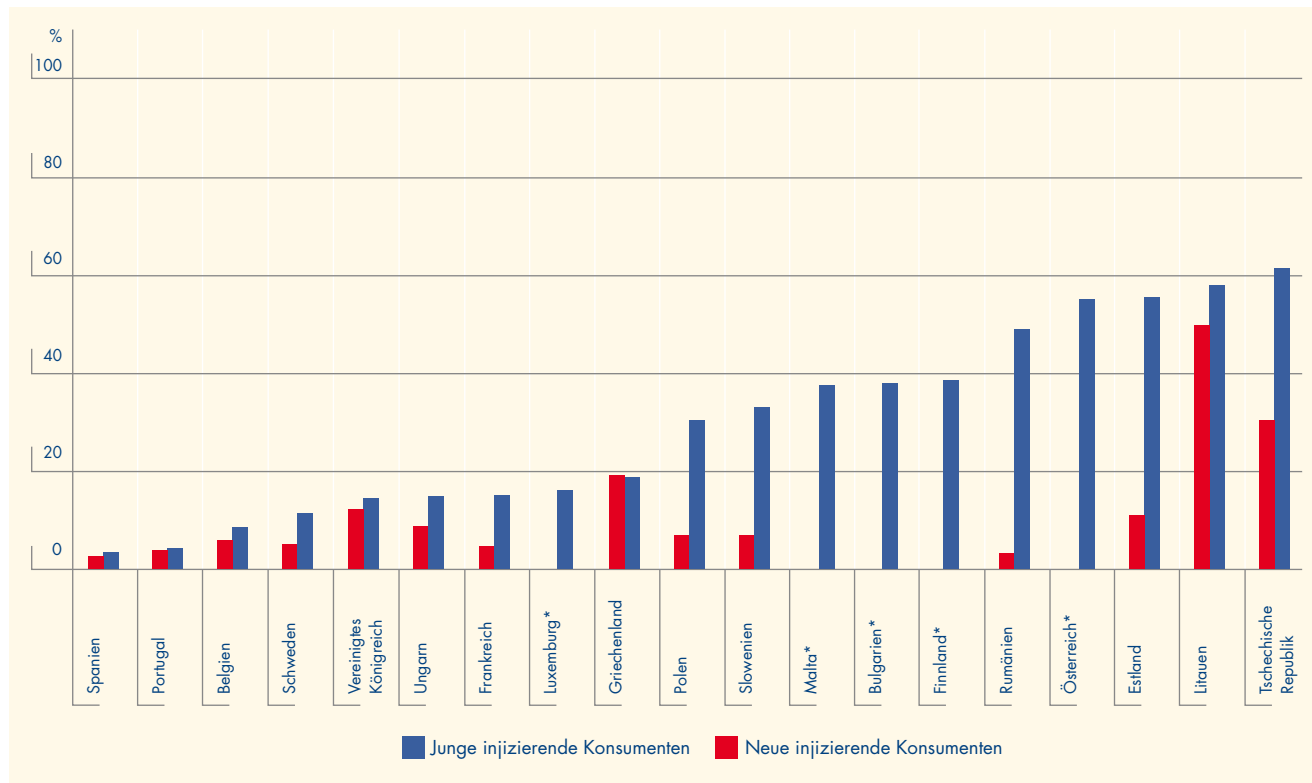
<sup>113</sup> Siehe Tabelle PDU-6 Teil (iii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>114</sup> Siehe Tabellen PDU-104, TDI-4, TDI-5 und TDI-17 Teil (v) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>115</sup> Siehe Abbildung TDI-7 und Tabelle TDI-17 Teil (i) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>116</sup> Siehe Tabellen TDI-17 Teil (v) und TDI-40 im Statistical Bulletin 2008.

**Abbildung 9:** Anteil der jungen und neuen injizierenden Konsumenten in Stichproben injizierender Drogenkonsumenten



Anmerkung: Die Stichproben wurden aus injizierenden Drogenkonsumenten gezogen, die auf Infektionskrankheiten (HIV und HCV) getestet wurden. Für jedes Land wurde die jüngste verfügbare Stichprobe aus dem Zeitraum 2002 bis 2006 herangezogen, sofern in dem betreffenden Land mindestens 100 injizierende Drogenkonsumenten zu verzeichnen sind. In den mit einem Sternchen gekennzeichneten Ländern sind keine Daten über neue injizierende Drogenkonsumenten verfügbar. Weitere Informationen sind Abbildung PDU-3 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

unter Gruppen von injizierenden Drogenkonsumenten durch, in der Regel im Zusammenhang mit Tests auf Infektionskrankheiten. Die Daten werden hierbei häufig in einer Vielzahl von Milieus erhoben, um eine größtmögliche Generalisierbarkeit zu gewährleisten. Aufgrund potenzieller Verzerrungen bei der selektiven Stichprobenauswahl sind Ländervergleiche mit Bedacht anzustellen <sup>(17)</sup>.

Im Rahmen dieser Studien wiesen einige Länder große Anteile (über 20%) neuer injizierender Drogenkonsumenten (die seit weniger als zwei Jahren Drogen injizieren) auf, während dieser Anteil in mehreren Ländern unter 10% lag (Abbildung 9). In der Tschechischen Republik, Estland, Litauen, Österreich und Rumänien sind mehr als 40% der in der Stichprobe erfassten Personen junge injizierende Drogenkonsumenten (unter 25 Jahren), während in neun anderen Ländern weniger als 20% der injizierenden Drogenkonsumenten in der Stichprobe unter 25 Jahre alt sind.

Grundsätzlich muss ein großer Anteil neuer IDU als alarmierendes Zeichen gewertet werden, insbesondere wenn gleichzeitig ein großer Anteil junger IDU verzeichnet wird. Ein höherer Anteil neuer IDU kann nicht nur auf einen erneuten Anstieg des injizierenden Drogenkonsums hinweisen, sondern auch auf Veränderungen bei anderen Faktoren (z. B. kürzere Zeiträume des injizierenden Drogenkonsums, bessere Verfügbarkeit von Behandlungen, höhere Mortalitätsraten unter den älteren Drogenkonsumenten) hindeuten.

Länder, in denen es bereits seit vielen Jahren problematische Drogenkonsumenten gibt, verzeichnen in der Regel niedrige Anteile sowohl junger als auch neuer IDU. Die übrigen Länder, darunter viele neue Mitgliedstaaten, melden höhere Zahlen junger IDU. Die unterschiedlichen Zahlen neuer IDU in den Ländern, aus denen Daten verfügbar sind, sind unter Umständen auf Unterschiede im durchschnittlichen Einstiegsalter

<sup>(17)</sup> Es stünde zu erwarten, dass der Anteil der jungen oder neuen injizierenden Drogenkonsumenten in Stichproben, die aus Drogenbehandlungsdiensten gezogen wurden, niedriger ist als in Stichproben aus „offeneren“ Einrichtungen wie niedrigschwelligen Diensten, da sich Drogenkonsumenten im Durchschnitt erst nach einigen Jahren des Drogenkonsums in Behandlung begeben. Die statistischen Analysen des Zusammenhangs zwischen dem Rekrutierungsmilieu und den Anteilen junger oder neuer injizierender Drogenkonsumenten zeigen jedoch keine statistische Signifikanz. Dies lässt darauf schließen, dass das Rekrutierungsmilieu (kodiert als „ausschließlich Drogenbehandlung“, „keine Drogenbehandlung“ und „gemischte Milieus“) wohl keine starke Auswirkung auf diese Anteile hat.

sowie auf eine zunehmende Inzidenz des injizierenden Drogenkonsums in den jüngeren bzw. älteren Bevölkerungsgruppen zurückzuführen.

## Behandlung problematischer Opioidkonsumenten

### Profil der Opioidpatienten, die sich in Behandlung begeben

Die Patienten, die sich wegen des primären Konsums von Opioiden in Behandlung begeben, sind tendenziell älter (Durchschnittsalter 32 Jahre) als die Patienten, die sich wegen des Konsums von Kokain, anderen Stimulanzien oder Cannabis (Durchschnittsalter 31 Jahre, 27 Jahre bzw. 24 Jahre) in Behandlung begeben, wobei die weiblichen Patienten im Allgemeinen ein oder zwei Jahre jünger sind als die männlichen. In den neuen Mitgliedstaaten sowie in Irland, Griechenland, Österreich und Finnland sind die Opioidpatienten in der Regel jünger <sup>(118)</sup>.

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen liegt bei den Opioidpatienten bei durchschnittlich 3:1, wobei insbesondere in südeuropäischen Ländern (Bulgarien, Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien, Zypern, Malta und Portugal) noch höhere Anteile von Männern festgestellt wurden <sup>(119)</sup>.

Unter den Opioidpatienten werden höhere Arbeitslosenraten und ein niedrigeres Bildungsniveau verzeichnet als unter den übrigen Patienten (siehe Kapitel 2), und einige Länder berichten über eine häufigere psychiatrische Komorbidität.

Unter den Opioidkonsumenten, die eine Behandlung beantragen, gibt etwa die Hälfte ein Einstiegsalter von unter 20 Jahren und etwa ein Drittel einen Erstkonsum im Alter zwischen 20 und 24 Jahren an. Ein erstmaliger Opioidkonsum nach dem 26. Lebensjahr ist wenig verbreitet <sup>(120)</sup>. Zwischen dem Erstkonsum von Opioiden und dem ersten Kontakt mit einer Behandlungseinrichtung vergehen durchschnittlich sieben bis neun Jahre, wobei männliche Patienten einen längeren Zeitraum angeben als weibliche <sup>(121)</sup>.

### Angebot und Erfassungsgrad von Behandlungen

Die Behandlung von Opioidkonsumenten wird zumeist ambulant erbracht, unter anderem von spezialisierten Zentren, Allgemeinärzten und niedrighschwelligten Diensten. In einigen wenigen Ländern spielen auch stationäre

Einrichtungen eine größere Rolle, insbesondere in Bulgarien, Griechenland, Finnland und Schweden <sup>(122)</sup>.

In allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen sind sowohl drogenfreie Therapien als auch Substitutionsbehandlungen für Opioidkonsumenten verfügbar. In der Türkei werden derzeit Studien zum künftigen Einsatz von Substitutionsbehandlungen durchgeführt. In den meisten Ländern ist die Substitutionsbehandlung die am weitesten verbreitete Therapieform, während den Berichten zufolge in Ungarn, Polen und Schweden vorwiegend drogenfreie Konzepte verfolgt wurden.

Die Substitutionsbehandlung geht in der Regel mit psychosozialer Betreuung einher und wird in spezialisierten ambulanten Einrichtungen sowie im Rahmen gemeinsamer Behandlungskonzepte in allgemeinärztlichen Praxen durchgeführt. Den verfügbaren Daten zufolge ist die Zahl der Patienten in Substitutionsbehandlung im letzten Jahr insgesamt gestiegen. Ausnahmen bilden hier Frankreich, die Niederlande, Malta und Luxemburg, die eine stabile Situation meldeten. Der höchste proportionale Anstieg wurde in der Tschechischen Republik verzeichnet (42%), wobei auch Polen (26%), Finnland (25%), Estland (20%), Schweden (19%), Norwegen (15%), Ungarn und Österreich (11%) über eine Zunahme um mehr als 10% berichteten.

Ein einfacher Vergleich der geschätzten Zahlen problematischer Opioidkonsumenten mit der gemeldeten Zahl der erbrachten Behandlungen deutet darauf hin, dass mehr als ein Drittel dieser Konsumenten eine Substitutionsbehandlung erhält. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Berechnung aufgrund der mangelnden Präzision beider Datenreihen mit Vorsicht zu betrachten ist. Darüber hinaus sind aufgrund der großen Konfidenzintervalle in den Schätzungen des problematischen Opioidkonsums Ländervergleiche nur schwer möglich. Ungeachtet dessen weisen die verfügbaren Daten darauf hin, dass es hinsichtlich des Anteils der problematischen Opioidkonsumenten, die eine Substitutionsbehandlung erhalten, erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern gibt: Die geschätzten Raten reichen von etwa 5% in der Slowakei über 20% bis 30% in Finnland, Griechenland und Norwegen, 35% bis 45% in der Tschechischen Republik, Malta und Italien bis hin zu über 50% im Vereinigten Königreich (England), in Deutschland und Kroatien <sup>(123)</sup>.

<sup>(118)</sup> Siehe Tabellen TDI-10, TDI-32 und TDI-103 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(119)</sup> Siehe Tabellen TDI-5 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(120)</sup> Siehe Tabellen TDI-11, TDI-107 und TDI-109 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(121)</sup> Siehe Tabelle TDI-33 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(122)</sup> Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(123)</sup> Siehe Abbildung HSR-1 im Statistical Bulletin 2008.

Zwar wird bei der Substitutionsbehandlung in Europa nach wie vor vorwiegend oral verabreichtes Methadon eingesetzt, jedoch findet auch Buprenorphin zunehmend Verbreitung. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass für den Missbrauch von Buprenorphin niedrigere Mortalitätsraten festgestellt wurden (Connock et al., 2007). Die dänische Gesundheitsbehörde hat nach einer Überprüfung der Leitlinien für die Substitutionsbehandlung die Allgemeinärzte nachdrücklich aufgefordert, Buprenorphin statt Methadon zu verschreiben.

### Wirksamkeit, Qualität und Standards der Behandlung

Untersuchungen im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien ergaben, dass sowohl die Methadonerhaltungstherapie als auch die buprenorphingestützte Erhaltungstherapie bei der Behandlung von Opioidabhängigen wirksam eingesetzt werden können. Einer vor kurzem vorgelegten Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration zufolge ist

#### Ausweitung der pharmazeutischen Optionen

In Europa werden neu entwickelte pharmazeutische Optionen für die Behandlung der Opioidabhängigkeit angeboten. Mit der Verschreibung dieser neuen Alternativen wird unter anderem versucht, die Wirksamkeit der Behandlungen zu verbessern, den Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen von Opioidkonsumenten zu entsprechen und die Möglichkeit für den Missbrauch von Substitutionsdrogen einzuschränken.

Im Jahr 2006 wurde eine Kombination aus Buprenorphin und Naloxon als Alternative zu einer ausschließlichen Behandlung mit Buprenorphin auf den EU-Markt gebracht, um das Potenzial und die Attraktivität des injizierenden Konsums zu verringern. Eine Reihe von Mitgliedstaaten führt derzeit Überprüfungen des Werts dieser Substanz als Behandlungsoption für Opioidabhängige durch (!).

Die Verschreibung von pharmazeutischem Heroin (Diamorphin) als Behandlungsoption für chronisch behandlungsresistente Opioidkonsumenten ist in begrenztem Maße in den Niederlanden (815 Patienten im Jahr 2006), im Vereinigten Königreich (400 Patienten) und in Deutschland verfügbar, wo die Teilnehmer der Heroinstudie auf der Grundlage einer Ausnahmeerlaubnis weiterhin Diamorphin erhalten. Im Vereinigten Königreich wird darüber hinaus derzeit eine randomisierte Studie über injizierbare Opiode durchgeführt (RIOTT), bei der die Wirksamkeit injizierbaren Diamorphins, injizierbaren Methadons und oral verabreichten Methadons bewertet werden soll. Im Februar 2008 beschloss Dänemark, eine Verschreibungsregelung für Diamorphin einzuführen.

