KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 18.4.2007
KOM(2007) 199 endgültig

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

INHALTSVERZEICHNIS

1. HINTERGRUND 3

2. METHODIK - DATENERHEBUNG 3

3. UMSETZUNG DER EMPFEHLUNG DES RATES: DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE 4

4. SCHLUSSFOLGERUNGEN 9

5. FOLGEMASSNAHMEN ZUR EMPFEHLUNG DES RATES AUS DEM JAHR 2003 11

TECHNICAL ANNEXES 14

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used 14

5.2. ANNEX II – Figures 15

1. HINTERGRUND

Am 18. Juni 2003 hat der Rat eine Empfehlung zur „Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit“[1] verabschiedet. Die Empfehlung zielt darauf ab, die Zahl der drogenbedingten Todesfälle (DBT) und drogenbedingte Gesundheitsschäden zu verringern, indem die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, Antworten auszuarbeiten und Strategien zu entwickeln, mit denen sich drogenbedingte Schädigungen verhindern bzw. reduzieren lassen. Wie wichtig dies ist, wurde in der EU-Drogenstrategie 2005-2012 und im EU-Drogenaktionsplan 2005-2008 wiederholt.

In der Empfehlung werden drei wesentliche Punkte für die Maßnahmen der Mitgliedstaaten vorgegeben:

(1) die Prävention von Drogenabhängigkeit und die Verringerung damit verbundener Gefahren zum Ziel der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten zu machen und dementsprechend umfassende Strategien auszuarbeiten und umzusetzen;

(2) die Inzidenz drogenbedingter Gesundheitsschäden (wie HIV, Hepatitis B und C und Tuberkulose) sowie der Zahl drogenbedingter Todesfälle gemäß 13 Unterpunkten, die auf Dienstleistungen und Einrichtungen zur Risikominderung (z. B. Verteilung von Injektionsmaterial, Impfungen, Therapien, Information und Bildung) ausgerichtet sind, deutlich zu senken;

(3) geeignete Evaluierungsverfahren zu entwickeln, die anhand von 9 Unterpunkten zur Qualitätssicherung, Begleitung und Evaluierung von Programmen die Effizienz und Wirksamkeit der Drogenprävention erhöhen und drogenbedingte Gesundheitsrisiken reduzieren.

In der Empfehlung ist vorgesehen, dass die Mitgliedstaaten innerhalb von zwei Jahren nach der Annahme über die Durchführung der genannten Punkte berichten. Die Kommission wird aufgefordert, einen Bericht zu erstellen.

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) veröffentlicht jährlich einen Bericht über den Stand der Drogenproblematik in Europa, der Angaben zu drogenbedingten Todesfällen und drogenbedingten Infektionskrankheiten, wie HIV/AIDS und Hepatitis, enthält. **Siehe Abbildung 1.**

2. METHODIK - DATENERHEBUNG

Dieser Bericht beruht im Wesentlichen auf zwei Quellen.
Zuerst bat die Kommission 2005 die 25 Mitgliedstaaten, zu berichten, wie es um die Umsetzung der Empfehlung des Rates steht.

Darauf hin wurden diese Angaben vom Trimbos-Institut bearbeitet, einem unabhängigen Forschungszentrum für psychische Gesundheit und Sucht, das den Auftrag erhalten hatte, ein Hintergrunddokument zur Vorbereitung dieses Berichts zu erstellen. Dieses Hintergrunddokument enthält Einzelheiten über bestehende Politiken und Praktiken in den Mitgliedstaaten zur Verhinderung und Reduzierung von Gesundheitsschäden, die mit

[1] ABl. L165, vom 3.7.2003, S. 0031 – 0033.

Drogenabhängigkeit zusammenhängen, und gibt einen Überblick darüber, wie effizient die Maßnahmen zur Verringerung der Risiken bis jetzt waren.[2]

3. UMSETZUNG DER EMPFEHLUNG DES RATES: DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

3.1. Punkt 1 der Empfehlung - Verringerung der Gefahren als Ziel der Gesundheitspolitik

In allen Mitgliedstaaten ist die Verhinderung und Verringerung drogenbedingter Gefahren auf nationaler Ebene als Ziel der Gesundheitspolitik festgelegt. Dabei spielte die Empfehlung insbesondere in den meisten der 2004 der EU beigetretenen Länder eine bedeutende Rolle.

Die Mitgliedstaaten haben auch in die EU-Drogenstrategie 2005-2012 einen Verweis auf die Empfehlung des Rates aufgenommen.

3.2. Punkt 2 der Empfehlung - Dienstleistungen und Einrichtungen zur Risikominderung in den Mitgliedstaaten

Alle Mitgliedstaaten haben Dienstleistungen und Einrichtungen zur Risikominderung geschaffen, einige aber in geringerem Ausmaß.

Aus den im Hintergrunddokument zusammengestellten Daten ist die Verfügbarkeit von Dienstleistungen und Einrichtungen in den Mitgliedstaaten gut ersichtlich.

Siehe Abbildung 2 in Anhang II.

- ***Dienstleistungen und Einrichtungen zur Risikominderung in den Mitgliedstaaten***

In allen Mitgliedstaaten können Drogenkonsumenten Informationen und Beratung erhalten. Weitere **Informations-, Bildungs- und Kommunikationsmaßnahmen (IBK)** sind telefonische Hilfe und eine große Auswahl an Informationsbroschüren, die für Drogenkonsumenten in allen Ländern bereitstehen. 22 Länder haben Websites und einige bieten sogar internetbasierende Beratungseinrichtungen. Kurse über die Prävention von Risiken und Gesundheitsschäden werden in 21 Ländern durchgeführt. In Malta z. B. ist eine derartige Ausbildung auf individueller Basis für Drogenkonsumenten verfügbar, die in ambulanter Behandlung sind.
Gemeinschaften und Familien von Drogenkonsumenten sind in den Mitgliedstaaten weitgehend in die Aktivitäten zur Risikominderung eingebunden, in den meisten Mitgliedstaaten gibt es für sie spezielle Informationspakete. So sind etwa im Vereinigten Königreich Familien in Bildungsmaßnahmen zur Prävention von Überdosierungen eingebunden, um die Zahl der DBT zu reduzieren.
Die **„aufsuchende Sozialarbeit“** ist eine verbreitete Strategie zur Prävention von Infektionskrankheiten. Sie findet entweder auf der Straße statt oder im Rahmen von Freizeitaktivitäten, wie Tanzveranstaltungen oder Partys, und ist in allen Mitgliedstaaten gut eingeführt, allerdings mit geographischen Variationen innerhalb der Länder. So gibt es beispielsweise in ganz Italien Projekte zur aufsuchenden Sozialarbeit und niedrigschwellige

[2] Siehe Anhang 2.