(!) Fachliche Informationen zu dieser Substanz sind auf der EMEA-Website: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm> verfügbar.

jedoch Buprenorphin weniger wirksam als in angemessenen Dosen verabreichtes Methadon (Mattick et al., 2008). In einer Reihe von Studien wurde ferner festgestellt, dass eine diamorphingestützte Erhaltungstherapie bei Patienten, die auf eine Methadonerhaltungstherapie nicht ansprechen, wirksam sein kann (Schulte et al., im Druck). Insgesamt werden mit der Substitutionsbehandlung eine Reihe positiver Ergebnisse erzielt, darunter ein Verbleib in der Behandlung, eine Reduzierung des illegalen Opioidkonsums und des injizierenden Drogenkonsums, ein Rückgang von Mortalität und Straftaten sowie eine Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Situation chronischer Heroinkonsumenten.

In Studien über Behandlungsergebnisse haben sich auch psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen in Kombination mit einer Pharmakotherapie als wirksam erwiesen, z. B. im Rahmen der Studien NTORS im Vereinigten Königreich (Gossop et al., 2002) und DATOS in den Vereinigten Staaten (Hubbard et al., 2003). Diese Konzepte sind nicht nur geeignet, die Behandlungsmotivation zu steigern, Rückfällen vorzubeugen und Schäden zu minimieren, sondern bieten auch Beratung und praktische Unterstützung für Patienten an, die neben ihrer Opioidabhängigkeit auch mit Problemen im Zusammenhang mit ihrer Wohn-, Beschäftigungs- oder familiären Situation zu kämpfen haben. Die verfügbaren Evidenzdaten sprechen jedoch nicht für den alleinigen Einsatz psychosozialer Behandlungsformen (Mayet et al., 2004).

Mehrere Länder haben in letzter Zeit über Verbesserungen ihrer Behandlungsleitlinien berichtet. In Kroatien, Dänemark und Schottland wurden die Substitutionsprogramme überprüft und die Leitlinien überarbeitet, um die Behandlungsqualität zu verbessern und der Abzweigung von Substitutionsmitteln in den illegalen Markt vorzubeugen. Die Leitlinien des Vereinigten Königreichs über die klinische Behandlung der Drogenabhängigkeit wurden ebenfalls aktualisiert, und das National Institute for Clinical Excellence hat spezielle Orientierungshilfen für die Verschreibung von Methadon und Buprenorphin, die Behandlung mit Naltrexon, die Entgiftung sowie die psychosoziale Behandlung herausgegeben. Auch Portugal hat neue Leitlinien erarbeitet, um einen frühzeitigen Zugang zur Behandlung zu gewährleisten.

#### Behandlung in Haftanstalten

Die Notwendigkeit einer Angleichung der Verfahren und der Entwicklung harmonisierter Qualitätsstandards für die außerhalb und innerhalb von Haftanstalten erbrachten Leistungen wird von politischen Entscheidungsträgern in



der EU weithin anerkannt. Dennoch wies die Europäische Kommission (2007a) in einem Bericht nachdrücklich auf die mangelhafte Verfügbarkeit von Leistungen für Drogenkonsumenten in Haftanstalten hin und machte darauf aufmerksam, dass hier dringend Maßnahmen ergriffen werden müssen. Zu den bestehenden Defiziten bei der Erbringung von Drogendiensten in Haftanstalten zählen beispielsweise ein Mangel an Fähigkeiten und Fachwissen (Lettland, Polen, Malta), unzusammenhängende Unterstützungsdienste (Lettland), das Fehlen von Maßnahmen für spezielle Gruppen wie junge Drogenkonsumenten (Österreich) und das Fehlen einer Präventionsstrategie im Gesundheitswesen (Griechenland).

Als positive Entwicklungen sind eine weitere Verbreitung von Drogenprogrammen in Haftanstalten und die von vielen Ländern gemeldeten neuen Initiativen zu verzeichnen. In Portugal wurde z. B. ein Rechtsrahmen für ein Spritzenaustauschprogramm in Haftanstalten geschaffen. In Litauen wurde ein Dekret erlassen, das Haftanstalten verpflichtet, vor der Entlassung Beratungen anzubieten. In Dänemark können seit Januar 2007 alle Insassen mit Haftstrafen von über drei Monaten eine „Behandlungsgarantie“ in Anspruch nehmen. In der Tschechischen Republik wurde das Angebot von Substitutionsbehandlungen auf zehn Haftanstalten ausgeweitet, und in Irland werden die Behandlungsdienste in Haftanstalten derzeit einer Bewertung unterzogen, um die Gleichwertigkeit dieser Leistungen mit den außerhalb der Gefängnisse erbrachten Diensten sicherzustellen.

Das Angebot von Drogenbehandlungen in Haftanstalten ist nach wie vor geringer als außerhalb der Gefängnisse, obwohl die Prävalenz des Drogenkonsums unter

Haftinsassen in der Regel höher ist. In vielen Ländern ist die Entgiftung die vorherrschende und zuweilen auch die einzige verfügbare Behandlungsoption. Eine Substitutionsbehandlung wird theoretisch in den meisten Ländern angeboten, jedoch zeigen die Daten, dass in der Praxis nur wenige Drogenkonsumenten eine solche Behandlung erhalten. Ausnahmen bilden hier Spanien, wo im Jahr 2006 14 % aller verurteilten Haftinsassen (19 600) eine Substitutionsbehandlung erhalten haben, und das Vereinigte Königreich (England und Wales), wo damit gerechnet wird, dass die Zahl der mit Methadon behandelten Haftinsassen nach der Einführung neuer Leitlinien im April 2007 von 6 000 auf 12 000 steigen wird.

Vor kurzem wurde mit Unterstützung der WHO und des UNODC ein praktischer Leitfaden für die Substitutionsbehandlung in Haftanstalten veröffentlicht (Kastelic et al., 2008), und einige Forschungsarbeiten belegen, dass sich die opioidgestützte Substitutionsbehandlung in Haftanstalten positiv auf das Risikoverhalten und die Mortalität auswirkt (Dolan et al., 2003). In einer jüngeren Untersuchung der Forschungsstudien über Substitutionsprogramme in Haftanstalten kamen die Autoren zu dem Schluss, dass positive Ergebnisse nur dann erzielt werden, wenn eine ausreichende Dosierung erfolgt und die Behandlung während der gesamten Haftzeit durchgeführt wird (Stallwitz und Stöver, 2007). Weitere zentrale Elemente der in diesem Bereich erbrachten Leistungen sind eine sorgfältige Vorbereitung auf die Entlassung und die Herstellung von Kontakten zu Pflegeeinrichtungen außerhalb der Haftanstalten, um zu gewährleisten, dass die während der Haft erzielte Verbesserung des Gesundheitszustands nicht anschließend wieder zunichte gemacht wird<sup>(124)</sup>.

<sup>(124)</sup> Siehe „Erhöhtes Risiko drogeninduzierter Todesfälle im Anschluss an Haftstrafen oder Behandlungen“, S. 100.

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 7

# Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle

### Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Zu den gravierendsten gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums zählen Infektionskrankheiten wie HIV/Aids und Hepatitis B und C. Selbst in Ländern mit einer niedrigen HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten (IDU) treten bei Drogenkonsumenten unverhältnismäßig häufig andere Infektionskrankheiten auf, darunter Hepatitis A, B und C, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Tetanus, Botulismus und Infektionen mit dem humanen T-Zell-lymphotropen Virus. Die EBDD beobachtet systematisch Infektionen mit HIV und Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten (Prävalenz von Antikörpern oder, im Falle von Hepatitis B, anderen spezifischen Markern). Aufgrund mehrerer methodischer Einschränkungen in den verschiedenen Datensystemen sind die Daten jedoch mit Bedacht zu interpretieren <sup>(125)</sup>.

#### HIV und Aids

Ende 2006 war die Inzidenz der diagnostizierten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten (IDU) in den meisten Ländern der Europäischen Union offenbar niedrig, und die Gesamtsituation in der EU erscheint im weltweiten Vergleich relativ positiv. Dies könnte zumindest teilweise auf die verbesserte Verfügbarkeit von Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen wie Substitutionsbehandlungen sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen zurückzuführen sein. Andere Faktoren wie der aus einigen Ländern gemeldete Rückgang des injizierenden Drogenkonsums könnten ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt haben. In einigen Teilen Europas weisen die Daten allerdings darauf hin, dass für die Übertragung von HIV im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum im Jahr 2006 noch immer relativ hohe Raten verzeichnet wurden. Damit wird deutlich, wie wichtig es ist, für eine hohe Reichweite und Wirksamkeit lokaler Präventionsverfahren zu sorgen.

### Tendenzen bei HIV-Infektionen

Die Daten über neu diagnostizierte Fälle im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum für das Jahr 2006 zeigen, dass seit dem in den Jahren 2001 und 2002 aufgrund der Epidemien in Estland, Lettland und Litauen verzeichneten Höchststand die Infektionsraten in der gesamten Europäischen Union weiterhin rückläufig sind <sup>(126)</sup>. Im Jahr 2006 lag die Gesamtrate neu diagnostizierter Infektionen unter IDU in den 25 Mitgliedstaaten, für die nationale Daten verfügbar sind, bei 5,0 Fällen je 1 Million Einwohner, gegenüber 5,6 Fällen im Jahr 2005 <sup>(127)</sup>. Von den drei Ländern mit den höchsten Raten neu diagnostizierter Infektionen (Estland, Lettland, Portugal) meldete Portugal für den Zeitraum 2005 bis 2006 erneut eine rückläufige Entwicklung, während sich die Tendenzen in Estland und Lettland bei 142,0 bzw. 47,1 neu diagnostizierten Fällen je 1 Million Einwohner eingependelt haben. Zwischen 2001 und 2006 war in keinem Land eine starke Zunahme der von HIV-Infektionen betroffenen Bevölkerungsanteile zu beobachten. In den Ländern, in denen ein leichter Anstieg verzeichnet wurde (z. B. Bulgarien und Irland), blieb dieser unter der Rate von jährlich einem zusätzlichen Fall je 1 Million Einwohner.

Ein Blick auf die absoluten Zahlen zeigt, welche Länder am stärksten zu dem für die EU festgestellten Gesamtwert beitragen. Die größte Zahl neu diagnostizierter Infektionen unter IDU wurden im Jahr 2006 von den Ländern mit den höchsten Infektionsraten (Portugal 703 neue Diagnosen; Estland 191; Lettland 108) <sup>(128)</sup> und großen Bevölkerungszahlen (Vereinigtes Königreich 187; Deutschland 168; Frankreich 167; Polen 112) gemeldet (Abbildung 10). Entgegen der allgemeinen rückläufigen Tendenz wurden seit 2001 die größten Zuwächse in absoluten Zahlen im Vereinigten Königreich mit 13 zusätzlichen Fällen pro Jahr und in Deutschland mit etwa zehn neuen Fällen verzeichnet, wobei diese nicht gleichmäßig über die Jahre verteilt sind. In Bulgarien

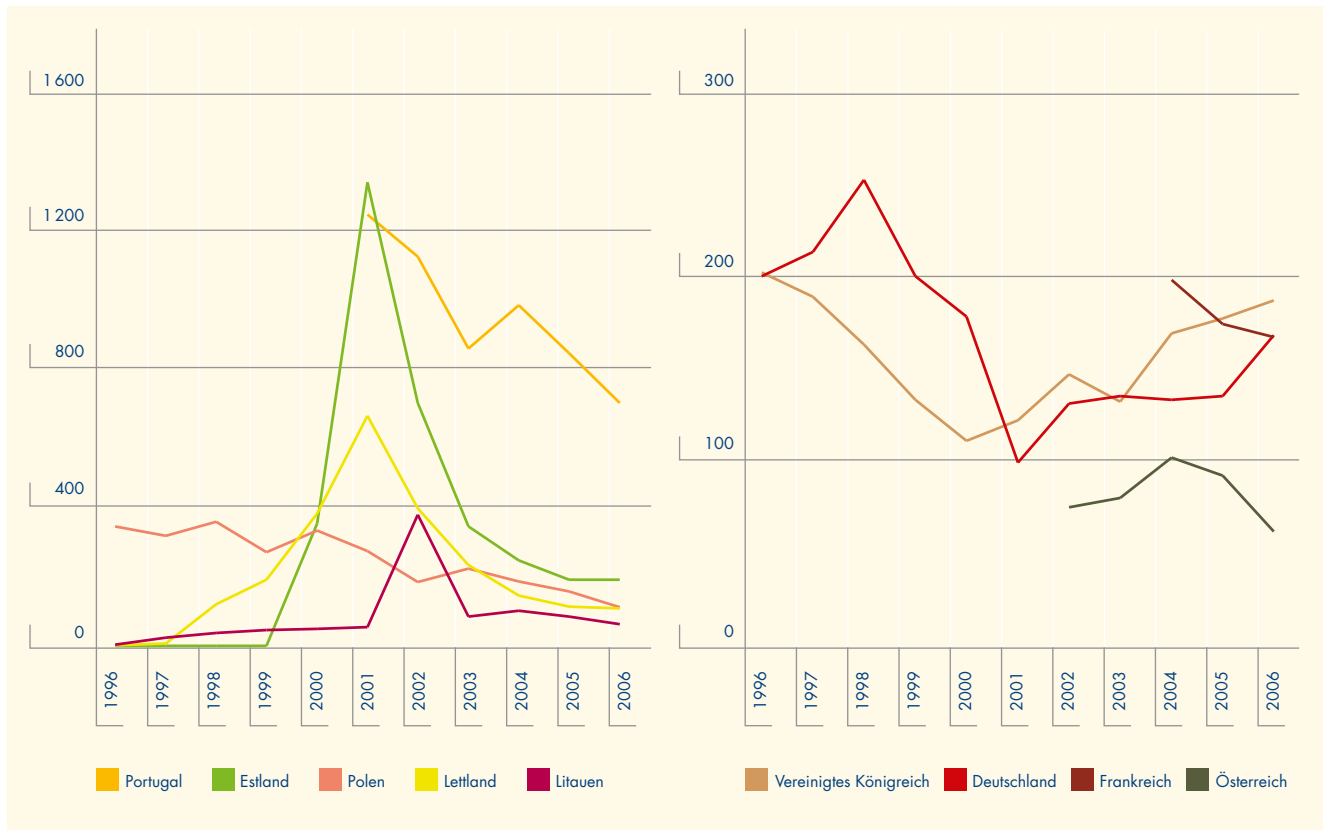
<sup>(125)</sup> Ausführliche Angaben zu Methoden und Definitionen sind dem Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

<sup>(126)</sup> Siehe Tabelle INF-104 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(127)</sup> Aus Spanien und Italien liegen keine nationalen Daten vor. Bereinigt um diese beiden Länder läge die Rate bei 5,9 Fällen je 1 Million Einwohner, gegenüber 6,4 Fällen im Jahr 2005.

<sup>(128)</sup> In Portugal meldete EuroHIV für das Jahr 2006 703 Fälle, während das portugiesische Zentrum für die epidemiologische Überwachung übertragbarer Krankheiten (CVEDT) nur 432 Fälle meldete; diese Diskrepanz ist darauf zurückzuführen, dass die Klassifizierung im ersten Fall (EuroHIV) nach dem Berichtsjahr und im zweiten Fall nach dem Jahr der Diagnose (CVEDT) vorgenommen wurde.

**Abbildung 10:** Absolute Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten nach Berichtsjahr: Länder mit Höchstwerten über 300 (links) sowie zwischen 100 und 300 (rechts)



Anmerkung: Da für Spanien und Italien keine nationalen Daten vorliegen, sind Daten für Regionen angegeben, soweit verfügbar. Den partiellen Daten zufolge wurden im Jahr 2005 insgesamt mehr als 100 neue Fälle verzeichnet, wobei ein rückläufiger Trend zu beobachten war. Weitere Informationen sind Tabelle INF-104 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Quelle: EuroHIV.

hat sich der zunächst langsame Anstieg in letzter Zeit beschleunigt: Zwischen 2001 und 2006 wurden jährlich 0, 2, 0, 7, 13 und 34 neue Fälle verzeichnet. Dies deutet auf die Gefahr einer möglichen Epidemie hin.

Daten aus der Beobachtung der HIV-Prävalenz in Stichproben von IDU im Zeitverlauf stellen eine wichtige Ergänzung zu den Berichten über HIV-Fälle dar, da sie auch Informationen über nicht diagnostizierte Infektionen liefern. Für den Zeitraum 2002 bis 2006 sind Prävalenzdaten aus 25 Ländern verfügbar <sup>(129)</sup>. In 15 Ländern ist die HIV-Prävalenz in diesem Zeitraum unverändert geblieben. In fünf Ländern (Bulgarien, Deutschland, Spanien, Italien, Lettland) war auf der Grundlage nationaler Stichproben ein statistisch signifikanter Rückgang der Prävalenz zu verzeichnen. Allerdings meldeten zwei dieser Länder regionale Zunahmen: in Bulgarien in einer Stadt (Sofia) und in Italien in 8 von 21 Regionen und einer Stadt. Aus fünf Ländern schließlich wurden entweder keine nationalen Tendenzen übermittelt oder offenbar stabile Werte verzeichnet, wobei selbst bei insgesamt zumeist niedrigen Prävalenzraten in mindestens einer subnationalen Stichprobe eine

Aufwärtsentwicklung zu beobachten war (Belgien, Tschechische Republik, Litauen, Vereinigtes Königreich und möglicherweise Slowenien).

Der Vergleich der Tendenzen bei den neu diagnostizierten Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum mit den Tendenzen bei der HIV-Prävalenz unter jungen IDU lässt erkennen, dass die Inzidenz der HIV-Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum in den meisten Ländern auf nationaler Ebene zurückgeht. Schwieriger gestaltet sich die Interpretation in den Fällen, in denen diese Datenquellen einander teilweise widersprechen, wie beispielsweise in Bulgarien, Deutschland und dem Vereinigten Königreich, obwohl in diesen Ländern sowohl die Inzidenz der neuen Diagnosen als auch die Zuwachsraten niedrig sind (mit Ausnahme Bulgariens im Zeitraum 2004 bis 2006).

Die in Estland, Lettland und Portugal beobachtete hohe jährliche Rate neuer HIV-Diagnosen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum weist darauf hin, dass die Übertragungsrate in diesen Ländern noch immer hoch ist. Im Falle Estlands wird diese Schlussfolgerung durch

<sup>(129)</sup> Siehe Tabelle INF-108 im Statistical Bulletin 2008.

### „Hot Spots“ von HIV/Aids

Die jüngsten Daten belegen insgesamt eine niedrige Inzidenz von HIV-Infektionen unter IDU in der Europäischen Union. Dennoch ist hier Vorsicht angebracht, da einige Mitgliedstaaten nach wie vor hohe Raten neuer HIV-Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum verzeichnen und in einigen Nachbarländern eine noch alarmierendere Situation beobachtet wird.

Nach einer HIV-Epidemie in Estland und Lettland sind die Raten der neu diagnostizierten Infektionen unter IDU seit 2001 gesunken, haben sich jedoch nun auf noch immer hohem Niveau stabilisiert (142,0 bzw. 47,1 neue Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2006). Dies lässt darauf schließen, dass die Übertragungsraten weiterhin hoch sind. In Portugal wird nach wie vor EU-weit die höchste Zahl neu diagnostizierter Infektionen verzeichnet (siehe S. 89), und ungeachtet der rückläufigen Tendenz war die jährliche Rate neu gemeldeter Diagnosen mit 66,5 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2006 weiterhin hoch.

In den östlichen Nachbarländern der Europäischen Union ist die Situation besonders besorgniserregend. In den beiden größten Ländern (Russische Föderation und Ukraine) ist die Zahl der neu diagnostizierten Fälle hoch und steigt weiter. Im Jahr 2006 lag die Zahl der neu diagnostizierten Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum schätzungsweise bei über 11 000 in der Russischen Föderation und 7 000 in der Ukraine (78,6 bzw. 152,9 neue Fälle je 1 Million Einwohner).

Die hohen Übertragungsraten unter IDU zeigen, dass es notwendig ist, sowohl die Verfügbarkeit als auch Ausmaß und Formen des vorhandenen Leistungsangebots zu überprüfen, einschließlich der spezifischen Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung von Infektionskrankheiten wie Nadelaustauschprogramme und Substitutionsbehandlung. Darüber hinaus werden gezielte Studien unter IDU benötigt, um festzustellen, warum bestimmte Bevölkerungsgruppen offenbar besonders gefährdet sind und welche Faktoren Risikoverhalten begünstigen und den Selbstschutz außer Kraft setzen. Ferner sollten mithilfe solcher Studien vielversprechende Konzepte ermittelt werden, mit denen erneuten Ausbrüchen vorgebeugt werden kann.

die Prävalenzdaten für das Jahr 2005 untermauert, denen zufolge etwa ein Drittel der neuen IDU (die seit weniger als zwei Jahren injizieren) HIV-positiv war. Weitere Hinweise auf die fortgesetzte Übertragung von HIV sind Berichten über hohe Prävalenzraten (über 5%) unter jungen IDU (Stichproben von 50 oder mehr IDU unter 25 Jahren) in mehreren Ländern zu entnehmen: Spanien (nationale Daten, 2005), Portugal (nationale Daten, 2006), Estland (zwei Regionen, 2005), Lettland (auf nationaler Ebene

und in zwei Städten, 2002 bis 2003), Litauen (eine Stadt, 2006) und Polen (eine Stadt, 2005) <sup>(130)</sup>.

### AIDS-Inzidenz und Zugang zu HAART

Daten über die Aids-Inzidenz sind wichtige Belege für das Auftreten symptomatischer Erkrankungen, stellen jedoch keinen geeigneten Indikator für die Übertragung von HIV dar. Darüber hinaus können Aids-Inzidenzdaten Aufschluss über den Erfassungsgrad und die Wirksamkeit der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) geben. Die hohen Aids-Inzidenzraten in einigen europäischen Ländern können ein Hinweis darauf sein, dass viele mit HIV infizierte IDU nicht in einem so frühen Stadium ihrer Infektion eine HAART-Behandlung erhalten, dass die Behandlung optimal anschlagen könnte.

Portugal verzeichnet mit schätzungsweise 22,4 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2006 erneut die höchste Aids-Inzidenz im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum. Allerdings ist nun eindeutig eine rückläufige Entwicklung gegenüber dem Wert von 29,9 neuen Fällen im Jahr 2005 zu beobachten. Relativ hohe Aids-Inzidenzraten wurden mit 17,1, 15,1 bzw. 13,5 neuen Fällen je 1 Million Einwohner auch aus Estland, Spanien und Lettland gemeldet. Was diese drei Länder betrifft, so ist die Entwicklung in Spanien und Lettland rückläufig, nicht jedoch in Estland, wo die jüngsten Daten einen Anstieg von 11,9 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2005 auf 17,1 neue Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2006 belegen. Ein Anstieg wurde auch in Litauen verzeichnet, von 2,0 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2005 auf 5,0 neue Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2006 <sup>(131)</sup>.

### Hepatitis B und C

Während eine hohe Prävalenz von HIV-Infektionen nur in einigen EU-Mitgliedstaaten zu verzeichnen ist, sind die Virushepatitis und insbesondere Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) in der gesamten EU unter IDU weiter verbreitet. Die HCV-Antikörper-Prävalenzraten in nationalen IDU-Stichproben lagen im Zeitraum 2005 bis 2006 zwischen etwa 15% und 90%, wobei die meisten Länder Prävalenzraten von über 40% meldeten. Nur einige wenige Länder (Bulgarien, Tschechische Republik, Finnland) berichten über Prävalenzraten unter 25% in nationalen IDU-Stichproben. Allerdings stellen Infektionsraten in dieser Höhe noch immer ein erhebliches Problem für die öffentliche Gesundheit dar <sup>(132)</sup>.

Aufgrund regionaler Unterschiede sowie der Merkmale der in der Stichprobe erfassten Gruppe werden auch innerhalb der einzelnen Länder zuweilen sehr unterschiedliche

<sup>(130)</sup> Siehe Tabellen INF-109 und INF-110 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(131)</sup> Siehe Abbildung INF-1 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(132)</sup> Siehe Tabellen INF-111 bis INF-113 im Statistical Bulletin 2008.

### Zugang zu HIV-Tests und -Behandlung

Jeder dritte HIV-Infizierte in Europa weiß womöglich nicht, dass er infiziert ist (ECDC, 2007), wobei die Berichte aus einigen EU-Mitgliedstaaten darauf schließen lassen, dass dieser Anteil unter infizierten IDU eventuell noch größer ist.

Folglich kommen viele HIV-Infizierte nicht in den Genuss einer frühzeitigen Behandlung und Pflege und tragen unter Umständen zur Verbreitung des Virus bei, indem sie unwissentlich andere einem Infektionsrisiko aussetzen. Darüber hinaus sind die von den HIV-Überwachungssystemen erhobenen Daten von begrenzter Qualität.

Die vorläufigen Daten lassen darauf schließen, dass unverhältnismäßig wenige IDU Zugang zu antiretroviraler Therapie und Pflege haben (Donoghoe et al., 2007). Wirksame antiretrovirale Therapiekonzepte müssen der spezifischen Situation und den besonderen Bedürfnissen von IDU Rechnung tragen. Hierzu zählen unter anderem gesundheitliche und soziale Probleme (z. B. Obdachlosigkeit und fehlender Versicherungsschutz), aber auch Stigmatisierung und Diskriminierung in Gesundheitseinrichtungen oder wiederholte Festnahmen und Inhaftierungen.

Um den Zugang zu HIV-Tests und den entsprechenden Behandlungen zu verbessern, hat die EBDD spezielle Leitlinien für das Angebot einer jährlichen freiwilligen medizinischen Untersuchung für IDU festgelegt, in deren Rahmen auch Tests auf HIV und Virushepatitis durchzuführen sind (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

HCV-Antikörper-Prävalenzraten ermittelt. Beispielsweise wurden im Vereinigten Königreich in lokalen Studien Prävalenzraten zwischen 29 % und 59 % festgestellt, während in Italien die regionalen Schätzungen von etwa 40 % bis 96 % reichen. Zwar ist bei Schätzungen aus Ermessensstichprobenerhebungen stets Vorsicht angebracht, jedoch ist davon auszugehen, dass die festgestellten Abweichungen zwischen den Prävalenzraten erhebliche Auswirkungen auf die gezielte Ausrichtung und Durchführung von Präventions- und Behandlungsprogrammen haben. Darüber hinaus dürfte die Kenntnis der Faktoren, die für die unterschiedlichen Infektionsraten verantwortlich sind, für die Konzeption verbesserter Interventionsstrategien von großer Bedeutung sein.

Studien unter jungen (unter 25 Jahren) und neuen (die seit weniger als zwei Jahren injizieren) IDU haben ergeben, dass das Zeitfenster für die Prävention einer HCV-Infektion recht klein ist, da sich viele IDU bereits zu Beginn ihres injizierenden Drogenkonsums mit dem Virus infizieren. In

jüngeren Studien (2005 bis 2006) wurden in der Regel Prävalenzraten zwischen 20 % und 50 % ermittelt, wobei jedoch erhebliche Abweichungen zwischen den Stichproben zu beobachten waren.

Bei der Prävalenz der Antikörper gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) bestehen zwischen den einzelnen Ländern noch größere Unterschiede als bei der Prävalenz der HCV-Antikörper. Dies ist möglicherweise auf eine unterschiedliche Impfprävalenz zurückzuführen, es können jedoch auch andere Faktoren eine Rolle spielen. Die vollständigste Datenreihe liegt für den Antikörper gegen das Hepatitis-B-Core-Antigen (Anti-HBc) vor, der auf Infektionen in der Vergangenheit hinweist. Im Zeitraum 2005 bis 2006 haben sechs der elf Länder, die Daten über IDU vorgelegt haben, für die Anti-HBc-Prävalenz Raten von über 40 % gemeldet (133).

Für Hepatitis B und C wurden im Zeitverlauf unterschiedliche Tendenzen ermittelt. Bei Hepatitis B ist der Anteil der IDU an allen gemeldeten Fällen offenbar in einigen Ländern leicht zurückgegangen, was möglicherweise auf eine zunehmende Wirksamkeit von Impfprogrammen für IDU zurückzuführen ist. Bei Hepatitis C ist der Anteil der IDU an allen gemeldeten Fällen in fünf Ländern gesunken, jedoch in fünf anderen Ländern gestiegen (Tschechische Republik, Luxemburg, Malta, Schweden, Vereinigtes Königreich) (134). Sowohl bei Hepatitis B als auch bei Hepatitis C wurden im Jahr 2006 erneut erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils der IDU an den gemeldeten Fällen festgestellt. Dies weist auf geografische Unterschiede bei der Epidemiologie dieser Infektionen hin, obwohl auch Verzerrungen durch abweichende Test- und Meldeverfahren nicht ausgeschlossen werden können.

### Prävention von Infektionskrankheiten

Um die Verbreitung und die Folgen von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten einzudämmen, greifen die EU-Mitgliedstaaten auf die folgenden Maßnahmen zurück, wobei diese in unterschiedlichen Kombinationen zur Anwendung kommen: Drogenbehandlung einschließlich Substitutionsbehandlung (siehe Kapitel 6), Information und Beratung zu Gesundheitsthemen, Ausgabe steriler Spritzbestecke sowie Schulungen über geschützten Geschlechtsverkehr und sicheren Konsum. Hinsichtlich der Verfügbarkeit und des Erfassungsgrads dieser Maßnahmen bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern.

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sowie opioidgestützte Substitutionsbehandlungen sind in allen

(133) Siehe Tabelle INF-115 im Statistical Bulletin 2008.

(134) Siehe Tabellen INF-105 und INF-106 im Statistical Bulletin 2008.

## Impfung von Drogenkonsumenten gegen Hepatitis B

Unter IDU in Europa ist eine fortgesetzte Übertragung des Hepatitis-B-Virus (HBV) zu beobachten. In den meisten Ländern werden unter IDU im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nach wie vor hohe Raten aktiver HBV-Infektionen (Prävalenz des HBs-Antigens) festgestellt (!). Impfungen gelten als die wirksamste Maßnahme, um einer Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus und ihren Folgen vorzubeugen. Entsprechend der Empfehlung der WHO aus dem Jahr 1991 haben die meisten, jedoch nicht alle EU-Mitgliedstaaten eine universelle Impfung gegen dieses Virus eingeführt. Impfmaßnahmen für Säuglinge und Kleinkinder wirken sich jedoch vor allem auf künftige Generationen von Drogenkonsumenten aus. Um die Verbreitung der Infektion früher einzudämmen, hat mehr als die Hälfte der EU-Mitgliedstaaten Impfprogramme speziell für injizierende Drogenkonsumenten und/oder Haftinsassen aufgelegt. Jedoch haben diese Programme in den einzelnen Ländern einen unterschiedlichen Erfassungsgrad, und ein Drittel der EU-Mitgliedstaaten hat noch immer kein Impfprogramm speziell für Drogenkonsumenten gemeldet.