Dienste. Mit der Zeit ist die Auswahl an Einrichtungen größer geworden. Zudem wurde vor kurzem in einigen Gebieten des Landes eine mobile Methadonbehandlung eingeführt.

Gleichaltrige und Freiwillige werden in den meisten Mitgliedstaaten (19) systematisch in die **aufsuchende Sozialarbeit** einbezogen. Angaben über die Ausbildung Gleichaltriger und Freiwilliger sind verfügbar, aber die Informationen über ihre konkrete Einbeziehung in die aufsuchende Sozialarbeit sind beschränkt. In Belgien werden etwa (ehemalige) Drogenkonsumenten geschult, Informationen über die Prävention von HIV und Überdosen zu verbreiten.

Netzwerke und eine Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen für die aufsuchende Sozialarbeit bestehen in der überwiegenden Mehrheit der Mitgliedstaaten (20), allerdings gibt es in einigen Staaten nur sehr wenige Einrichtungen. Es ist sehr ermutigend, dass Litauen und Lettland diese Strategie bald einführen werden.

Die **Behandlung** Drogenabhängiger ist in allen Mitgliedstaaten vorgesehen, opioidgestützte Substitutionstherapien werden durchgeführt (in Zypern sind derartige Behandlungsprogramme in Vorbereitung). Es gibt Erhaltungs- und Entgiftungstherapien, um den Drogenkonsum zu stabilisieren bzw. zu verringern/beenden. Opioidgestützte **Substitutionstherapien** werden häufig angewandt, um die Zahl der DBT zu verringern. Substitutionstherapien mit Methadon und/oder Buprenorphin, die durch psychosoziale Betreuung ergänzt werden, sind in fast allen Ländern (24) verfügbar. Schweden war das erste Land, das eine Erhaltungstherapie mit Methadon angeboten hat, derzeit läuft dort auch ein streng hochschwelliges Methadonerhaltungsprogramm.
Mehrere Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Erhaltungstherapien für Opiatkonsumenten und der Verringerung der Zahl der drogenbedingten Todesfälle. Mit höheren Dosen und bei Begleitung der Behandlungsprogramme durch psychosoziale Maßnahmen kann die Effizienz zunehmen.

Zu **Vorkehrungen zur Verhinderung der Abzweigung der Substitutionsstoffe** berichten fast alle Mitgliedstaaten (22), dass Maßnahmen wie strenge Registrierung, überwachter Konsum, Urinproben und eine tägliche Ausgabe der Dosen angewandt werden, um eine Weitergabe an den Schwarzmarkt zu verhindern. Estland und Slowenien berichten beispielsweise ausdrücklich, dass die Strategien zur Verhinderung der Abzweigung aufgrund der Empfehlung eingeführt wurden.

Die **Untersuchung auf Infektionskrankheiten** ist für Drogenkonsumenten in 19 Mitgliedstaaten landesweit, in 3 in bestimmten Regionen möglich. Auf Drogenkonsumenten ausgerichtete Präventions- und Bildungsmaßnahmen sowie spezielle Behandlungsprogramme zur Vorbeugung gegen Infektionskrankheiten sind in 15 Ländern landesweit, in fünf in bestimmten Regionen verfügbar. Speziell auf Drogenkonsumenten ausgerichtete **Impfkampagnen** gegen Hepatitis B werden in 15 Ländern landesweit, in weiteren fünf in bestimmten Regionen durchgeführt. In Luxemburg wurde beispielsweise 2005 von den nationalen Knotenpunkten (NKP)[3] ein Aktions- und Forschungsprogrammen auf den Weg gebracht, um Vor-Ort-Untersuchungen (Hep. A, B, C und HIV) und Impfungen (Hep. A, B) durch spezialisierte nationale Nichtregierungsorganisationen (NRO) durchzuführen. **Impfprogramme** gibt es in der gesamten EU, allerdings sind sie nicht immer speziell auf Drogenkonsumenten ausgerichtet.

---

[3] http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403

Nadel- und Spritzenverteilungsprogramme stehen in 24 Mitgliedstaaten für Drogenkonsumenten bereit, in 15 davon landesweit. **Kondome** werden von Drogendiensten in der gesamten EU mit wenigen Ausnahmen (2) verteilt. Es hat sich gezeigt, dass sich mit Nadel- und Spritzenverteilungsprogrammen in Kombination mit Informations- oder Bildungsstrategien, die speziell auf Drogenkonsumenten in ihrer täglichen Umgebung ausgerichtet sind, gefährliche Verhaltensweisen injizierender Drogenkonsumenten wirksam und kosteneffizient verringern lassen und dass daher auf diese Weise die Übertragung von Infektionskrankheiten wahrscheinlich eingeschränkt werden kann.

Alle Länder verfügen über eine Politik zur Sicherstellung, dass **Notfalldienste** für die Behandlung von Überdosis-Fällen geschult und ausgerüstet sind. In den meisten Ländern (20) führen Rettungsfahrzeuge routinemäßig den Opiatantagonisten Naloxon mit. Das medizinische Personal vom Notfalldiensten erhält allerdings nur in 10 Ländern eine spezielle Ausbildung zur Behandlung von Überdosis-Fällen.

Im letzten Unterpunkt dieses Abschnitts der Empfehlung wird zur Förderung einer **zu einer anerkannten Qualifikation führenden Ausbildung von Fachkräften** für die Prävention und Verminderung von drogenbedingten Gesundheitsrisiken aufgerufen. Eine derartige Politik ist in fast allen Mitgliedstaaten (22) vorhanden. Eine Ausbildung für „aufsuchende Sozialarbeit“ und für Erhaltungstherapie-Fachkräfte gibt es in 21 bzw. 20 Ländern. In 19 Ländern wird eine Ausbildung für Fachkräfte für niedrigschwellige Dienste angeboten.