Impfprogramme für Drogenkonsumenten haben häufig mit einer geringen Therapietreue (Compliance) zu kämpfen, die dazu führt, dass Impfschemata nicht abgeschlossen werden. Da ein sicherer und wirksamer Impfstoff verfügbar ist, könnte im Rahmen der Strategien für eine höhere Immunisierungsrate unter gefährdeten Personen ein flexibler Ansatz verfolgt werden, der auf neue Drogenkonsumenten und auf Bevölkerungsgruppen mit einer höheren Prävalenz des Drogenkonsums zugeschnitten ist. Wiederholte Impfangebote und zusätzliche Dosen für Personen mit beeinträchtigter Immunreaktion können ebenfalls zu einer verstärkten Immunisierung beitragen. Die EU-Mitgliedstaaten sollten folglich ihre politischen Maßnahmen überprüfen und gegebenenfalls anpassen, um das Auftreten chronischer HBV-Infektionen und deren Folgen einzudämmen.

(!) Siehe Tabellen INF-106 und INF-114 im Statistical Bulletin 2008.

EU-Mitgliedstaaten, Kroatien und Norwegen verfügbar, wobei jedoch sowohl bezüglich der Milieus, in denen diese Leistungen erbracht werden, als auch mit Blick auf die Zielgruppen beträchtliche Unterschiede festgestellt wurden. Das Angebot von Substitutionsbehandlungen und von Leistungen zur Schadensminimierung wurde in Europa im letzten Jahrzehnt erheblich erweitert. In einigen Ländern sind derartige Maßnahmen jedoch nach wie vor begrenzt und insgesamt kann das Angebot in diesen Gebieten den Bedarf nicht decken.

Eine vor kurzem in Amsterdam durchgeführte Kohortenstudie ergab, dass die gleichzeitige Verfügbarkeit von Methadonerhaltungstherapien und Nadelaustauschprogrammen Vorteile birgt, da die

Inanspruchnahme beider Leistungen im Vergleich zur Nutzung nur einer Leistung zu einer niedrigeren Inzidenz von HCV- und HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten führte (Van den Berg et al., 2007).

Der Erfassungsgrad von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen ist schwer zu bemessen, und relevante Daten wurden lediglich von einigen Ländern vorgelegt. Beispielsweise berichtet die Tschechische Republik über ein Netz von 90 niedrighschwelligigen Diensten, über das jährlich etwa 25 000 Drogenkonsumenten, darunter 70 % injizierende Drogenkonsumenten, erreicht und durchschnittlich 210 Spritzen pro IDU ausgegeben werden.

Einige Länder berichten über eine Zunahme der Zahl der im Rahmen von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen ausgegebenen Spritzen: In Estland hat sich die geschätzte Zahl der pro IDU ausgegebenen Spritzen zwischen 2005 und 2006 auf 112 verdoppelt; im selben Zeitraum stieg in Ungarn die Zahl der ausgegebenen Spritzen um 56 % und die Zahl der erreichten Drogenkonsumenten um 84 %, während Finnland erneut eine Zunahme der von Gesundheitsberatungszentren erreichten Konsumenten sowie der ausgegebenen Spritzen meldete. Allerdings haben nicht alle Länder über eine Aufwärtsentwicklung berichtet: In Malta und der Slowakei blieb die Zahl der ausgegebenen Spritzen im Jahr 2006 unverändert; Polen meldete einen Abnahme der Zahl der in diesem Bereich tätigen Einrichtungen sowie einen Rückgang der ausgetauschten Spritzen um 15 %; in Rumänien ist der Zahl der ausgetauschten Spritzen in Bukarest um 70 % gefallen, was dem Bericht zufolge in erster Linie auf finanzielle Probleme zurückzuführen war.

In mehreren Ländern könnte die Stabilisierung bzw. der Rückgang des Spritzenaustauschs auf Veränderungen bei den Gesamtmustern des injizierenden Drogenkonsums und der Verfügbarkeit von Behandlungen zurückzuführen sein: In Luxemburg stieg die Zahl der von niedrighschwelligigen Diensten ausgegebenen Spritzen zunächst mehrere Jahre an, stabilisierte sich im Jahr 2005 und ging im Jahr 2006 zurück; ein Rückgang der Spritzenausgabe wurde in letzter Zeit auch aus Portugal und Belgien (Flämische Gemeinschaft) sowie auf lokaler Ebene aus Deutschland und den Niederlanden gemeldet.

Für Drogenkonsumenten, die kaum Zugang zu allgemeinen Diensten haben, können Nadelaustauschprogramme und niedrighschwellige Dienste auch als Anlaufstelle für die Vermittlung an andere Betreuungsprogramme dienen. Hierzu zählen die medizinische Grundversorgung sowie Maßnahmen zur

Verbesserung der Sexualgesundheit wie die Ausgabe von Kondomen und Gleitmitteln sowie das Angebot von Schulungen zum geschützten Geschlechtsverkehr. Die Erbringung von Leistungen zur Prävention von Infektionskrankheiten durch Mitarbeiter aufsuchender Dienste oder in niedrigschwelligen Einrichtungen ist ebenfalls in den meisten Ländern weit verbreitet, wobei die Leistungen in diesem Bereich noch immer weiterentwickelt werden. Beispielsweise wird derzeit in Estland, Lettland und Litauen ein grenzüberschreitendes niedrigschwelliges Präventionsnetz errichtet, das sich auf gemeinsame Leistungsstandards und Protokolle für die epidemiologische Überwachung stützen wird.

Medizinische Leistungen werden in niedrigschwelligen Kliniken und von mobilen Diensten oder im Rahmen von Überweisungsregelungen erbracht. Beispielsweise arbeitet das tschechische niedrigschwellige Netz eng mit den regionalen Gesundheitsdiensten zusammen, um den Zugang von Drogenkonsumenten mit somatischer Komorbidität, insbesondere Virushepatitis, zu Beratung, Tests und Behandlung zu erleichtern. In Bulgarien führte ein mobiler Beratungsdienst in Burgas am Schwarzen Meer im Jahr 2006 750 Beratungen durch. Einige dänische Kommunen erhielten öffentliche Mittel für Gesundheitsprogramme für die am stärksten gefährdeten Drogenkonsumenten. Darüber hinaus wurde 2008 mit dem Projekt „Gesundheitsraum“ in Kopenhagen ein dreijähriges Pilotprogramm ins Leben gerufen, das Gesundheitsversorgung und Sozialberatung kombiniert.

### Prävention der Virushepatitis

Im Jahr 2006 berichteten mehrere Länder über Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung der Virushepatitis. Beispielsweise wurde in Luxemburg auf der Grundlage der Ergebnisse eines Aktionsforschungsprojekts das Angebot von Beratungsleistungen zum Thema sicherer Konsum für junge und neue Drogenkonsumenten verstärkt und der Zugang von IDU zu kostenlosem Injektionszubehör verbessert. In Dänemark sind seit 2006 kostenlose Impfungen gegen Hepatitis A und B für Drogenkonsumenten und ihre Partner verfügbar, und die Kommunen müssen nun für injizierende Drogenkonsumenten eine umfassende Palette von Diensten im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten anbieten. In Irland schließlich wurde im Jahr 2007 eine Arbeitsgruppe HCV mit der Ausarbeitung einer nationalen Überwachungs-, Schulungs- und Behandlungsstrategie beauftragt.

Haftanstalten sind wichtige Milieus für Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und für die Erbringung von Gesundheitsdiensten für eine Gruppe, die ansonsten nur

schwer erreicht werden kann (siehe Kapitel 2). Jüngste Forschungsarbeiten belegen, dass es wichtig ist, für alle Personen, die jemals illegale Drogen konsumiert haben, Virustests anzubieten, und dass die Untersuchung auf eine chronische Hepatitis-C-Infektion bei Haftantritt eine kosteneffiziente Maßnahme darstellt (Sutton et al., 2006). Neben der Erbringung der erforderlichen Behandlung und Pflege für infizierte Haftinsassen können für Drogenkonsumenten in Haftanstalten auch andere sinnvolle Maßnahmen wie Gesundheitsschulungen und Hepatitis-B-Immunisierung angeboten werden (<sup>135</sup>).

### Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität

Der Drogenkonsum zählt in Europa zu den häufigsten Ursachen für Gesundheitsprobleme und Todesfälle unter jungen Menschen. Insbesondere die sehr hohe Mortalität im Zusammenhang mit dem Opioidkonsum wird in einer von der EBDD unterstützten internationalen Studie deutlich, bei der festgestellt wurde, dass in sieben europäischen städtischen Ballungsräumen 10 % bis 23 % der Todesfälle in der Altersgruppe der 15- bis 49-Jährigen mit dem Opioidkonsum in Verbindung zu bringen sind (Bargagli et al., 2005).

Anhand ihres epidemiologischen Schlüsselindikators „Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten“ beobachtet die EBDD vorwiegend Fälle, in denen der Tod unmittelbar durch den Konsum von Drogen verursacht wurde (drogeninduzierte Todesfälle), sowie in geringerem Maße die Gesamtmortalität unter Drogenkonsumenten, darunter auch Todesfälle im Zusammenhang mit verschiedenen anderen gesundheitlichen und sozialen Problemen.

### Drogeninduzierte Todesfälle

Der von der EBDD herangezogenen Definition zufolge bezeichnet der Begriff drogeninduzierte Todesfälle (<sup>136</sup>) jene Fälle, in denen der Tod unmittelbar durch den Konsum einer oder mehrerer Drogen verursacht wurde (Vergiftungen oder Überdosierungen), wobei es sich bei mindestens einer der nachgewiesenen Substanzen um eine illegale Droge handelt. Die Zahl der Drogenkonsumenten, ihre Konsummuster (injizierender Konsum, polyvalenter Konsum) sowie die Verfügbarkeit von Behandlungs- und Notfalldiensten können die Gesamtzahl derartiger Todesfälle in einer Gesellschaft beeinflussen. In der Regel treten drogenbedingte Todesfälle kurz nach der Einnahme der Substanz(en) ein.

Infolge der in den letzten Jahren erzielten Verbesserungen hinsichtlich der Qualität und Zuverlässigkeit der europäischen Daten ist nun eine bessere Beschreibung der

<sup>135</sup> Siehe die DUP-Tabellen im Statistical Bulletin 2008.

<sup>136</sup> Der Begriff „drogeninduzierte Todesfälle“ wurde nun eingeführt, da er der herangezogenen Falldefinition besser entspricht.



## Drogenbedingte Mortalität: ein komplexer Begriff

Sowohl die wissenschaftliche als auch die politische Debatte über drogenbedingte Mortalität werden dadurch behindert, dass in diesem Bereich eine ganze Reihe unterschiedlicher Begriffe und Definitionen geläufig ist. Werden sehr weit gefasste und umfassende Begriffe verwendet, sind die Daten womöglich nur von geringem Wert für das Verständnis der mit der drogenbedingten Mortalität in Zusammenhang stehenden Faktoren. Werden beispielsweise alle Todesfälle, bei denen die toxikologische Untersuchung zu einem positiven Ergebnis führte, zusammengefasst, so schließt dies alle Fälle ein, in denen Drogen die unmittelbare Todesursache waren, eine indirekte Rolle spielten oder aber gar nicht von Belang waren.

Einen weiteren wichtigen Aspekt bildet die Festlegung der zu berücksichtigenden Substanzen: Diese kann auf illegale Drogen beschränkt oder auf andere psychoaktive Substanzen und Arzneimittel erweitert werden. Im letztgenannten Fall ist es unter Umständen schwierig, Todesfälle, die in erster Linie auf psychische Probleme zurückzuführen sind (z. B. Selbstmord im Zusammenhang mit einer Depression), von jenen zu unterscheiden, die mit dem Substanzkonsum in Verbindung zu bringen sind. Darüber hinaus sind viele drogeninduzierte Todesfälle tatsächlich auf einen polyvalenten Drogenkonsum zurückzuführen, und die jeweilige Rolle der verschiedenen Drogen ist zuweilen kaum auszumachen.

Der Begriff drogenbedingte Mortalität umfasst zwei große Komponenten. Die erste und besser dokumentierte Komponente betrifft Todesfälle, die unmittelbar durch die Wirkung einer oder mehrerer Drogen verursacht wurden. Diese Fälle werden in der Regel als „Überdosis“, „Vergiftung“ oder „drogeninduzierte Todesfälle“ bezeichnet. Die zweite Komponente ist weiter gefasst und betrifft Todesfälle, die nicht unmittelbar auf die pharmakologische Wirkung der Drogen zurückgeführt werden können, jedoch in Zusammenhang mit ihrem Konsum stehen: langfristige Folgen von Infektionskrankheiten, Zusammenwirken mit psychischen Faktoren (z. B. Selbstmord) oder mit anderen Ereignissen (z. B. Verkehrsunfälle). Darüber hinaus gibt es Todesfälle, die zwar in Verbindung mit Drogen stehen, jedoch auf andere Begleitumstände zurückzuführen sind (z. B. Gewalt im Zusammenhang mit dem Drogenhandel).

Der gegenwärtig von der EBDD für die Berichterstattung über die drogenbedingte Gesamtmortalität herangezogene Ansatz basiert auf der Schätzung der Mortalitätsraten in Kohorten problematischer Drogenkonsumenten. Es werden jedoch auch andere Konzepte untersucht, in denen die auf Drogen zurückzuführende Gesamtmortalität in einer Gemeinschaft anhand von Daten aus unterschiedlichen Quellen geschätzt wird (siehe „Drogenbedingte Gesamtmortalität“, S. 99).

Gesamtrends und nationalen Entwicklungen möglich, und die meisten Länder haben inzwischen der Definition der EBDD entsprechende Falldefinitionen eingeführt<sup>(137)</sup>. Dennoch sind angesichts der Qualitätsunterschiede in der Berichterstattung der einzelnen Länder direkte Vergleiche nach wie vor mit Bedacht anzustellen.

Zwischen 1990 und 2005 meldeten die EU-Mitgliedstaaten jährlich 6 500 bis 8 500 drogeninduzierte Todesfälle, insgesamt also etwa 130 000 Fälle. Diese Zahlen sind als Mindestschätzungen zu betrachten<sup>(138)</sup>.

Mit Raten zwischen 3 bis 5 und über 70 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren verzeichnen die europäischen Länder sehr unterschiedliche Mortalitätsraten im Zusammenhang mit drogeninduzierten Todesfällen (durchschnittlich 21 Todesfälle je 1 Million Einwohner). In 16 europäischen Ländern wurden Raten von über 20 Todesfällen je 1 Million Einwohner und in fünf Ländern Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner verzeichnet. Unter Männern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren sind die Mortalitätsraten sowohl im Durchschnitt als auch in den meisten Ländern doppelt so hoch (im europäischen Durchschnitt 44 Todesfälle je 1 Million Einwohner). Im Zeitraum 2005 bis 2006 waren 3,5 % aller Todesfälle unter Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren drogeninduzierte Todesfälle, wobei ihr Anteil in acht Ländern bei über 7 % lag<sup>(139)</sup> (Abbildung 11).

Zur Morbidität und anderen Folgen nichttödlicher Überdosierungen liegen nach wie vor nur wenige Forschungsarbeiten vor, und Investitionen in entsprechende Präventionsmaßnahmen werden nur in begrenztem Maße vorgenommen, obwohl es Belege dafür gibt, dass die Zahl solcher Fälle erheblich ist. Studien haben gezeigt, dass die Zahl der nichttödlichen Überdosierungen schätzungsweise 20- bis 25-mal so hoch ist wie die Zahl der tödlichen Überdosierungen. Daraus ergäbe sich eine grobe Schätzung von jährlich 120 000 bis 175 000 nichttödlichen Überdosierungen, wobei allerdings kaum festzustellen ist, ob eine solche Übertragung der Schätzwerte auf die gesamte EU möglich ist.