- ***Dienste zu Risikominderung in Gefängnissen***

Die EBDD berichtet, dass die Lebenszeitprävalenz des injizierenden Drogenkonsums bei Gefängnisinsassen in Europa zwischen 7% und 38% liegt. Eine Politik zur Versorgung von Drogenkonsumenten in Gefängnissen mit ähnlichen Diensten, wie sie Drogenkonsumenten außerhalb von Gefängnissen zur Verfügung stehen, gibt es in 20 Mitgliedstaaten, vier weitere sind dabei, eine solche Politik einzuführen.

Im Hintergrunddokument wird berichtet, dass Nadel- und Spritzenverteilungsprogramme in Gefängnissen wahrscheinlich wirksamen dazu beitragen können, das injizierende Drogenkonsumenten weniger oft Nadeln gemeinsam benützen und dass mit Drogen zusammenhängende Infektionskrankheiten weniger oft übertragen werden. Auch das Auftreten von Abszessen lässt sich so verringern.

Es ist nicht allgemein üblich, in Gefängnissen Drogenutensilien[4] zu verteilen (nur in 11 Ländern wird dies gemacht). In drei Ländern werden in Gefängnissen Nadeln und Spritzen verteilt. In Spanien gibt es beispielsweise in 38 Gefängnissen ein Programm zur Verteilung von Nadeln und Spritzen.

Substitutionstherapien in Gefängnissen gibt es in 17, Entgiftungsbehandlungen in 19 Ländern. Aber die Abdeckung ist sehr unterschiedlich. In 16 Ländern werden in Gefängnissen Kondome verteilt.

Siehe Abbildung 3 in Anhang II.

---

[4] Hilfsmittel und Geräte zur Zubereitung und Applikation von Drogen.

- ***Integration zwischen Risikominderung und gesundheitlicher und sozialer Versorgung***

Die Mitgliedstaaten geben an, dass die Risikominderung auf politischer Ebene als integraler Bestandteil der gesundheitlichen (und psychischen) sowie der sozialen Versorgung angesehen wird. Laut dem Hintergrunddokument wurde dies jedoch nicht immer in die Praxis umgesetzt. Wie es dort heißt haben die Mitgliedstaaten auch weiterhin Mühe mit Drogenkonsumenten, die sowohl unter der Abhängigkeit als auch unter psychischen Problemen leiden, (Komorbidität oder Doppeldiagnose) und die Wiedereingliederung ehemaliger Drogenkonsumenten in ein geregeltes Arbeitsleben und in stabile Wohnverhältnisse ist nach wie vor oft problematisch.

23 Länder verfügen über eine Politik zur Förderung einer geeigneten Integration zwischen Gesundheitsdiensten (einschließlich solcher für die psychische Gesundheit) und sozialer Versorgung auf der einen Seite und speziellen Ansätzen zur Risikominderung auf der anderen. Vier Fünftel der Länder melden dies als angewandte Praxis. In Frankreich stellt beispielsweise das RMS-Programm (Réseau Micro-Structures) für alle Arten von Süchtigen eine Betreuung durch Ärzte, Sozialarbeiter und Psychologen bereit.

Dennoch scheint es, dass die Umsetzung dieser Politik noch weiter ausgebaut werden muss, da offenbar die Bereitstellung eines vollständig integrierten Versorgungssystems für Drogenkonsumenten immer noch eine Herausforderung darstellt.

3.3. Punkt 3 der Empfehlung - Qualitätssicherung, Begleitung und Evaluierung

Nicht alle Mitgliedstaaten sehen die Qualitätssicherung, Begleitung und Evaluierung als Aufgabe des Zentralstaates. Sie sind jedoch meist damit einverstanden, dass bei den Praktiken zur Risikominderung verstärkt wissenschaftliche Nachweise berücksichtigt und genutzt werden müssen. In Ländern mit föderaler oder dezentralisierter Struktur sind die Aufgaben zwischen den verschiedenen Kompetenzebenen verteilt. In anderen wird die Qualitätssicherung, Begleitung und Evaluierung als Aufgabe für unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen angesehen.

Siehe Abbildung 4 in Anhang II.

Analyse, Begleitung und Evaluierung von Einrichtungen und Dienstleistungen zur Risikominderung in den Mitgliedstaaten

Die meisten Mitgliedstaaten (19) berichten, dass politische Entscheidungen insbesondere auf einem **wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit** beruhen. Einige verfügen über Forschungs- und Evaluierungsprojekte zur Untersuchung von Maßnahmen zur Risikominderung (z. B. Substitutionsprogramme, aufsuchende Sozialarbeit, Spritzenverteilung). Deutschland beispielsweise meldet die Evaluierung von Substitutionstherapien (Methadon und Heroin). Litauen berichtet über sein Nadelverteilungsprogramm „Blue Bus“, das monatlich bewertet wird und über das auch Erhebungen bei den Nutzern durchgeführt werden. In Ungarn hat das Nationale Institut für Drogenprävention die Datenbank SZIP entwickelt, um wissenschaftliche Nachweise der Wirksamkeit umfassend verfügbar zu machen, indem Angaben zu Programmen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen kombiniert werden. Die Slowakei berichtet, dass die Ergebnisse internationaler Forschungen systematisch für die Entwicklung von Maßnahmen und Strategien genutzt werden.

Im allgemeinen sehen die Mitgliedstaaten die **Notwendigkeit für Analysen** in der Anfangsphase eines Programms, machen dies aber oft nicht zur Bedingung bei der Auswahl von Programmen und Maßnahmen. In Irland wurde jedoch in einer Basisanalyse ermittelt, in welchem Umfang Drogenkonsumenten von Hepatitis-B-Impfungen erfasst werden können, um ein Pilotprojekt zur Verbesserung von Präventionsmaßnahmen gegen Infektionskrankheiten für IDK auszuarbeiten.

Die **Entwicklung von Evaluierungsprotokollen** für die Evaluierung von Maßnahmen wird oft als Aufgabe für wissenschaftliche Einrichtungen, die sich mit Qualitätsbewertung befassen, angesehen. Allerdings haben einige Mitgliedstaaten, wie die Tschechische Republik und Dänemark, im Rahmen ihrer Drogenpolitik Protokolle und Leitlinien erarbeitet. In Zypern hat zum Beispiel der wissenschaftliche Ausschuss des Rates für Drogenbekämpfung spezielle Leitlinien für Drogentherapiezentren entwickelt, um Mindestqualitätsstandards sicherzustellen. Nach der Politik Griechenlands gehört zu jedem Programm eine Evaluierung dazu. 12 Länder melden, dass dieser Teil der Empfehlung umgesetzt ist.

14 Mitgliedstaaten verfügen über eine Politik, die darauf abzielt, die **Entwicklung von Qualitätskriterien für die Evaluierung zu fördern**. Derartige Politiken befinden sich oft noch in einer frühen Entwicklungsphase. In Finnland beispielsweise wird im Aktionsprogramm für die Drogenpolitik 2004-2007 die Entwicklung eines Qualitätsrahmens für Dienstleister im Drogenbereich gefordert. Die EBDD hat mehrere Handbücher und Monographien über Qualität und Evaluierung erstellt[5], aber die Länder erwähnen nicht ausdrücklich, wie diese verwendet werden.

23 Mitgliedstaaten melden die **Übereinstimmung mit fünf Schlüsselindikatoren der EBDD**.[6] Einige haben jedoch noch nicht alle fünf umgesetzt. Jedes Jahr gibt die EBDD den einzelnen Ländern Rückmeldungen über die Qualität ihres Inputs und über mögliche Mängel in ihren Informationen. Die nationalen Berichte werden normalerweise auf nationalen Web-Seiten veröffentlicht.

19 Mitgliedstaaten betonen, dass die **Ergebnisse der Evaluierungen zur Verfeinerung und Weiterentwicklung von Drogenpräventionspolitiken** beitragen. Die Länder berichten, dass die Evaluierung nationaler Drogenstrategien und Aktionspläne immer wichtiger wird, aber nur wenige von ihnen scheinen systematisch Evaluierungen durchzuführen, um die Wirksamkeit spezifischer Maßnahmen zu analysieren. Viele Evaluierungsprogramme zielen nicht ausdrücklich auf Maßnahmen zur Risikominderung ab, sondern eher globaler auf die Verminderung der Nachfrage nach Drogen. Beispielsweise hat in Polen die Evaluierung eines Drogentherapieprogramms für weibliche Gefängnisinsassen, das auf die Verhinderung von Rückfällen abzielt, dazu geführt, dass neue Ziele in das nationale Drogenpräventionsprogramm aufgenommen wurden. In Portugal wurde die nationale Drogenstrategie „Horizonte 2004“ intern wie auch extern evaluiert, was zu neuen Empfehlungen führte, etwa zur Weiterentwicklung bestehender Maßnahmen zur Verbesserung der Systeme zur Risikominderung und Minimierung der Schäden (z. B. Substitutionsprogramme, Spritzenverteilung, Kampagne für die Verwendung von Kondomen).

---

5 Erhältlich über http://publications.eu.int/others/sales_agents_de.html.

6 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365.

Schulungsprogramme über Evaluationen werden auf verschiedenen Ebenen und für verschiedene Zielgruppen in 14 Mitgliedstaaten angeboten. Die NKP werden häufig als (Ko-)Organisatoren solcher Bildungsprogramme genannt, es wird aber nicht berichtet, dass diese Schulungen zum regulären Lehrplan für Fachkräfte gehören. Allerdings wurden beispielsweise in der Tschechischen Republik Qualitätsstandards für Suchtbehandlungsdienste entwickelt und in ein Bildungsprogramm für Fachkräfte aufgenommen und in Österreich steht Qualitätssicherung und Evaluierung auf dem Lehrplan für drogenspezifische Weiterbildung.

14 Mitgliedstaaten berichten, dass sie über eine Politik verfügen, die die **Einbeziehung aller Beteiligten in die Evaluierung** ermöglicht, aber sehr wenige legen konkrete Beispiele für eine Beteiligung und Einbeziehung vor. In den Niederlanden wurde beispielsweise ein System von „Nutzerräten" für in Behandlung befindliche Patienten, auch Suchtpatienten, geschaffen. In Spanien ist die Einbeziehung von Beteiligten in die Evaluierung ein vorrangiger Punkt im nationalen Drogenaktionsplan.

Es wurden bi- und multilaterale Programme entwickelt, an denen mehrere Mitgliedstaaten beteiligt sind. 21 Länder berichten, dass sie über eine Politik zur **Förderung des Austausches und der Zusammenarbeit mit Anderen** verfügen. Es scheint, dass jetzt mehr zwischen den Mitgliedstaaten und selbst mit Drittländern zusammengearbeitet wird. Auch mit der Kommission wird zusammengearbeitet, beispielsweise durch das Gemeinschaftsprogramm für öffentliche Gesundheit, um innerhalb der EU Fähigkeiten und Erfahrungen auszutauschen. Das PHARE-Partnerschaftsprogramm[7] der EU war ein wichtiges Hilfsmittel zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den alten und den neuen Ländern, die der EU 2004 beigetreten sind. Sieben Länder geben an, dass die Empfehlung wichtig war, um diese Art von Aktivitäten zu entwickeln.

Siehe Abbildung 5 in Anhang II.

4. SCHLUSSFOLGERUNGEN

(1) In allen Mitgliedstaaten existieren Politiken und Aktionen, die weitgehend die in der Empfehlung genannten Maßnahmen widerspiegeln, und in den meisten der neuen Länder wird dieses Dokument als wichtige Hilfe für die Entwicklung von Politiken angesehen. Es hat auch als Benchmark für die Durchführung von Eingriffen zur Risikominderung gedient. Aufgrund des verschieden hohen Umsetzungsgrades in den einzelnen Ländern, ist es wichtig, die Entwicklung von Maßnahmen und die Einführung von Dienstleistungen/Einrichtungen zur Risikominderung als Teil eines integrierten Systems der Prävention und Behandlung weiter voranzutreiben.

(2) In fast allen Mitgliedstaaten existiert eine Politik zur Förderung einer angemessenen Integration zwischen Gesundheitsdiensten (einschließlich solcher im Bereich der psychischen Gesundheit und der sozialen Betreuung) und spezialisierten Diensten zur Risikominderung. Diese Bemühungen, Programme in das allgemeine Gesundheitsversorgungssystem zu integrieren, müssen verstärkt und fortgeführt werden.