## Opioidbedingte Todesfälle

### Heroin

Eine Überdosierung mit Opioiden ist eine der häufigsten Todesursachen bei jungen Menschen in Europa, vor allem unter Männern in städtischen Gebieten<sup>(140)</sup>. Bei den meisten in der EU gemeldeten drogeninduzierten

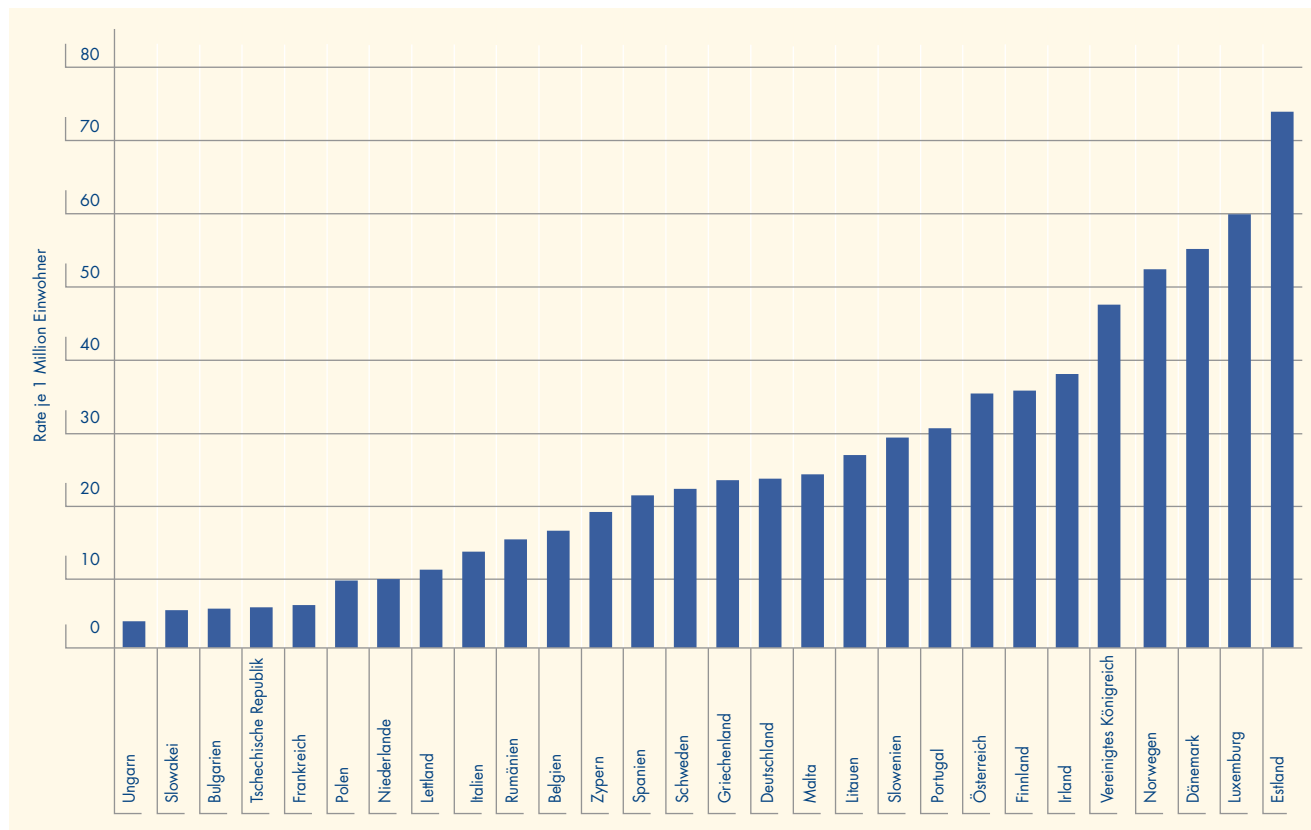
<sup>(137)</sup> Siehe die ausführlichen methodischen Informationen über drogenbedingte Todesfälle im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(138)</sup> Siehe Tabelle DRD-2 Teil (i) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(139)</sup> Siehe Tabelle DRD-5 und Abbildung DRD-7 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(140)</sup> Da es sich bei den meisten der an die EBDD gemeldeten Fälle um Überdosierungen von Opioiden handelt, werden die allgemeinen Merkmale drogenbedingter Todesfälle für die Darstellung der opioidbedingten Todesfälle herangezogen.

**Abbildung 11:** Mortalitätsraten unter allen Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) aufgrund drogeninduzierter Todesfälle



Anmerkung: Für die Tschechische Republik wurde statt der nationalen Definition die Definition der EBDD für akute drogenbedingte Todesfälle gemäß Auswahl D herangezogen; für das Vereinigte Königreich wurde die in der Drogenstrategie verwendete Definition herangezogen; für Rumänien beziehen sich die Daten ausschließlich auf Bukarest und mehrere Bezirke im Zuständigkeitsbereich des toxikologischen Labors Bukarest. Die Berechnung der Mortalitätsraten basiert auf den von Eurostat gemeldeten nationalen Bevölkerungszahlen für 2005. Aufgrund gewisser Unterschiede hinsichtlich der Falldefinitionen und der Qualität der Berichterstattung sind Vergleiche zwischen den Mortalitätsraten mit Bedacht anzustellen. Die Konfidenzintervalle und weitere Informationen zu den Daten sind Abbildung DRD-7 Teil (i) im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2007, auf der Grundlage von allgemeinen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern, und Eurostat.

Todesfällen spielen Opioide, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, eine Rolle. Auf sie entfallen 55 % bis nahezu 100 % dieser Todesfälle, wobei mehr als die Hälfte der Länder Anteile von über 80 % meldet <sup>(141)</sup>. Bei Todesfällen im Zusammenhang mit Heroin werden in der toxikologischen Analyse häufig auch andere Substanzen als mögliche Todesursache nachgewiesen, zumeist Alkohol, Benzodiazepine, andere Opioide und, in einigen Ländern, Kokain. Im Rahmen einer vor kurzem von der EBDD durchgeführten Erhebung, an der sich neun Länder beteiligten, wurde festgestellt, dass bei 60 % bis 90 % der opioidinduzierten Todesfälle im toxikologischen Bericht mehr als eine Droge erwähnt wurde. Dies legt den Schluss nahe, dass ein erheblicher Teil aller drogeninduzierten Todesfälle im Zusammenhang mit dem polyvalenten Drogenkonsum steht.

Die meisten Opfer tödlicher Opioid-Überdosierungen (60 % bis 95 %) sind männlich und 20 bis 40 Jahre alt, wobei

das Durchschnittsalter in den meisten Ländern bei Mitte 30 liegt <sup>(142)</sup>. In vielen Ländern steigt das Durchschnittsalter der Opfer tödlicher Überdosierungen, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass sich die Zahl der jungen Heroinkonsumenten möglicherweise stabilisiert oder sinkt. In anderen Ländern (Bulgarien, Estland, Rumänien, Österreich) jedoch könnte der hohe Anteil tödlicher Überdosierungen unter den unter 25-Jährigen darauf schließen lassen, dass die Heroinkonsumenten oder injizierenden Drogenkonsumenten in diesen Ländern im Durchschnitt jünger sind <sup>(143)</sup>.

#### *Methadon und Buprenorphin*

Forschungsarbeiten belegen, dass Substitutionstherapien das Risiko einer tödlichen Überdosierung verringern. Jedoch werden jedes Jahr mehrere Todesfälle im Zusammenhang mit Substitutionsopioiden gemeldet, die zumeist auf den Missbrauch dieser Substanzen oder, in einigen wenigen

<sup>(141)</sup> Siehe Abbildung DRD-1 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(142)</sup> Siehe Tabelle DRD-1 Teil (i) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(143)</sup> Siehe Abbildungen DRD-2, DRD-3 und DRD-4 im Statistical Bulletin 2008.

Fällen, auf während der Behandlung auftretende Probleme zurückzuführen sind <sup>(144)</sup>.

Den Berichten mehrerer Länder zufolge wurde bei einem erheblichen Anteil der drogeninduzierten Todesfälle Methadon nachgewiesen, wobei jedoch aufgrund fehlender gemeinsamer Standards für die Berichterstattung häufig unklar ist, inwieweit Methadon als Todesursache eine Rolle gespielt hat. Eine nicht zu vernachlässigende Zahl von Todesfällen, bei denen Methadon nachgewiesen wurde, meldeten Dänemark, Deutschland, das Vereinigte Königreich und Norwegen; andere Länder meldeten keine oder nur wenige Fälle <sup>(145)</sup>. Die Vereinigten Staaten berichten seit 1999 über einen starken Anstieg der Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon. Die meisten dieser Todesfälle sind auf den Missbrauch von Methadon zurückzuführen, das aus Krankenhäusern und Apotheken oder bei Allgemeinärzten und Fachärzten für Schmerztherapie abgezweigt wurde, während nur wenige Fälle im Zusammenhang mit Methadon stehen, das im Rahmen von Substitutionsprogrammen ausgegeben wurde <sup>(146)</sup>.

Todesfälle aufgrund von Vergiftungen mit Buprenorphin sind eher selten, obwohl diese Substanz in vielen europäischen Ländern zunehmend in der Substitutionsbehandlung eingesetzt wird. Aus Frankreich werden sehr wenige Todesfälle gemeldet, obwohl eine erhebliche Zahl von Drogenkonsumenten (76 000 bis 90 000) eine Buprenorphinbehandlung erhält. In Finnland jedoch wird bei den meisten drogeninduzierten Todesfällen Buprenorphin nachgewiesen. Dabei wurde die Droge in der Regel in Kombination mit Sedativa oder Alkohol eingenommen oder injiziert <sup>(147)</sup>.

### Fentanyl

In den letzten Jahren wurde in Estland bei postmortalen gerichtsmedizinischen toxikologischen Analysen eine Besorgnis erregende epidemieartige Zunahme tödlicher Vergiftungen mit 3-Methylfentanyl festgestellt, mit 46 tödlichen Vergiftungen im Jahr 2005 und 71 Todesfällen im Jahr 2006 (Ojanperä et al., im Druck). Darüber hinaus weisen vorläufige Daten aus Estland darauf hin, dass im Jahr 2004 85 Todesfälle im Zusammenhang mit dieser Substanz standen. Auch aus anderen europäischen Ländern wurde sporadisch über Todesfälle im Zusammenhang mit Fentanyl berichtet, und in den letzten Jahren verzeichneten die Vereinigten Staaten bei derartigen Todesfällen epidemieartige Häufungen, die in der Regel nur kurze Zeit

andauerten. Beispielsweise wurden zwischen 2005 und 2007 in Chicago 350 Todesfälle mit Fentanyl in Verbindung gebracht (Denton et al., 2008). Diese Substanz birgt aufgrund ihrer sehr hohen Stärke ein großes Risiko einer Überdosierung und kann bei toxikologischen Analysen übersehen werden. Daher steht zu erwarten, dass die steigende illegale Herstellung und der zunehmende Konsum von Fentanyl sowohl für die Überwachungssysteme als auch für Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit eine Herausforderung darstellen werden.

### Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen <sup>(148)</sup>

Kokaininduzierte Todesfälle sind schwerer zu definieren und zu ermitteln als Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden (siehe das ausgewählte Thema zu Kokain im Jahresbericht 2007). Unmittelbar auf eine pharmakologische Überdosierung zurückzuführende Todesfälle sind offenbar selten und in der Regel mit sehr hohen Kokaindosen verbunden. Vielmehr sind offenbar die meisten Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain auf die chronische Toxizität dieser Droge zurückzuführen, die kardiovaskuläre und neurologische Probleme verursachen kann. Da nicht immer festzustellen ist, welche Rolle Kokain bei diesen Todesfällen gespielt hat, werden sie unter Umständen nicht als kokainbedingt gemeldet. Die Interpretation der Daten über Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain wird dadurch weiter erschwert, dass in vielen Fällen auch andere Substanzen nachgewiesen werden, sodass kaum kausale Zusammenhänge hergestellt werden können.

Im Jahr 2006 wurden den Berichten zufolge in 14 Mitgliedstaaten mehr als 450 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain verzeichnet, wobei jedoch davon auszugehen ist, dass nicht alle kokaininduzierten Todesfälle in der Europäischen Union gemeldet werden.

Nach wie vor werden nur selten Todesfälle gemeldet, bei denen Ecstasy nachgewiesen wurde. Das Vereinigte Königreich berichtete über die meisten Todesfälle, bei denen Ecstasy nachgewiesen wurde, wobei die Droge in vielen Fällen nicht als unmittelbare Todesursache ermittelt wurde.

Zwar werden in Europa auch Todesfälle im Zusammenhang mit Amphetamin nur selten gemeldet, jedoch wurde in der Tschechischen Republik eine erhebliche Zahl der drogeninduzierten Todesfälle mit Pervitin (Methamphetamin) in Verbindung gebracht.

<sup>(144)</sup> Siehe „Todesfälle im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen“, S. 98.

<sup>(145)</sup> Siehe Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(146)</sup> National Drug Intelligence Center. *Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate* [Abzweigung und Missbrauch von Methadon: Alarmierender Anstieg der Todesfälle]. November 2007. Dokument 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

<sup>(147)</sup> Siehe Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2008 und den Jahresbericht 2007 für weitere Informationen.

<sup>(148)</sup> Siehe Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2008.

## Todesfälle im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen

Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass das Risiko einer Überdosierung erheblich sinkt, während sich Heroinkonsumenten in einer methadongestützten Substitutionsbehandlung befinden. Beispielsweise wurde in einer kürzlich durchgeführten Kohortenstudie mit mehr als 5 000 Heroinkonsumenten festgestellt, dass das Risiko einer tödlichen Überdosierung während der Substitutionsbehandlung 9-mal geringer ist als während der Zeit, in der die Konsumenten keine Substitutionstherapie erhalten, unabhängig davon, ob sie eine andere Behandlung erhalten oder nicht (Brugal et al., 2005).

Zuweilen wird jedoch bei Todesfällen in der toxikologischen Analyse Methadon nachgewiesen, wobei allerdings nicht in allen Fällen ein unmittelbarer kausaler Zusammenhang hergestellt werden kann, da unter Umständen weitere Drogen oder andere Faktoren eine Rolle spielen können. Ungeachtet dessen kann es durchaus zu einer tödlichen Überdosierung kommen, wobei die folgenden Faktoren von Bedeutung sein können: veränderte Toleranz, sehr hohe Dosierung, unsachgemäßer Konsum durch den Patienten und Konsum für nichttherapeutische Zwecke.

Im Vereinigten Königreich führten die Maßnahmen zur Eindämmung der Abzweigung von Methadon in den illegalen Markt zu einem Rückgang der Zahl der gemeldeten Todesfälle durch Methadon (Zador et al., 2006). Insgesamt kann eine gut durchgeführte Substitutionsbehandlung erheblich zu einer Verringerung des Risikos methadonbedingter Todesfälle beitragen. Die Gesundheit sowohl der Patienten als auch der Gesellschaft kann also durch Verbesserungen in den folgenden Bereichen geschützt werden: Qualitätsstandards für Behandlung und Verschreibungspraxis; Überwachung der Patienten während der ersten Behandlungsphasen; Überwachung mit Blick auf eine mögliche Kardiotoxizität; Informationen über die Risiken des Konsums anderer Arzneimittel oder psychoaktiver Substanzen; Abgabepraktiken, die das Risiko einer Abzweigung verringern.