---

[7] http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

(3) Substitutionstherapien mit Methadon und Buprenorphin, die durch psychosoziale Betreuung ergänzt werden, sind in allen Mitgliedstaaten verfügbar, das Angebot an solchen Therapien hat im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen. Der geschätzte Bedarf wird allerdings in den einzelnen Ländern in sehr unterschiedlichem Ausmaß abgedeckt. Es sollte sichergestellt werden, dass diese Dienste zugänglich sind, den nötigen Erfassungsbereich haben und nachhaltig funktionieren.

(4) Über die Verfügbarkeit von Dienstleistungen/Einrichtungen zur Risikominderung hat die EBDD umfassende und qualitativ hochwertige Daten erfasst. Die Angaben über die Zugänglichkeit und die Nutzung solcher Einrichtungen mit besonderer Berücksichtigung von Risikopopulationen sollten jedoch weiter verbessert werden, um einen Überblick über die Lage in den verschiedenen Ländern zu erhalten, aus dem als Schlüsselelement der Politikbewertung der Abdeckungsbereich klar ersichtlich ist. Zudem ist an der Beseitigung der Mängel bei der Übereinstimmung mit den fünf EBDD-Schlüsselindikatoren zu arbeiten.

(5) Fast alle Mitgliedstaaten haben Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten in Gefängnissen eingeführt. Die Eingriffe zur Risikominderung in Gefängnissen entsprechen in der Europäischen Union aber immer noch nicht dem Gleichheitsgrundsatz, der von der UNO-Generalversammlung[8], UNAIDS/ WHO[9] und UNODC[10] angenommen wurde und nach dem in Gefängnissen die gleichen Gesundheitsdienste und Betreuungen (einschließlich Risikominderung) angeboten werden sollen, wie sie auch der Gesellschaft außerhalb von Gefängnissen zur Verfügung stehen. Daher ist es für die Länder wichtig, die Maßnahmen zur Risikominderung in Gefängnissen anzupassen, um den Bedürfnissen der Drogenkonsumenten und der Bediensteten in Gefängnissen zu entsprechen und den Zugang zu den Leistungen zu verbessern. Die Kontinuität dieser Dienste, einschließlich der Qualität und des Zugangs, sollte auch nach der Entlassung aus dem Gefängnis sichergestellt sein.

(6) Die Mitgliedstaaten sind sich zunehmend bewusst, dass es nötig ist, eine auf Forschungsergebnissen basierende und auf Tatsachen gestützte Politik zu entwickeln und wohl fundierte Aktivitäten zu setzen, einschließlich solcher zur Prävention und Verringerung von Gesundheitsschäden. Um die Maßnahmen kritisch zu evaluieren, sollte eine verbesserte Begleitung und gründliche Forschung zum integralen Bestandteil der gesamten Politik zur Verhinderung und Reduzierung drogenbedingter Gefahren werden. Das ist auch der Tenor der Empfehlung, der EU-Drogenstrategie 2005-2012 und des EU-Drogenaktionsplans 2005-2008.

(7) Derzeit werden in den Mitgliedstaaten viele verschiedene Methoden zur Beurteilung, Begleitung und Evaluierung von Dienstleistungen und Einrichtungen zur Risikominderung angewandt. Sie sollten daher Informationen über bewährte Verfahren solcher Methoden austauschen und darüber diskutieren, um standardisierte Konzepte und Hilfsmittel für die Erhebung objektiver, verlässlicher und vergleichbarer Informationen zu entwickeln.

---

8 http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf.

9 http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf.

10 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

(8) Schließlich ist es äußerst wichtig, Synergien zwischen Politiken und Initiativen mit gesundheitsbezogenen Aspekten und möglichen Verbindungen zum Drogenkonsum (z. B. psychische Gesundheit, Alkohol, HIV/AIDS-Prävention, Drogenabhängigkeit am Arbeitsplatz, Drogen/Arzneimittel am Steuer) sicherzustellen.

5. FOLGEMASSNAHMEN ZUR EMPFEHLUNG DES RATES AUS DEM JAHR 2003

Die Berichterstattung über die Durchführung der Empfehlung deckt einen Zeitraum von höchstens 1,5 bis 2 Jahren ab. Dies ist sehr wenig, um ein verlässliches Bild darüber zu erhalten, wie sich die Empfehlung auf die nationalen Politiken, Dienstleistungen und Einrichtung zur Risikominderung auswirkt. Zudem sind der EU im Lauf des Berichtszeitraums neue Länder beigetreten (2004).

Daher könnte dieser Bericht hauptsächlich als grundsätzliche Abschätzung des Standes der Umsetzung der Empfehlung des Rates gesehen werden. Er kann auch als grundlegender Überblick über in der EU vorhandene Maßnahmen zur Risikominderung für die Evaluierung des EU-Drogenaktionsplans 2005-2008 herangezogen werden.

Die Kommission möchte im Rahmen des nächsten EU-Drogenaktionsplans 2009-2012 ebenso vorgehen, um zu untersuchen, wie die Schaffung von Politiken, Dienstleistungen und Einrichtungen zur Risikominderung vorangeschritten ist. Daraufhin wird die Kommission gemeinsam mit den Mitgliedstaaten abschätzen können, ob Bedarf an weiteren Empfehlungen besteht.

Zudem wird die Kommission auch weiterhin in Bereichen, die eng mit der Empfehlung des Rates zusammenhängen, Initiativen entwickeln, bei denen Politiken und Praktiken, die einen entscheidenden Einfluss auf die erfolgreiche Durchführung der wichtigsten Aktivitäten haben könnten, aktiv einbezogen werden. Der EU-Aktionsplan 2005-2008 enthält zwei spezifische Maßnahmen, die sich auf die Prävention von Drogenkonsum beziehen (Maßnahme 12 und 13.2):

- ein Vorschlag für eine Empfehlung des Rates über Drogen und Gefängnisse; unter Gefängnisinsassen gibt es viele Drogenkonsumenten und die Gegebenheiten im Gefängnis sind ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf Drogenkonsum und insbesondere IDK;
- ein Lagebericht über Drogentherapien und den Austausch bewährter Verfahren in der EU; über eine halbe Million Personen machen in Europa eine Substitutionstherapie.

Das Programm für öffentliche Gesundheit

Das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich öffentliche Gesundheit enthält Maßnahmen zur Prävention von Drogenkonsum, die auf die Berücksichtigung von gesundheitsrelevanten Faktoren abzielen. Dabei geht es um multidimensionale Aspekte, die mit einer Reihe von schwerwiegenden Gesundheitsproblemen zusammenhängen.

Das Drogenpräventions- und -aufklärungsprogramm 2007-2013

Mit diesen Maßnahmen wird die Durchführung der EU-Drogenstrategie unterstützt, indem Projekte und Aktivitäten zur Verringerung der Nachfrage nach Drogen finanziert werden. Darin ist auch die Risikominderung eingeschlossen.

Arbeiten zur Verringerung der Nachfrage nach Drogen sollten mit folgenden Bereichen verbunden sein:

- HIV/AIDS-Prävention

HIV/AIDS wird oft durch die Injektion von Drogen übertragen. Die Mitteilung der Kommission an den Rat und das europäische Parlament *über die Bekämpfung von Aids in der Europäischen Union und den Nachbarländern 2006-2009*[11] enthält einen Aktionsplan für Maßnahmen zur HIV-Prävention. Zudem wird der Bedarf an Synergien bei den wichtigsten Präventivmaßnahmen unterstrichen. Ein wichtiger Punkt ist die Entwicklung von maßgeschneiderten Lehrplänen für Fachkräfte, die Dienstleistungen (Prävention, Behandlung und Betreuung) für HIV/AIDS-infizierte und besonders von einer HIV/AIDS-Infizierung bedrohte Personen (einschließlich Konsumenten, die sich Drogen intravenös spritzen, und Migranten) anbieten. Außerdem ist der HIV/AIDS Think Tank zu einem nützlichen Forum für den Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Partnern geworden.

- Prävention des Alkoholmissbrauchs

Im Kontext des Missbrauchs mehrerer verschiedener Drogen sind alkoholbedingte Schäden und drogenbedingte Schäden auch im Zusammenhang zu sehen. In der Mitteilung der Kommission über eine EU Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden[12] wird auch auf die Förderung wirksamer Verhaltensänderungen bei Kindern und Heranwachsenden in Schulen, Familien und anderen geeigneten Umfeldern verwiesen sowie auf die Verringerung der Zahl der Straßenverkehrsunfälle, die auf Alkoholmissbrauch oder den Missbrauch mehrerer verschiedener Drogen zurückzuführen sind.

- Förderung der psychischen Gesundheit

Drogenmissbrauch geht oft Hand in Hand mit psychischen Erkrankungen. Die Verbesserung des Zugangs zum medizinischer und psychiatrischer Behandlung für Drogenkonsumenten ist nach wie vor eine wichtige Herausforderung für die Gesundheitspolitik. In dem im Oktober 2005 von der Kommission veröffentlichten Grünbuch über psychische Gesundheit[13] wird vorgeschlagen, eine Strategie für psychische Gesundheit auf EU Ebene zu entwickeln. Die Arbeiten daran laufen nun und sollten mit anderen Initiativen im Rahmen verschiedener Politikbereiche der Gemeinschaft koordiniert werden, etwa der EU-Drogenstrategie 2005-2012.

- Einbeziehung der Zivilgesellschaft

Es sind auch Anstrengungen zu treffen, um indirekte Schäden zu verringern, die Drogenkonsumenten Anderen verursachen können. Drogenkonsumenten sind in diese Bemühungen aktiv einzubeziehen. In dem von der Kommission im Juni 2006 angenommenen

---

11 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0654de01.pdf.
12 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0625de01.pdf.
13 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf.

Grünbuch über die Rolle der Zivilgesellschaft in der Europäischen Drogenpolitik[14] werden Möglichkeiten zu einer besseren Einbeziehung der Zivilgesellschaft untersucht.

- Drogen/Arzneimittel am Steuer[15]

Im Rahmen der Verkehrspolitik wird die Problematik des gleichzeitigen Missbrauchs mehrerer verschiedener Drogen bei der Führung von Kraftfahrzeugen behandelt. Die Kommissionen kofinanziert im sechsten Rahmenprogramm für Forschung und technologische Entwicklung (FP6) auch ein Projekt namens DRUID (DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines).

- Drogenabhängigkeit am Arbeitsplatz

Die Kommission bereitet gegenwärtig ihre Strategie für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007-2012 vor. Es sollten konkrete Initiativen zur Förderung spezifischer Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit entwickelt werden, die sich mit Drogenabhängigkeit am Arbeitsplatz beschäftigen.

---

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

15 Entschließung des Rates vom 27. November 2003 über die Bekämpfung des Konsums psychoaktiver Substanzen in Verbindung mit Verkehrsunfällen. *Amtsblatt C097 vom 22.4.2004 S. 0001 – 0003.*

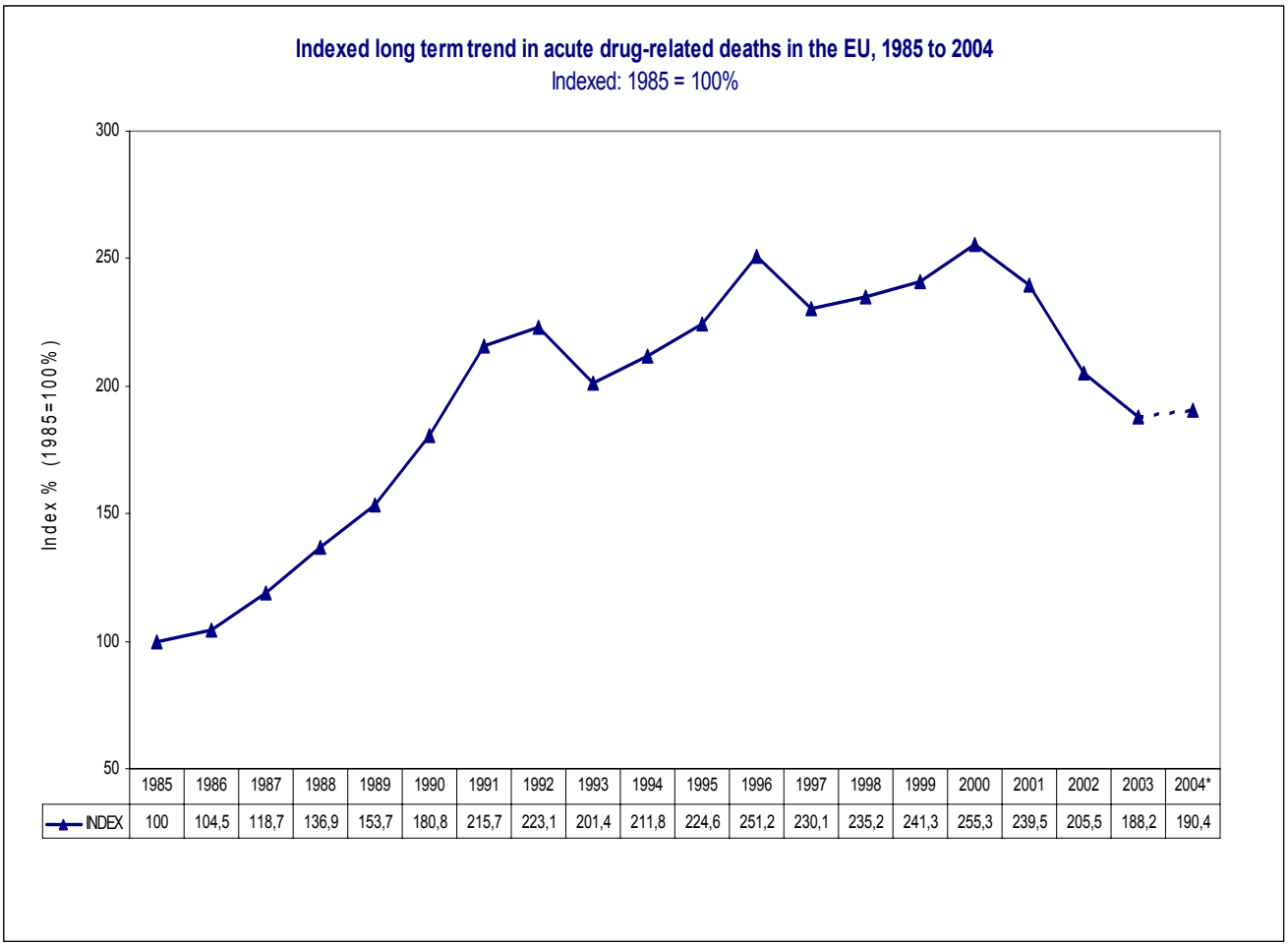
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	**Drug-Related Death**
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**
IDU	**Injecting Drug User**
IEC	**Information, Education, Communication**
NFPs	**National Focal Points**
UNAIDS	**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**
WHO	**World Health Organization**
UNODC	**United Nations Office on Drugs and Crime**

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.

Figures from the background document on "prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

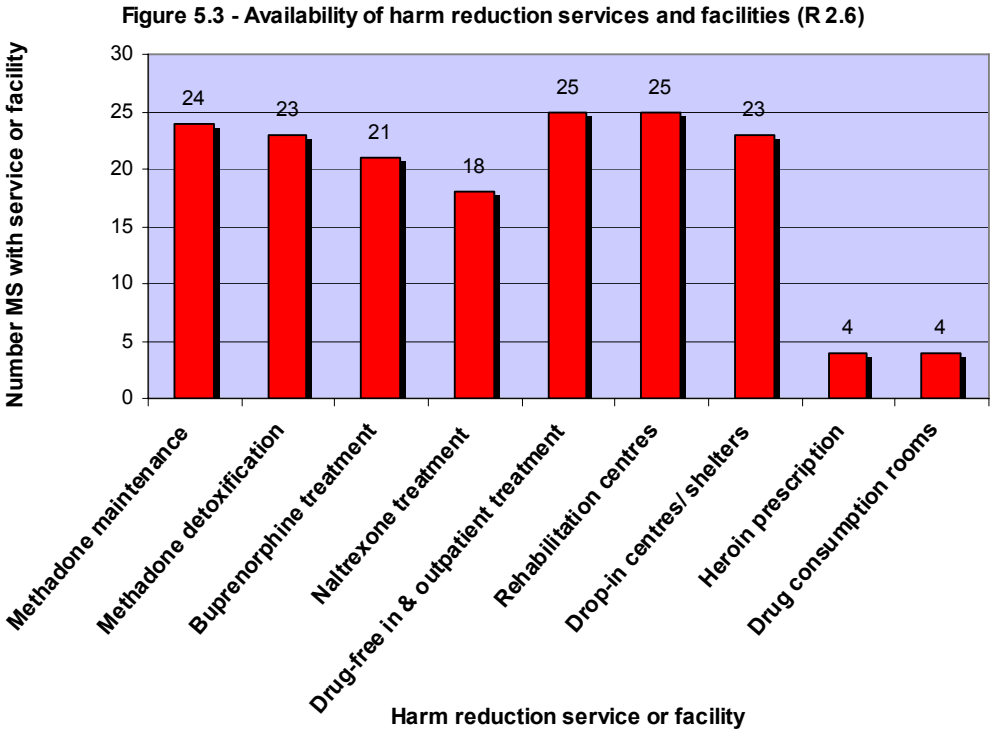


Figure 3

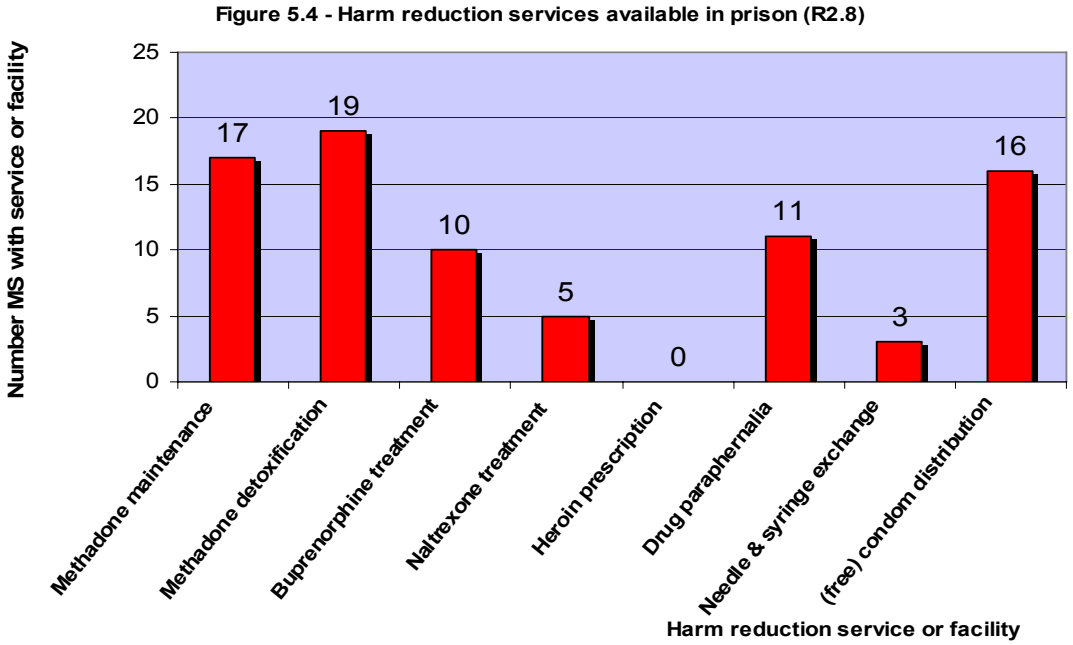


Figure 4

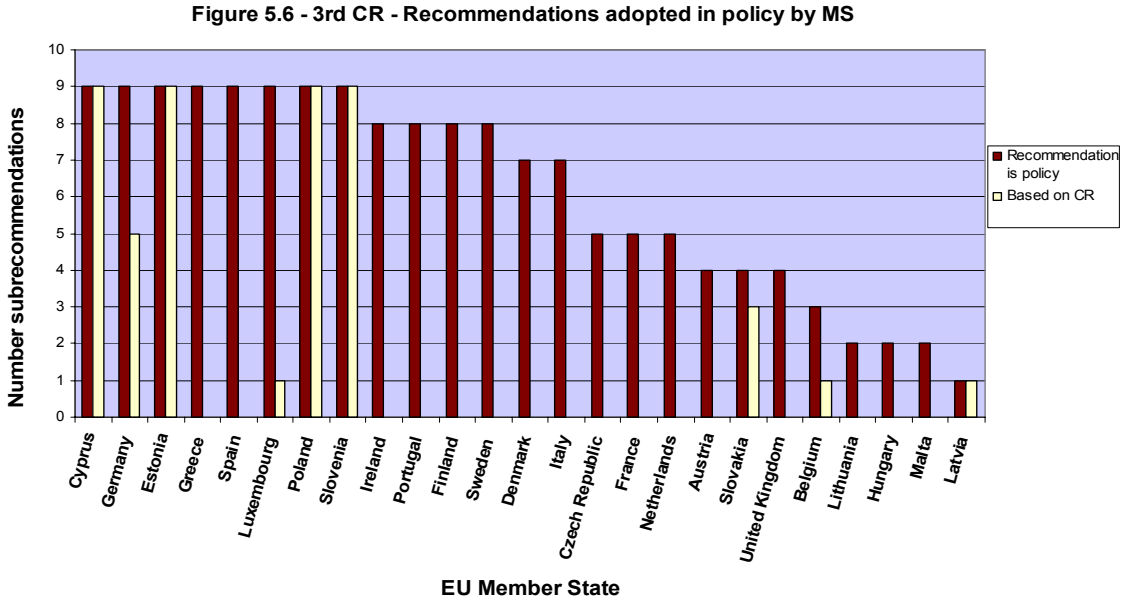


Figure 5

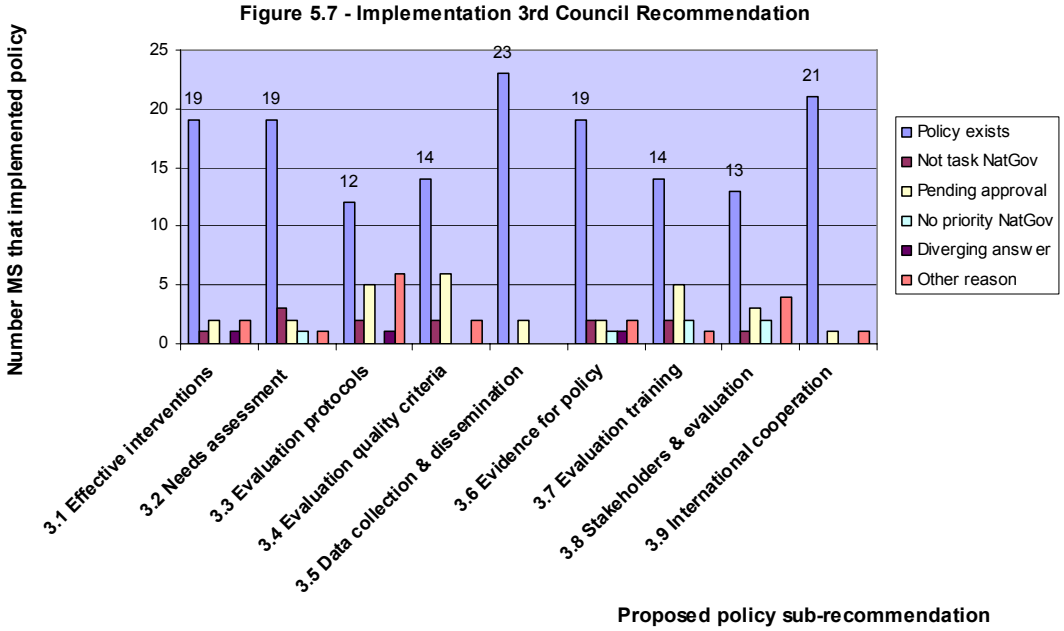


Figure 5.7 - Implementation 3rd Council Recommendation
Number MS that implemented policy
25
20
15
10
5
0
19
19
12
14
23
19
14
13
21
Policy exists
Not task NatGov
Pending approval
No priority NatGov
Diverging answ er
Other reason
3.1 Effective interventions
3.2 Needs assessment
3.3 Evaluation protocols
3.4 Evaluation quality criteria
3.5 Data collection & dissemination
3.6 Evidence for policy
3.7 Evaluation training
3.8 Stakeholders & evaluation
3.9 International cooperation
Proposed policy sub-recommendation