Die drastische Ausweitung der methadongestützten Behandlung in Europa war nicht mit einem entsprechenden Anstieg der methadonbedingten Todesfälle verbunden. Eine im Vereinigten Königreich durchgeführte Studie ergab, dass die Gesamtmenge des verschriebenen oral verabreichten Methadons im Zeitraum 1993 bis 2004 um den Faktor 3,6 gestiegen ist, während die Zahl der Todesfälle in Verbindung mit Methadon im selben Zeitraum von 226 auf 194 zurückgegangen ist (Morgan et al., 2006). Dies entspricht einem Rückgang des Anteils der methadonbedingten Todesfälle von 13 Fällen je 1 000 Patientenjahre im Jahr 1993 auf 3,1 Fälle je 1 000 Patientenjahre im Jahr 2004. Zwar wäre es sicher sehr hilfreich, auch in anderen Ländern ähnliche Studien durchzuführen, jedoch zeigen die verfügbaren Daten, dass methadonbedingte Todesfälle eher mit Schwachstellen in der Verschreibungspraxis als mit der Gesamtrate der Substitutionsbehandlungen in Zusammenhang stehen.

In Finnland wurden 64 Todesfälle gemeldet, in denen bei der toxikologischen Analyse Amphetamine nachgewiesen wurden. Allerdings bedeutet dies nicht notwendigerweise, dass die Droge die unmittelbare Todesursache war.

## Tendenzen bei drogeninduzierten Todesfällen

In Europa wurde in den 80er und frühen 90er Jahren eine drastische Zunahme der drogeninduzierten Todesfälle beobachtet, die möglicherweise mit der Verbreitung des Heroinkonsums und des injizierenden Heroinkonsums einherging. Seitdem bewegte sich die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle auf hohem Niveau<sup>(149)</sup>. Die Daten aus den Ländern, für die längere Zeitreihen vorliegen, weisen jedoch unterschiedliche Tendenzen aus: In einigen Ländern (z. B. Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien) erreichte die Zahl der Todesfälle Anfang bis Mitte der 90er Jahre ihren Höchststand und ging anschließend zurück; andere Länder (z. B. Irland, Griechenland, Portugal, Finnland, Schweden, Norwegen) verzeichneten um das Jahr 2000 Spitzenwerte und einen anschließenden Rückgang der Zahl der Todesfälle, während in einigen anderen Ländern (z. B. Dänemark, Niederlande, Österreich, Vereinigtes Königreich) zwar ein Aufwärtstrend beobachtet wurde, jedoch kein eindeutiger Höhepunkt<sup>(150)</sup>.

Für den Zeitraum 2001 bis 2005/2006 sind die Tendenzen bei den drogeninduzierten Todesfällen schwieriger zu beschreiben. In den Jahren 2000 bis 2003 meldeten viele EU-Länder sinkende Zahlen, wobei die drogeninduzierten Todesfälle insgesamt 2001 um 3 %, 2002 um 14 % und 2003 um 7 % zurückgingen<sup>(151)</sup>. In den Jahren 2004 und 2005 berichteten jedoch die meisten europäischen Länder über leichte Zunahmen. Hierbei könnten mehrere Faktoren eine Rolle gespielt haben, darunter ein Anstieg des polyvalenten Drogenkonsums, eine möglicherweise zunehmende Verfügbarkeit von Heroin oder ein höheres Durchschnittsalter der chronischen Drogenkonsumenten<sup>(152)</sup>.

Da für einige größere Länder keine Daten vorliegen, sind die Gesamtschätzungen der Zahl der drogeninduzierten Todesfälle für das Jahr 2006 weiterhin vorläufig. Die

<sup>(149)</sup> Siehe Abbildung DRD-8 im Statistical Bulletin 2008. Aus historischen Gründen bezieht sich diese Entwicklung auf EU-15 und Norwegen.

<sup>(150)</sup> Siehe Abbildung DRD-11 im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(151)</sup> Die Abweichungen zwischen den hier genannten Zahlen und den in den Vorjahren angegebenen Werten gehen darauf zurück, dass Dänemark, Spanien, Frankreich und das Vereinigte Königreich die Falldefinition geändert und mehrere Länder Aktualisierungen vorgenommen haben.

<sup>(152)</sup> Siehe „Ende des Abwärtstrends bei den Indikatoren für den Opioidkonsum“, S. 81, und Tabelle DRD-2 Teil (j) und Abbildung DRD-12 im Statistical Bulletin 2008.

verfügbaren Daten aus 18 Ländern lassen jedoch einen leichten Rückgang gegenüber 2005 erkennen.

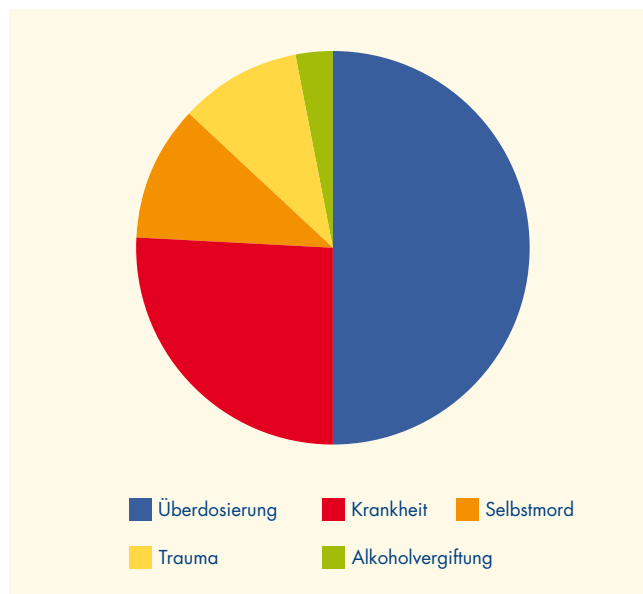
Die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle bei den unter 25-Jährigen ist in Europa insgesamt leicht gesunken, wobei in den Mitgliedstaaten, die der Europäischen Union seit 2004 beigetreten sind, bis vor kurzem ein Anstieg der Zahl der Todesfälle in dieser Altersgruppe verzeichnet wurde<sup>(153)</sup>. In den letzten Jahren wurde jedoch in Griechenland, Luxemburg und Österreich sowie in geringerem Maße in Bulgarien, Lettland und den Niederlanden ein zunehmender Anteil der Todesfälle unter jungen Menschen beobachtet<sup>(154)</sup>. Diese Beobachtung muss genauer untersucht werden, da sie auf einen Anstieg der Zahl junger Opioidkonsumenten in diesen Ländern hinweisen könnte.

### Drogenbedingte Gesamt mortalität

In einer vor kurzem durchgeführten Studie zur Mortalität unter in Behandlung befindlichen Opioidkonsumenten in acht europäischen Ländern bzw. Städten wurde festgestellt, dass die Mortalitätsrate unter Opioidkonsumenten wesentlich höher war als unter den Angehörigen derselben Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung (siehe EBDD, 2006). In anderen Kohortenstudien wurden unter Drogenkonsumenten zwischen 6- und 54-mal höhere Mortalitätsraten ermittelt als in der Allgemeinbevölkerung. Die höheren Mortalitätsraten unter Drogenkonsumenten sind in erster Linie auf Überdosierungen zurückzuführen; es sind jedoch auch andere Faktoren relevant, und in einigen Ländern spielen Todesfälle durch Aids eine wichtige Rolle. Darke et al. (2007) definieren vier große Kategorien von Todesfällen unter Drogenkonsumenten: Überdosierungen (einschließlich Alkoholvergiftungen), Krankheiten, Selbstmord und Traumata. Was die Krankheiten betrifft, so werden Erkrankungen im Zusammenhang mit durch Blut übertragbaren Viren (HIV, HCV und HBV, siehe oben), Neoplasmen, Lebererkrankungen sowie Kreislauf- und Atemwegserkrankungen mit dem Drogenkonsum in Verbindung gebracht. Die Traumata stehen in erster Linie in Zusammenhang mit Unfällen, Tötungsdelikten und anderen Gewalttaten.

In einer vor kurzem in Norwegen durchgeführten Studie unter in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten wurde festgestellt, dass die Hälfte der 189 verzeichneten Todesfälle, in denen die Todesursache bekannt war, auf Überdosierungen zurückzuführen war. Auf Krankheiten, vor allem Aids und Lebererkrankungen, entfiel nahezu ein Viertel dieser Todesfälle, während Selbstmord und Traumata jeweils ein Zehntel und Alkoholvergiftungen

**Abbildung 12:** Bekannte Todesursachen in einer Kohorte von Drogenkonsumenten in Norwegen



Anmerkung: Die Daten stammen aus einer Studie mit einer Stichprobe von 501 Drogenkonsumenten, für die im Zeitraum 1981 bis 1991 eine Behandlung wegen Drogensucht genehmigt wurde. Bis 2003 wurden insgesamt 189 Todesfälle verzeichnet, wobei die Todesursache in 14 Fällen nicht ermittelt werden konnte.

Quelle: Ødegard, E., Amundsen, E. J. und Kielland, K. B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, S. 176-182.

etwa 2 % ausmachten (Abbildung 12). Es ist darauf hinzuweisen, dass der Anteil der Todesfälle durch Aids in Ländern mit hohen HIV-Prävalenzraten unter Drogenkonsumenten erheblich höher sein kann.

Kohortenstudien stellen ein wertvolles Instrument für die Einschätzung und das Verständnis der Gesamt mortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum dar. Es gibt jedoch weitere Konzepte, um die Problematik zu erfassen und einen Überblick auf nationaler Ebene zu geben. Derzeit untersucht die EBDD in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten mehrere neue Verfahren in diesem Bereich, die letztendlich auf EU-Ebene umgesetzt werden sollen. In einem dieser Konzepte werden die Mortalitätsraten ausgehend von Kohortenstudien auf lokale (Bargagli et al., 2005) oder nationale Schätzungen der problematischen Drogenkonsumenten (Cruts et al., 2008) extrapoliert. In einem anderen Ansatz werden aus mehreren Studien gewonnene Anteile der auf den Drogenkonsum zurückzuführenden Fälle auf die am häufigsten mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehenden Todesursachen angewendet (z. B. Aids, Unfälle, Selbstmord und Vergiftungen), die in den allgemeinen Mortalitätsregistern verzeichnet sind.

<sup>(153)</sup> Siehe Abbildung DRD-13 Teil (i) im Statistical Bulletin 2008.

<sup>(154)</sup> Siehe Abbildung DRD-9 im Statistical Bulletin 2008.

### Mittelbar mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehende Todesfälle

Todesfälle durch Aids im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum stellen eine weitere häufige Todesursache dar. Auf der Grundlage der von Eurostat und EuroHIV (Jahresbericht 2005, 2006) vorgelegten Daten ist davon auszugehen, dass im Jahr 2003 schätzungsweise mehr als 2 600 Menschen an einer Aids-Erkrankung gestorben sind, die in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stand<sup>(155)</sup>. Die meisten dieser Todesfälle wurden aus einigen wenigen Ländern gemeldet: Über 90 % von ihnen entfielen auf Spanien, Frankreich, Italien und Portugal. Die Aids-Mortalität erreichte Mitte der 90er Jahre ihren Höhepunkt und ging nach der Einführung und mit dem zunehmend flächendeckenden Angebot von HAART erheblich zurück.

Mit Ausnahme Spaniens, Italiens und insbesondere Portugals werden in Europa niedrige Aids-Mortalitätsraten im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum verzeichnet. Darüber hinaus ist in vielen Ländern unter Drogenkonsumenten die Mortalität infolge von Überdosierungen erheblich höher als die Aids-Mortalität<sup>(156)</sup>. Die Zahl der auf andere Ursachen (z. B. andere Infektionskrankheiten, Gewalt oder Unfälle) zurückzuführenden Todesfälle ist gegenwärtig schwieriger einzuschätzen, und in diesem Bereich müssen sowohl

die Datenerhebung als auch die Schätzungen weiter verbessert werden (siehe vorstehender Abschnitt).

Selbstmord scheint eine häufige Todesursache unter Drogenkonsumenten zu sein. Bei einer Auswertung der vorhandenen Literatur (Darke und Ross, 2002) wurde unter Heroinkonsumenten eine 14-mal höhere Selbstmordrate festgestellt als in der Allgemeinbevölkerung.

### Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Zwar ist die Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in den meisten nationalen Drogenstrategien als Ziel verankert, jedoch haben nur wenige Länder Aktionspläne verabschiedet oder systematische Leitlinien für die zu ergreifenden Maßnahmen bereitgestellt. Allerdings hat das Gesundheitsministerium des Vereinigten Königreichs im Jahr 2007 neue Leitlinien für die klinische Behandlung von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit herausgegeben, in denen spezifische Maßnahmen für die Prävention drogenbedingter Todesfälle vorgegeben sind.

Eine in Italien durchgeführte prospektive Langzeitstudie (Davoli et al., 2007) belegt, inwieweit eine Kombination aus Substitutionstherapie, psychosozialer Betreuung und Psychotherapie zu einer Reduzierung der Mortalität unter Drogenkonsumenten beitragen kann. Die Studie wurde in einer Kohorte von 10 454 Heroinkonsumenten

### Erhöhtes Risiko drogeninduzierter Todesfälle im Anschluss an Haftstrafen oder Behandlungen

In Europa und anderen Teilen der Welt durchgeführten Studien zufolge besteht unmittelbar nach einer Haftentlassung oder bei Rückfällen nach Behandlungen ein stark erhöhtes Risiko drogeninduzierter Todesfälle.

Im Rahmen einer vor kurzem im Vereinigten Königreich (England und Wales) durchgeführten Studie verglich man die Daten von fast 49 000 Häftlingen, die im Zeitraum 1998 bis 2000 entlassen wurden, mit allen bis November 2003 in dieser Stichprobe verzeichneten Todesfällen (Farrell und Marsden, 2008). Die meisten (59 %) der 442 Todesfälle, die in diesem Zeitraum in der Stichprobe verzeichnet wurden, waren drogenbedingt. Im Jahr nach der Haftentlassung betrug die Rate der drogeninduzierten Todesfälle bei den Männern 5,2 % und bei den Frauen 5,9 %. Im Zeitraum unmittelbar nach der Haftentlassung waren die Raten bei den Frauen um mehr als 10-mal und bei den Männern um mehr als 8-mal höher als erwartet. Innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Haftentlassung waren alle Todesfälle unter Frauen und 95 % der Todesfälle unter Männern drogenbedingt und konnten auf Überdosierungen oder allgemeiner auf

substanzbedingte Störungen zurückgeführt werden. In den Berichten des amtlichen Leichenbeschauers wurden bei 95 % der drogeninduzierten Todesfälle Opiode, bei 20 % Benzodiazepine, bei 14 % Kokain und bei 10 % trizyklische Antidepressiva erwähnt.

In Italien wurden im Rahmen der VEdTTE-Studie (Davoli et al., 2007) für Todesfälle durch Überdosierung Raten von einem Fall je 1 000 in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten und 23 Fällen je 1 000 Konsumenten im ersten Monat nach der Behandlung ermittelt. Dies entspricht nach Bereinigung um mögliche Störfaktoren einem 27-mal höheren Risiko einer tödlichen Überdosierung im ersten Monat nach der Behandlung.

Trotz des festgestellten Zusammenhangs zwischen drogeninduzierten Todesfällen und Haftentlassung oder Behandlungsabschluss findet in nur wenigen Ländern eine systematische Aufklärung von Haftinsassen oder Patienten über das Risiko einer Überdosierung statt. Auch die kontinuierliche Betreuung und Rehabilitation von aus der Haft entlassenen Drogenkonsumenten lässt in vielen Ländern sehr zu wünschen übrig. Verbesserungen in diesen beiden Bereichen könnten eine wertvolle Chance darstellen, drogenbedingten Todesfällen vorzubeugen.

<sup>(155)</sup> Das Jahr 2003 ist das letzte Jahr, für das über Eurostat aus fast allen Mitgliedstaaten Daten über Todesursachen verfügbar sind. Ausführliche Angaben zu Quellen, Zahlen und Berechnungen sind Tabelle DRD-5 im Statistical Bulletin 2008 zu entnehmen.

<sup>(156)</sup> Siehe Abbildung DRD-7 Teil (ii) im Statistical Bulletin 2008.

durchgeführt, die sich zwischen 1998 und 2001 in öffentlichen Einrichtungen in Behandlung begeben haben, und untersuchte den Verbleib in der Behandlung sowie die Mortalität durch Überdosierungen. Das Mortalitätsrisiko war in der Kohorte durchschnittlich 10-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Unter in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten war das Mortalitätsrisiko allerdings nur 4-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung, während das Risiko unter den Drogenkonsumenten, die die Behandlung abgebrochen hatten, 20-mal höher war.

Die gezielte Verbreitung von Informationen über das Risiko und die Vermeidung von Überdosierungen durch Handzettel, Broschüren und Poster ist in den meisten Ländern gängige Praxis. Darüber hinaus berichtet derzeit die Hälfte aller Mitgliedstaaten über Schulungsworkshops zur Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten für den Umgang mit Überdosierungen. Diese Schulungen werden für Drogenkonsumenten, Angehörige und Personal angeboten und umfassen in der Regel Informationen über spezifische Risiken, darunter die geringere Toleranz nach Phasen der Abstinenz, die Auswirkungen des polyvalenten Drogenkonsums, insbesondere des gleichzeitigen Alkoholkonsums, den Konsum von

Drogen ohne die Anwesenheit weiterer Personen sowie Kenntnisse in Erster Hilfe. In Italien kommt in der Hälfte der dem öffentlichen Gesundheitsdienst unterstehenden Suchtbehandlungseinrichtungen eine Kombination aus Schulungen über im Falle von Überdosierungen zu ergreifende Maßnahmen und der Abgabe von Naloxon für die Zuhause-Anwendung zum Einsatz.

Die proaktive Überwachung des psychosozialen Wohlbefindens von Drogenkonsumenten, einschließlich der Konsumenten, die eine Substitutionsbehandlung erhalten, kann insofern sinnvoll sein, als Überdosierungen häufig von vorangegangenen gesundheitlichen oder sozialen Vorkommnissen ausgelöst werden und ein hoher Anteil der Überdosierungen absichtlich erfolgt (Oliver et al., 2007).

Eine weitere Herausforderung liegt darin, dass sich die Gesundheits- und Sozialdienste in vielen Ländern zunehmend mit älteren langjährigen Drogenkonsumenten befassen müssen, bei denen nicht nur ein erhöhtes Risiko einer Überdosierung besteht, sondern die auch anfälliger für eine ganze Reihe gesundheitlicher Folgen sind. Insbesondere injizierende Drogenkonsumenten leiden häufig unter somatischen Erkrankungen, vor allem chronischen Leberinfektionen, die ihre Anfälligkeit weiter erhöhen.

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 8

# Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen

### Einführung

Der Konsum neuer psychoaktiver Substanzen kann mit erheblichen Folgen für die öffentliche Gesundheit und die Politik verbunden sein, jedoch stellt die Beobachtung sich abzeichnender Tendenzen eine erhebliche Herausforderung dar. Neue Muster des Drogenkonsums sind schwer auszumachen, da sie in der Regel zunächst in geringem Maße, an bestimmten Orten oder unter begrenzten Subgruppen der Bevölkerung auftreten. In nur wenigen Ländern gibt es Beobachtungssysteme, die auf diese Entwicklungen ansprechen, und die methodischen Probleme bei der Beobachtung dieser Form des Drogenkonsums sind erheblich. Jedoch wird die Bedeutung der Ermittlung potenzieller neuer Bedrohungen weithin anerkannt, und als unmittelbare Reaktion hierauf hat die Europäische Union mit dem Beschluss des Rates betreffend neue psychoaktive Substanzen ein Frühwarnsystem geschaffen, das einen Schnellreaktionsmechanismus für das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen in der europäischen Drogenszene vorsieht. Die Tätigkeiten zur Unterstützung des Frühwarnsystems sind ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der EBDD und stehen in einem übergeordneten Zusammenhang mit der Nutzung einer breiten Palette von Datenquellen für die Verbesserung des europäischen Drogenbeobachtungssystems im Hinblick auf das rechtzeitige Erkennen sich abzeichnender Tendenzen.

### Maßnahmen der EU betreffend neue psychoaktive Substanzen

Mit dem Beschluss des Rates betreffend neue psychoaktive Substanzen <sup>(157)</sup> wurde ein System zum raschen Austausch von Informationen über neue psychoaktive Substanzen eingeführt, die eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung und die Gesellschaft darstellen können. Der Beschluss sieht ferner eine Bewertung der mit diesen neuen psychoaktiven Substanzen verbundenen Risiken vor, damit die in den Mitgliedstaaten geltenden Kontrollmaßnahmen für Suchtstoffe und psychotrope Substanzen gleichermaßen auf

neue psychoaktive Substanzen angewandt werden können. Im Mai 2007 führte der erweiterte Wissenschaftliche Ausschuss der EBDD eine Risikobewertung der neuen psychoaktiven Substanz BZP (1-Benzylpiperazin) durch und legte dem Rat sowie der Europäischen Kommission einen Bericht vor <sup>(158)</sup>. Die Risikobewertung ergab, dass BZP wegen seiner aufputschenden Eigenschaften, der gesundheitlichen Gefahren und des fehlenden medizinischen Nutzens kontrolliert werden sollte, wobei die Kontrollmaßnahmen den verhältnismäßig geringen Risiken der Substanz angemessen sein sollten. Im März 2008 nahm der Rat einen Beschluss an, in dem er BZP als neue psychoaktive Substanz definierte, die Kontrollmaßnahmen und strafrechtlichen Vorschriften zu unterwerfen ist. Die Mitgliedstaaten treffen innerhalb eines Jahres im Einklang mit ihren einzelstaatlichen Rechtsvorschriften die Maßnahmen, die erforderlich sind, um BZP den Risiken der Substanz angemessenen Kontrollmaßnahmen und strafrechtlichen Sanktionen zu unterwerfen, die in den Rechtsvorschriften vorgesehen sind, mit denen sie ihren Verpflichtungen aus dem UN-Übereinkommen über psychotrope Stoffe von 1971 nachkommen.

Im März 2007 legten die EBDD und Europol der Kommission einen Bericht über die aktive Überwachung von 1-(3-Chlorphenyl)piperazin (mCPP) vor <sup>(159)</sup>. Diesem ausschließlich zu Informationszwecken verfassten Bericht zufolge ist es aufgrund der ungeklärten psychoaktiven Eigenschaften und einiger Nebenwirkungen dieser Substanz unwahrscheinlich, dass „sich mCPP an sich zu einer verbreiteten Freizeitdroge entwickelt“. Da mCPP offenbar für die Konsumenten nicht besonders attraktiv ist, wird der Markt für diese Substanz in der Europäischen Union wahrscheinlich vom Angebot statt von der Nachfrage bestimmt.

Im Jahr 2007 wurden der EBDD und Europol insgesamt 15 neue psychoaktive Substanzen erstmals über das Frühwarnsystem gemeldet. Die Gruppe der neu gemeldeten Substanzen ist vielfältig und umfasst neben neuen synthetischen Drogen auch Arzneimittel und natürliche Substanzen. Bei neun der neu gemeldeten Verbindungen

<sup>(157)</sup> Beschluss 2005/387/JI des Rates vom 10. Mai 2005 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen (ABl. L 127 vom 20.5.2005, S. 32).

<sup>(158)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/risk-assessments/bzp>

<sup>(159)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

handelte es sich um synthetische Drogen, ähnlich den in den Anhängen I und II des Übereinkommens der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe von 1971 aufgeführten Substanzen. Darunter waren sowohl Substanzen, die bekannten chemischen Gruppen wie Phenethylamine, Tryptamine und Piperazine angehören, als auch Substanzen mit einem weniger verbreiteten chemischen Aufbau. Ferner ist innerhalb der Gruppe zwischen Substanzen mit ausgeprägter halluzinogener Wirkung und Substanzen mit vorwiegend stimulierenden Eigenschaften zu unterscheiden.

Im Jahr 2007 wurden über das System für den Informationsaustausch erstmals drei natürliche Substanzen gemeldet, darunter *Salvia divinorum*, eine Pflanze mit starken psychoaktiven Eigenschaften<sup>(160)</sup>.

## Das Internet als Marktplatz für psychoaktive Substanzen

Über Online-Foren, Chatrooms und die Websites von Online-Shops, die psychoaktive Substanzen als Alternative zu kontrollierten Substanzen vertreiben, bietet das Internet Einblicke in die Welt der Drogenkonsumenten. Die verfügbaren Daten können über verschiedene Aspekte des Online-Marktplatzes für Drogen Aufschluss geben, beispielsweise über die Arbeitsmethoden von Online-Shops, ihre Verfahren, um den Bedürfnissen der Konsumenten zu entsprechen, und neue Trends unter jungen Menschen. Um eine Momentaufnahme der derzeitigen Entwicklungen im Online-Drogenmarkt zu ermitteln, hat die EBDD Anfang 2008 eine Snapshot-Studie durchgeführt, in deren Rahmen 25 Online-Shops überwacht wurden. Die Ergebnisse dieser Studie werden im Folgenden dargestellt.

### Online-Shops

Es gibt Berichte über eine zunehmende Zahl von Online-Shops, die psychoaktive Substanzen als Alternative zu kontrollierten Drogen wie LSD, Ecstasy, Cannabis und Opioiden vertreiben. Obwohl die in Online-Shops angebotenen Substanzen häufig als legal („Legal Highs“) oder natürlich („Herbal Highs“) bezeichnet werden, unterliegen diese Drogen in manchen europäischen Ländern denselben Gesetzen und strafrechtlichen Sanktionen wie kontrollierte Drogen.

Innerhalb der Europäischen Union haben die meisten der in der Snapshot-Studie ermittelten Online-Shops ihren Sitz im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden sowie in geringerem Maße in Deutschland und Österreich. Online-Shops sind häufig auf bestimmte Formen von mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehenden Produkten spezialisiert. Beispielsweise verkaufen einige

## Erstmals kontrollierte Substanzen

Seit Januar 2006 haben zwölf Länder Erweiterungen oder Änderungen ihrer Listen kontrollierter Substanzen gemeldet. Sechs Länder (Belgien, Deutschland, Litauen, Ungarn, Malta, Slowakei) haben mCPP [1-(3-Chlorphenyl)piperazin] und vier Länder (Estland, Italien, Litauen, Malta) BZP (1-Benzylpiperazin) in ihre Liste kontrollierter Substanzen aufgenommen. mCPP wird von der EBDD und Europol aktiv überwacht, während BZP im Jahr 2007 Gegenstand einer Risikobewertung war. Zu den anderen Substanzen, die seit Januar 2006 kontrolliert werden, zählen die Halluzinogene DOC (2,5-Dimethoxy-4-Chloramphetamin), DOI (2,5-Dimethoxy-4-Iodoamphetamin) und Bromo-Dragonfly (Bromo-Benzodifuranyl-Isopropylamin) in Dänemark und Schweden sowie Ketamin in Estland.

Darüber hinaus werden mehrere Pflanzen mit psychoaktiven Eigenschaften kontrolliert. Zu diesem Zweck hat Belgien seine Rechtsvorschriften über psychotrope Substanzen geändert und eine neue Kategorie eingeführt, die nun kontrollierte Pflanzen oder Pflanzenteile erfasst statt wie zuvor nur deren psychoaktive Wirkstoffe. Zu den Pflanzen auf dieser Liste zählen nun unter anderem Khat (*Qat*, *Catha edulis*) und *Salvia divinorum*. Khat wird nun in elf europäischen Ländern kontrolliert (im Vereinigten Königreich wurde auf der Grundlage einer im Jahr 2005 vorgenommenen Risikobewertung von einer Kontrolle abgeraten). Im Jahr 2006 nahm Schweden Salvinorin-A, den Hauptwirkstoff von *Salvia divinorum*, in seine Liste auf, während diese Pflanze in Deutschland seit 2008 kontrolliert wird. Im selben Zeitraum wurde *Tabernanthe iboga* in Frankreich in die Liste der kontrollierten Substanzen aufgenommen, nachdem zuvor Belgien, Dänemark und Schweden die gesetzliche Kontrolle von Ibogain, dem Wirkstoff dieser Pflanze, beschlossen hatten. Aufgrund von Todesfällen im Zusammenhang mit halluzinogenen Pilzen haben sowohl Irland als auch die Niederlande Schritte unternommen, um die Schließung von Verkaufsstellen zu erleichtern, die den Verkauf und Besitz frischer psilocinhaltiger Pilze ermöglichten. In Irland trat das neue Gesetz im Januar 2006 in Kraft, während in den Niederlanden zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts das Parlamentsverfahren noch nicht abgeschlossen war.

Weitere Informationen sowie eine Liste der in der EU und Norwegen kontrollierten Substanzen sind der „Substances and classifications table“ [Tabelle der Substanzen und Klassifikationen] in der Europäischen Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung (ELDD) zu entnehmen (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

vor allem Zubehör für den Drogenkonsum, einige sind auf halluzinogene Pilze oder „Partypillen“ spezialisiert, während andere eine ganze Palette pflanzlicher, halbsynthetischer und synthetischer Substanzen vertreiben.

Die in Europa ansässigen Online-Shops bieten über 200 psychoaktive Erzeugnisse an. Die am meisten verbreiteten „Legal Highs“ sind *Salvia divinorum*, Kratom (*Mitragyna*

<sup>(160)</sup> Siehe Box „Erstmals kontrollierte Substanzen“ auf dieser Seite.

### Methodik der Internetstudie

Um eine Momentaufnahme zu erstellen, wurden im Januar 2008 mithilfe der Suchmaschine Google (<http://www.google.com>) Internetrecherchen anhand von Schlüsselwörtern in mehreren Sprachen durchgeführt. Insgesamt wurden 68 Online-Shops mit Sitz in der EU ermittelt, die verschiedene Formen von „Legal Highs“ verkauften. Diese Shops wurden nach ihrem Niederlassungsland geschichtet. Um das Niederlassungsland zu ermitteln, wurden Länderdomains (z. B. ES, FR, DE) oder andere Hinweise auf einen Niederlassungsort innerhalb der EU (z. B. Kontaktadressen) herangezogen. Mehr als die Hälfte der Shops (52 %) hatte ihren Sitz im Vereinigten Königreich, 37 % in den Niederlanden, 6 % in Deutschland, 4 % in Österreich und 1 % in anderen Ländern (z. B. Irland und Polen). Für die eingehende Analyse wurde eine Zufallsstichprobe von 25 Online-Shops gezogen. Die Stichprobenanteile in den einzelnen Schichten (Niederlassungsland) entsprachen proportional den Anteilen der gesamten Stichprobe von Online-Shops. Online-Shops, die nicht an Verbraucher, sondern ausschließlich an Händler verkauften, sowie Shops, die nur halluzinogene Pilze vertrieben, wurden ausgeschlossen

*speciosa*), Hawaiianische Holzrose (*Argyreia nervosa*), halluzinogene Pilze (EBDD, 2006) sowie eine Vielzahl von „Partypillen“.

Die zum Verkauf angebotenen Substanzen werden als Stoffe mit ähnlichen Wirkungen wie kontrollierte Drogen angepriesen. Sowohl *Salvia divinorum* als auch die Hawaiianische Holzrose sowie die weniger häufig angebotene Trichterwinde (*Ipomoea violacea*) sollen den Angeboten zufolge eine ähnliche halluzinogene Wirkung haben wie LSD. Kratom wird häufig als Ersatz für Opioide verkauft, verschiedene Zubereitungen werden als Alternative zu Cannabis angeboten, während „Partypillen“ als Alternative zu MDMA vertrieben werden. Die angebotenen „Partypillen“ können pflanzliche Stoffe oder halbsynthetische bzw. synthetische Substanzen enthalten. Der Hauptwirkstoff synthetischer „Partypillen“ ist häufig Benzylpiperazin (BZP), wobei die Online-Shops offenbar bereits Ersatzsubstanzen für den Zeitpunkt bereithalten, zu dem BZP in den EU-Mitgliedstaaten Kontrollmaßnahmen unterworfen wird. Die angegebenen Preise für die angebotenen Substanzen reichen von 1 EUR bis zu 11 EUR für die einer Dosis entsprechenden Menge.

### GHB und sein Grundstoff GBL: Follow-up

In Europa wird Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) seit dem Jahr 2000 überwacht, als im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme betreffend neue synthetische Drogen aus

dem Jahr 1997 eine Risikobewertung der Substanz vorgenommen wurde (EBDD, 2002). Mit der Aufnahme von GHB in Anhang IV des Übereinkommens der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe im März 2001 wurden alle Mitgliedstaaten verpflichtet, die Droge im Rahmen ihrer Rechtsvorschriften über psychotrope Substanzen zu kontrollieren, und neue Kontrollen führten zu einer raschen Eindämmung des zuvor freien Verkaufs von GHB.

GHB ist eine körpereigene Substanz, wird jedoch auch als Arzneimittel und als Freizeitdroge verwendet. Der nichttherapeutische Konsum von GHB kam in den 90er Jahren in einigen Teilen Europas sowie in den Vereinigten Staaten und Australien auf, insbesondere in Nachtclubs, in denen gewöhnlich auch viele andere Drogen konsumiert wurden. Bald wurden Bedenken über die mit diesem Konsum verbundenen Gesundheitsrisiken laut. Die Befürchtungen betrafen insbesondere die Möglichkeit der heimlichen Beimischung von GHB in Getränke (gemeinhin als „Drink-Spiking“ bezeichnet) im Zusammenhang mit Sexualstraftaten. Hierfür liegen jedoch keine ausreichenden gerichtsmedizinischen Evidenzdaten vor. Die Erhebung solcher Daten ist schwierig, da der Nachweis von GHB in Körperflüssigkeiten nur innerhalb eines engen Zeitfensters möglich ist. Die Assoziation von GHB mit Sexualstraftaten unter Einsatz von Drogen könnte jedoch zu einem relativ „negativen Image“ der Substanz beigetragen haben (EBDD, 2008c).

### GBL

Derzeit geben Berichte über den Konsum von Gamma-Butyrolacton (GBL) Anlass zu Besorgnis. Hierbei handelt es sich um einen Grundstoff von GHB, der nicht in einem der Anhänge zu den Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Drogenkontrolle aufgeführt ist. GBL wird im Körper rasch zu GHB umgewandelt, und derzeit ist kein toxikologischer Test frei verfügbar, mit dem festgestellt werden könnte, welche der beiden Substanzen konsumiert wurde.

GHB kann aus den Grundstoffen Gamma-Butyrolacton (GBL) und 1,4-Butandiol (1,4-BD) einfach hergestellt werden. Diese Substanzen werden in vielen Industriezweigen (z. B. Chemikalien, Kunststoffe, Arzneimittel) häufig und legal eingesetzt und sind daher im Handel frei verfügbar. Aufgrund dieser freien Verfügbarkeit kann GBL von Drogenhändlern und Konsumenten zu wesentlich niedrigeren Preisen und mit einem erheblich geringeren Risiko beschafft werden als andere Substanzen, die gewöhnlich auf den illegalen Drogenmärkten der Europäischen Union gehandelt werden. Wird die Substanz beispielsweise in großen Mengen über das Internet gekauft, liegt der Durchschnittspreis einer 1-Gramm-Dosis GBL zwischen 0,09 EUR und 2 EUR.

## Gesundheitsrisiken

Sowohl GHB als auch GBL haben eine steile Dosis-Wirkungskurve. Das damit verbundene schnelle Einsetzen der Symptome verschärft die mit dem illegalen Konsum dieser Substanzen verbundenen Risiken erheblich. Übelkeit, Erbrechen und unterschiedlich starke Bewusstseinsstörungen sind die häufigsten gemeldeten Nebenwirkungen einer GHB-Vergiftung. Da jedoch oft weitere Drogen im Spiel sind, ist das klinische Erscheinungsbild schwer zu bestimmen. In einer niederländischen Studie unter 72 GHB-Konsumenten gaben die meisten Befragten an, mindestens einmal unter GHB-Einfluss das Bewusstsein verloren zu haben, wobei einige sogar über häufige Bewusstseinsverluste berichteten (Korf et al., 2002). In einer im Vereinigten Königreich durchgeführten Erhebung unter GHB- und GBL-Konsumenten wurde festgestellt, dass Nebenwirkungen offenbar in Lokalen häufiger auftreten als in Privatwohnungen (Sumnall et al., 2008). Einem für London und Barcelona erstellten Profil von Patienten mit GHB-Vergiftungen zufolge sind diese hauptsächlich jung und männlich, wobei die meisten am Wochenende eingeliefert werden und in der Regel gleichzeitig Alkohol oder illegale Drogen konsumiert haben (Miro et al., 2002; Wood et al., 2008).

Seit den späten 90er Jahren werden Vergiftungen und Notfälle im Zusammenhang mit GHB in Belgien, Dänemark, Spanien, Luxemburg, den Niederlanden, Finnland, Schweden, dem Vereinigten Königreich und Norwegen in der wissenschaftlichen Literatur erwähnt und der EBDD gemeldet, allerdings nicht systematisch. Zwar wird nur bei einem sehr kleinen Anteil aller Drogenvergiftungen, die den Einsatz stationärer oder ambulanter Notfalldienste erfordern, GHB nachgewiesen, jedoch ist die Zahl dieser Notfälle seit 2000 offenbar gestiegen. Von den Notrufen, bei denen ein Krankentransport notwendig war, standen im Jahr 2005 in Amsterdam mehr Fälle im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB/GBL als mit dem Konsum anderer Drogen.

Im Vereinigten Königreich verzeichnete die Notaufnahme eines Londoner Krankenhauses – dessen Einzugsgebiet auch Lokale umfasst, die in der Regel, nicht aber ausschließlich, von der Homosexuellenszene aufgesucht werden – im Jahr

2006 insgesamt 158 Einlieferungen im Zusammenhang mit GHB und GBL. Zwar gaben die meisten dieser Patienten an, GHB konsumiert zu haben, jedoch ergab die chemische Analyse von Stichproben, die ebenfalls im Jahr 2006 im selben Einzugsgebiet in Nachtclubs gesammelt wurden, dass mehr als die Hälfte der Proben nicht GHB, sondern GBL enthielt. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass der GBL-Konsum weiter verbreitet ist als ursprünglich angenommen (Wood et al., 2008).

Da GHB und GBL im Körper rasch abgebaut werden, können diese Substanzen nur schwer als Vergiftungs- oder Todesursache nachgewiesen werden. Darüber hinaus gibt es kein präzises und vergleichbares System für die Erfassung der Zahl der Todesfälle und nichttödlichen Notfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB und seiner Grundstoffe.

## Maßnahmen

Einige Mitgliedstaaten (Italien, Lettland, Schweden) haben beschlossen, GBL (oder GBL und den anderen Grundstoff 1,4 BD) im Rahmen ihrer Drogengesetzgebung oder anderer Rechtsvorschriften zu kontrollieren. Im Vereinigten Königreich sind gegenwärtig mögliche weitere Kontrollmaßnahmen im Gespräch. Im Einklang mit den Gemeinschaftsvorschriften über die Kontrolle von Grundstoffen wurden GBL und 1,4 B in die Liste der nichtkontrollierten Substanzen aufgenommen, für die in allen Mitgliedstaaten freiwillige Überwachungsmaßnahmen eingeführt wurden, um ihre Abzweigung aus der legalen industriellen Verwendung zu verhindern.

Maßnahmen zur Prävention und Schadensminimierung im Zusammenhang mit dem Konsum von GHB/GBL werden gemeinhin im Rahmen nationaler und kommunaler Drogenprojekte durchgeführt, die auf Nachtlokale abzielen. Diese Maßnahmen umfassen in der Regel Mitarbeiterschulungen und die Verbreitung von Informationen über die Risiken des Konsums von GHB und anderen Drogen und erfolgen häufig in Verbindung mit anderen Maßnahmen, die Partydrogen („Club Drugs“) sowie den Konsum von Alkohol und den gleichzeitigen Konsum mehrerer Drogen zum Gegenstand haben (EBDD, 2008e).



## Literatur

- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, S. 198-202.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain“, *Addiction* 100, S. 981-989.
- Cameron, L. und Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?“, *Economic Record* 77, S. 19-34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Suchstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, S. 417-422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., et al. (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation“, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A. L. und Sorensen, J. L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 62, S. 91-95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. und Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance Use and Misuse* 43, S. 733-747.
- Currie, C., et al. (Hrsg.) (2008), „Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey“, *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, Ausgabe 5, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare“, *Druglink* 22(2), März/April.
- Darke, S. und Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, S. 1383-1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. und Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A., et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, S. 1954-1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro“, *Revista Española de Salud Pública* 80, S. 505-520.
- DeFuentes-Merillas, L. und De Jong, C. A. J. (2008), „Is belonen effectief? Community Reinforcement Approach+ Vouchers: Resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie“, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J. S., Donoghue, E. R., McReynolds, J. und Kalelkar, M. B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007“, *Journal of Forensic Science* 53, S. 452-454.
- Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system“, *Drug and Alcohol Dependence* 72, S. 59-65.
- Donoghoe, M. C., Bollerup, A. R., Lazarus, J. V., Nielsen, S. und Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004“, *International Journal of Drug Policy* 18, S. 271-280.
- EBDD (2002), Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2006), Jahresbericht 2006: Stand der Drogenproblematik in Europa, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2007a), Jahresbericht 2007: Stand der Drogenproblematik in Europa, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2007b), „Drogen und Kriminalität – ein komplexer Zusammenhang“, *Drogen im Blickpunkt* Nr. 16, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2008a), A cannabis reader: global issues and local experiences, *Monographs* Nr. 8, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

- EBDD (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, *Insights* Nr. 9, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- EBDD (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe: EMCDDA 2008 selected issue*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EBDD (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/gbh>).
- EBDD (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm.
- Europäische Kommission (2007a), „Bericht der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über die Umsetzung der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit“, KOM(2007) 199 endg.
- Europäische Kommission (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Projekt SYN2007076, Den Haag.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Den Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Den Haag.
- Farrell, M. und Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment“, *Addiction* 103, S. 251-255.
- Farrelly, M. C., Bray, J. W., Zarkin, G. A. und Wendling, B. W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse“, *Journal of Health Economics* 20, S. 51-68.
- Gorman, D. M., Conde, E. und Huber, J. C. (2007), „The creation of evidence in ‚evidence-based‘ drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation“, *Drug and Alcohol Review* 26, S. 585-593.
- Gossop, M., Manning, V. und Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder“, *Addiction* 101, S. 1292-1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., und Treacy, S. (2002), „Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)“, *Addictive Behaviors* 27, S. 155-166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. und Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe“, *Drug and Alcohol Review* 27, S. 236-242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. und Anderson, J. (2003), „Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, S. 125-134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Vereinte Nationen: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Vereinte Nationen: International Narcotics Control Board, New York.
- Jansen, A. C. M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, vorgelegt bei der 2. Europäischen Konferenz zu Drogenhandel und Strafverfolgung, Paris, 26./27. September, 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. und Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (verfügbar unter <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. und Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J. und Patton, G. C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies“, *Addiction* 101, S. 948-958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. und Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Ausgabe 2.

- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. und Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Ausgabe 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. und Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate“, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, S. 129-135.
- Morgan, O., Griffiths, C. und Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004“, *International Journal of Epidemiology* 35, S. 1579-1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. und LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues“, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, S. 101-109.
- Nationale Reitox-Berichte (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B. R. und Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature“, *American Journal of Addiction* 16, S. 331-342.
- Ødegard, E., Amundsen, E. J. und Kielland, K. B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, S. 176-182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. und Vuori, E. (im Druck), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia“, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose“, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life“, *Addiction* 103, S. 439-449.
- Petrie, J., Bunn, F. und Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review“, *Health Education Research* 22, S. 177-191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, S. 147-155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. und Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey“, *Circulation* 103, S. 502-506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention“, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, S. 233-238.
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. und Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use“, Abschlussbericht CT.06.EPI.150.1.0, EBDD, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (im Druck), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, Abschlussbericht WP 1 zum Projekt SANCO/2006/C4/02 zu „Drogenpolitik und Schadensminimierung“ für die Europäische Kommission.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R. und Carballo, J. L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, S. 202-207.
- Stallwitz, A. und Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review“, *International Journal of Drug Policy* 18, S. 464-474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, S. 286-290.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J. und Gill, O. N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, S. 170.
- Swift, W., Hall, W. und Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, S. 309-318.
- Szendrei, K. (1997/1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality“, *Bulletin on Narcotics* XLIX und L, Nr. 1 und 2.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use“, *Lancet* 369, S. 1391-1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien (verfügbar unter <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).



UNODC (2008), *2008 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), Wien.

UNODC und Regierung Marokkos (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), Wien.

USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Bd. I, US Department of State, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. und Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users“, *Addiction* 102, S. 1454-1462.

Werch, C. E. und Owen, D. M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs“, *Journal of Studies on Alcohol* 63, S. 581-590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)“, *Quarterly Journal of Medicine* 101, S. 23-29.

WZO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Weltzollorganisation, Brüssel.

Zador, D., Mayet, S. und Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK“, *International Journal of Epidemiology* 35, S. 1586-1587.

Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H. und Lochman, J. E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, S. 33-39.







Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

**Jahresbericht 2008: Stand der Drogenproblematik in Europa**

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2008 — 111 S. — 21 x 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-322-2



## **Wie kann ich EU-Veröffentlichungen erhalten?**

Alle kostenpflichtigen Veröffentlichungen des Amtes für Veröffentlichungen sind über den EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu> erhältlich, bei dem Sie über eine Verkaufsstelle Ihrer Wahl bestellen können.

Das Verzeichnis unseres weltweiten Verkaufstellennetzes können Sie per Fax anfordern: (352) 29 29-42758.

## Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine der dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Die EBDD, die 1993 gegründet wurde und ihren Sitz in Lissabon hat, ist die zentrale Informationsstelle zur Drogen- und Drogensuchtproblematik in Europa.

Die EBDD sammelt, analysiert und verbreitet sachliche, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik. Dabei vermittelt sie ihren Zielgruppen einen fundierten Einblick in die Drogenproblematik auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle sind eine wichtige Informationsquelle für ein breites Publikum wie politische Entscheidungsträger und ihre Berater, Fachkräfte und Forscher im Drogenbereich sowie ganz allgemein für die Medien und die Öffentlichkeit.

Mit dem Jahresbericht bietet die EBDD einen jährlichen Überblick über die Drogenproblematik in der EU und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren.