



Frühwarnsysteme

Materialien und Diskussionsergebnisse eines Workshops

Herausgegeben von Roland Simon, Tim Pfeiffer & Eva Hoch

DBDD Arbeitsberichte Nr. 1
DBDD Online Reports Nr. 1

Endfassung Stand: 31.5.2002

EINFÜHRUNG		1
1	FRÜHWARNSYSTEME IM BEREICH DROGEN ROLAND SIMON	1
INFORMATIONSQUELLEN I: EBDD KERNINDIKATOREN		4
2	BEHANDLUNGSDOKUMENTATION ROLAND SIMON	4
3	BEVÖLKERUNGSUMFRAGEN LUDWIG KRAUS	9
4	INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN IM UMFELD VON DROGEN OSAMAH HAMOUDA	13
5	INFORMATIONEN ZU DROGEN BEZOGENEN TODESFÄLLEN AXEL HEINEMANN	20
INFORMATIONSQUELLEN II: WEITERE QUELLEN		25
6	DRUG-CHECKING - ZWISCHENSTAND ZU DEN MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN VON DROGENANALYSEN IM RAHMEN EINES DROGENFRÜHERKENNUNGSSYSTEMS ARTHUR SCHROERS	25
7	DIE REFERENZERHEBUNG (EBIS A/R). MONITORING DES MISSBRAUCHS VON MEDIKAMENTEN BEI KLIENTEN AMBULANTER BERATUNGS- UND BEHANDLUNGSSTELLEN TIM PFEIFFER	37
8	INFORMATIONEN AUS DEM ENTGIFTUNGSBEREICH MARCUS BACKMUND	42
9	INFORMATIONEN AUS DEM POLIZEIBEREICH JENS KNIGGE	43
ERFAHRUNGEN MIT FWS		44
10	TRACKING NEW TRENDS – CONCEPTS AND EXPERIENCES PAUL GRIFFITH	44
11	KOMMUNALE FRÜHWARNSYSTEME IM RAHMEN DES 3CP MANFRED RABES	48
12	DAS FRÜHWARNSYSTEM BERLIN LUDWIG KRAUS	54
13	TREND – THE FRENCH SCHEMA FOR CONTINUOUS OBSERVATION OF RECENT TRENDS IN DRUG USE JEAN-MICHEL COSTES	56
ERGEBNISSE DER DISKUSSION		62
14	ZU BEGRIFF UND KONZEPT VON „FRÜHWARNSYSTEM“	62
15	HANDLUNGSRELEVANZ DER INFORMATIONEN IM FWS	63
16	ZENTRALE ASPEKTE EINES FWS	63
ANHANG		68
17	LITERATUR	68
18	REFERENTEN	71
19	WEITERE TEILNEHMER	73

Einführung

1 Frühwarnsysteme im Bereich Drogen

Roland Simon

Zur DBDD

Die Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) ist der deutsche Partner der Europäischen Beobachtungsstelle. Ihre Aufgaben sind durch die Regulation zur Einrichtung der EBDD, den Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Kooperationsvereinbarung zwischen den drei Partnern Bundzentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und IFT Institut für Therapieforschung festgelegt. Sie umfassen insbesondere:

- Sammlung und Weitergabe von Informationen über Deutschland an die EBDD
- Erstellung des jährlichen REITOX Berichts für Deutschland
- Harmonisierung der Datenerfassung
- Input in diverse Datenbanken: EDDRA, EIB, etc.
- Unterstützung der Aktivitäten der EBDD, z.B. im Rahmen des EU Drogen Aktionsplans und der EU Erweiterung (Phare)

Teilnahme an der EU Gemeinschaftsaktion „Early warning system on new synthetic drugs“

Der vorliegende Materialienband beinhaltet Unterlagen und Kurzfassungen der Vorträge, die anlässlich des Workshops „Frühwarnsysteme“ im IFT am 14. und 15. Dezember 2000 gehalten wurden sowie eine Zusammenfassung der Diskussion. Die Veranstaltung, die mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit stattfand, diente einerseits der Information über vorhandene Datenquellen im Umfeld des Themas Drogen und Sucht sowie den Fortschritt der Harmonisierungsbemühungen. Andererseits wurden Konzepte zur Weiterentwicklung der Nutzung dieser Informationen diskutiert. Die Teilnehmer kamen aus den Bereichen Politik, Wissenschaft, Verwaltung und Behandlung.

Ausgangspunkt „Gemeinschaftsaktion FWS zu neuen, synthetischen Drogen“

Im Jahr 1997 wurde die Gemeinschaftsaktion „Frühwarnsystem neue synthetische Drogen“ durch die Mitgliedsländer der Europäischen Union ins Leben gerufen. Auf dem Hintergrund der Erfahrungen mit Ecstasy sollte damit ein Instrument geschaffen werden, um schneller die rechtlichen Rahmenbedingungen ändern zu können, wenn neue Drogen auf dem Schwarzmarkt auftreten. In dieses Projekt arbeiten heute die EBDD und Europol zusammen. Informationen aus dem Bereich Hilfe und Strafverfolgung sollen die Grundlage für eine Risikobewertung neuer Stoffe bilden.

Bei der praktischen Umsetzung dieses Vorhabens im Bereich der Hilfeeinrichtungen zeigte sich jedoch bald, dass eine Einschränkung auf „neue synthetische Drogen“ von vornherein kaum möglich war. Da sich die meisten „neuen synthetischen Drogen“ hinter Pillen verbergen, die als Ecstasy verkauft werden oder diesem zumindest sehr ähnlich sind, ist erst nach

Abschluss einer chemischen Detailanalyse die Entscheidung zu fällen, ob der aktuelle Fund tatsächlich den Kriterien des Erfassungssystems entspricht. Die Tatsache, dass sich die EBDD in ihren Bemühungen bisher weitgehend mit „alten“ Drogen beschäftigt hat, unterstreicht dies. Zudem zeigte sich immer wieder, dass die Entwicklung im Drogenbereich sprunghaft stattfindet und immer wieder neue Substanzgruppen, Konsumentengruppen oder Settings zu berücksichtigen sind.

Die Expertendiskussion, die im Rahmen des Projekts „Early Warning System“ stattfand führte jedoch dazu, dass einige Aspekte des bisherigen Vorgehens bei der Datensammlung und -analyse im Umfeld von Drogen kritisch diskutiert wurde. Unter der Überschrift „Tracking new trends“ (Griffith, Vingoe, Hunt 1999) wurden eine Reihe von Ideen formuliert, wie das bisherige Vorgehen reformiert und ergänzt werden könnte, um schneller, ökonomischer und mit mehr Handlungsrelevanz arbeiten zu können.

Situation in Deutschland

Da in Deutschland „Drug Checking“, also die chemische Analyse von Drogen auf Musikveranstaltungen bzw. die Analyse der dort eingesammelten Substanzen der Konsumenten im Labor, rechtlich nicht eindeutig geregelt ist, wird es derzeit nicht systematisch angewandt. Erfahrungen hierzu liegen jedoch aus Wien und aus den Niederlanden vor. Auch Drogenkäufe zum Zweck der Marktbeobachtung und Analyse der Inhaltsstoffe wird in Deutschland nicht durchgeführt. Aus diesem Grunde bleiben außerhalb der Analyse beschlagnahmter Substanzen durch die Polizeibehörden nur wenige Möglichkeiten, Informationen zu „neuen synthetischen Drogen“ zu erlangen. Mögliche Quellen hierzu sind die Drogentoten und Ergebnisse der forensischen und toxikologischen Institute, insbesondere der Giftnotrufzentren. Während erstere weitgehend in die Erfassungsarbeit von BKA und LKAs eingebunden sind, ist der Schwerpunkt der Arbeit der Giftnotrufzentren eher im Bereich legaler Substanzen zu finden. Die Arbeitsberichte etwa des GIZ im norddeutschen Bereich zeigen, dass nur relativ wenige Fälle überhaupt auf Drogen bezogen sind.

Für Deutschland stellt sich deshalb besonders die Frage, ob ein solches Frühwarnsystem nicht sinnvoller auf eine breitere Basis gestellt werden sollte. Insbesondere geht es dabei um die Verknüpfung zwischen Datensammlung, Informationsgenerierung und deren Nutzung. Die zentrale Frage ist, ob die richtigen und wichtigsten Informationen zur Verfügung stehen, ob zusätzliche Informationsquellen notwendig wären und wie diese gegebenenfalls zu gestalten wären. Auch ist die Frage zu stellen, ob das bisherige Verfahren der Übermittlung, Bewertung und Nutzung dieser Daten verbessert werden soll. Das übliche Verfahren, die Ergebnisse in schriftlicher Form zu publizieren, ist mit erheblichem Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Dies steht im Widerspruch zu dem zentralen Ziel eines Frühwarnsystems, schnell und ökonomisch Hinweise auf notwendige Entscheidungen zu erhalten.

Gegenstand des Treffens

Der zentrale Gegenstand des Workshops war die Diskussion eines „Frühwarnsystems“ für den Bereich Drogen und Drogenprobleme. Unter diesem Begriff soll hier zunächst eine Struktur oder ein Konzept verstanden werden, um Informationen zu gewinnen, zu analysieren und zu bewerten, um daraus Warnungen über negative Entwicklungen in der Zukunft bzw. einen Handlungsbedarf abzuleiten.

Es wurden zunächst vorhandene Informationsquellen beschrieben, die in solch einem System einzubinden wären und über den Stand der Harmonisierungsarbeiten in Bezug auf die Vorgaben der EBDD informiert. Dabei werden die vier der fünf EBDD Schlüsselindikatoren dargestellt, die über eigenständige Datenquellen verfügen.

Die Referenten waren jeweils diejenigen Experten, die diesen Themenbereich in den EU Gremien der EBDD vertreten. Es finden sich im Folgenden Beiträge zu:

- Behandlungsdaten (Simon)
- Bevölkerungsumfragen (Dr. Kraus)
- Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen (Dr. Hamouda)
- Drogenbezogene Todesfälle (Dr. Heinemann)

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden weitere Quellen diskutiert, die entweder bereits in Deutschland zur Verfügung stehen oder in Zukunft erschlossen werden könnten:

- Drug Checking (Dr. Schroers)
- Screening zum Medikamentenmissbrauch in ambulanten Beratungsstellen (Pfeiffer)
- Daten aus dem Bereich Entgiftung (Dr. Backmund)
- Daten aus dem Polizeibereich (Knigge)

Die Diskussion des eigentlichen Themas wurde eingeleitet und strukturiert durch eine

- Einführung in das Thema durch Herrn Griffith, der das Projekt „Tracking New Trends“ der EBDD durchgeführt hat.

Die Ergebnisse dieses Projekts (vgl. Griffith, Vingoe, Hunt 1999) haben die Entwicklungen in Frankreich, den Niederlanden und anderen Ländern wesentlich beeinflusst. Erfahrungen mit dem konkreten Aufbau eines solchen Systems werden im nächsten Block von Beiträgen berichtet:

- Das 3-Städte-Projekt Hamburg, Manchester, Amsterdam (Dr. Rabes)
- Das Berliner Frühwarnsystem (Dr. Kraus)
- Das Frühwarnsystem in Frankreich (Costes)

Für alle Referate liegen kürzere oder längere Textfassungen vor, einzelne Texte wurden von den Herausgebern ergänzt. Zusätzlich sind Auszüge aus den einzelnen Vorträgen in Form der verwendeten Folien enthalten.

Eine Zusammenfassung der Diskussion, die sich an die Vorträge anschloss, ist ebenfalls in diesem Bericht enthalten. Sie ging insbesondere der Frage nach, in welcher Weise das Konzept eines Frühwarnsystems in Zukunft genutzt werden könnte, um noch effizienter und effektiver Gebrauch von vorhandenen Informationsquellen machen zu können.

Informationsquellen I: EBDD Kernindikatoren

2 Behandlungsdokumentation

Roland Simon

Drogenkonsumenten kommen im Laufe der Zeit in Kontakt mit Institutionen, die ihre Drogenprobleme und/oder deren somatische oder sozialen Folgen beheben oder zumindest deren Konsequenzen mildern sollen. Insbesondere die spezialisierten Drogenberatungsstellen sind deshalb eine wichtige Informationsquelle über Drogenkonsumenten. Zwar erreichen sie nur die Behandelten - alle Personen, die (noch) nicht nach Betreuung suchen entziehen sich damit dem Bild. Für diese Gruppe stehen jedoch recht detaillierte Informationen routinemäßig zur Verfügung. Die zunehmende Verpflichtung der Betreuungseinrichtungen zur Dokumentation ihrer Tätigkeit und damit ihrer Klientel fördert dies weiter. Dank der fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter können Daten über Drogen und viele verwandte Aspekte mit hoher Qualität erfasst werden. Da ambulante Hilfen für Drogenkonsumenten leichter zugänglich sind und weniger - z.B. leistungsrechtliche - Voraussetzungen für die Aufnahme in Betreuung kennen als etwas Fachkliniken, sind die erstgenannten als Informationsquelle besonders nützlich.

Diese Einschätzung spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass fast alle Mitgliedsstaaten der EU heute über Daten aus diesem Bereich verfügen, wenn auch mit einem unterschiedlichen Ausmaß an Vollständigkeit. Die besondere Rolle dieses Indikators für den Stand der Drogenprobleme hat dazu geführt, dass entsprechende Standards durch die EU inzwischen relativ weit entwickelt wurden. Das Treatment Demand Indicator Protocol (TDI 2.0) wurde als grundlegender europäischer Standard zur Dokumentation von Behandlung in Kooperation zwischen der EBDD und der Pompidou Gruppe entwickelt und steht seit 2000 zur Verfügung. Erste Vergleiche auf der Basis des TDI wurden zwischen einigen Ländern angestellt, wobei im Detail noch eine Reihe von Unterschieden in den Feinheiten der Datenerfassung und -methodik zu beachten sind. Die Harmonisierungsarbeiten zwischen der EU und den Mitgliedsländern wird mit Unterstützung der Nationalen REITOX Knotenpunkte fortgeführt. Die Umsetzung des TDI für Deutschland wurde bisher vor allem von der Statistik AG der DHS betrieben, die damit als nationale Expertengruppe bei der Harmonisierung dieses Indikators wirkte. Der Deutsche Kerndatensatz Klient (Fachausschuss Statistik der DHS 1998) sowie die entsprechenden Kerndatensätze für die Einrichtung (Fachausschuss Statistik der DHS 1999) und der Kerntabellensatz definieren grundlegende Standards.

Aus diesen Daten sind für ein Frühwarnsystem insbesondere Informationen zu Art und Häufigkeit einzelner Drogen, Konsumentengruppen und deren Lebensumstände sowie die Rahmenbedingungen des Konsums zu gewinnen. Daneben bieten sie Basisinformationen über Behandlungsabläufe an und erlauben damit eine Monitoring des Hilfesystems. Fragen der Abstimmung und des Datenflusses von Landes- und Verbandssystemen zu einer Nationalen Suchthilfestatistik werden seit einiger Zeit zwischen Bund und Ländern diskutiert und stehen zur Entscheidung an.

Für Deutschland sind damit Daten aus dem Bereich spezialisierter Behandlung gut einsetzbar und auch für zukünftige Entwicklungen vielversprechend. Allerdings besteht bisher nur eine unzureichende Abdeckung der niedrighschwelligeren Einrichtungen und ein völliges Fehlen von Informationen aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich. Dies schränkt die Vollständigkeit der Ergebnisse deutlich ein. Eine vollständigere Erfassung aller Regionen setzt zunächst eine Abstimmung zwischen Bund und Ländern voraus, die derzeit in Diskussion ist. Zudem ist das Tempo der Datenabfrage und -nutzung bisher noch zu wenig entwickelt. Schnelle Reaktion setzt schnelle Information voraus, das bisherige Vorgehen der jährlichen zentralen Datenabfrage ist allerdings nur begrenzt dazu in der Lage. Es kann jedoch bei Be-

darf mit relativ wenig Aufwand auf schnellere Rückmeldung - etwa in Form von Quartalsabfragen - umgestellt werden.

Abbildung 1: Folien Behandlungsdokumentation

Drogenkonsumenten in Behandlung

The diagram features a central cartoon character with arms raised. Six arrows radiate from the character to different boxes:

- Top-left: **Schadensminimierung**
- Top-right: **Allgemeine Gesundheitsversorgung**
- Middle-right: **Folgen des Drogenkonsums**
- Bottom-right: **Nachfrage nach Hilfe**
- Bottom: **Soziale Hilfen**
- Bottom-left: **Spezielle Behandlungseinrichtungen** (text is red in original)
- Left: **Nachfrage nach Behandlung**
- Far-left: **Strafverfolgung**
- Far-left (lower): **Beschaffung**

Stand der Dinge in Deutschland

<p>Europäisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • TDI (EU, PG) • Kerntabellen <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutscher Kerndatensatz (Klient/ Einrichtung) • Ambulant, stationäre • Deutscher Kerntabellensatz <p>Regional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diverse Erweiterungen • Regionalsysteme 	<p>Systeme und Programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • EBIS/SEDOS • DESTAS • BADO HH • Landessysteme (Hessen) • Horizont (EDV-Programm) • Moonlight (EDV-Programm) <p>Träger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Länder • Verbände • Einrichtungen
--	---

Erreichbarkeit

The diagram consists of five nested rectangular boxes, each representing a sub-group within a larger population:

- Outermost (lightest blue): **Allgemeinbevölkerung**
- Second layer (medium blue): **Drogenerfahrene**
- Third layer (darker blue): **Aktuelle Drogenkonsumenten**
- Fourth layer (green): **Abhängige**
- Innermost (darkest blue): **Problematische Konsumenten**

Welche Informationen gibt es?

Zum Konsum

- Konsumhäufigkeit (Neu)
- Drogen
- Art des Konsums

Zur Person

- Geschlecht
- Alter
- Co-Morbidität
- Folgen: HIV

Zu den Rahmenbedingungen

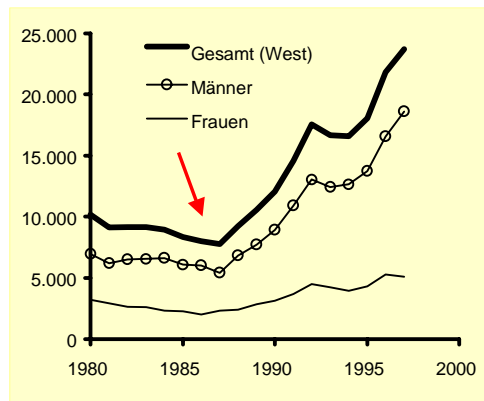
- Soziale Lage
- Ausbildung
- Wohnen

Zur Behandlung

- Verlauf
- Abschluß
- Dauer

Auswertungsbeispiele I

Neuzugänge im ambulante Betreuung mit Heroinabhängigkeit (Hochrechnung West auf Basis von EBIS 1980 bis 1997)



14./15.12.2000

Roland Simon, IFT München

6

Auswertungsbeispiele II

Neuzugänge im ambulante Betreuung mit Abhängigkeit oder schädlichem Konsum von Crack (EBIS 1999)

	1995	1996	1997	1998	1999
Männer	90	128	258	333	356
%		+ 42%	+102%	+30%	+7%
Frauen	12	37	58	56	59
%			+57%	-3%	+5%

Auswertungsbeispiele III

Neuzugänge im ambulante Betreuung: Einzel- und Hauptdiagnosen (EBIS 1999)

Vergleich '98	Cannabis	Ecstasy	Kokain	Heroin
Einzel: West	6%	5%	-1%	-2%
Ost	77%	67%	113%	93%
Männer	12%	10%	6%	3%
Frauen	5%	6%	-8%	-7%
Hauptdiagnose	27%	16%	13%	3%

Vergleich '95	Cannabis	Ecstasy	Kokain	Heroin
Einzel West	138%	187%	121%	38%
Ost	2446%	1757%	2694%	1288%
Männer	166%	231%	143%	51%
Frauen	131%	178%	125%	27%
Hauptdiagnose	144%	10%	63%	26%

Nutzbare Informationen

- Neue Konsumentengruppen
- Änderungen im Konsumverhalten
- Folgen von Drogenkonsum
- Nutzung von Betreuungs- und Behandlungsangeboten
- Qualitätsparameter der Versorgung:
 - Erreichung
 - Haltequoten
 - Vermittlung

Standards und Hilfen zur Bewertung

- Manuale und Schulungen für die Einrichtungen
- Diagnosen nach ICD 10
- Nationaler Vergleich: Deutscher Kerndatensatz
- Nationaler Vergleich: breite Streuung der Einrichtungen
- Internationaler Vergleich: TDI
- Langjährige Trends als Vergleichsmaßstab

Lücken und Mängel

- Tempo und Turnus der Berichterstattung
- Qualitative Informationen und Details fehlen
- Verknüpfung mit anderen Quellen „vor Ort“
- Selektivität
 - nur behandelte Personen
 - Schwerpunkt Heroin
 - nicht alle Einrichtungen erfasst
- Reporting und Nutzung der Daten unzureichend

Fazit

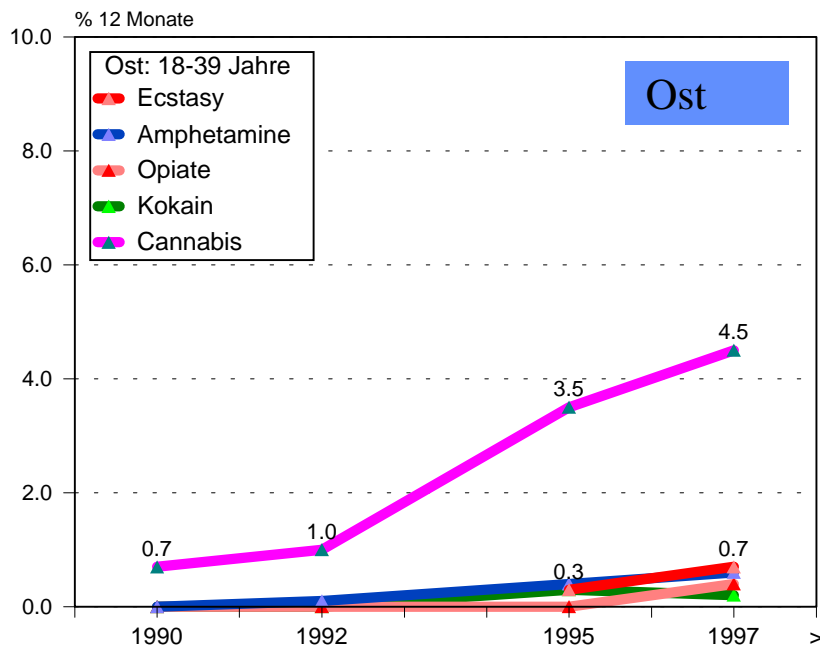
Nutzbar für FWS :

- Gute Basis von Einrichtungen
- Nähe zur Konsumentenszene
- Fachkompetenz der Berater
- Standards in Erfassung

Verbesserungsmöglichkeiten

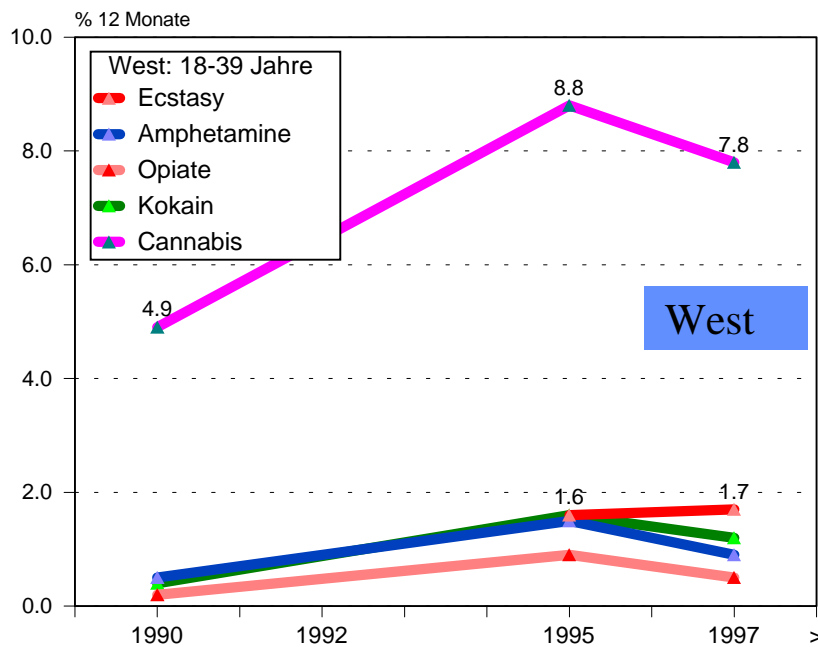
- alle Einrichtungstypen einschließen
- Tempo steigern
- Verknüpfung mit anderen Quellen verbessern
- Nutzung der Ergebnisse intensivieren

12-Monats-Prävalenz: 18-39 Jahre



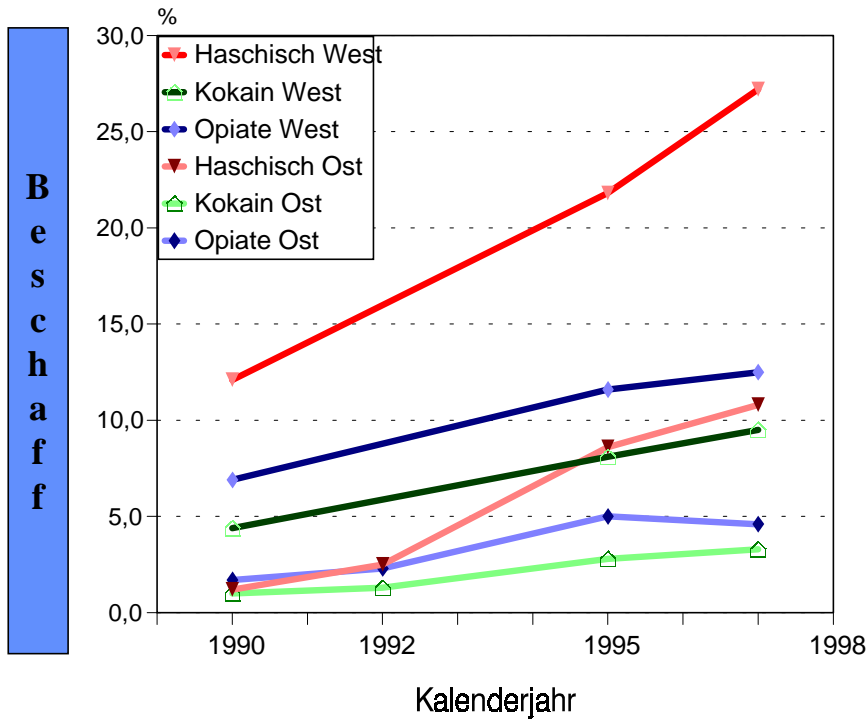
Quelle: Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998

12-Monats-Prävalenz: 18-39 Jahre

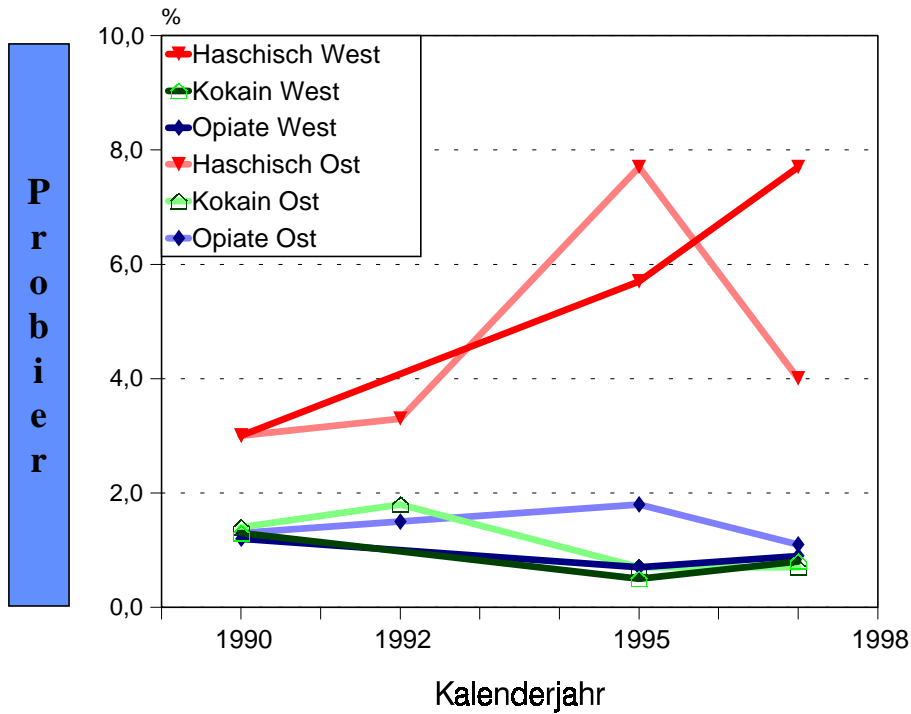


Quelle: Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998

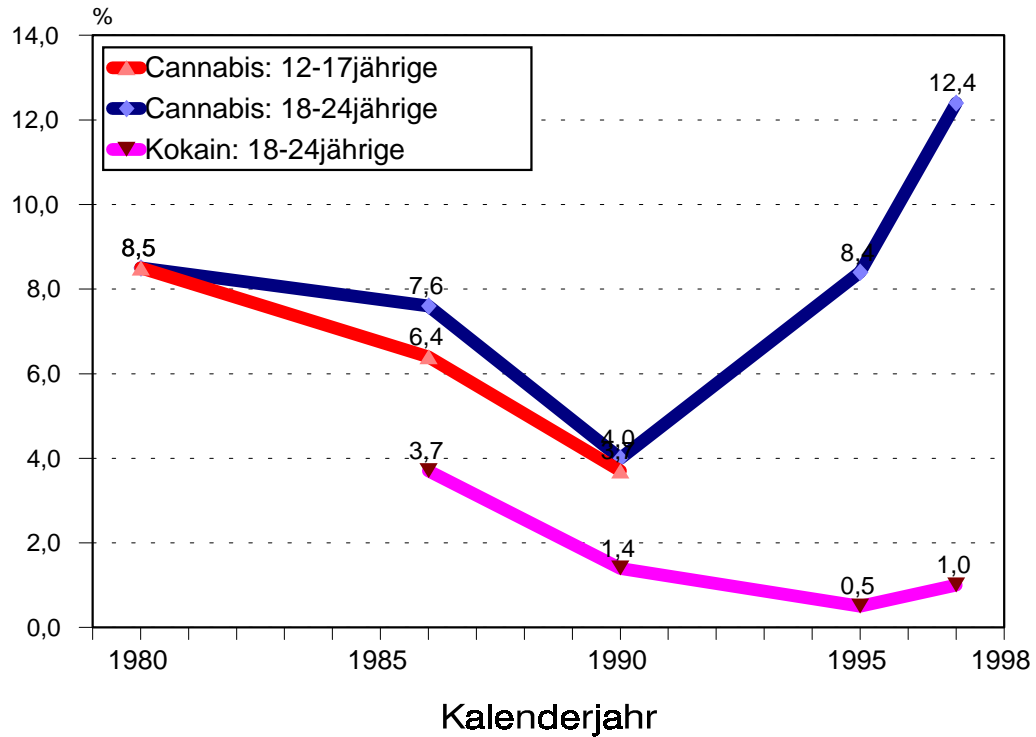
**Probierbereitschaft und Beschaffbarkeit:
18-39 Jahre**



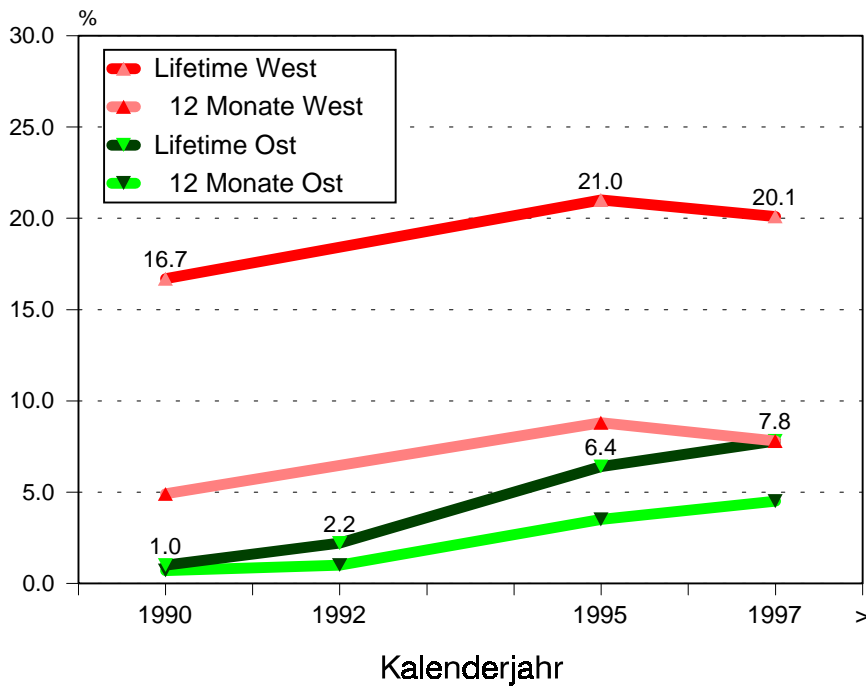
**Probierbereitschaft und Beschaffbarkeit:
18-39 Jahre**



Probierbereitschaft Cannabis; Kokain



Lebenszeit- und 12-Monats- Prävalenz: Cannabis 18-39 Jahre West- und Ostdeutschland



Quelle: Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998

4 Informationen zu Infektionskrankheiten im Umfeld von Drogen

Osamah Hamouda

Die HIV Infektion und in der Folge AIDS ist die bekannteste Infektionskrankheit, die in engem Zusammenhang mit Drogenkonsum - insbesondere mit dem intravenösen Gebrauch von Drogen - steht. Aber auch andere Krankheiten in diesem Umfeld treten gehäuft bei problematischen Konsumenten von Drogen auf. Hier sind in jüngere Zeit insbesondere Hepatitis (vor allem B und C) und Tbc zu nennen.

Während Informationen zu HIV und AIDS durch die nationalen und internationalen Bemühungen in den 80er und 90er Jahren regelmäßig und international gut vergleichbar vorliegen ist die Situation in Bezug auf die anderen genannten Probleme schwieriger. Die Möglichkeiten, aus Routinedaten, die etwa vom RKI im Rahmen des Infektionsschutzes gesammelt werden, Hinweise auf Entwicklungen im Bereich Drogen zu bekommen sind begrenzt. Allerdings schafft das neue Infektionsschutzgesetz insgesamt einen besseren Rahmen, um derartige Daten zu sammeln und in dieser Richtung zu nutzen. Da die Umsetzung des Gesetzes derzeit noch in vollem Gange ist, muss sich in den nächsten Jahren zeigen, wie weit aus dieser Richtungen nutzbare Informationen vorliegen. Durch die Einbindung eines Vertreters des RKI in der entsprechenden EU Arbeitsgruppe ist der Informationsfluss grundsätzlich gewährleistet (Herausgeber).

Abbildung 3: Folien Infektionskrankheiten (Auswahl)

Infektionskrankheiten im Umfeld von Drogen

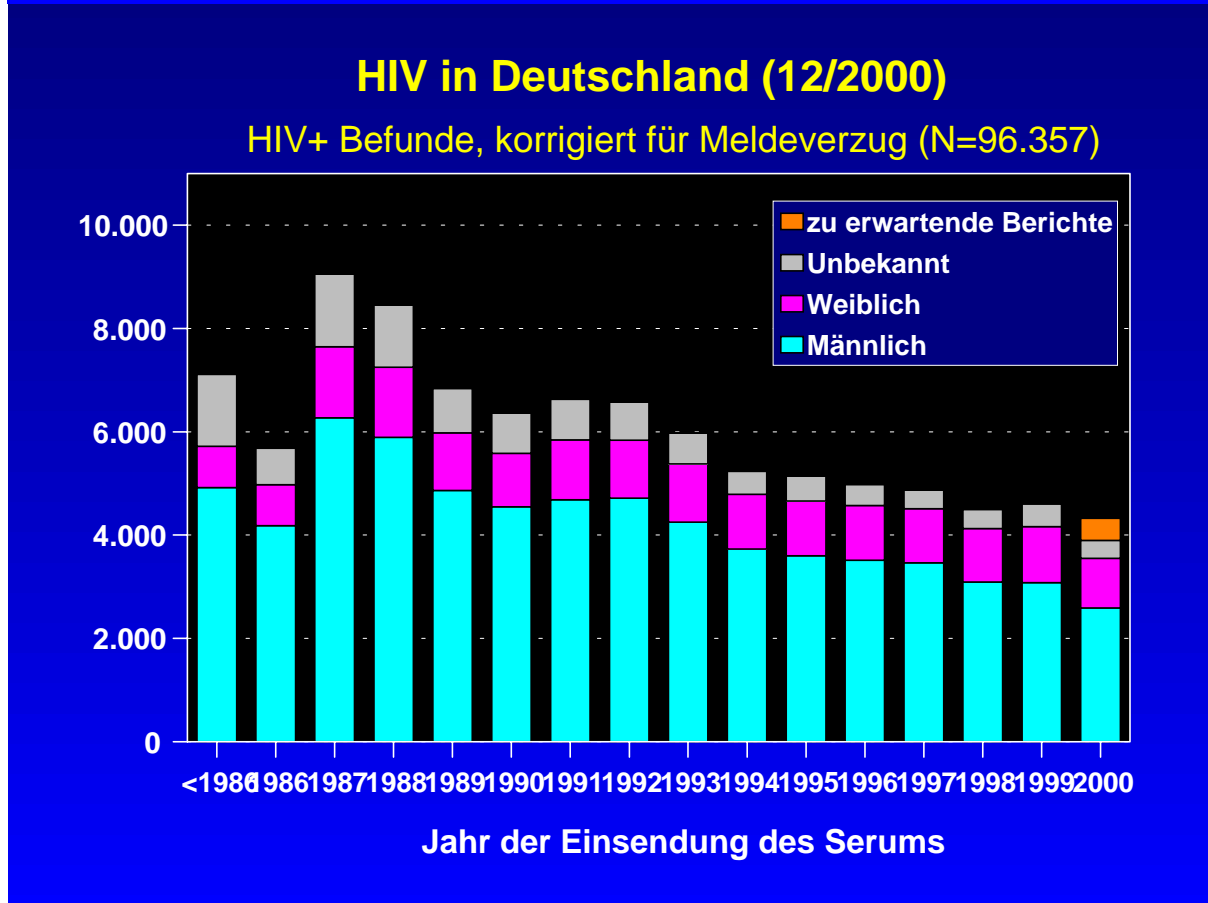
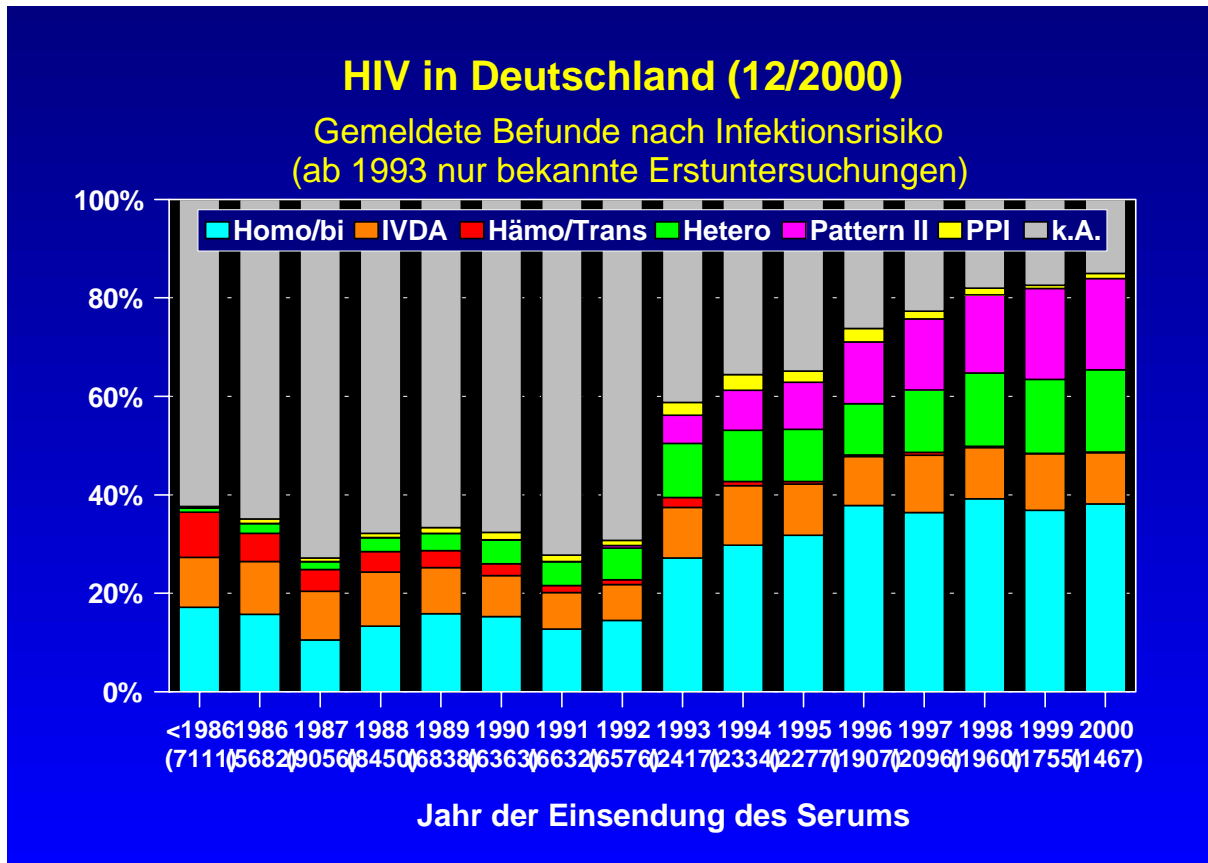
Dr. O. Hamouda, MPH
Infektionsepidemiologie
Robert Koch-Institut

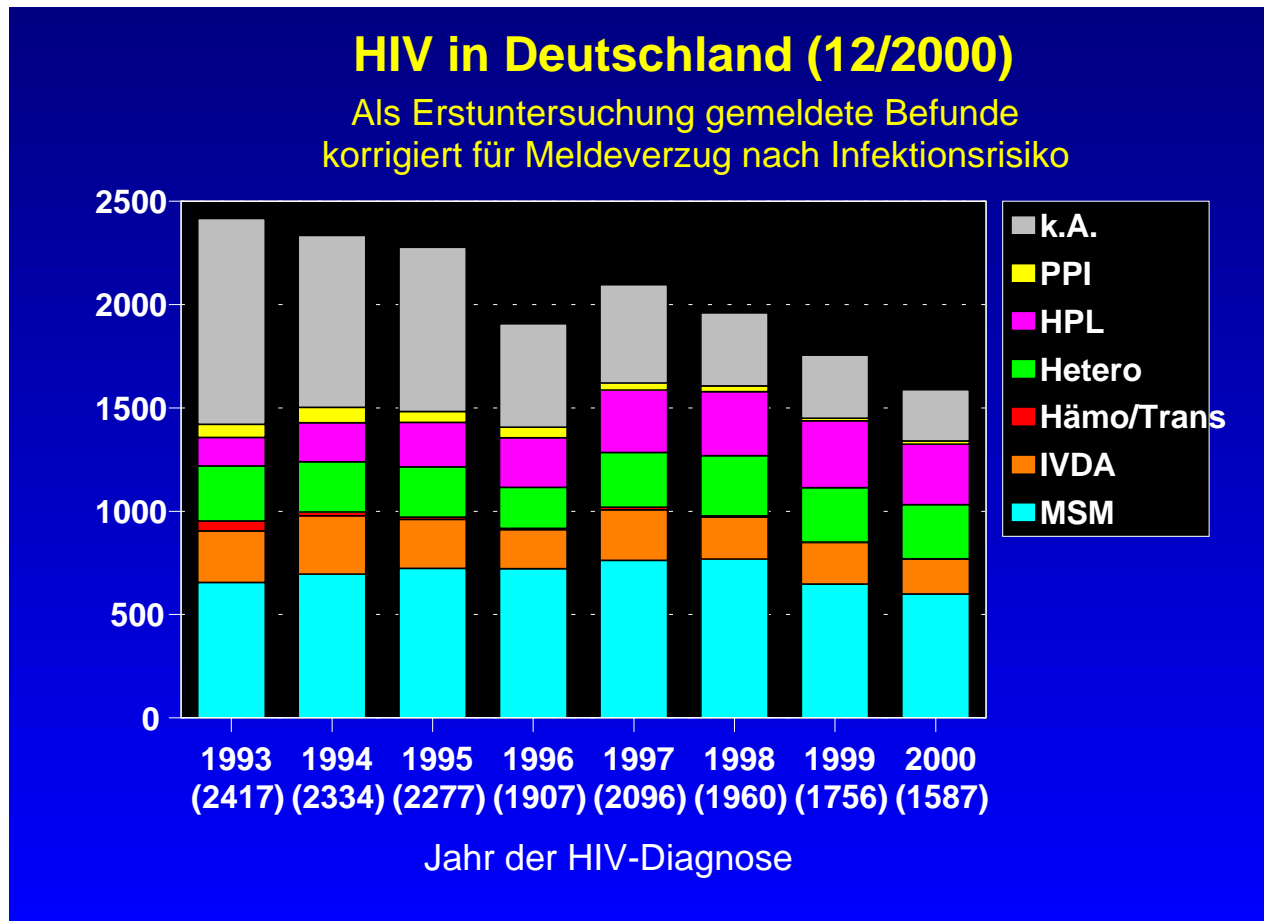
Workshop: Frühwarnsysteme Drogen“ München, 14.-15. Dezember 2000

Infektionskrankheiten bei IDU

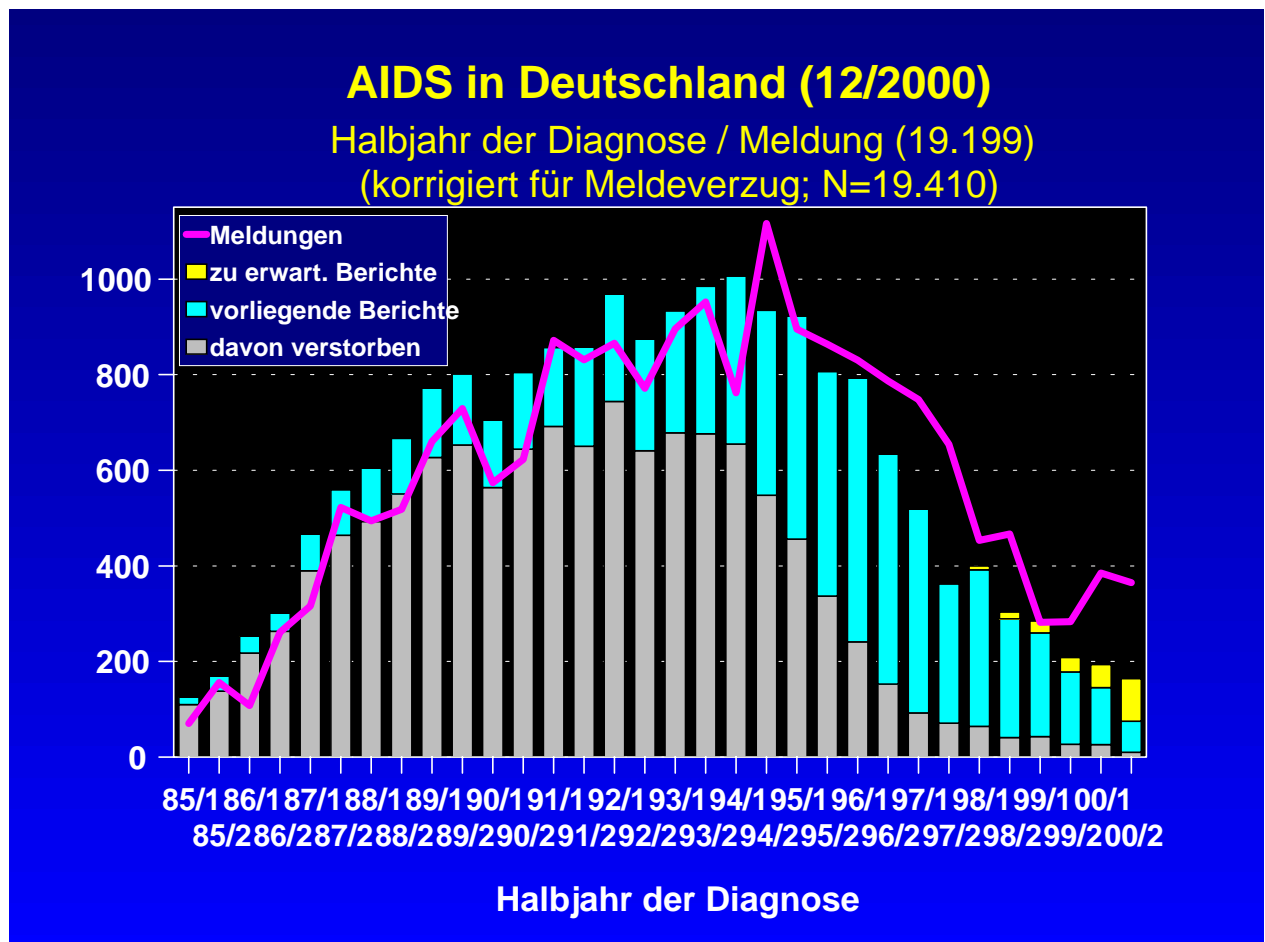
- HIV / AIDS
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Tuberkulose

HIV-Meldungen



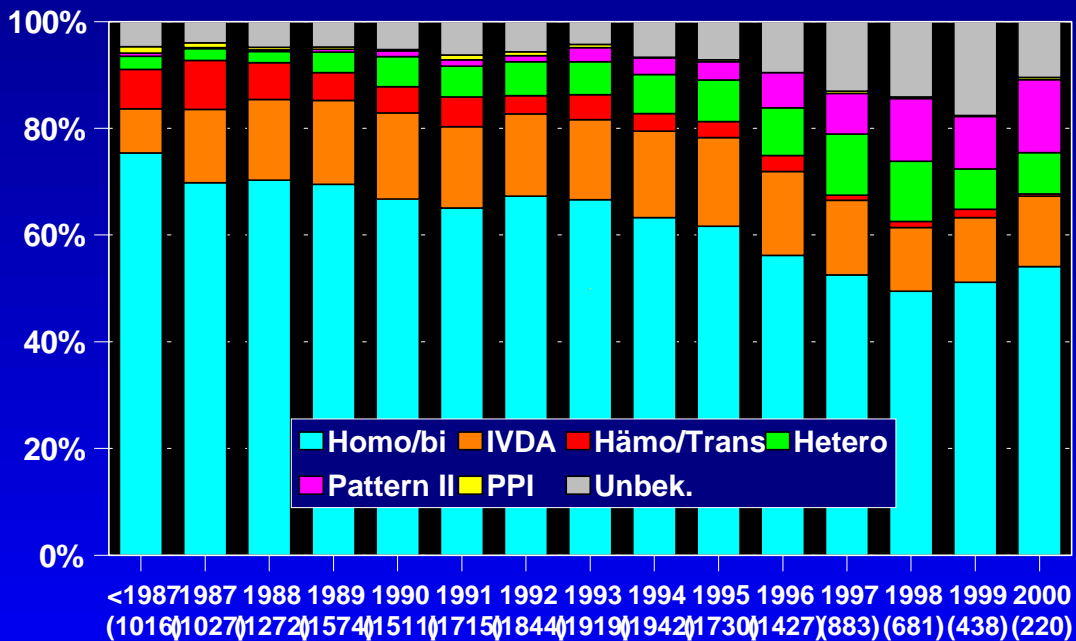


AIDS-Fallmeldungen



AIDS in Deutschland (12/2000)

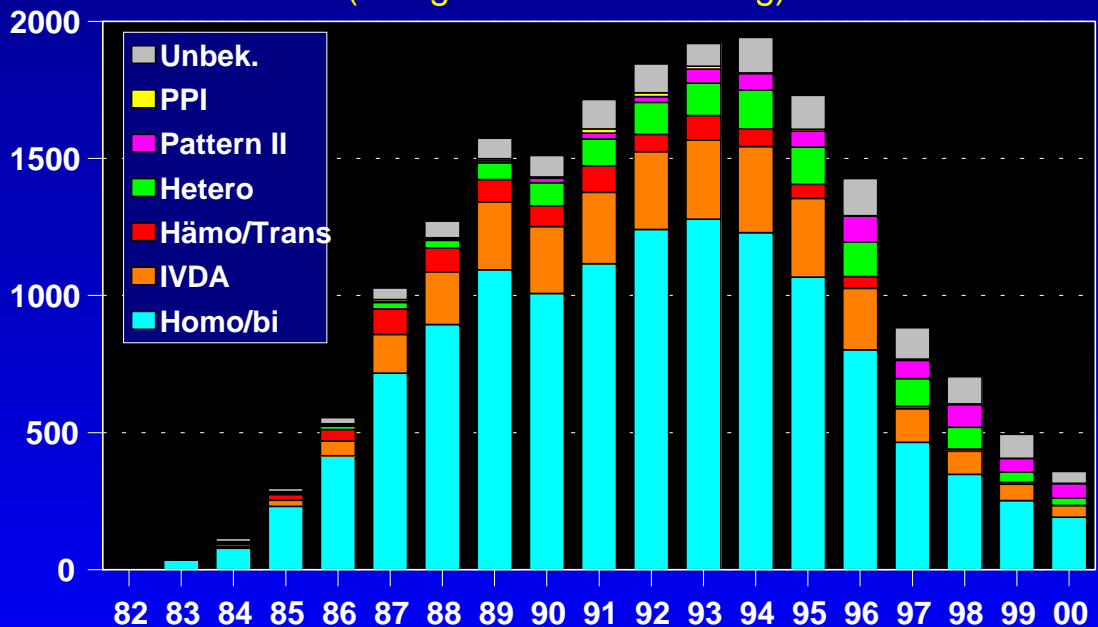
Verteilung nach Infektionsrisiko



Jahr der Diagnose

AIDS in Deutschland (12/2000)

Verteilung nach Infektionsrisiko
(korrigiert für Meldeverzug)

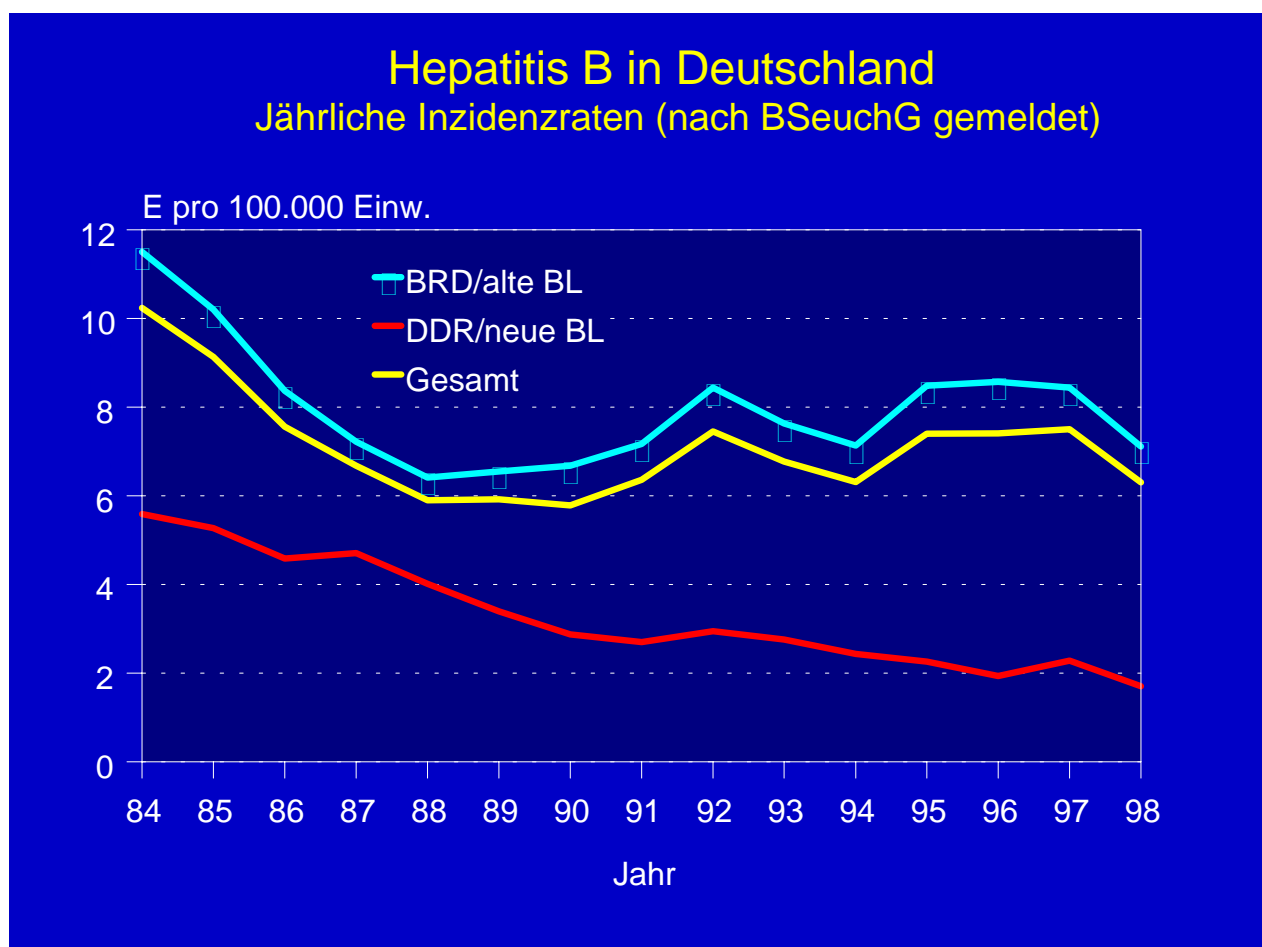


Jahr der Diagnose

Hepatitis B in Deutschland

- Bundesgesundheitsurvey 1997-98 N=6.748
- Anti-HBc 7,0%
 - Alte Bundesländer 7,7%
 - Neue Bundesländer 4,3%
- HBsAg Träger 0,6%
- Entspricht ~480.000 Virusträgern

- Neuinfektionen pro Jahr (geschätzt) ~50.000
- Neuerkrankungen ~25.000 - 30.000

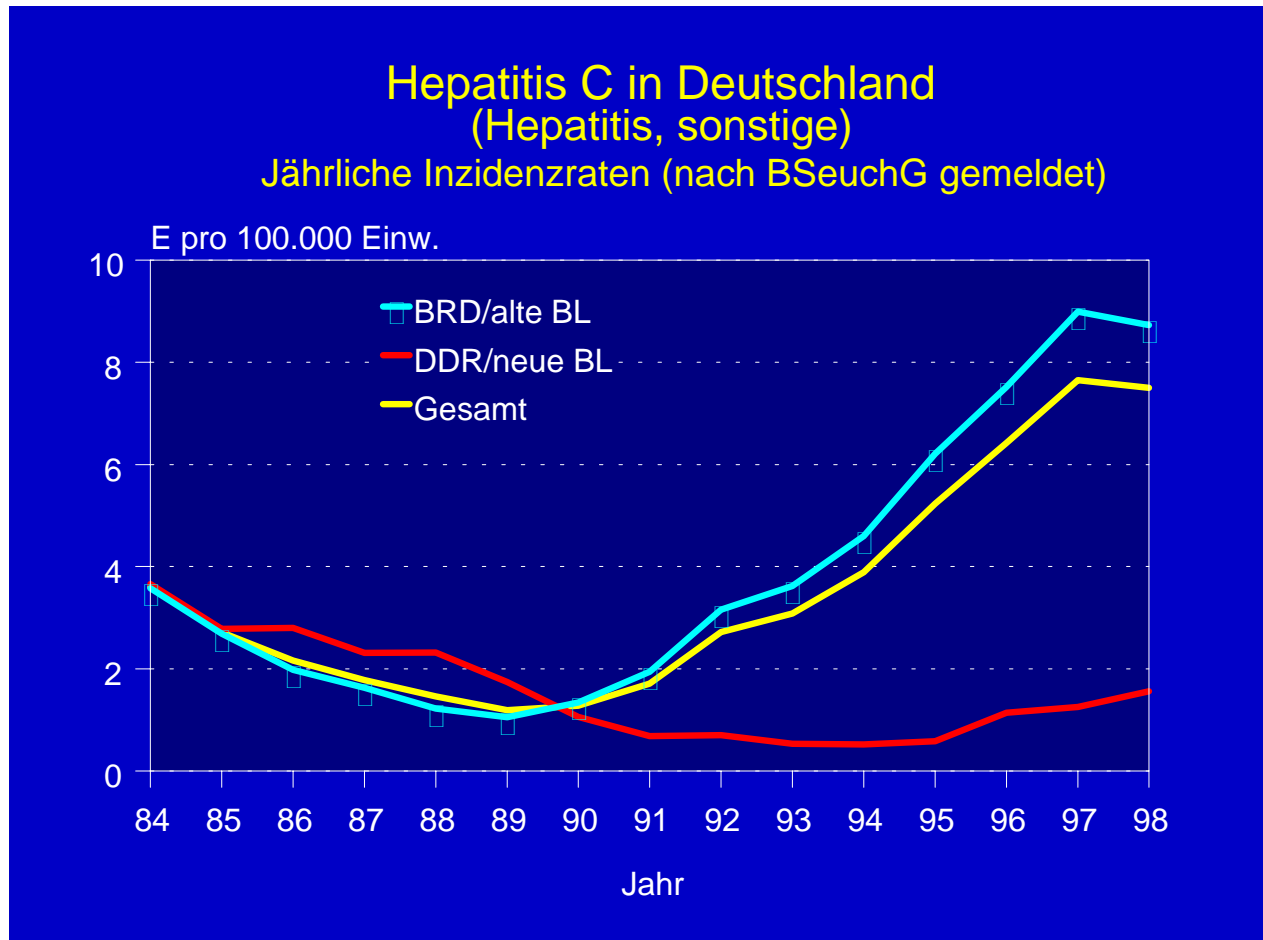


• Meldungen nach BSeuchG 1999

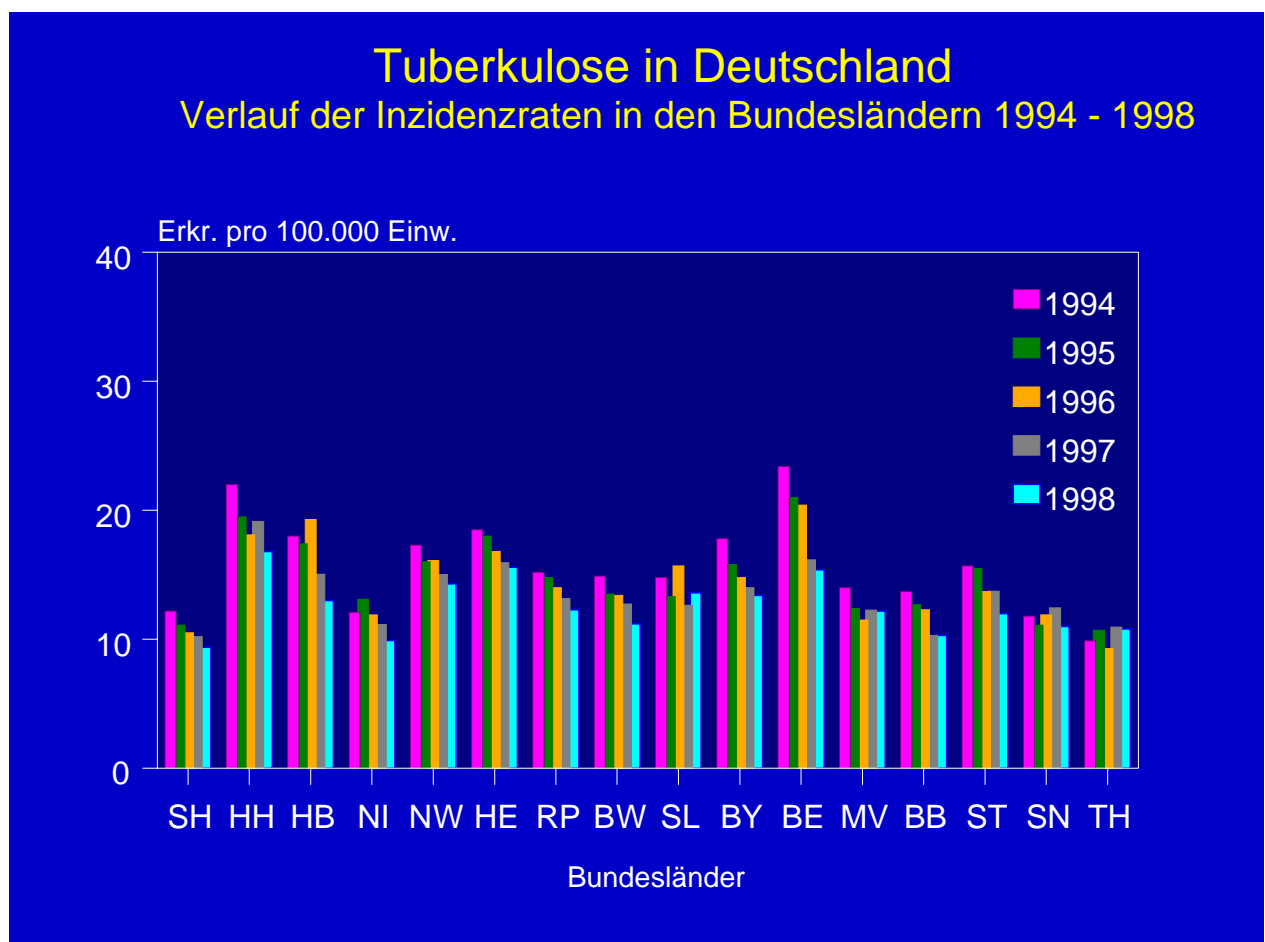
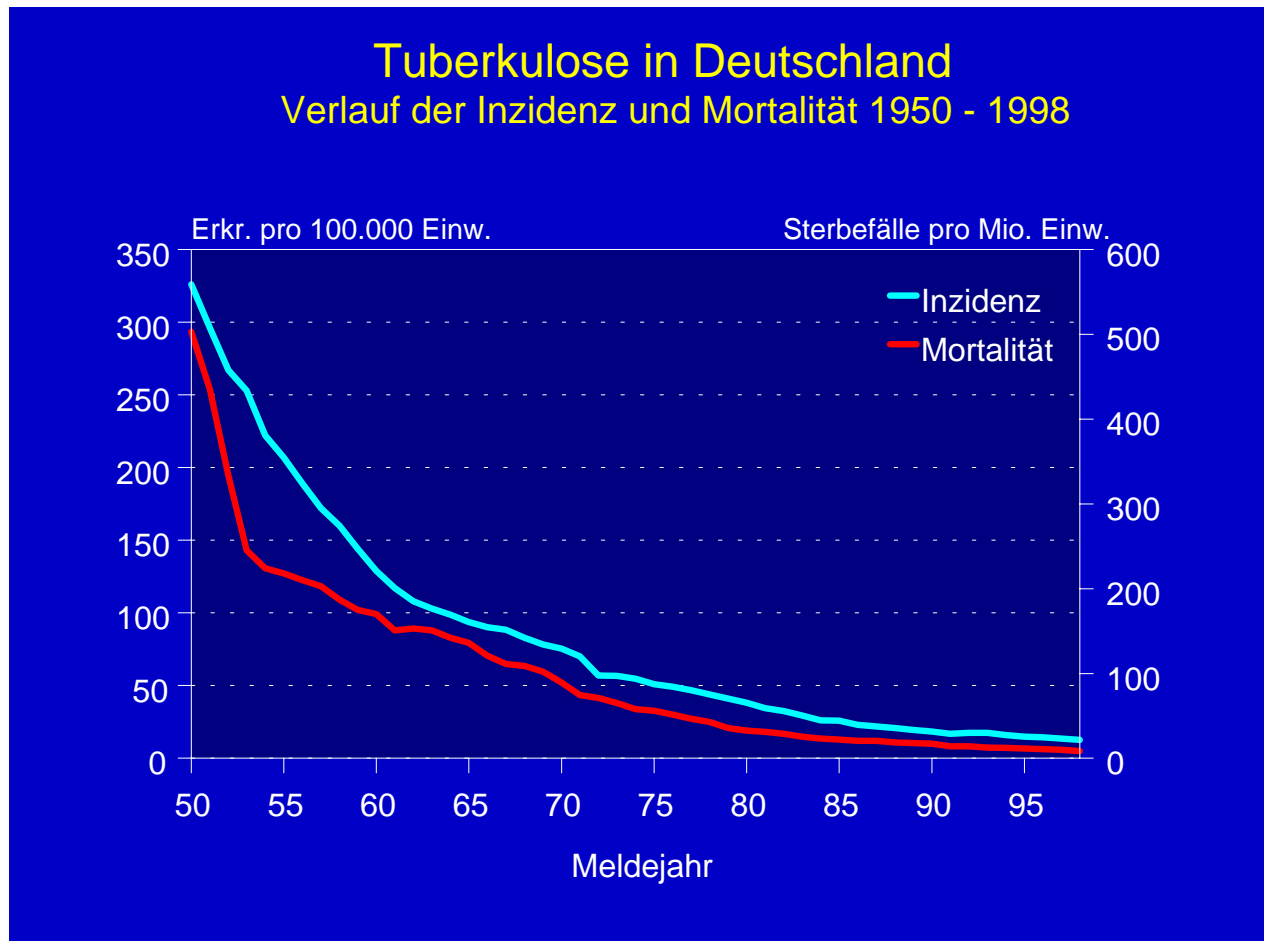
4.508

Hepatitis C in Deutschland

• Bundesgesundheitsurvey 1997-98	N = 6.748
• Anti-HCV	0,4%
• Blutspender (Erstspender 1997)	0,14%
• i.v. Drogengebraucher	79%
• Hämophile	88%
• Neuinfektionen pro Jahr (geschätzt)	2.000 - 5.000



Tuberkulose



5 Informationen zu Drogen bezogenen Todesfällen

Axel Heinemann

Die Zahl drogenbezogener Todesfälle in einer Region spiegelt insbesondere das Ausmaß fataler Konsequenzen bei einem Kern problematischer Drogengebraucher in einer Region wider. Es ist angesichts der Bandbreite praktizierter Konsummuster sowohl hinsichtlich des Substanzspektrums wie der Applikationsformen davon auszugehen, dass die von der Drogenmortalität hauptsächlich betroffenen intravenös applizierenden Opiatkonsumenten innerhalb der Gruppe versterbender Drogengebraucher erheblich überrepräsentiert sind. Insofern können umgekehrt aus Mortalitätsziffern Aussagen über die Entwicklung problematischen Drogengebrauchs jeweils nur auf diese Kerngruppe bezogen gemacht werden.

Unter drogenbezogenen Todesfällen sind direkte und indirekte Kausalität zum Drogengebrauch zu subsumieren. Tödliche Intoxikationen bzw. mittelfristige Folgen lebensbedrohlicher Intoxikationen sind zur direkten Kausalität zu zählen. Die Definition des Drogentodes umfasst in Deutschland außerdem Suizide, die kausal als in Verbindung mit einer ausweglos empfundenen Lebensrealität von Drogenkonsumenten stehend gedeutet werden. Außerdem sind Unfälle unter Einwirkung von Drogen und tödliche Langzeitfolgererkrankungen riskanten Drogenkonsums darunter zu verstehen.

Die bundesdeutsche Definition des Drogentodes ist Grundlage der Erfassung bei Landeskriminalämtern auf Bundeslandebene, für die polizeiliche Ermittlungsergebnisse sowie fakultativ rechtsmedizinische Untersuchungsbefunde konstitutiv sind. Seit drei Jahrzehnten publiziert das Bundeskriminalamt aggregierte Daten und nach Bundesland stratifizierte Analysen in jährlichen sog. Rauschgiftjahresberichten.

Neben dem polizeilichen Erfassungssystem bietet sich auch eine Auswertung des Mortalitätsregisters beim Statistischen Bundesamt auf Basis bestimmter, Code-Kombinationen der ICD (International Classification of diseases) an. Dieser Erfassungsweg wurde in einem jüngst durchgeführten, von der europäischen Drogenaufsichtsbehörde (EMCDDA) ausgeschriebenen Projekt in den EU-Staaten im Vergleich zur jeweiligen traditionellen Zählweise getestet. Ziel ist die Harmonisierung der Drogentodesfallerfassung zur Erhöhung internationaler statistischer Vergleichbarkeit. Für Deutschland zeigte sich retrospektiv eine sehr hohe Trendkorrelation zwischen BKA-Register und Todesursachenregister beim Statistischen Bundesamt, wobei drei unterschiedlich breit angelegte Konzepte, ICD-Codes mit potentielltem Bezug zu Drogen bezogenen Todesfällen aus dem Mortalitätsregister zu selektieren, verwendet wurden. Im Gegensatz zur polizeilichen Erfassung sind auf diesem alternativem Weg aber bislang nur Vergiftungsfälle und keine mittelbar mit Drogenkonsum verbundenen Todesursachen standardisiert darstellbar.

Die entscheidende Weichenstellung für jede Form der Erfassung liegt in der Tätigkeit der leichenschauenden Ärzte, zumeist Not- oder Hausärzte, begründet. Bei einer Obduktionsrate in Deutschland von unter 2% ist die Bescheinigung natürlicher Todesursachen mitunter spekulativ, beendet aber definitiv jede weitere Aufklärung. Gerade bei sog. indirekten drogenbezogenen Todesfällen dürfte oftmals der Kausalzusammenhang der Registrierung entgehen.

Für regionale Analysen ergänzen Datenbanken forensischer Institute die Informationslage und gewährleisten insbesondere ein differenziertes toxikologisches Profil des zugrundeliegenden Substanzspektrums. Haaranalysen ermöglichen ein ungefähres Bild von in den Monaten vor dem Tod aktuellen Konsummustern und haben jüngst den hohen Anteil von Verstorbenen nach Phasen vergleichsweise geringen Konsums mit entsprechender Toleranzerniedrigung unterstrichen. Ein erheblicher Informationsgewinn ist auf regionaler Ebene zudem durch die Vernetzung von Behandlungsdokumentation und Todesfalldaten sowie Drogennotfalldaten möglich.

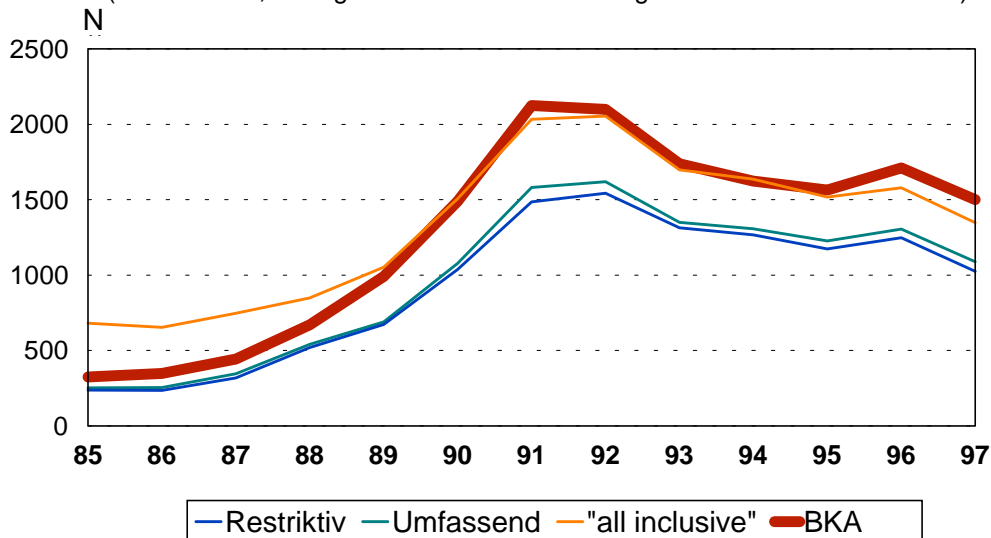
Die Drogentodesfallprävalenz als Indikator primär des riskanten Opiatgebrauchs zeigt Trendentwicklungen nach bisheriger Erfahrung in der Regel parallel zu anderen, u.a. polizeilichen Indikatoren der Heroin(Opiat)nachfrage an (s. Abb.), hängt zudem u.a. von Begleitkonsumtrends und regionalen Versorgungsangeboten ab. Das Substanzspektrum betreffend, sind in den letzten 10 Jahren insbesondere risikobehaftete Änderungen von Konsummustern relativ frühzeitig bei Todesfällen sichtbar geworden, so z.B. der Trend zum polyvalenten Konsum sowie der Missbrauch von üblicherweise zur geregelten Substitution eingesetzten Substanzen (z.B. DHC, Methadon, s. Abb.).

Abbildung 3: Folien Drogen bezogene Todesfälle

<p>Rauschgifttodesfall- Definition</p> <ul style="list-style-type: none">• Todesfälle infolge Überdosierung• Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs• Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter der Einwirkung von Entzugserscheinungen• Tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen <p>Definition Ständige Arbeitsgruppe Rauschgift/ StAR, BKA 1979</p>
<p>Erfassungswege</p> <ul style="list-style-type: none">• Klassisch im Bereich der Polizei: Als "Rauschgifttodesfälle" in der sog. Falldatei Rauschgift (jährliche Publikation durch BKA)• Modellversuch der EMCCDA/ Europäische Harmonisierung : Nationales Mortalitätsregister beim Statistischen Bundesamt: Harmonisierung• Regionale toxikologische Datenbanken rechtsmedizinischer Institute
<p>BKA – Berichterstattung</p> <ul style="list-style-type: none">• Alter, Geschlecht, Nationalität, soziale Stellung• Fundorte• Geographische Verteilung: Bundesländer, Metropolen, einwohnerbezogene „Belastungszahl“• Todesursachen mit Substanzklassen• Obduktionsanteil• HIV- Prävalenz• Regionale Besonderheiten, internationaler Vergleich der Fallzahlen

Drogentodesfallstatistik: BKA-Register versus europäischer Pilot-Standard

(Feldversuch, Bezug: nationales Mortalitätsregister beim stat. Bundesamt)



EMCDDA- Projekt CT.98.EP.11, koordiniert durch Trimbos- Institut, Utrecht

Problem Dunkelfeld

- direkte/ indirekte Drogentodesfälle
- Auffindungssituation entscheidend für Konsequenzen der Leichenschau
- Informationskette Leichenschauer, Polizei, Rechtsmedizin
- Informationswege Rechtsmedizin- Polizei nicht einheitlich standardisiert

Problem Aufklärungsquote

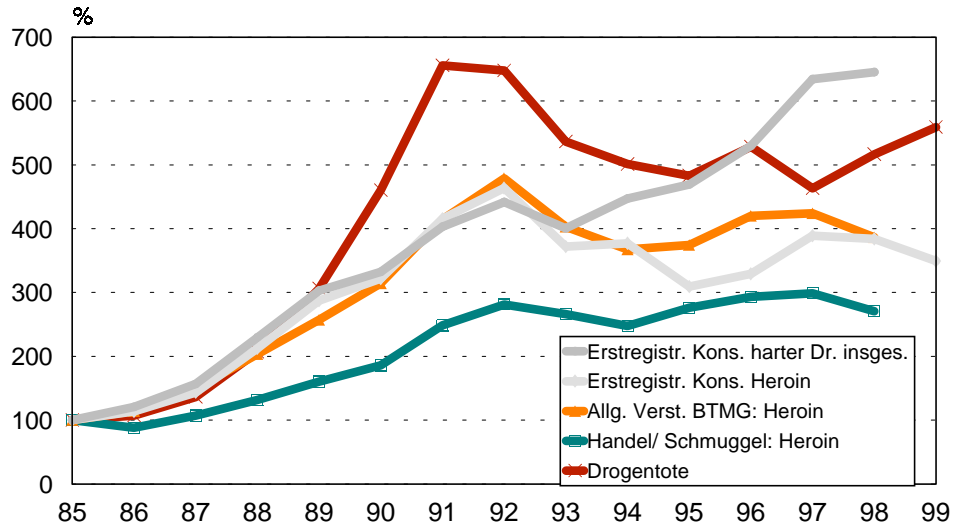
- Obduktionsraten sehr unterschiedlich zwischen Bundesländern!
- Rechtsmedizin: Obduktion in der Regel nur auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft, regionale Ausnahmen
- Chemisch- toxikologische Untersuchungen: aufwendig, noch geringere Frequenz als Obduktion

Substanzbezogene Trends

- Nur für mortalitätsrelevante Drogen
- V.a. Drogen, die routinemäßig gescreent werden
- Suizidaler/ parasuzidaler Konsum systematischer Confounder bei Analogieschlüssen zu Szenetrend
- Polizeistatistik: Substanzangaben toxikologisch oft nicht validiert
- Nationales Mortalitätsregister: Informationsfluß nicht standardisiert, monokausale Codierung
- Regionale Studien

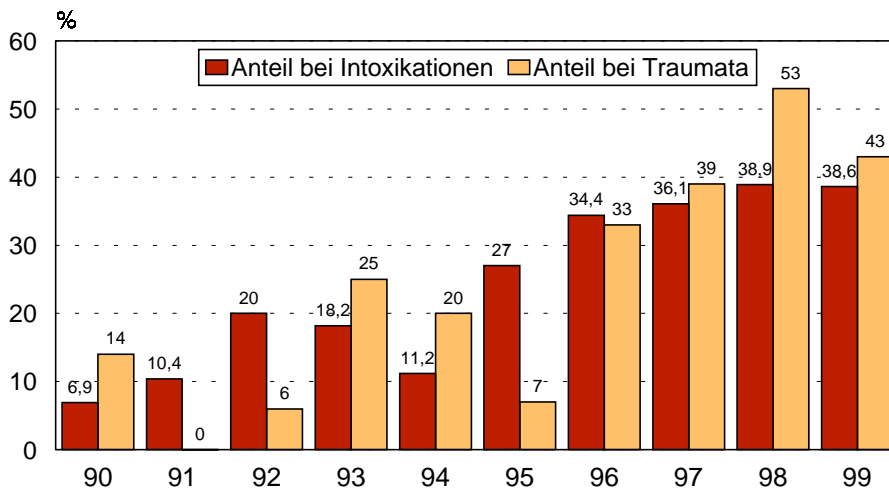
Drogentod versus Indikatoren der Heroin- Nachfrage

(nach BKA- Rohdaten 1985-1999, indexiert mit 1985=100)



Cocainbeteiligung bei Drogentodesfällen

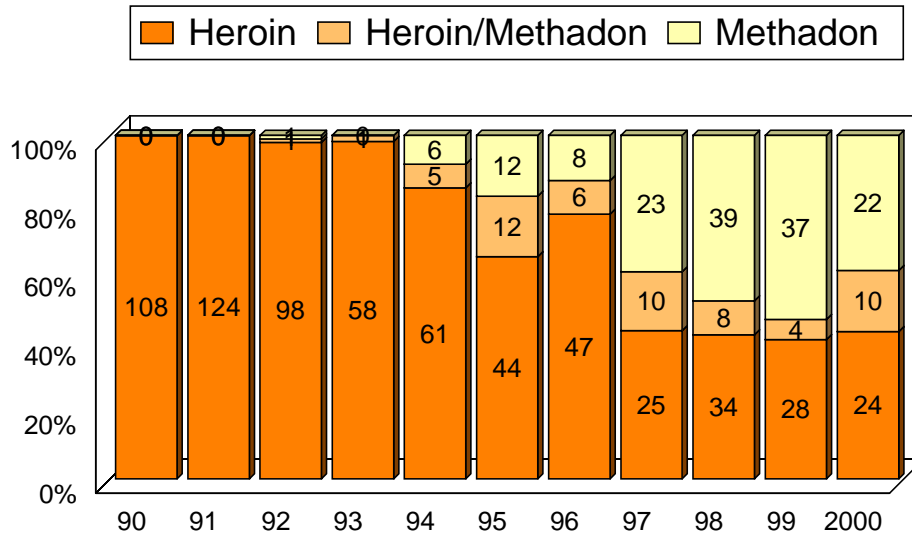
Hamburg 1990- 1999: Intoxikationen/ Traumata



Traumata= gewaltsamer Tod, Unfall oder Suizid

Heroin-, Methadon- und Mischvergiftungen als Todesursache

Hamburg 1990-2000, nur heroin/ methadonbezogene Vergiftungen



Beschriftung: Absolute Zahlen

Schlussfolgerungen

- Harmonisierung der Informations- und Erfassungswege wichtig.
- Europäische Standarderfassung über Todesursachenregister in Entwicklung (EMCDDA- Projekt): Zukünftige Rolle des Polizeiregisters z.B. als "backup estimate"?
- Problem: Erfassung von Todesfällen mit indirekter Kausalität
- Ziel: Integration von Todesfall- und anderen Informationen aus dem Drogenhilfebereich

Informationsquellen II: Weitere Quellen

6 Drug-Checking - Zwischenstand zu den Möglichkeiten und Grenzen von Drogenanalysen im Rahmen eines Drogenfrüherkennungssystems

Arthur Schroers

Einleitung und Begriffsbestimmung von Drug-Checking

Bei den nachfolgenden Ausführungen möchte ich in die Thematik Drug-Checking einführen und einen Überblick zum Zwischenstand zu den Möglichkeiten und Grenzen von Drug-Checking im Rahmen eines Drogenfrüherkennungssystems verschaffen. Zunächst werde ich eine begriffliche Klärung vornehmen, also darstellen, was unter dem Terminus „Drug-Checking“ zu verstehen ist (1). Sodann soll kurz erläutert werden, was mit Drug-Checking als Maßnahme der Prävention erreicht werden kann (2). In einem weiteren Schritt wird – so hoffe ich – die mögliche Rolle von Drug-Checking als grundlegender Bestandteil eines Monitoring begreifbar (3). In diesem Zusammenhang soll näher auf die Nutzung von Drug-Checking als Datenquelle eingegangen werden (4). Als Fazit möchte ich vor dem Hintergrund internationaler Bestrebungen einen Ausblick auf Monitoring unter Einbeziehung von Drug-Checking eröffnen (5).

Begriffe, wie „Drug-Checking“, „Ecstasy-Monitoring“, „Drogentesting“, „Pilltesting“, „On-Site-Testing“, „Substanzidentifikation“ oder „Vor-Ort-Drogentest-Service“ stehen für verschiedene Ansätze und Modelle der qualitativen und quantitativen Bestimmung und Kontrolle von Ecstasy und weiteren illegalisierten Substanzen auf der Basis von Drogenanalysen. Diese Substanzen werden insbesondere in der Techno-Szene und das hieran angelagerte Party-Milieu sowie allgemein in Jugendkulturen von zumeist jungen Menschen eingenommen (näheres hierzu: Schroers 1999a, S. 119ff.). Drug-Checking hat in diesem Zusammenhang und meinem Verständnis nach drei Funktionen:

1. ist Drug-Checking eine Maßnahme im Rahmen von Prävention,
2. ist es ein Instrument zur Früherkennung und Drogentrendforschung (Monitoring) sowie
3. bilden systematisch betriebene Drogenanalysen eine Grundlage für ein Drogenfrühinformationssystem.

Eingedenk der Situation, dass in Deutschland die Diskussion um Drug-Checking nicht immer sine ira et studio geführt wird, möchte ich an dieser Stelle jedoch zunächst an dem Begriff „Drug-Checking“ festhalten, da er sich in der Diskussion um Drogenanalysen zum Zwecke des Gesundheitsschutzes mittlerweile eingebürgert hat.

Drug-Checking im Rahmen der Prävention

Ausgangslage für Drogentest-Angebote sind neben den direkten Risiken für die Gesundheit in Zusammenhang mit dem Konsum erwartbarer Substanzen (z.B. Ecstasy; vgl. etwa: Fromberg 1997; Thomasius 2000¹) eine große Variabilität der Stoffe auf dem Drogenschwarz-

¹ Die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte und veröffentlichte Untersuchung von Thomasius und weiterer Mediziner der Klinik Eppendorf in Hamburg ist die wohl europaweit am größten angelegte Forschungsarbeit aus medizinisch-psychiatrischem Blickwinkel auf die Negativ-

markt, die Verunreinigung von Drogen (z.B. Ecstasypillen) und das Risiko von Überdosierung. Die Droge Ecstasy ist hierfür ein gutes Beispiel: Gelten Ecstasypillen bei Konsumenten als besonders populär, tauchen häufig schon nach kurzer Zeit Imitate dieser Pillen mit ähnlichen oder nahezu gleichen Merkmalen (z.B. ein bestimmtes bei der Tablettierung verwendetes Prägemotiv) auf. Brisant wird das Auftreten solcher Imitate dann, wenn Konsumenten fälschlicherweise annehmen, abermals die ihnen bekannte Pille (z.B. mit dem Wirkstoff MDMA² in einer verträglichen Dosis) einzunehmen, die Pille aber tatsächlich einen anderen und für die Gesundheit der betreffenden Person prekären bzw. einen akut gefährlichen Wirkstoff (z.B. Strychnin, PMA, 4-MA³ oder ein unerwartet starkes Halluzinogen wie z.B. Atropin), keinen Wirkstoff (Placebo)⁴ zum Inhalt hat oder wenn die Pille wesentlich abweichend (etwa sehr hoch) dosiert ist. Akute Gefahren für die Gesundheit können auf Grund dieser Tatsache im Einzelfall nicht ausgeschlossen werden. Allein auf Grund äußerer Merkmale von Ecstasypillen (Prägemotiv, Farbe der Pille etc.) ist es – auch wenn diese Annahme bei Konsumenten weit verbreitet ist – nicht möglich, den Inhalt einer Pille ohne weiteres zu identifizieren. Neben den bereits erwähnten Risiken in Zusammenhang mit Partydrogenkonsum, entstehen durch die nichtbeabsichtigte Einnahme stark- und langwirksamer Substanzen (z.B. Methamphetamin bzw. Amphetamin, Halluzinogene) zusätzlich Gefahren, wie körperliche und psychische Beeinträchtigungen sowie Abhängigkeitsgefährdung.

Im Rahmen von Prävention kann Drug-Checking mehrere Funktionen haben. Zum einen können die Ergebnisse der jeweils getesteten Pille unmittelbar an den Angebotsnutzer vermittelt werden oder über das Internet (näheres zur Funktion des Internets im Rahmen von Drug-Checking, siehe Abschnitt 4), per Telefon oder bei einer Beratungsstelle abrufbar sein. Mit dem Testergebnis stehen dem Konsumenten wichtige Informationen zum Inhaltstoff und zur Dosis zur Verfügung, die Voraussetzung für einen risikomindernden Umgang mit Drogen (Harmreduction-Konzept) sind. Zum anderen können Informationen aus Drug-Checking eine wichtige Grundlage für Informationskampagnen sein. Dies ist etwa dann der Fall, wenn vor besonders gefährlichen oder akut bedrohlichen Stoffen gewarnt wird. In der praktischen Arbeit haben wir in den vergangenen 3 Jahren zu folgenden Stoffen "Warnkampagnen" in der Bundesrepublik initiiert und vor Ort durchgeführt:

- im Jahr 1997: zu Atropin in Ecstasypillen, wobei das Halluzinogen in Tabletten mit verschiedenen Motiven verbreitet war,
- im Jahr 2000: zu einer Strychnin enthaltenen Ecstasypille die (allerdings allein) in den Niederlanden aufgetaucht ist und noch ein Beispiel, das nicht lange zurück liegt aus
- dem Jahr 2000: im November 2000 wurde eine Informationskampagne zu verschiedenen Pillen, die in Europa und auch in Deutschland mit PMA bzw. PMMA aufgetaucht sind, durchgeführt.

Auch in den Niederlanden – aus denen neben Österreich wichtige Hinweise aus Drug-

auswirkungen des Ecstasykonsums. Eingedenk der Selektivität der gewählten Stichprobe und der Anwendung der auf den klinischen Fokus reduzierten Diagnoseverfahren, insbesondere was die psychiatrischen Diagnosen betrifft, ist die Studie mit Blick auf den hier gestellten Anspruch auf eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf alle Ecstasykonsumenten hinsichtlich verschiedener Aussagen kritisch zu lesen.

² MDMA ist das Kürzel für die Substanz 3,4-Methylendioxy-N-Methyl-Amphetamin.

³ PMA steht für eine Substanz mit der chemischen Formel Para-Methoxy-Amphetamin, 4-Methoxy-Amphetamin und 4-MA = 4-Methoxy-Alpha-Methyl-Phenethylamine).

⁴ Wenn kein psychoaktiver Wirkstoff in einer Ecstasypille enthalten ist, kann dies in Folge bspw. bei erneutem Konsum zur Aufnahme größerer Mengen führen, wodurch das Risiko einer Überdosierung wahrscheinlicher wird.

Checking-Aktivitäten für die o.g. Informationskampagnen stammen – wurden verschiedene "Warnkampagnen" durchgeführt. So etwa zu Lsd, MBDB⁵, DOB⁶ als auch zu großen Mengen Amphetamin in Ecstasypillen u.a.m. (vgl. Van Kampen 1997, S. 4ff.).

Es haben sich im Verlauf der letzten 5–10 Jahre verschiedene Ansätze und Modelle von Drug-Checking entwickelt. Ich möchte nunmehr kurz einige Entwicklungslinien dieses Präventionsansatzes aufzeichnen. So ist die Diskussion um Drogentestverfahren nicht erst seit dem Aufkommen der Droge Ecstasy aktuell. In Deutschland wird auch im Bereich der „traditionellen Drogen“ (Heroin, Kokain) immer wieder von Teilen der Drogenhilfe die Untersuchung von Substanzen zur Bestimmung des Reinheitsgrades (und vice versa des Verschnitts) eingefordert (sog. "Screenings"; vgl. auch Schroers 1995, S.172). Drogentests werden vor allem in den Fällen gefordert, in denen offensichtlich unerwartet sehr „reines“ Heroin auf dem Markt auftaucht und in der Folge Überdosierungen mit Todesfolge auf der Szene auftreten. Neuartig an der Diskussion um Drug-Checking ist, dass hier nicht mehr nur die Reinheit bzw. die Quantität der Stoffe Untersuchungsgegenstand sind, sondern auch die Qualität, d.h. die Frage, um welchen Stoff es sich überhaupt handeln kann. Mit der Verbreitung unterschiedlicher Substanzen, die als Ecstasy gehandelt wurden und werden, so zum Beispiel verwandte Stoffe wie MDEA⁷ und MDA⁸ aber auch mit dem Auftreten stark wirksamen Halluzinogene auf dem Ecstasyschwarzmarkt wurde ein erstes Drug-Checking – allerdings unter dem Namen "Pilltesting" – vor ca. 10 Jahren im Rahmen der Safer House Campaign (Kampagne für sichere Housepartys) vom Beratungsbüro August De Loor als Testangebot in den Niederlanden auf Partys angeboten. Auch in dem Beratungsbüro von De Loor in Amsterdam können Pillen zur Analyse eingereicht werden. Das Niederländische Institut für Alkohol und Drogen (NIAD) hat aufbauend auf den Pillentests das Drogeninformations- und Monitoringsystem (DIMS) entwickelt. Ich werde an späterer Stelle (in diesem Abschnitt und in Abschnitt 3) noch einmal genauer auf das DIMS eingehen.

Im Laufe der Zeit haben sich zwei unterscheidende Drug-Checking-Methoden herauskristallisiert. Die eine Variante ist das stationäre Testen, die andere das sog. On-Site-Testing. Beim On-Site-Testing wird auf – zumeist größeren – Technoveranstaltungen (sog. Raves oder Events) eine Analyse oder ein Schnelltest durchgeführt. Beim Schnelltest wird die Pille vom Service-Anbieter (i.d.R. vom Drogenberater) zunächst in Augenschein genommen. Auf Basis einer stets aktualisierten Liste (Determinationsliste)⁹, die systematisch erhobene und codierte Daten zu im Labor analysierten Pillen enthält, kann die vermeintliche Ecstasypille dann anhand einiger Parameter und mit Hilfe einer Reagenz (Marquis-Test) bestimmt (identifiziert) werden (näheres siehe Schroers 1996, S. 72ff.). Die Sicherheit der Testresultate, die im Rahmen des Marquis-Schnelltests entstehen, ist umstritten¹⁰. Mit der großen Ähnlichkeit

⁵ MBDB ist das Kürzel für N-Methyl-1-(1,3-Benzo Dioxol-5-yl)-2-Butanamine aus der Gruppe der Entaktogen und ist in der Wirkung dem MDMA ähnlich.

⁶ DOB ist das Kürzel für 2,5 Dimethoxy-4-4-Bromo-Amphetamin, was ein starkes Halluzinogen mit langer Wirkdauer (18-30 Stunden) und einem stark stimulierenden Effekt ist.

⁷ MDE(A) ist das Kürzel für 3,4-Methylen-Dioxy-N-Ethyl-Amphetamin, auch bekannt als „Eve“. MDEA ist eine dem MDMA chemisch verwandte Substanz.

⁸ MDA ist das Kürzel für 3,4-Methylendioxyamphetamin, ein schwaches Halluzinogen, dass allerdings in hohem Maße die Emotion und die Empathie verstärkt.

⁹ Die Determinationslisten, die bei der Beratung eingesetzt werden, enthalten nur die Ecstasypillen, die auch in den vorangegangenen letzten zwölf Wochen auf dem Drogenschwarzmarkt aufgetaucht und vom Deltalab-Labor in Utrecht analysiert worden sind.

¹⁰ Vgl. hierzu die Stellungnahme des *Bundesamtes für Gesundheit in der Schweiz (BAG)*: "Aus präventiven Gründen [...] kann das BAG Pillentests vor Ort nicht empfehlen. Zuverlässige Aussagen sind

des Erscheinungsbilds derzeit auftretender Ecstasypillen gelangen derartige Tests schnell an die Grenzen der Aussagekraft.

Bei dem Drogentesting nach niederländischem Vorbild ist die individuelle und personalkommunikative Vermittlung der Testresultate an den jeweiligen Angebotsnutzer auf Basis aktueller Determinationslisten ein zentraler Aspekt. Das vom Beratungsbüro August De Loor in den Niederlanden entwickelte Modell des Vor-Ort-Tests wurde bis vor einiger Zeit auch von der Drogenberatungsstelle in Hannover (Drobs) an einem Veranstaltungsort in Hannover durchgeführt (vgl. Grube 1997, S. 288ff.)¹¹. Weitere Modelle des On-Site-Testing werden in Bern und in Wien umgesetzt. Die Staatsanwaltschaft in Hannover toleriert das Testverfahren im Dienste des Gesundheitsschutzes, was in Deutschland einzigartig ist. Das Projekt Check it! in Wien ist ein Zusammenschluss des Vereins Wiener Sozialprojekte und des Toxikologischen Instituts der Universität Wien. Bei Check it! werden mit Hilfe aufwendiger technischer Apparatur (zwei High Performance Liquid Chromatographie-Geräte (HPLC) und weiteren Analysegeräten sowie mehreren vernetzten Notebooks u.v.m.) als auch unter großem Personaleinsatz (ca. 8 pharmazeutisch-technische Mitarbeiter, 13 Sozialarbeiter) regelmäßig auf großen Techno-Events in Wien Analysen durchgeführt. Check it! ist zum einen ein Präventionsprojekt mit hoher Beratungskapazität. Zum anderen sollen im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungsprojekts gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zum Drogengebrauch in der Techno-Party-Szene zusammengetragen werden (vgl. Kriener et al. 1999). Um ein Analyseergebnis zu erzielen, reibt der Angebotsnutzer zuvor mittels eines Schleifpapiers eine kleine Menge der Substanz von der Pille ab. Die Pille bleibt im Besitz des Konsumenten. Sodann wird die Pille fotografiert, vermessen und analysiert. Die Analyseergebnisse werden kurze Zeit später (in der Regel ca. eine halbe Stunde nach Abgabe der Pille an Check it!) auf der Veranstaltung selbst noch mittels Aushängen veröffentlicht. Bereits anhand der jeweiligen Farbe des ausgehängten Zettels mit dem Analyseergebnis können die Angebotsnutzer schnell erkennen, ob eine unmittelbare Gefährdung besteht. Ein weißer Zettel zeigt das Ergebnis einer Pille mit dem vom Konsumenten erwartetem Inhaltsstoff (z.B. MDMA) an. Ein gelber Zettel verweist darauf, dass die Analyse noch weitergeführt werden muss, etwa wenn zusätzliche Analyseschritte notwendig werden. Und ein roter Zettel signalisiert einen unbekanntem oder akut gefährlichen Inhaltsstoff. Auf den ausgehängten Zetteln werden keine Prägemotive der Pillen angegeben. Es werden lediglich die Codenummer und die entsprechenden qualitativen (Substanzart) und quantitativen (Dosis) Daten der Pille veröffentlicht. Das Ergebnis der jeweils analysierten Pille ist nicht auf Pillen mit gleichem Erscheinungsbild verallgemeinerbar, was auch von den Check it!-Mitarbeitern (an die Angebotsnutzer) kommuniziert wird. Das Drug-Checking des Projekts Check it! wird durch eine umfangreiche und differenzierte Informationskampagne zu den allgemeinen Risiken des Drogenkonsums begleitet. Auch stehen ausreichend (s.o.) Sozialarbeiter bereit, um in Beratungsgesprächen weitere Informationen zu den Wirkungen und Risiken des Drogengebrauchs an Angebotsnutzer und Interessierte zu vermitteln oder um bei Problemlagen zu helfen. Sowohl die Drogenanalysen als auch das Beratungsangebot von Check it! wird gut von den Partybesuchern angenommen. Am Abend werden bis zu 100 Ecstasypillen (aber auch andere Substanzen) getestet und 300 (!) Beratungsgespräche geführt (vgl. Kriener et al. 1999, S. 52ff.). Die Analyseergebnisse können – allerdings nur anhand eines bestimmten individuellen Schlüssels (Datum und Ort der Pillenabgabe sowie Motiv der Prägung etc.) – auf der Internet-Homepage des Projekts (<http://www.checkyourdrugs.at>) eingelesen werden.

mit oberflächlichen Verfahren nicht machbar. Die Informationen aufgrund solcher Schnelltests vor Ort könnten Konsumenten zu einer falschen Sicherheit verleiten“ (Quelle: Stellungnahme des BAG vom 2. Juli 1997).

¹¹ Aufgrund der Schließung des Veranstaltungsortes (der Location), an dem in Hannover Drogentests in einem dort plazierten Bus der *Drobs* durchgeführt wurden, können die Tests nunmehr lediglich in den Räumen der Beratungsstelle – also stationär – angeboten werden.

Auch in Bern wird im Rahmen des Präventions-Modell-Projekts Pilot E ein sog. ¹²Ecstasy-Monitoring durchgeführt. Hier wird ebenfalls ein mobiles Labor eingesetzt, welches von dem Kantonsapotheker Daniel Allemann entwickelt wurde und von der Größe her leicht in einen Kleintransporter hineinpasst. Da das Projekt Pilot E auf kleineren Veranstaltungen mit lediglich rund 500 Besuchern zugegen ist, kommt es mit wesentlich weniger technischem Aufwand (lediglich ein HPLC-Gerät) Personaleinsatz (2 bis höchstens 4 Mitarbeiter vor Ort) als das Projekt Check it! in Wien aus. Die Ergebnisse werden vergleichbar Check it! noch am gleichen Abend auf der Veranstaltung veröffentlicht und sind in weitere Präventionsangebote eingebettet (weitere Informationen zum Projekt siehe auch: Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern 1997; 1999 sowie Allemann et Al. 2000).¹³ Sowohl bei Check it! als auch bei Pilot E wird eine Befragung der Angebotsnutzer durchgeführt, die sowohl soziodemographische Daten, Daten zum Konsum, als auch Daten zur Herkunft der Pille und anderes mehr abfragt.

Bei der zweiten Drug-Checking-Variante, dem stationären Testen werden Tests innerhalb einer Beratungs- oder Anlaufstelle durchgeführt oder die Pille wird an ein Labor übermittelt. Diese Variante wird in den Niederlanden im Rahmen des DIMS durchgeführt, etwa in dem Fall, indem eine unbekannte Pille bei einem Beratungsbüro eingeht. Das Ergebnis kann hier nach weniger als einer Woche (i.d.R. 5 Tage) an den Angebotsnutzer zurückvermittelt werden. Auch in Deutschland wurde zeitweise ein Drug-Checking angeboten, bei dem Ecstasypillen über die Szene-Initiative Eve & Rave in Berlin entgegengenommen und an das Labor der Klinik Charité in Berlin weitergeleitet wurden. Die Ergebnisse der insgesamt rund 200 Analysen wurden auf Listen zusammengestellt, die sodann in der Szene verbreitet wurden. Auf Grund eines Strafverfahrens, welches gegen Mitglieder von Eve & Rave Berlin eingeleitet wurde, stellte die Charité die Drogenanalysen nicht einmal ein Jahr nach dem Beginn des Drug-Checking, am 30.09.1996, ein. Dies führte zum Ende der Drug-Checking-Aktivitäten von Eve & Rave Berlin. Derzeit wird Drug-Checking lediglich sporadisch von der Schweizer Eve & Rave-Gruppe in Zürich durchgeführt. Die Daten der Pillenanalysen und jeweils ein Foto des Prägemotiv (falls vorhanden) sowie der Lsd-Schnipsel werden von Eve & Rave auf der Internetseite <http://www.eve-rave.ch> dokumentiert.

Mittlerweile finden nicht nur in den Niederlanden, der Schweiz und Österreich Drug-Checking-Aktivitäten statt. Auch in unseren Nachbarländern Frankreich (von der Szene-Initiative Techno Plus), in Belgien (von Modus Vivendi) aber auch in den USA und Australien (so etwa das Projekt Dance Safe) gibt es Drug-Checking-Ansätze, die mit unterschiedlichen Methoden Tests bzw. Analysen von Ecstasy und weiteren Substanzen durchführen. Konsumenten versuchen sich auch selbst an Tests. Mit Hilfe der frei käuflichen Marquis-Reagenz (EZ-Test) kommen sie zu Testergebnissen, die sie zusammen mit Erfahrungsberichten im Internet veröffentlichen, so zum Beispiel auf der international genutzten Internet-Seite „Pillreports“ (<http://www.pillreports.com>).

Wenn hier verschiedene Drug-Checking-Ansätze und -Modelle kurz vorgestellt wurden (näheres siehe: Schroers 1999a; Schroers 2000a; b), dann dürfte deutlich geworden sein, dass Ansatz und Methode stark von den jeweiligen Rahmenbedingungen der Aktivitäten abhängen. Wurde Drug-Checking bspw. in den Niederlanden, der Schweiz und Österreich von staatlichen Stellen unterstützt, so stehen der Realisierung eines gesicherten Drug-Checking in Deutschland noch erhebliche rechtliche Probleme entgegen, die bereits an anderer Stelle erörtert wurden (vgl. Körner 1997; Schroers 1999a). In Deutschland müssen Anbieter eines Drug-Checking-Service nach wie vor mit einer Strafverfolgung rechnen (vgl. ebd.). Dies ver-

¹² Bislang werden von *Pilot E* aus formalen Gründen nur vermeintliche Ecstasystoffe getestet. Für die Zukunft wird vom Projekt angestrebt auch weitere auf Partys auftauchende Stoffe zu untersuchen und zu bestimmen.

¹³ Ein Evaluationsbericht zum Projekt *Pilot E* liegt vor (vgl. Thomas et al. 2000).

wundert, da Drug-Checking neue vielfältige Möglichkeiten im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Früherkennung eröffnet.

Bei der Diskussion um Drug-Checking wird häufig die präventionspolitische Frage nach den erwünschten und möglicherweise unerwünschten Folgen dieser Maßnahme (etwa, ob Drug-Checking konsumauffordernde bzw. -legitimierende Wirkung habe) aufgeworfen. Aus diesem Grund möchte ich mich an dieser Stelle mit den präventionspolitischen Aspekten von Drug-Checking beschäftigen. Drug-Checking im Rahmen von Prävention hat spezifische drogenhilfepolitische Implikationen, die unter Begriffen wie „Akzeptierende Drogenarbeit“ (vgl. Stöver 1999) und „Harmreduction“ (vgl. etwa Strang 1992) mittlerweile in weite Teile der Drogenhilfe und in die deutsche Drogenpolitik eingeflossen sind. So soll gemäß dem „Drogen- und Suchtbericht 1998 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung“ (1999) auch „Schadensminimierung“ nunmehr als eine „zusätzliche Schwerpunktsetzung“ in der Drogenhilfepolitik weiterverfolgt werden (S. 6).

Wird Drug-Checking als Instrument der Prävention eingesetzt, ist die Zielsetzung in erster Linie Harmreduction, also die Verhinderung bzw. Minimierung der Gefahren (d.h. die Gefährdung durch die objektiven Gegebenheiten), die in Zusammenhang mit Drogengebrauch stehen. Drug-Checking stärkt durch die Bereitstellung sachgerechter Informationen die „Risiko-kompetenz“ (Franzkowiak 1998, S. 65ff.) des einzelnen Konsumenten. Infolge einer Abschätzung des eigenen Risikos (bezogen auf die Situation des Individuums) und vor dem Hintergrund der nun verfügbaren objektiven Daten werden wichtige Informationen für eine risikobewusste Entscheidung zum Umgang mit Drogen verfügbar. Prävention zielt hier durch Angebote und Maßnahmen (wie Drug-Checking) auf die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der meist jugendlichen Adressaten, was im Sinne der Leitnormen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ist (§1, §14 KJHG) und Zielsetzung zeitgemäßer Prävention ist. So konstatiert etwa Manfred Kappeler:

Der Präventionsauftrag in §14 [KJHG; Anmerkung A.S.] bezieht sich auf den Schutz junger Menschen vor ‚gefährdenden Einflüssen‘, denen gegenüber sie kritik- und entscheidungsfähig gemacht werden sollen. Diese Koppelung von ‚Schutz vor...‘ mit den Entwicklungszielen aus §1 KJHG macht deutlich, daß es sich hier um eine Befähigung zur ‚Eigenverantwortlichkeit‘ handeln soll, mit der es nicht vereinbar ist, die ‚gefährdeten Einflüsse‘ einseitig durch die Jugendhilfe auf der Grundlage der gesellschaftlich dominanten Auffassungen über Gefährdungen und Gefahren zu entscheiden und mit Warnungen, Verboten, Verhinderungen aller Art ‚Prävention‘ zu betreiben. §14 verlangt vielmehr einen offenen Diskurs [Hervorhebung A.S.] mit jungen Menschen darüber, was ‚gefährliche Einflüsse‘ im konkreten Falle sind und welche Gefahren daraus für sie resultieren könnten“ (Kappeler 2001, S. 7f.).

Hinsichtlich der Fragestellung, ob und inwiefern Nichtkonsumenten durch ein Drug-Checking zum Konsum animiert werden könnten, wäre zu vergegenwärtigen, dass Drug-Checking als Maßnahme bislang allein im Party-Setting eingesetzt wird, also dort, wo der Konsum im Vergleich zu anderen Populationen¹⁴ enorm stark verbreitet ist.¹⁵ Die NRW-Partydrogenstudie zeigt, dass Präventionsmedien, die im Konsumkontext der Partyszene verfügbar sind, für die Mehrheit der Partybesucher keinen konsumauffordernden Charakter haben. Lediglich 7,98% erleben die Informationsmedien als „Konsumanreiz“. Demgegenüber stellen sie für 85,75% der 351 zu dieser Frage in den NRW-Städten Münster und Essen im Rahmen einer Befragung sich äußernden Besuchern von Technopartys eine „nützliche Aufklärung“ dar (vgl.

¹⁴ Beim Konsum von Ecstasy beträgt die 12-Monatsprävalenz der Gesamtbevölkerung gerade mal 3% (vgl. BZgA 1998, S. 53).

¹⁵ Vergleiche hierzu die Daten zum Drogenkonsum in der Partyszene (etwa von Tossmann/Heckmann 1997, S. 5 sowie Schroers/Schneider 1998, S. 122ff.) im Vergleich zu der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (1998, S. 53).

Schroers/Schneider 1998, S.166). Diejenigen, die einen Konsumanreiz in den Infocards sehen, selber aber nicht diese Drogen konsumieren, machen gerade einmal 0,77% der Gesamtstichprobe aus. Durch sachgerechte Informationen zu Drogen gerät mithin nicht einmal jede 100ste Person in die Gefahr, in irgendeiner Art und Weise zum Konsum ermuntert zu werden (vgl. Schroers/Schneider 1998, S. 166). Ferner ist zu bedenken, dass die Konsumenten die Pille bereits zeitlich vor der Party oder auf der Party erstanden haben. Bei den Partybesuchern, die als Nutzer für ein Drug-Checking in Frage kommen, besteht somit bereits vorher eine Bereitschaft zum Konsum (vgl. Schroers/ Schneider 1998, S. 79ff. sowie Wijngaart et Al. 1998). Zuletzt sind hinsichtlich der Frage nach konsumermunternden Effekten infolge von Drug-Checking die Ergebnisse einer breit angelegten niederländischen Untersuchung zum Drogengebrauch auf Ravepartys von Wijngaart und seinen Kollegen heranzuziehen.

So kamen die Forscher zu folgenden Erkenntnissen:

1. Die Vermutung, Tests hätten einen ermunternden Effekt auf den Gebrauch von Drogen, konnte nicht belegt werden.
2. Auf Partys mit Drug-Checking wurden im Allgemeinen nicht mehr Drogen eingenommen, als auf anderen Partys.
3. Statt auf Partys, wurden die meisten Pillen bei zuvor bekannten Dealern und im Vorfeld der Party eingekauft.
4. Die Bewertung der Safer-House-Kampagne durch Partybesucher fiel überwiegend positiv aus.
5. Die Tester forderten in keiner Weise zum Konsum auf.
6. Ein hoher Anteil der Konsumenten folgte den als seriös gelten Ratschlägen der Safer-House-Kampagne- Mitarbeiter.
7. „Schlechte“ Ergebnisse (z.B. MDMA) führten häufig zum Konsumverzicht und/oder zur Rückgabe der Pille an den Dealer.
8. Letztlich wurde der Konsum durch die Tests sicherer und vorsichtiger.
9. (Vgl. Wijngaart, Braam 1997, 180ff., 213 zit. in Schroers 1998, S. 135).

Trotz dieser ersten Erkenntnisse zur Frage, inwieweit Präventionsmedien mit Harmreduktion-Informationen konsumauffordernden Charakter haben, bleiben noch weitere Fragen, etwa zu den erwünschten und möglicherweise unerwünschten Effekten, bezüglich eines Drug-Checking durch diesbezügliche Forschungsarbeiten zu klären (vgl. ausführlich: Schroers 2000a, S. 58ff.). Bei der Konzeptionierung bedarfsgerechter Präventionsmaßnahmen wäre das Votum der Betroffenen ernst zu nehmen: So fordern immerhin 65,53% der Befragten ein Drug-Checking im Rahmen der Prävention ein (vgl. Schroers/Schneider 1998, S. 169). Nachdem bislang eher der Präventionsaspekt von Drug-Checking im Vordergrund stand, möchte ich mich nachfolgend der Frage zuwenden, inwieweit Drug-Checking als Instrument der Früherkennung und im Rahmen eines Frühinformationssystems nutzbar wäre.

Drug-Checking im Rahmen von Monitoring

Drug-Checking hat sich als ein sinnvolles Hilfsmittel zur Beobachtung von Drogengebrauchsentwicklungen und des Drogenschwarzmarktes (Monitoring) erwiesen. Erkenntnisse zum Drogenschwarzmarkt verhelfen dabei einer früheren Erkennung von Drogengebrauchstrends (vgl. hierzu auch Kemmesies 1999, S. 3ff. sowie Schroers 1988, S. 212ff.). Ein systematisch betriebenes und von der Organisation ausgereiftes Monitoring mit Einbeziehung von Datenanalysen finden wir sowohl in den Niederlanden¹⁶ als auch in Frankreich. In Frankreich wird ein Monitoring umgesetzt, welches mit einem Jahresbudget von rund 750.000 DM insgesamt kostenintensiver ist, als das niederländische Monitoringsystem, welches mit einem Jahresbudget von ca. 500.000 DM betrieben wird. Allerdings ist das French scheme for continuous observation of recent trends in drug use (TREND) mit einem Netzwerk von rund 150 teilnehmenden Einrichtungen – im Gegensatz zum niederländischen DIMS – (bislang) weniger an einem Harmreduction-Konzept orientiert, sondern stark am prohibitionistischen Konzept des war on drugs (so die Maßgabe des „fight against drugs“ im Konzept des TREND; vgl. OFDT 2000, S. 1). Ein Element des TREND ist das SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances) bei dem seit 1994 synthetische Drogen analysiert (bis dato insgesamt ca. 1000 Samples, im Jahr 2000 waren es allein 600 Samples) und in Zusammenhang mit dem TREND ausgewertet werden.

Im Rahmen des staatlich geförderten DIMS wird in den Niederlanden das „Pilltesting“ in erster Linie von Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (derzeit über zwanzig an der Zahl) durchgeführt. Bislang wurden im Rahmen des DIMS mehr als 10.000 Samples analysiert (vgl. Trimbo's Instituut 1998). Das DIMS, welches vom Trimbo's Institut for Mental Health in Utrecht koordiniert wird und dem Niederländischen Gesundheitsministerium unterstellt ist, kann durch seine über das ganze Land vernetzten Stellen systematisch und aktuell Daten über Drogengebrauchsentwicklungen zusammentragen. Insbesondere das Auftreten und der Konsum "neuer Drogen" kann so gut beobachtet werden. Die obligatorische Befragung von Angebotsnutzern schafft gemeinsam mit den Daten von analysierten Schwarzmarktdrogen die Basis für ein Monitoring.

Es sollen nachfolgend die Ziele eines Monitoring dargestellt werden, wobei mir hier wichtig erscheinende Aspekte hervorgehoben werden sollen. Ziele eines Monitoring unter Einbeziehung von Drug-Checking sind:

- die systematische und aktuelle Bestimmung von Substanzen und die Kontrolle der Drogenangebotsseite mit Hilfe von Drogenanalysen (Drug-Checking)
- ein Service für Drogenkonsumenten zum Zwecke des Gesundheitsschutzes (Prävention im Konsumkontext, Harmreduction) anzubieten
- die Früherkennung akut bzw. besonders gefährlicher Stoffe und Substanzmischungen mit Rückgriff auf differenzierte Drogenanalysen (Early Detection System)
- die Beobachtung neuer Konsumententwicklungen und das Aufspüren von Trends (Sensitive Report System) etwa durch
 - Drogentrendforschung mittels interdisziplinärer und methodenpluraler Ansätze als auch lebensraumnaher Zugänge und Befragung szenenaher Experten (*Keypersons, Focalgroups*).

¹⁶ Siehe auch die Diskussion verschiedener Ansätze bei Schroers 2000a, S. 39.

- die anonymisierte Befragung von Angebotsnutzern zur Substanzquelle, zur Substanzverbreitung im Radius der befragten Person, zu Konsummustern u.a.m.
- die Sammlung und Auswertung der Daten und Erkenntnisse aus Analyse und Befragung sowie
- die Erforschung verschiedener Segmente des Drogenschwarzmarktes, wobei hier weniger die quantitative Größe als vielmehr die Relevanz einzelner Segmente für ein Frühinformationssystem von Interesse ist (z.B. spezifische Drogengebrauchspopulationen mit Trendsetting-Potential sowie relevante Distributionswege).

Weitere Ziele von Monitoring sind:

- die Erkenntnisgewinnung bezüglich des Risiko- und Gefahrenpotentials einzelner Substanzen, Substanzmischungen und -kombinationen auf der Basis detaillierter Untersuchungsergebnisse zu Substanzen und zum Substanzgebrauch
- die Erleichterung des Wissenstransfers zwischen Drogenhilfepraxis und -forschung
- die Vernetzung von Präventionsangeboten und der Datenrückfluss unter Einsatz moderner Datenkommunikationstechnik (*Monitoring-Network*) und zuletzt
- eine Hilfe bei der Konzeptionierung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Maßnahmen und kontextangemessener Angebote der Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung in Jugendkulturen (insbesondere der Partyszene) zu sein, und zwar auf der Grundlage der Erkenntnisse, die im Rahmen von Monitoring entstehen (vgl. auch Schroers 2000a, S. 38f.).

Ich möchte an dieser Stelle noch einige ergänzende Bemerkungen zur Datenerhebung machen. Entscheidendes Kriterium bei der Datenerhebung ist, dass nicht nur Daten erhoben werden, sondern auch wieder an die Beteiligten (Angebotsnutzer, Präventionseinrichtungen) zurückfließen. Bei der Datenerhebung fließen sowohl die Analyseergebnisse der untersuchten Substanzen als auch die Daten aus der Befragung von Angebotsnutzern und Schlüsselpersonen zusammen. Im Idealfall sind Analysedaten und Befragungs- bzw. Beobachtungsdaten kongruent, d.h. einander eindeutig zuzuordnen. Standards für die Datenerhebung sind zum einen die technisch qualifizierten Analysen (Apparatur, Personal etc.) und zum anderen die methodisch ausgereiften Befragungskriterien vor Ort auf den Veranstaltungen (Datensammlung; näheres hierzu siehe Schroers 2000a, S. 34ff.). Die Datenerhebung sollte nicht von dem Präventionsaspekt des Monitorings abgekoppelt werden. Nur wenn ein Monitoring an Präventionsangebote gekoppelt ist, die das Vertrauen der Adressaten genießen (vgl. Schroers/Schneider 1998, S. 164 ff.), verspricht Monitoring Akzeptanz bei den Adressaten zu finden und folglich einen befriedigenden Daten-Input zu erlauben.

Ein Vorteil des hier beschriebenen Monitoring-Verfahrens ist, dass ein aktueller und datensicherer Szeneüberblick erreicht werden kann, der auf der einen Seite zu vielfältigen Erkenntnissen führt und auf der anderen Seite auch von direktem Nutzen für die Prävention ist. So etwa, indem Zugangswege zu Risikogruppen erschlossen werden und somit die Reichweite der Drogenhilfe insgesamt erhöht werden kann. Nachteile des beschriebenen Verfahrens sind der relativ hohe Kostenaufwand und der bisher zu verzeichnende Mangel an systematischen Ergebnissen, da derzeit nur wenig Projekte aktiv sind und somit zum jetzigen Zeitpunkt kein zufrieden stellender standardisierter Datenausgleich stattfinden kann.

Die Nutzung von Drug-Checking

Monitoring auf der Basis von Drug-Checking kann einen hohen Nutzen bringen, da hier verschiedene Informationsquellen verfügbar werden, so etwa die Analysedaten, die Befragungsdaten, das Beratungswissen der Projektmitarbeiter sowie das Wissen von Schlüsselpersonen (z.B. Experten und Fachleute sowie Szene-Insider). Insbesondere das On-Site-Testing kann einen spezifischen Daten-Input ermöglichen. So scheint ein Vor-Ort-Service folgende Vorteile für ein Monitoring zu haben: Durch den unmittelbaren Kontakt zu Konsumenten, die mit der Präsenz von Projektmitarbeitern auf Partys möglich wird, können mit Hilfe einer schnellen Durchleuchtung und Kartographie der Angebotsseite auf einer Veranstaltung Pillen mit vom User nicht-intendierten Wirkungseffekten ausfindig gemacht werden. Die Vor-Ort-Präsenz ermöglicht somit eine schnelle Verortung von Konsumtrends und Marktprozessen. Mit Hilfe der Erkenntnisse aus Monitoring werden auch langfristige Veränderungen des Drogenschwarzmarktes erkennbar. Diese betreffen beispielsweise die Variabilität verschiedener Substanzen, das periodisch wiederkehrende Auftreten von Ecstasypillen mit Amphetamin als Inhaltsstoff und das eher unbedeutende Auftreten "seltener" Substanzen auf dem Ecstasyschwarzmarkt (z.B. MBDB, DOB u.a.m.; vgl. Trimbos Instituut 1998; 1999; vgl. auch: Schroers 2000a, S. 50).

Die beschriebenen Drogenanalyse- und -testverfahren verhelfen eher zu einem Monitoring, als dass hier eine Umfrageforschung mit randomisierenden Verfahren vorläge (vgl. Trimbos 1998, S. 17ff.; Van Aarts 1998). Zufallsstichproben sind hier weniger entscheidend, wenn es um das Auftreten illegalisierter Drogen geht, als ein spezifisches Sample, welches innerhalb von Konsumkontexten eingeht. Allerdings sei, so der ehemalige Projektleiter des DIMS, Van Aarts, auch die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Substanzen, mithin die Verbreitung eines Trends, bedeutsam für die öffentliche Gesundheitsfürsorge. Hier habe sich die systematische Auswertung im Rahmen von Laboranalysen, deren Samples an hierfür eingerichtete Abgabestellen eingehen, bewährt. So habe sich gezeigt, dass riskante Tabletten weniger Chancen hatten, von Stammdealern vertrieben zu werden, demgegenüber aber auf Raves an unerfahrene oder gleichgültige Konsumenten verkauft wurden (vgl. Van Aarts 1998; siehe auch Schroers 2000a, S. 50). Die tief gehenden Vor-Ort-Beobachtungen im Partykontext durch den dort anwesenden Pilltesting-Service verhelfen ferner dazu, die Komplexität von Drogenschwarzmarktprozessen zu durchschauen. Erkenntnisse aus dem Monitoring geben darüber hinaus wichtige Hinweise darauf, welche Prävention und Aufklärungsmaßnahmen hier notwendig sind (siehe auch Schroers 2000a, S. 50).

Wenn an dieser Stelle der zeitliche Rahmen der Rückmeldung von Analyseergebnissen von Interesse ist, so muss unterschieden werden, welche Zielgruppe adressiert ist. Die Rückmeldung an unterschiedliche Zielgruppen verläuft über verschiedene Wege:

- a) an Konsumenten vor Ort,
- b) an Konsumenten außerhalb des Settings und
- c) an Netzwerkteilnehmer.

Zu a) Rückmeldung an Konsumenten vor Ort auf den Veranstaltungen:

In diesem Fall erfolgt eine Veröffentlichung der Analysedaten per Aushang, der i.d.R. nach ca. 30 Minuten möglich ist. Der Zeitraum der Rückmeldung der Daten ist hier jedoch von verschiedenen Faktoren abhängig wie bspw. eingesetzte Technik und Personal in Relation zur Anzahl der Veranstaltungsbesucher und der Bereitschaft, den Service zu nutzen. In "Zweifelsfällen" sind nachgehende Analysen notwendig, die länger als die Standardzeit von 30 Minuten andauern können.

Zu b) Rückmeldung an Konsumenten außerhalb des Settings:

Eine Veröffentlichung der Analysedaten per Internet kann innerhalb weniger Tage nach dem Einreichen der Pille erfolgen (sowohl beim On-Site-Testing als auch beim stationären Testen). Es ist auch denkbar, die Ergebnisse unter Angabe einer zuvor vom Drug-Checking-Service ausgegebenen Code-Nummer über eine telefonische Infoline abzufragen. Unabhängig von dem Zeitraum und dem Medium, über das die Information übermittelt wird, erscheint es mir erforderlich, hier noch einmal deutlich herauszustellen, dass die Informationen immer in einen Kontext gestellt werden sollten, in dem weitere Präventionsbotschaften vermittelt werden. Ob dies auf einer Internetseite, im Rahmen einer telefonischen Beratung oder durch die personalkommunikative Vermittlung der Analyseergebnisse vor Ort auf den Veranstaltung geschieht, ist abhängig von der jeweiligen Drug-Checking-Methode.

Zu c) Rückmeldung an Netzwerkteilnehmer

Die Weiterleitung der Analysedaten an Netzwerkteilnehmer (d.h. an die partizipierenden Einrichtungen und Institutionen) kann praktisch innerhalb von ca. 1 Stunde via *Intranet* oder im Rahmen eines *Extranets* (etwa unter Nutzung eines Datenservers und mit Einbindung einer dynamischen Datenbank) gelingen. Es ist vorstellbar, dass die Daten direkt vom Labor auf der Party an weitere Knotenpunkte im Netz weitergeleitet werden. Der Austausch von Nutzerdaten kann theoretisch (etwa mit Hilfe standardisierter Eingabemasken) auch in Datenbanken eingespeist werden und somit für andere Netzwerkteilnehmer abrufbar sein.

Die einzelnen Informationen können, wenn sie aktuell erhoben, systematisch gesammelt und zentral ausgewertet werden, vielfältig genutzt werden. Die Analysedaten zu Substanzen und Substanzmengen, zum Auftreten von Substanzen innerhalb bestimmter Marktsegmente, zu Distributionswegen und die empirisch-wissenschaftlichen Daten zu Konsumenten und Konsummustern dienen insgesamt einem hohen Erkenntnisgewinn – sowohl bezüglich der Drogenangebotsseite als auch zur Drogennachfrageseite.

Ein deutsches Monitoringsystem unter Einbeziehung von Drug-Checking, das mit internationalen Kooperationspartnern vernetzt wäre, könnte sich an bestehenden Monitoringsystemen orientieren. Es wäre auf das technisch-apparative Niveau der Projekte in Wien und Bern zu bringen. Die Kosten eines solchen Systems scheinen auf den ersten Blick hoch. So ist bei der Anschaffung des Equipments wie zum Beispiel labortechnisches Gerät (HPLC) mit Anschaffungskosten von rund 50.000 DM zu rechnen. Hinzu kommen Datentechniken wie elektronische Waagen, elektronische Schieblehre, digitale Kamera, Verbrauchsmaterial, mobile Computer, Transportkosten etc. Wenn die für ein Drug-Checking notwendigen Apparaturen jedoch aus bereits verfügbaren Beständen genutzt werden können, wie dies in Wien und Bern der Fall ist, sind die Kosten erheblich geringer einzuschätzen. Dann bleiben nur geringfügige Kosten für das verbrauchte Analysematerial und die Personalkosten auszugleichen. Hier können wir mit nachfolgend aufgeführten Kosten rechnen (Angaben sind ohne Gewähr).

Beim On-Site-Testing auf großen Veranstaltungen (ohne Anschaffungskosten) fallen inklusive intensiver sozialarbeiterischer Betreuung (wie bei *Check it!*) an:

- bei Groß-Events z.B. mit 5.000 Besuchern: Ca. 100¹⁷ DM pro getesteter Pille = 10.000 DM pro Abend und 100 Samples.
- bei Club-Events z.B. mit 500 bis 1000 Besucher: Ca. 40-50 DM pro getesteter Pille = 10-40 Samples am Abend.

¹⁷ Der Preis von 100 DM pro Pillenanalyse mag hoch erscheinen. Beim französischen Überwachungssystem *SINTES* lässt sich die französische Regierung eine Pillenanalyse jedoch das zehnfache (1000 DM) kosten. Für das Jahr 2000 sind dem französischen Staat im Rahmen des landesweiten Monitoringsystems somit allein 600.000 DM durch Substanzanalysen entstanden.

Da bei Analysen außerhalb des Party-Setting der Zeitfaktor nicht in dem Maße drängt, wie beim On-Site-Testing, rechnet man bei stationären Analysen ca. 40-50 DM pro eingesandter Pille oder Probe. Bezieht man in die Kalkulation die Kosten mit ein, wie sie vom Projekt *Pilot E* in Bern veranschlagt sind, kann man damit rechnen, dass ein Drug-Checking auf kleineren Veranstaltungen mit einem Budget von 100.000 DM pro Jahr und beteiligter Einrichtung („all inclusive“) auskommen müsste. Hinzu kommen möglicherweise zusätzliche Kosten, die mit der Auswertung der Analyseergebnisse (z.B. über eine zentrale Stelle) oder der Projekte (Evaluation) verbunden sind.

Setzt man die entstehenden Kosten nun in Relation zum Nutzen, den Drug-Checking als Bestandteil von Monitoring und für die Prävention (etwa wenn hier Harmreduction ein wichtiges Ziel wäre) hat, dann ist der eingesetzte Betrag meines Erachtens eher als niedrig zu bewerten. So kann man durch Drug-Checking Risikogruppen von Konsumentenpopulationen rechtzeitig erreichen, die sonst kaum durch Präventionsangebote zu erreichen sind, so zum Beispiel Dauerkonsumenten mit compulsiven Gebrauchsmustern. Aber auch Neueinsteiger sind an derartigen Serviceangeboten interessiert. Hier können Harmreduction-Maßnahmen rechtzeitig greifen und konsummoderierenden bzw. -reduzierenden Einfluss haben. Zuletzt werden Drug-Checking-Ergebnisse auch über die Peer-Group an weitere Konsumenten weitervermittelt. Das Analyseergebnis und die Präventionshinweise erreichen somit nicht allein den einzelnen Angebotsnutzer sondern weit aus mehr Drogenkonsumenten.

Fazit

Drug-Checking ist eine Methode, die sowohl als Präventionsmaßnahme als auch als Instrument der Früherkennung und im Rahmen eines Frühinformationssystems in unseren Nachbarländern bereits erprobt wurde und weiterentwickelt wird. Als ein Bestandteil von Monitoring gelingt mit dem Drug-Checking eine systematische Datenerhebung, ein aktueller Überblick über die Drogenangebots- und Nachfrageseite im Rahmen weiterer Methoden von Drogentrendforschung (vgl. Korf et Al. 1999, S. 508ff.) als auch der Gewinn neuer Erkenntnisse zu Substanzen, deren Risiken und zu Möglichkeiten der Risikovermeidung. Drug-Checking kann nicht nur ein probates Instrument der Prävention darstellen, etwa um Risikogruppen mit Präventionsbotschaften und Drogenhilfeangeboten erreichen zu können; bislang besteht hier noch eine große Kluft zwischen der Drogenhilfe und Konsumenten "neuer Drogen", die es durch entsprechende Maßnahmen zu überwinden gilt (vgl. Schroers 2000c). Vielmehr ist Drug-Checking ein adäquates Mittel einer zeitgemäßen interdisziplinären Drogentrendforschung. Ein Drug-Checking, welches Mitarbeitern der Projekte Rechtssicherheit gibt, ist in Deutschland bislang nicht umsetzbar. Hier besteht ein Manko deutscher Präventionspolitik und dringender Bedarf nach Regelungen durch die Bundesregierung, die eine Umsetzung von Drug-Checking durch kommunale Beratungsstellen oder Initiativen zu ermöglichen. Auf internationaler Ebene sind Bestrebungen zu einer Weiterentwicklung von Monitoring zu beobachten. So fand im Rahmen der Amsterdamer Konferenz Clubhealth 2000 erstmalig ein Treffen internationaler Drug-Checking-Service-Anbieter statt. Ein Resultat dieses Meetings war die Initiierung eines ersten internationalen Netzwerkes von Drug-Checking-Serviceanbietern (vgl. Schroers 2000a, S. 51). Diese Idee wurde von dem European Monitoring Centre of Drugs and Drug-Addiction (EMCDDA) aufgegriffen. So erfolgte erst kürzlich im Rahmen des Demand Reduction Programms der EMCDDA eine Befragung bestehender Drug-Checking-Experten durch das Projekt Check it! in Wien. Bei einem Expertentreffen im November diesen Jahres in Wien wurden weitere Schritte zu einer Vernetzung internationaler Drug-Checking-Services unternommen. Hier ist der Austausch von Informationen der beteiligten Initiativen und Institutionen eingeleitet worden, etwa in dem Fall, in dem besonders riskante Ecstasypillen auftreten. Mit dem auf internationaler Ebene eingesetzten Transfer der Erkenntnisse aus Drug-Checking wird es vermutlich besser gelingen, Risikogruppen frühzeitig zu informieren. Vielleicht gelingt es auch in Deutschland, hierzu einen Beitrag zu leisten.

7 Die Referenzerhebung (EBIS A/R). Monitoring des Missbrauchs von Medikamenten bei Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen

Tim Pfeiffer

Die Datenlage über das Ausmaß missbrauchter oder in abhängiger Weise konsumierter Medikamente in Deutschland ist bezogen auf Aussagemöglichkeiten zu Veränderungen in Konsumgewohnheiten oder Entwicklungen innerhalb bestimmter Klientengruppen insgesamt unzureichend. Neben allgemeinen Übersichtsarbeiten (Soyka 1999, Glaeske 1999 oder DHS 1987), Ergebnissen aus allgemeinen Bevölkerungsumfragen (Kraus & Bauernfeind 1998), Daten aus Behandlungsdokumentationssystemen (Türk & Welsch 2000) oder speziellen Monitoringsystemen (Keup 1997, 1993) bietet die *Referenzerhebung EBIS A/R* eine Möglichkeit, Aussagen zu o.g. Themenbereichen zu machen.

Bei der Referenzerhebung¹⁸ handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe von 25 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen aus der Gesamtheit der am *Einrichtungsbezogenen Dokumentationssystem EBIS* teilnehmenden Beratungs- und Behandlungsstellen. Diese Einrichtungen erheben neben der im Rahmen von EBIS durchgeführten Standarddokumentation ergänzend Daten zu Medikamenten, die von Klienten missbraucht oder abhängig konsumiert werden. Bei den erfassten Personen handelt es sich um Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen ohne Altersbegrenzung aller Hauptdiagnosen. Es handelt sich dabei um eine sog. Hochrisikogruppe, die z.B. auch Behandelte in Substitution einschließt. Nutzer der zur Verfügung stehenden Daten sind neben den Projektförderern und interessierten Wissenschaftlern auch politische Entscheidungsträger.

Im Rahmen der Referenzerhebung werden insgesamt 13 Items zu jedem registrierten Präparat erhoben, die z.B. Bezugsquellen, Präparatform, Einnahmeart, Anzahl der Konsumtage im letzten Monat, die aktuelle Konsumdauer und den Grund der Einnahme beinhalten. Für jeden Klienten können so bis zu sechs unterschiedliche Präparate mit ihren Charakteristika erfasst werden.

Auf der Auswertungsebene sind Analysen möglich, die umfassende Aussagen sowohl über bestimmte Klienten („*Welche* Konsumenten konsumieren *welche* Präparate?“) als auch spezifischer Medikamente („*Welche* Präparate werden in *welcher* Weise und mit *welcher* Intention konsumiert?“) erlauben.

Mit Hilfe eines gut etablierten Netzwerks teilnehmender Einrichtungen ist es möglich, eine zeitnahe, regelmäßige und valide Erfassung zu gewährleisten. Aufgrund der verwendeten Standards (ICD 10 Kriterien, Vorgaben der DHS, standardisierte Erhebungsbögen) und kontinuierlicher Weiterqualifikation der durchführenden Teilnehmer sind qualifizierte Aussagen, eine Vergleichbarkeit der Daten über längere Zeiträume und Bewertungen der Ergebnisse vor dem Hintergrund umfassender Informationen möglich. Darüber hinaus ermöglicht die Verwendung globaler Standards die Herstellung von Bezügen zu anderen Informationsquellen.

Neben jährlichen Gesamtabfragen, die um vierteljährliche Zwischenabfragen der Daten ergänzt werden, kann die spontane Erhebung „unsystematischer“ Informationen mit Hilfe des Netzwerks zur Klärung spezifischer Einzelfragestellungen beitragen (z.B. Folgen der 10. BtMÄndV hinsichtlich möglicher Veränderungen des Konsums von Flunitrazepampräparaten).

¹⁸ Die Referenzerhebung wird seit 1988 durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gefördert und am IFT Institut für Therapieforschung in München durchgeführt.

Beiträge der Referenzerhebung für ein Frühwarnsystem können in der Bereitstellung umfassender und vergleichbarer Informationen zu Konsummustern und Charakteristika der Klienten und der erfassten Präparate gesehen werden. Der Informationsaustausch erfolgt dabei schnell und die Angaben stammen aus einer „sensitiven“ Gruppe. Darüber hinaus ist die Beobachtung von Zeitverläufen möglich, um Systematiken bei der Entwicklung von Trendinformationen zu erkennen. Eine Sensibilisierung der Beteiligten für spezifische Problemstellungen bei Gewährleistung notwendiger Qualitätsansprüche (Qualifikation der Mitarbeiter, standardisierte Verfahren) sind dabei als methodische Stärken zu werten.

Eine Erweiterung der Abfragen um weitere Charakteristika oder die Schaffung von Gruppen von „Schlüsselpersonen“ (panels) zur Informationsgewinnung stellen konkrete Erweiterungsmöglichkeiten der Referenzerhebung dar. Auch die Ergänzung um Elemente qualitativer Berichterstattung ist eine denkbare Weiterentwicklung.

Abbildung 4: Folien Monitoring von Medikamentenmissbrauch

Missbrauch von Medikamenten

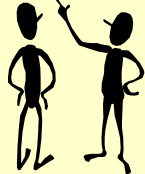
Was wir (nicht) wissen...

- Übersichtsarbeiten
(Soyka 1999, Glaeske 1999 oder DHS 1987)
- Ergebnisse aus Bevölkerungsumfragen
(Kraus & Bauernfeind 1998)
- Behandlungsdokumentation
(Türk & Welsch 2000, Simon & Palazzetti 1999)
- Spezielles Monitoring
(Keup 1997, 1993)

Veränderungen, Entwicklungen, Konsummuster...?

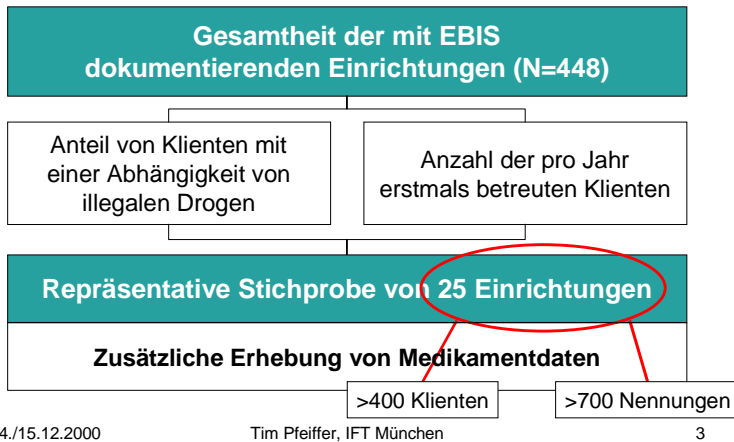
14./15.12.2000
Tim Pfeiffer, IFT München
2

Zielgruppen

<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Klienten</div> <ul style="list-style-type: none"> • Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen • Alle Hauptdiagnosen • Keine Altersbegrenzung • Substituierte • (Zuordnungen nach Alter, Geschlecht und HD möglich) • Hochrisikogruppe <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Mögliche Erweiterung</div> <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Klienten stationärer Einrichtungen 	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Rezipienten</div> <ul style="list-style-type: none"> • BfArM (Projektförderer) • Wissenschaftler • Politische Entscheidungsträger <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Mögliche Erweiterung</div> <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Industrie
--	---

14./15.12.2000
Tim Pfeiffer, IFT München
4

Die Referenzerhebung



14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

3

Welche Informationen gibt es?

Zusatzmodul Medikamentbogen

Erfassung von jeweils 13 Items, u.a.

- *Bezugsquelle*
- *Präparatform*
- *Einnahmeart*
- *Konsumtage im letzten Monat*
- *Aktuelle Konsumdauer*
- *Grund der Einnahme*



für bis zu 6 Präparate,

zzgl. Hauptdiagnosen und Geschlecht der Klienten

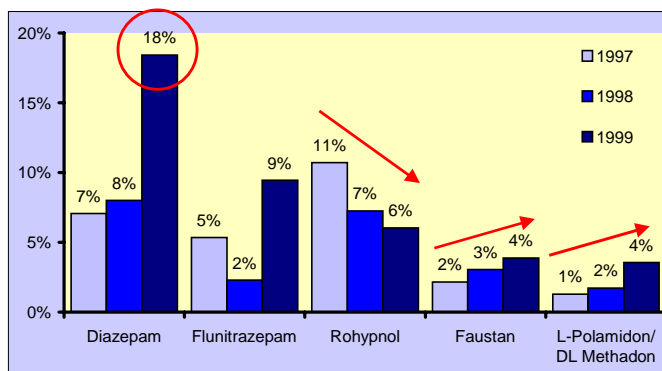
14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

5

Auswertungsbeispiele (I)

Anteile einzelner Präparatnamen 1997-1999

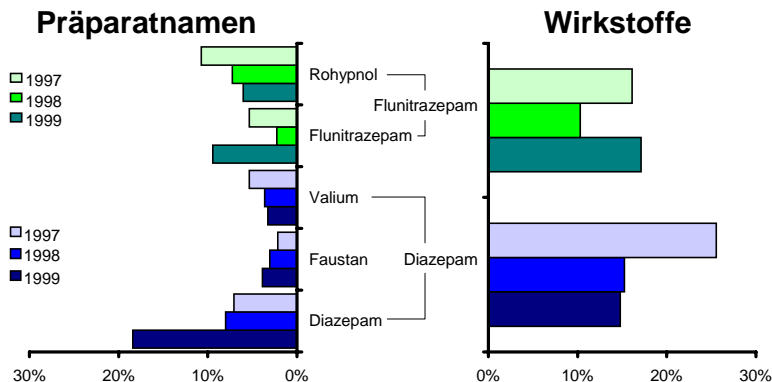


14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

6

Auswertungsbeispiele (II)



14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

7

Standards

- Erfassung der Hauptdiagnosen nach **ICD 10** (zzgl. Einzeldiagnosen für Opiate)
- **Missbrauchsdefinitionen** nach ICD 10 und DHS
- **Standardisierter Fragebogen** mit vorgegebenen Kriterien

Vorteile der verwendeten Standards liegen in...

- einer **Vergleichbarkeit** der Daten über einen langen Zeitraum
- Qualifizierte **Bewertung** der Ergebnisse und Herstellung von **Bezügen** zu anderen Informationsquellen

14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

8

Kontinuierlicher Austausch

- Zwei **Zwischenabfragen** im Berichtsjahr mit Namen der registrierten Präparate
- Jährliche **Gesamtabfrage** mit detaillierten Angaben zu
 - Konsummustern und
 - Charakteristika der Klienten
- „Ständiger“ **Austausch** mit den teilnehmenden Einrichtungen bei Fragen, Auffälligkeiten, Unklarheiten
- Neben der Standardberichterstattung Ergänzung um „**unsystematische**“ Informationen in Einzelfällen
- Ausarbeitung von **Sonderthemen** nach aktuellen Anlässen

14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

9

Beiträge für ein FWS*

Bereitstellung von...

- Umfassenden und vergleichbaren Informationen zu **Konsummustern** und **Charakteristika** der Klienten und der erfassten Präparate
- Schneller **Informationsaustausch**
- Informationsgewinnung aus einer „**sensitiven**“ Gruppe
- Möglichkeit zur Beobachtung von **Zeitverläufen**
- einer **Sensibilisierung** von Beteiligten (Therapeuten)
- **qualifizierten Urteilen** durch Fachkräfte (Therapeuten) und Identifikation von Problembereichen

* Frühwarnsystem

14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

10

Erweiterter Nutzen für ein FWS

Entwicklungsmöglichkeiten...

- **Erweiterung** der Abfragen um weitere Charakteristika
- Schaffung von **Panels** von Einrichtungen, die sehr kurzfristig Informationen zur Verfügung stellen
- **Kurzfristige** Abfragen zu speziellen Themen, wie z.B.
 - **Klientengruppen** (mit besonderen Konsummustern)
 - spezifischen **Medikamenten**
 - **neuen** Präparaten oder **erstmalig erfassten** Präparaten
- **verstärkte** Sensibilisierung der Therapeuten für bestimmte Themenfelder
- Schaffung ergänzender „**qualitativer**“ Berichterstattung

14./15.12.2000

Tim Pfeiffer, IFT München

11

8 Informationen aus dem Entgiftungsbereich

Dr. Backmund

Das Angebot der medizinischen Versorgung, dass neben den normalen medizinischen Angeboten Drogenabhängige besonders gut erreicht, ist die Entgiftung. Zwar wird diese heute in der Regel als „qualifizierte Entgiftung“ mit dem Versuch verknüpft, eine längere Behandlung und damit eine größere Chance auf dauerhafte Besserung der Situation des Drogenabhängigen zu initiieren. Dennoch ist der Zugang zu dieser Behandlungsform ausgesprochen niedrigschwellig. Der Auslöser kann auch ein akuter Notfall sein, der zu Aufnahme des Konsumenten geführt hat. Aus diesem Grunde bilden sich Änderungen und neue Verhaltensweisen aus der Drogenszene recht schnell in diesem Bereich ab. Ob biogene Stoffe mehr Interesse finden oder Crack zunehmend in bestimmten Klientengruppen auftritt, zeigt sich in diesem Setting relativ früh.

Allerdings ist mit den Rahmenbedingungen (kurzfristiger Zugang, teilweise sehr schneller Abbruch, kurzer Gesamtaufenthalt) auch beschrieben, welche Probleme sich stellen, wenn Informationen aus diesem Feld systematisch gesammelt und genutzt werden sollen. Aus diesem Grunde sind neben einzelnen Studien nur wenig Erhebungen mit einem epidemiologischen Interesse zu finden

(Herausgeber).

9 Informationen aus dem Polizeibereich

Jens Knigge

Die Grundlagen der folgenden **Darstellung zur Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland** sind überwiegend Auswertungen der Falldatei Rauschgift (FDR) sowie der Personendatei. Als wesentliche Indikatoren für die Entwicklung der Rauschgiftkriminalität werden zugrunde gelegt:

- Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD),
- Rauschgifttodesfälle,
- Sicherstellungsmengen und -fälle,
- Herkunfts- und Transitländer,
- Nationalitäten der Tatverdächtigen.

Die Informationen zu den einzelnen Indikatoren resultieren aus polizeilich bekannt gewordenen Fällen der Rauschgiftkriminalität. Sie spiegeln einen großen Teil des Hellfeldes dieses Kriminalitätsphänomens wider. Generell ist anzumerken, dass die Statistik der Sicherstellungsmengen durch Großsicherstellungen stark beeinflusst wird.

Bei den gängigen Rauschgiften ist im Jahr 2000 im Hinblick auf die Sicherstellungsmengen ein **deutlicher Rückgang** vor allem bei Marihuana, Kokain und **Amphetamin** zu verzeichnen. Dem gegenüber ist im Vergleich zum Vorjahr erheblich mehr Haschisch beschlagnahmt worden.

Die durch Polizei- und Zollbehörden registrierten Sicherstellungsfälle stehen im Jahr 2000 auf einem ähnlich hohen Niveau wie im Vorjahr. Beachtlich ist der starke Anstieg der Fälle bei Ecstasy (+62,4 %) sowie der Rückgang der Sicherstellungsfälle von Kokain (-12,3 %).

Als Herkunfts- oder Transitstaaten für in der Bundesrepublik Deutschland sichergestellte illegale Drogen dominieren seit Jahren die Türkei, Kolumbien, Afghanistan, Marokko sowie die Niederlande. Daran hat sich auch im Berichtsjahr nichts geändert.

(Auszug des Herausgebers aus dem Kurzlagebericht 2000 des BKA)

Erfahrungen mit FWS

10 Tracking new trends – concepts and experiences

Paul Griffith

This presentation placed the concept of early warning within a broader framework of drug epidemiology. In particular, the key point of the presentation was that *'early warning systems'* should not be thought of as conceptually separated from existing drug information systems and thus require autonomous development. Rather, the task is to develop more sensitive drug information systems per se. An integrated drug information system should incorporate data from a range of sources of which some are particularly sensitive to emerging trends.

Historically, geese were tethered to the outsides of settlements to act as a warning of approaching danger. Geese are sensitive animals and will create a commotion on the detection of any intruder. Unfortunately, they are so sensitive that they will also create a commotion for other reasons. No doubt those relying on this method of detection have had many an unnecessary broken nights sleep. In some respect this is a good analogy for the kinds of data we need to detect new trends. It is likely that sensitivity to emerging problems will be brought at the cost of reliability of prediction. Those wishing highly dependable data sources are unlikely to be served by highly sensitive ones. For this reason, information systems are required that combine traditional surveillance data with new methods designed to detect emerging problems. The task of an early warning system is just that - to provide warning - so that more structured activities can begin without avoidable delay.

Two case studies were used to review how traditional surveillance techniques had responded to emerging trends in the UK. The examples chosen were the emergence of the heroin chasing epidemic in the late 1970's and early 1980s and the emergence of ecstasy use in the late 1980's and early 1990's. The review considered when information would have been theoretically available. In both cases traditional data sources performed poorly and can be considered lagged to some extent. It was not so much that the new trends were not observed, rather information was available but it was 'trapped', or simply not audited or collated.

What is therefore required, is the development of more sensitive leading edge indicators (LEI's), together with improvements in the efficiency of how information is analysed and disseminated. Potential LEI's include; key informant networks of drug users or professionals who have front line contact with drug users, the monitoring of cultural material - including the youth press and INTERNET sites, other cultural monitoring activity (fashion, music etc), reporting on acute reactions and medical emergencies, and rapid pro-active out-break investigation procedures (such as rapid assessments of vulnerable populations). Increased analytical capacity can be partly stimulated by encouraging the improved networking of professional groups. For example, forensic science services often have information that can inform the deliberations of those looking at behavioural trends.

Leading edge indicators require development and as yet it remains unclear what areas will be prove particularly fruitful. What is clear is that an innovative and open minded approach is required. Those who criticise these potential data sources for there inherent weaknesses miss the point. Their task is to serve as an alarm bell that consumption patterns may be changing and thereby bring about the collection of further information and the consideration of appropriate responses, earlier than is currently the case.

Abbildung 5: Folien Tracking new Trends



What is a trend?

- Technically - the movement in the values of a variable over time
- Task is to distinguish trends from random or regular fluctuations
- But...
 - retrospective analysis
 - context and temporally governed



What kind of geese to be need?

Why are new trends hard to detect?

Substance specific

- a new substance - or newly discovered substance
- a new preparation or rediscovery of a new preparation
- a new route of administration or technology of use

Population specific

- new sub-cultural group not previously associated with drug use
- group in which access by non-members is difficult
- lack of serious consequences (short term)
- new context

How have existing indicators performed in the past?

Case studies (UK)

- the emergence of ecstasy (1980's - 1990's)
- the arrival of heroin chasing (1970's -1980's)

Conclusion

- Most indicators can be considered lagged to some extent
- information existed but was not utilised, recognised or disseminated
- need for Leading Edge Indicators (LEI's)
- need for improved efficiency in analysis, dissemination and reporting

Leading edge indicators?

- Monitoring of youth & specialist press
- Cultural monitoring
- Key informant groups
 - drug professionals (inc. law enforcement)
 - cultural companions
 - drug users
- Internet
- Acute reactions and medical emergencies
- Offending and other high risk populations
- Outbreak investigation procedures

Models of EWS

- Action response model (gopher model)
 - Joint Action on Synthetic drugs
 - Consumer warnings etc.
- Integrated information system
 - task to make existing information systems more sensitive than is presently the case
 - to feed into an ongoing analytical process

To criticise leading edge indicators for there inherent weaknesses - is to miss the point...

... their task is to serve as an alarm bell that drug consumption patterns may be changing and thereby bring about the collection of further information and consideration of appropriate responses earlier than is currently the case.

11 Kommunale Frühwarnsysteme im Rahmen des 3CP

Manfred Rabes

Das Modellprojekt "3CP" (3-cities-project) führte im Zeitraum 1999/2000 die im Jahre 1996 im Ecstasy-Präventionsbereich begonnene Kooperation der Einrichtungen Büro für Suchtprävention (Hamburg), Jellinek-Zentrum (Amsterdam) und Lifeline Project (Manchester) fort. Das 3-Städte-Projekt arbeitet im 3. Projektjahr zusammen und wird von der EU-Kommission (Generaldirektion SanCo) gefördert. Ein 4. Förderungsjahr hat am 01. Oktober 2000 begonnen.

Alle Projektpartner agieren schwerpunktmäßig auf dem Gebiet des Konsums der so genannten "Dance Drugs". Auf der Basis der Arbeit mit Peer-Netzwerken in den drei Städten wurde dabei das 1997/98 initiierte internationale Monitoring-Projekt zur Früherkennung von Drogenkonsumtrends unter Jugendlichen weiterentwickelt.

Das **Hamburger** "Ecstasy Project" ist ein Projekt des Büros für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren. In ihm sind verschiedene Präventionsmaßnahmen im Bereich der so genannten Partydrogen gebündelt worden.

Das **Amsterdamer** Projekt "Unity" ist eine Initiative junger Leute aus der Clubszene, die von der Präventionsabteilung des Jellinek-Zentrums unterstützt wird.

Das "Lifeline project" in **Manchester** hat im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit eigene Konzepte und Maßnahmen im Bereich der "recreational drug users" gebündelt und in das Modellprojekt integriert.

Die Kooperationspartner von 3CP arbeiten in der Konzipierung und Durchführung konkreter Präventionsmaßnahmen weitgehend eigenständig. So sind die Peer-Netzwerke ebenso auf städtischer Ebene organisiert wie Präventionsmaterialien überwiegend getrennt entwickelt werden. Dabei profitieren die drei Partner jedoch auch vom regelmäßigen Informationsaustausch untereinander. Trotz der Eigenständigkeiten in organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht haben die drei Projekte gemeinsame Grundlagen für ihre Zusammenarbeit vereinbart, die sich für Präventionsmaßnahmen im Bereich der "Dance Drugs" als besonders geeignet erwiesen haben, es gleichzeitig jedoch erlauben, nationalen und regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Als gemeinsame Grundsätze vereinbarten die Projekte die Entwicklung risikominimierender Maßnahmen unter dem Leitsatz der Harm Reduction, ein geschlechtsspezifisches Vorgehen, den Einsatz der Peer-to-Peer-Methode und Kompetenzorientierung.

Projektziele 1999/2000

Das Modellprojekt verfolgte im Förderungszeitraum 1999/2000 folgende Zielsetzungen:

- Konsolidierung, Anpassung und inhaltliche Ausweitung der peer-educativen Arbeit (Hamburg, Amsterdam, Manchester)
- Im Vordergrund stand einerseits die Sicherung und der Ausbau der Peer-Gruppen einschließlich der durch sie ermöglichten Szenekontakte. Dabei wurde eine im Vorjahreszeitraum beobachtete Veränderung des Konsumverhaltens in den von 3CP beobachteten Drogenszenen und des Angebotes und der Verfügbarkeit an illegalen Drogen für junge Leute allgemein sowie der anvisierten Zielgruppen im besonderen berücksichtigt.

- Fortführung und Konsolidierung des gemeinsam entwickelten Frühwarnsystems über Konsumtrends unter Jugendlichen

Hierunter wurden folgende Maßnahmen zur qualitativen und quantitativen Datenerhebung in den drei Städten gefasst:

- Intensiv-Interviews mit so genannten Key-Persons (25 Personen/Stadt = 75 Key-Persons)
- Befragung einer Risiko-Gruppe von Jugendlichen (insgesamt 396 Befragte)
- Auswertung weiterer Informations-Quellen (Telefon-Hotlines, Internet-Anfragen etc.)
- Erprobung neuer qualitativer Erhebungsinstrumente zur Ermittlung neuartiger Konsumtrends

Die Projekte "*Unity*" und "*Lifeline*" integrierten den Einsatz von Focusgruppen-Befragungen in das Monitoring-System. Focusgruppen ermöglichen weitergehende Rückschlüsse auf die Motivationen von Konsumenten zum Gebrauch bestimmter Substanzen als standardisierte Konsumentenbefragungen. Sie können weiterhin dazu dienen, die Bandbreite unterschiedlicher Konsummuster sowie möglicherweise einhergehender Risiken und Komplikationen zu erkennen. "*Unity*" befragte eine sechsköpfige Gruppe aus Kokain-Konsumenten, eine andere aus vier GHB-Gebrauchern. "*Lifeline*" befragte mehrere Gruppen von Ketamin- und DMT-Gebrauchern.

Produktion weiterer Präventionsmaterialien:

- Die Produktion der Info-Card-Serie zu verschiedenen Substanzen und Konsumrisiken - begonnen im Rahmen des EU-Projektes zur Ecstasy-Prävention (Förderungszeitraum 1996/97) - wurde erneut fortgesetzt. In Hamburg wurde in Zusammenarbeit mit der Peer-Gruppe des "*Ecstasy Projects*" eine Info-Card zur Droge GHB entwickelt. Sie ergänzt die vorliegende Serie deutscher Karten um ein achttes Motiv. Die Ergebnisse des Zwischenberichtes des Förderungszeitraumes 1999/2000 wurden zielgruppenadäquat aufbereitet, in einem Techno-Szenemagazin veröffentlicht und von Seiten des Projekts selbst in der Szene verbreitet. Weiterhin gestaltete das "*Ecstasy Project*" mit Hilfe eines Sponsors seine Internet-Seite um, auf der ebenfalls unter anderem substanzspezifische Informationen geboten werden (<http://www.ecstasy-project.de>). Die Peer-Gruppe des Projekts beantwortet auch Anfragen per Internet-Mail und verschickt regelmäßig elektronische Post.
- In Amsterdam entstand durch die Peer-Gruppe von "*Unity*" eine Karte zu GHB und eine weitere zu Ecstasy (Teil II). Ebenso wie das Hamburger Projekt sorgte auch "*Unity*" für eine umfassende Verbreitung der aktuellen Untersuchungsergebnisse. Zudem aktualisierte auch "*Unity*" seine Internet-Seite (<http://www.euro.net/unity>). Die Seite wird von den Unity-Peers betreut.

Ergebnisse der Panel-Studie (Key-Persons-Interviews)

Auch im Zeitraum 1999/2000 wurden in den drei Städten je 25 Interviews mit Schlüsselpersonen verschiedener Drogen-Szenen durchgeführt. Dabei lag der Schwerpunkt erneut in der Darlegung neuer Konsumtrends in der Partydrogen-Szene.

Als gemeinsames Ergebnis der Panel-Studie lassen sich folgende Entwicklungen festhalten und beschreiben (Stand: Dezember 1999):

- Alkohol und Cannabis sind in der Szene weiterhin weit verbreitet und bilden die Basis für den Konsum anderer Drogen.
- Ecstasy ist weiterhin eine viel gebrauchte Droge. Allerdings scheint der Konsum insgesamt seinen Höhepunkt überschritten zu haben.
- Kokain als aufputschende Substanz hat mittlerweile einen festen Platz in der Szene eingenommen und verzeichnet starke Zuwächse hinsichtlich der Verbreitung. Nachweislich ist Kokain aus den bekannten Szenen in neue Konsumentengruppen, z.B. klassische Alkoholkonsumenten, durchgedrungen.
- Biogene Substanzen (smart drugs) haben sich zwar etabliert, aber auf einem relativ niedrigen Niveau hinsichtlich eines aktuellen und regelmäßigen Gebrauchs.
- Lachgas hat stark an Bedeutung verloren und scheint seinen Höhepunkt ebenfalls überschritten zu haben.
- Bei Ketamin und vor allem GHB wird seit einiger Zeit eine beträchtliche Zunahme des Gebrauchs beobachtet, allerdings auf bisher insgesamt gesehen niedrigem Niveau.
- Von einzelnen Drogen wird immer wieder berichtet, dass sie neu auf der Szene seien. Allerdings handelt es in diesen Fällen nicht um neue, unbekannte Drogen, sondern um länger bekannte Drogen wie Ketamin, DMT etc. oder um Arzneimittel wie "Rohypnol" oder "Viagra".

Ergebnisse der Befragung von "after party goers" als High-Risk-Gruppe Jugendlicher

Insgesamt wurden in den drei Städten 396 Personen mit Hilfe eines gemeinsam entwickelten Fragebogens befragt. Die Befragungen fanden Anfang des Jahres 2000 statt.

Ziel der Befragung war es, die Gruppe der so genannten "after party goers" zu erreichen. Diese wurden definiert als Jugendliche, die mindestens einmal pro Monat überdurchschnittlich lange in einer Nacht ausgehen und dabei an einer oder mehreren Tanzveranstaltungen teilnehmen. Bei dieser Gruppe ist - so die Ausgangsthese - von signifikant höheren Konsumwerten bezüglich illegaler Drogen insgesamt auszugehen, insbesondere aber bezüglich des Konsums aufputschender Psychoaktiva. Auch das Mischen von Substanzen könnte eine größere Rolle spielen.

Im Falle einer Bestätigung dieser Ausgangsthesen können "after party goers" als eine Gruppe Jugendlicher und junger Erwachsener gelten, für die auf Grund ihres besonderen - und besonders risikobehafteten - Drogengebrauchsverhaltens spezielle Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und vorzunehmen sind. Neben vielen Gemeinsamkeiten weisen die in den drei Städten erhobenen Stichproben bedeutende Unterschiede in den personenbezogenen Daten auf. Diese sind zum einen bedingt durch die erheblichen Unterschiede im Veranstaltungsangebot und dem Ausgehverhalten der Jugendlichen in den drei Städten. Zum anderen beruhen sie auf der Auswahl der jeweils von den Projekten aufgesuchten Veranstaltungen.

Der Großteil der Befragten, wie im Vorjahreszeitraum etwa 90%, war im Alter zwischen 17 und 29 Jahren. Das durchschnittliche Lebensalter lag bei den Frauen zwischen 20 und 24 Jahren, bei den Männern zwischen 21,5 und 25 Jahren. Das Sample aus Manchester weicht insofern von denjenigen aus Hamburg und Amsterdam ab, wie es einen signifikant jüngeren Altersdurchschnitt aufweist. Dies sowohl bei den Frauen, als auch bei den Männern

Konsumtrends

Hinsichtlich des Gebrauchs von Drogen, neuer Konsummuster und neuer Trends ergibt sich auf Grund der quantitativen Befragung von knapp 400 Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den drei beteiligten Städten (Hamburg, Amsterdam und Manchester) zusammenfassend folgendes Bild:

- Cannabis und Ecstasy sind in allen Städten die am häufigsten gebrauchten illegalen Drogen. Dies sowohl bezüglich der Lebenszeitprävalenz wie bezüglich des aktuellen Konsums.
- Hohe Prävalenzwerte, wenngleich zumeist auf deutlich niedrigerem Niveau, zeigen sich in allen Städten beim Konsum von Amphetamin, in Hamburg und Manchester beim LSD-Gebrauch sowie in Hamburg und Amsterdam beim Gebrauch von Kokain.
- Bezüglich des Konsum illegaler Substanzen ergeben sich zwischen den Städten aber auch signifikante Unterschiede sowohl hinsichtlich der Konsumerfahrung, als auch bezüglich des aktuellen Konsums.
- Dagegen werden kaum signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede sichtbar.
- Hinsichtlich der Einschätzung des Abhängigkeitspotenzials einzelner Stoffe zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede.

Schlussfolgerungen

Das Europäische Städte-Netzwerk „3-CP„ (3-cities-project)

Die im „3CP“-Netzwerk zusammengeschlossenen Einrichtungen kooperieren mittlerweile erfolgreich sowohl auf dem Gebiet der Prävention als auch bei der Erforschung neuer Drogenkonsumtrends. Alle Projekte agieren dabei vornehmlich im Bereich der synthetischen Drogen und wenden sich insbesondere an junge Menschen aus der Partydrogenszene. Dabei hat sich die enge Verzahnung von peer-educativer Arbeit, Erstellung und Verbreitung von Präventionsmaterialien und Installierung eines Systems zur Früherkennung neuer Entwicklungen im Drogenkonsumverhalten als besonders tragfähig erwiesen.

Die Peer-Netzwerke

Die aus szenenahen Personen bestehenden Peer-Gruppen bilden die Basis und sind unverzichtbarer Bestandteil der 3-Städte-Kooperation. Die Peers stellen das Bindeglied zwischen den professionell arbeitenden Präventionsspezialisten und der Zielgruppe junger Partygänger in den drei Städten dar. Im Rahmen ihrer praktischen Arbeit können die Peers spezielle Aufgaben wahrnehmen, die die Erreichbarkeit der Zielgruppen sicherstellen und gleichzeitig die Qualität der durchgeführten präventiven Maßnahmen verbessern. So dienen sie als Informationsquelle für die Zielgruppen selbst, für interessierte Medienfachleute und für die mit ihnen kooperierenden Präventionsspezialisten.

Die Panel-Studie (Key-Persons-Interviews)

Ziel der im Rahmen von "3CP" nach 1997/98 zum zweiten Male angewendeten Durchführung einer Panel-Studie war es, aktuelle Informationen über Szenen, Zusammensetzung von Szenen, Lebensstilen, Drogenkonsum - insbesondere um Veränderungen im Drogenkonsumverhalten und den damit einhergehenden Risiken - sowie über kombinierten Drogengebrauch zu gewinnen. Dazu wurden für die Befragungen ausgewählte szenenahe Personen (im folgenden "key persons" genannt) herangezogen, die häufig Kontakt mit der Szene haben, zu der sie befragt wurden bzw. die selbst Teil dieser Szene sind, z.B. Veranstalter, DJs und Türsteher, aber auch Szene-Redakteure und professionelle Problembearbeiter. Das Antenne-Projekt des Jellinek-Instituts in Amsterdam führt eine derartige Panel-Studie seit geraumer Zeit und in regelmäßigen Abständen durch.

Ziel der Panel-Studie war es im Förderungszeitraum 1999/2000, möglichst viele Personen aus der Expertengruppe, die bereits im letzten Jahr befragt wurden, erneut zu befragen. Die Kontinuität sollte gewahrt werden, um im Sinne der Trendforschung die neuen Befragungsergebnisse mit den alten vergleichbar zu machen. Dabei sollten allerdings die Personen nicht wieder befragt werden, deren Aussagen sich bei der im Rahmen des Modellprojekts ersten Durchführung der Interviews als relativ unergiebig erwiesen hatten. Durch die Einbeziehung von Experten für Szenen, die in der Erstbefragung noch nicht repräsentiert wurden und in denen ebenfalls ein erhöhter Drogenkonsum vermutet wurde, sollte die Zusammensetzung der Expertengruppe zudem optimiert werden.

Grundsätzlich verhielten sich die zum Panel zählenden Experten kooperativ, waren zu einer erneuten Teilnahme an der Studie bereit und versicherten ihre Bereitschaft, auch in Zukunft an der Entwicklung eines Monitoring-Systems mitzuarbeiten. Die interviewten Key-Persons äußerten großes Interesse an dem Fortschritt der Arbeiten im EU-Projekt und waren an einer Rückkoppelung der Studien-Ergebnisse interessiert.

Allerdings ergaben sich bei der Befragung auch Probleme bei der Wiedererreichbarkeit einzelner Panel-Mitglieder und hinsichtlich der Aussagekraft einiger Interviews, die wesentlich auf den (zu) großen Abstand der Wiederholungs- zur Ausgangsbefragung zurückzuführen sein dürften. Eine größere Effektivität ist von der Panel-Studie zu erwarten, wenn die Befragung in kürzeren Zeitabständen und kontinuierlich durchgeführt wird.

Fazit

Die im Rahmen des 3-Städte-projects „3CP“, nach 1998/99 zum zweiten mal durchgeführte Monitoring-Studie konnte hinsichtlich der Erreichbarkeit der von ihr anvisierten Zielgruppen und der Feststellung neuer Trends im Drogengebrauch erneut ihre Funktionalität beweisen. Die auf der Basis der Peer-Netzwerke fußende Durchführung qualitativer und quantitativer Interviews mit Schlüsselpersonen und Mitgliedern speziell fokussierter Subkulturen gibt einen umfassenden Überblick über den Gebrauch bislang kaum beachteter Drogen und der Entwicklung von in diesen Subkulturen verbreiteten Konsummustern. Mit der Implementierung neuer qualitativer Untersuchungs-Komponenten in Form von Focusgruppen-Studien konnten zudem die Erkenntnisse über die individuelle Motivation und spezielle Konsummuster erweitert werden. Inwieweit die im Rahmen der „3CP“-Kooperation festgestellten Trends eine längerfristige Entwicklung innerhalb der Zielgruppen widerspiegeln oder sogar in breitere Bevölkerungskreise übergehen, bedarf der weiteren wissenschaftlichen Beobachtung in Form eines ähnlichen Forschungsdesigns. Eine Fortsetzung der Befragungen im Früherkennungssystem wäre insbesondere notwendig, um auf der Basis gesammelter Daten verschiedener Zielgruppen mittelfristig Längsschnittvergleiche anstellen zu können.

Die in verschiedenen Metropolen Europas agierende Städte-Kooperation kann dabei erste Hinweise auf Trends geben, die ansonsten durch andere Beobachtungssysteme vielleicht erst mit erheblichem zeitlichen Abstand bemerkt würden. Dagegen ermöglicht eine enge Vernetzung mit den so genannten nationalen Knotenpunkten im Rahmen des europäischen REITOX-Netzwerkes, ob und wie sich die in den Metropolen erkannten neuen Konsumtrends auch außerhalb der Großstädte verbreiten können und mit welcher Reichweite sie sich in den verschiedenen geographischen Regionen Europas ausbreiten.

Erneut deutlich gemacht werden konnte, dass es auf der europäischen Ebene einige Gemeinsamkeiten, aber auch auffallend starke Unterschiede im Drogenkonsumverhalten gibt. So genießen zwar Alkohol und Cannabis überall die weitaus größte Popularität, während Ecstasy in allen Samples die Rangliste der meist gebrauchten synthetischen Substanzen anführt. Die Reihenfolge der weiterhin meist konsumierten illegalen Substanzen variiert jedoch stark.

Die im Förderungszeitraum 1998/99 geäußerte Vermutung, dass die üblicherweise in Pulverform angebotenen synthetischen Stimulanzien Kokain und Amphetamin gegenüber dem zumeist in Tablettenform angebotenen Ecstasy an Bedeutung gewinnen („From Pills to Powder?„), lässt sich anhand der Befragungsergebnisse für die Nachfrage nach Amphetaminen nicht bestätigen. Kokain dagegen scheint eine zunehmende Bedeutung im Konsumverhalten verschiedener subkultureller Gruppierungen zu spielen, so dass auch in Zukunft die Entwicklung des Gebrauchs dieser Substanz intensiv beobachtet werden sollte.

Bezüglich Ecstasy lässt sich feststellen, dass die Substanz nach dem kurzfristigen starken Angebotsrückgang um die Jahreswende 1997/98 seinen Spitzenplatz unter den synthetischen Drogen wieder eingenommen hat. Allerdings gibt die Studie auch verschiedene Hinweise darauf, dass mittlerweile die durchschnittlich konsumierte Ecstasy-Dosis im Vergleich zu noch vor wenigen Jahren üblichen Dosierungen erheblich abgenommen hat.

Bezüglich bislang unbekannter Drogen lässt sich vor allem bei GHB, weniger bei Ketamin und einigen anderen Psychedelika eine zunehmende Relevanz im Angebot feststellen. Diese Entwicklung scheint von der Verbreitungsintensität bisher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Um der Frage nachzugehen, ob diese Substanzen sich zunehmend etablieren oder sogar eine erhebliche Steigerung in ihrer Verbreitung erfahren, ist es aber dringend geboten, den Gebrauch dieser Substanzen intensiver zu erforschen.

Deutlich wurde im Rahmen der Untersuchung insbesondere, dass verschiedenste Formen des Mischens unterschiedlicher Stoffe für die Konsumenten eine bedeutende Rolle spielen. Die meist gebrauchte Kombination ist dabei Alkohol und Cannabis. Aber auch der Konsum synthetischer Drogen wird in den beobachteten Subkulturen oft als „pick-and-mix„ gestaltet. Alkohol und Cannabis fungieren in diesem Falle oft als „Grundsubstanzen„. Die Komplexität möglicher Konsummuster beim kombinierten Drogengebrauch macht es allerdings bislang kaum möglich, häufige Mischkonsum-Muster und scene-übergreifende Trends zu erkennen.

Eine Wiederholung und Fortführung der installierten Komponenten des Monitoring-Systems wird in den Jahren 2000/2001 durchgeführt. Die grundlegende Erforschung der wichtigsten Mischkonsum-Muster nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein.

12 Das Frühwarnsystem Berlin

Ludwig Kraus

Ziel

Im Rahmen des Früherkennungssystems für Drogentrends in Berlin wurden in der ersten Phase die Ergebnisse der Expertenbefragung (T0) zur Ableitung von Hypothesen über neue Drogentrends genutzt (Kraus & Domes, 1999, Domes & Kraus, 2000). Die Expertenbefragung kommt zu den Ergebnissen, dass: (1) Der Konsum von Cannabis unter Jugendlichen (14 bis 21-jährig) zunimmt; (2) der Konsum von Amphetaminen bzw. Methamphetaminen zunimmt, insbesondere in der Form von Crystal und (3) der Konsum von Ecstasy unter jungen Erwachsenen stagniert und Ketamin in einigen privaten Kreisen gebräuchlich ist. Aufgabe der vorliegenden Untersuchung ist die Überprüfung der Expertenbeobachtungen aus der T0-Erhebung und damit eine genauere Beschreibung der Konsummuster in bestimmten Risikogruppen (Kraus, Domes & Ritz, 2000; Kraus & Domes, 2000).

Methode

Zur Überprüfung der Expertenbeobachtungen wurden äquivalent zu den Hypothesen Risikogruppen definiert, die einer detaillierteren Betrachtung unterzogen wurden. Die Datenerhebung erfolgte über einen von den Experten unabhängigen Zugang. Interviewpartner wurden über Kreise, in denen sie als Konsumenten bekannt waren, gewonnen und fungierten darüber hinaus als Multiplikatoren für eine anschließende schriftliche Fragebogenerhebung, die sie bei Personen aus ihrem Bekanntenkreis durchführten. Mit dieser Vorgehensweise konnten sieben Interviews geführt und 55 Fragebogen zur Auswertung bereitgestellt werden. Als Erhebungsinstrumente fanden ein teilstandardisiertes Interview, das anhand eines Interviewleitfadens strukturiert wurde, und ein schriftlicher Fragebogen (Rabes, 1998) Anwendung.

Ergebnisse

Als Ergebnisse der Überprüfung der Expertenbefragung resultierte:

(1) Eine gesicherte Aussage über die Zunahme des Konsums von Cannabis unter Jugendlichen als Veränderungsbeschreibung kann ohne eine weitere Befragung nicht getroffen werden. Sowohl in Interviews als auch in Fragebogen wurde überwiegend eine Zunahme des Cannabiskonsums im Umfeld angegeben. Bezüglich der problematischen Konsummuster stellte sich zum einen heraus, dass auch innerhalb dieser Risikogruppe zwischen harten (das Rauchen von Wasserpfeife) und weichen Konsummustern (Jointrauchen) unterschieden wird. Insgesamt erwiesen sich die Aussagen von Interviewpartnern und Fragebogenpartizipanten als konsistent. Auffällig an dieser Risikogruppe erscheint, dass die Bereitschaft zum Ausprobieren weiterer Drogen ausgesprochen gering ausfällt.

(2) Für die Gültigkeit der Hypothese einer Zunahme des Konsums von Amphetaminen bzw. Methamphetaminen insbesondere in Form von Crystal liegen hinreichend Belege vor, so dass sie im Rahmen der angewandten Methode als gesichert angenommen werden kann. Insbesondere die Verbreitung von Crystal erwies sich als sehr hoch. Weiter zeigte sich, dass Speed die Droge Ecstasy in ihrer Popularität überholt hat.

(3) Eine Stagnation des Ecstasykonsums kann aus den Interviews in der Partyszene als hinreichend belegt gelten. Ebenso als gesichert kann in der Partyszene die Verbreitung von Ketamin angenommen werden.

Im Gegensatz zur Gruppe der cannabiskonsumierenden Jugendlichen zeigte sich sowohl in der Gruppe der Partygänger als auch der drogenexperimentierenden Jugendlichen, eine hohe Experimentierbereitschaft gegenüber illegalen Drogen. Neben Cannabis, das in allen betrachteten Gruppen regelmäßig konsumiert wurde, zeigte sich bei den Partygängern eine Tendenz zum regelmäßigen Gebrauch des nebenwirkungsreichen Antidepressivums Gamma-Hydroxybutyrat (GHB). In keiner der betrachteten Risikogruppen ergaben sich Anzeichen für die Verbreitung von Opiaten, Crack oder Freebase.

13 Trend – the French schema for continuous observation of recent trends in drug use

Jean-Michel Costes

Introduction

Instructions issued by government:

« In an area which changes as quickly as it does that of the fight against drugs and drug addiction, it is necessary to have informational tools at our disposal which allow us to observe, in real time, developments in modalities and contexts of drug use. In this way, public policies can be regularly adapted to needs. »¹⁹

TREND stands for «Tendances récentes et nouvelles drogues» – recent tendencies and new drugs. SINTES, another element of the TREND scheme, stands for «Système d'identification national des toxiques et substances» – National Identification System for Toxins and Substances – which is a database of synthetic drugs.

The TREND project flows from the new measures taken by government on drug use, which were formalized in the «Three year plan for the fight against drugs and the prevention of dependency» for 1999 to 2001. TREND aims to be complementary to existing schemes put in place by the OFDT (French observatory for drugs and addiction) for indicators and surveys of the general public, and to those set up by the CEIP (Evaluation and Information centre on drug dependency). The mission of TREND is to elaborate a more reactive observation system, which is able to discover new trends in the field of the use of psychoactive drugs.

Objectives:

- « The detection of emerging phenomena in the field;
- « The comprehension of drug use contexts, modalities, and of the differing implications of drug use;
- « The observation over time of developments in the field to allow identification of trends.»²⁰
- Characteristics of the scheme
- The analysis of products (synthetic drugs);
- Continuous observation of new trends in the use of psychoactive substances;
- Synthesising, collating and distribution of the information and analysis produced.

¹⁹ «Three year plan for the fight against drugs and the prevention of addiction, 1999-2001» Joint ministry working group for the fight against drugs and addiction, June 1999

²⁰ TREND report March 2000

Methods: a network and a database

TREND: A network structure covering the whole of France.

One of the particularities of the scheme is that it is set up as a network, on a co-operative basis, and involves more than 150 partners. The following people are involved in the TREND network: ethnological researchers and investigators, staff of “low threshold” structures, self-help groups, General Practitioners who are members of addict care networks, staff from hospital emergency departments, and ethnologists specialised in Techno party investigation. All these actors provide information from the field.

TREND relies on a network of “watchtower” observers, located in 10 different sites across metropolitan France, and four sites in the overseas departments. They work on two fields of observation:

- Urban areas, involving the 14 sites chosen which are located in “urbanised” or “highly urbanised” areas.
- Party locations, involving for the moment only establishments playing a specific type of music, known as Techno, and nightclubs.

For the trend system, data collection is fundamentally qualitative. Our chosen method of data collection (using observation, interviews and written summaries), and a qualitative approach to analysis have been shown to be the most suitable in terms of speed of detection of emerging trends in the field. This methodology encourages the collection of information that can identify a new development, allowing us to understand it and to see it in its context. Finally, a certain flexibility in the data collection process may avoid fatigue on the part of observers involved in such a long-term scheme.

The existing drug information system provide also information for the TREND system:

- Information concerning the context and the modalities of drug use is also obtained by investigation of arrest procedures for drug use and trafficking, information about which is centralised by the OCRTIS (Central Office for the Repression of Illicit Drug Traffic).
- The CEIP (see box) contributes in its own way to the TREND scheme, in addition to having a specific mission to evaluate the potential for psychoactive drug abuse and addiction for both “medical” drugs and others.
- Finally, data is used which comes from the SIAMOIS system (Information System on Accessibility of Medical Equipment for Injection and Substitution). This system, belonging to the Health watchdog network collates information about the sale of syringes and of substitution treatments.
- Other partnerships are in the process of being set up – for example with the CNAM (Caisse Nationale d’Assurance Maladie – the national health insurance body).

SINTES: a database of synthetic drugs

SINTES is a database. It contains a physical and chemical description of samples of synthetic substances. These samples come in part from substances collected by people involved in prevention and care in different locations (parties and concerts, private get-togethers and nightclubs), and in part from substances confiscated by law enforcement services. The samples are analysed in laboratories run by the police, the customs authorities, the gendarmerie or specialised toxicology laboratories in hospitals.

The TREND partners who are close to drug users because of their role in care and prevention also collect data, both of an epidemiological nature concerning drug use contexts, and about the profile of the users from whom the samples were obtained.

DATA, concerning both drug use contexts and the nature of the substances involved.

TREND collects data and draws trends according to the following three priorities :

- Analysis of the nature, composition, accessibility, quality, and price of psychoactive substances being consumed.
- Analysis of user profiles, and consumption practices
- Analysis of the characteristics of small drug traffickers and the development of small scale drug trafficking.

SINTES produces two types of data

- The results of physical and chemical analyses on samples and their effects. This data is provided by the two laboratories belonging to the CEIP network. These pharmacological analyses define both the composition of the products collected and the proportion of different compounds.
- Information concerning the context in which the sample was collected – the type of event, user profiles, and so on. .

This last point represents the originality of SINTES.

Between 1999 and 2000, approximately 600 samples have been purchased over a third of the country. In addition to these, around a thousand samples, collected since 1994 by the policemen and customs officers, have been examined.

Finally, the CEIP also analyses health risks connected to the consumption of the substances.

Diversified diffusion of information

The final element of TREND is the diffusion of information. The aim is to facilitate the circulation of information in an easy-to-use form. The recipients include both government bodies and policy makers at all levels, as well as the members of the TREND scheme themselves. Information diffusion involves in particular:

- A report in book form and a summary of it in the OFDT periodical ;
- A publicity campaign run in the mass media. This campaign includes a seminar, press conferences, press releases and so on ;

- Input of the information coming from questionnaires to the internet, allowing real time accessibility of the information ;
- A rapid information transmission system. Results are communicated to TREND partners within 24 hours of their reception;
- A warning system for dangerous substances, during the day by means of fax and e-mail.

The first results and their use in setting up public policies

The first trends depicted by the system at work during its first year can be defined as follows:

- In the urban environment, which essentially concerns the population in touch with treatment and accommodation facilities, the use of opiates still prevails yet the consumption of uppers (cocaine and crack) is increasing. In the festive environment (techno circles), which refers to drugs being taken in a recreational context, uppers (ecstasy, speed, cocaine) and hallucinants (notably LSD) are prevailing.
- The distribution of cocaine, which price is decreasing, is spreading just as well in the urban and festive environments.
- In the urban environment heroin use is declining. In the festive environment a marginal use of heroin, as a regulation sedative substance, is being noticed.
- In the festive environment, substances as DMT, DOB, 4-MTA are appearing in a context characterizing itself by the lack of information upon the effects and the risks caused when being used. Furthermore, as counterfeits are developing — notably by the use of medicinal substances instead of those sought for —, users are being exposed to not insignificant sanitary risks.
- In both environments regulation practices are developing along with the increase of the number of substances. They meet the needs to cope with the effects of multiple substances. Furthermore numerous substances sold contain many psychoactive principles unknown by users. These combination of substances use (deliberate or not) are worrying on a sanitary level insofar as pharmacological interactions between substances are not much known.
- As far as the circulation of substances is concerned, the reciprocal influences between the urban and festive environments are especially increasing. Even if both environments have their own characteristics when it comes to consumption, the comparatively safe border in-between, that could still be observed some years ago, is blurring by now.
- A need for curing somatic and psychiatric troubles connected with cocaine use, and to a lesser extent with synthetic drugs, is emerging in a sanitary context where the treatment of opiates-related pathologies prevails. Such an observation stands for the issue about adapting the care and treatment system to that new situation.

At the present time, the system is created for producing pieces of information that decision-makers and field professionals can be free to dispose of. It does not provide for setting out recommendations in terms of answers to the observations presented. Nevertheless the potential impact of such results upon public policies can cover an extensive range:

- Contributing to the alert system according to the contents and evaluation of specific results supplied by the SINTES database;
- Targeting some prevention messages;
- Proposing specific surveys or researches;
- Contributing to a thoughtful and necessary adaptation of specific actions or projects provided for in order to face the drug use phenomenon, and the orientation of the national strategy.

The cost of such a system

For the year 2000 the system budget is divided up as follows :

TREND :	
- <i>Sentinel network</i>	<i>800,000 FF</i>
- <i>Ethnographical surveys</i>	<i>1,100,000 FF</i>
- <i>Operating budget</i>	<i>200,000 FF</i>
	<i>2,100 000 FF</i>
SINTES :	
- <i>Collecting samples + questionnaire</i>	500,000 FF
- <i>Analysis costs, evaluation</i>	500,000 FF
	1,000,000 FF
OFDT employees (dedicating to the system)	3 Full-time researchers

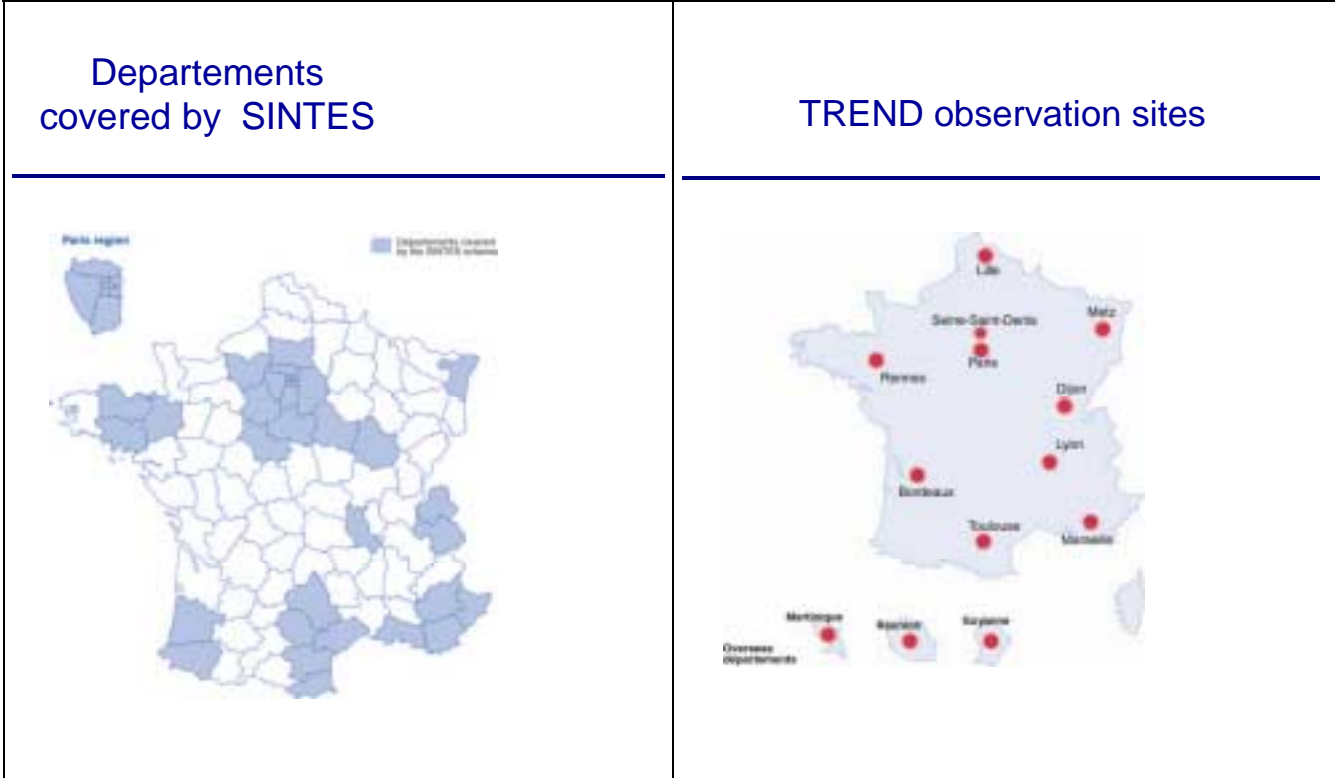
Conclusion: evaluation procedures

The TREND scheme is an experimental project include in a more global mission that OFDT deal with : monitoring the drug phenomenon in France. Like an experimental project, an evaluation has been expected from the beginning.

Evaluation procedures have been designed in order to obtain a method of work which can become more and more efficient. These procedures allow the team to identify the limits of the scheme, the constraints imposed on it and the progress made, with the aim of finding improvements and proposing new work priorities. In April 2001, we will be able to redefine, in more precise terms, the objectives and the global design of the project.

There have already been significant improvements for the year 2000/2001. The scheme has been extended to include a series of new sites in the overseas départements (Guadeloupe, Guyane, martinique and La réunion), new types of location (in rural areas), and new fields of investigation, such as rock concerts. In addition, work has been done on "hidden populations" which are not covered by existing schemes. This dynamic should allow us to cover more comprehensively some as yet unexplored areas in the use of psychoactive substances.

Abbildung 6: Folien Frühwarnsystem in Frankreich



Ergebnisse der Diskussion

Ziel des Workshops war es einerseits, Vertreter aus den unterschiedlichsten Bereichen über den Entwicklungsstand bei einer Reihe von Datenquellen zu informieren, die im Umfeld eines Frühwarnsystems bereits vorhanden sind. Die Diskussion, die sich an diesen Teil der Veranstaltung anschloss, sollte vor allem klären, wie diese Quellen noch besser und effizienter genutzt werden können, wo Lücken bestehen und welche Verbesserungen mit relativem geringem Aufwand zu schießen sind. Insgesamt lässt sich das Thema am besten als Optimierung der Informationssammlung und -nutzung beschreiben. Ziel dabei ist es, eine empirische Grundlage für die Weiterentwicklung politischer, rechtlicher, sozialer und therapeutischer Maßnahmen im Umfeld von Drogen zu liefern.

Die Ergebnisse der Diskussion wurden im Folgenden zusammengefasst und strukturiert. Es werden die unterschiedlichen vertretenen Positionen dargestellt, ohne dass diese mit der Meinung des Autors dieses Textes übereinstimmen müssen. Die Tagung diente dem Austausch, eine abschließende Abstimmung zwischen den Beteiligten oder eine direkte Handlungsempfehlung zum Thema „Frühwarnsystem“ kann aus der hier dargestellten Diskussion nicht abgeleitet werden.

14 Zu Begriff und Konzept von „Frühwarnsystem“

Der Begriff „Frühwarnsystem“ (FWS) wird an verschiedenen Stellen im Umfeld von Planung, Politik und Forschung verwendet, ohne eindeutig definiert zu sein. Zentrale Elemente eines solchen Begriffs sind dabei folgende:

1. Gegenstand ist immer die Gewinnung, Verarbeitung und Verbreitung von Informationen
2. „System“ steht für das Zusammenwirken unterschiedlicher Institutionen im Rahmen eines Netzwerks
3. Ein FWS ist immer mittel- bis langfristig angelegt, um Situationen und Veränderungen auf dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen (Baseline) bewerten zu können. Die vergleichsweise hohen Implementierungskosten werden dadurch durch die niedrigeren Kosten für den Routinelauf gerechtfertigt
4. Ziel des Systems ist es, Hinweise auf Entwicklungen, Veränderungen und Zustände in einem bestimmten Bereich zu erhalten, welche Aktionen notwendig machen
5. Eine Bewertung der Veränderungen ist implizit, auch wenn sie oft nur vorläufig sein kann. Die Umsetzung der Ergebnisse dieser Bewertung in Handlung ist ebenfalls integraler Bestandteil eines solchen Instruments
6. Kern eines solchen Systems ist die Informationsbündelung, also die Verknüpfung unterschiedlicher Informationsstränge. Dies erlaubt die gegenseitige Prüfung und Kreuzvalidierung der Ergebnisse.
7. Die routinemäßige, regelmäßige Verknüpfung dieser verschiedenen Stränge von Informationen muss zeitnah geschehen.
8. Eine zentrale Stelle muss in verschiedener Hinsicht in der Lage sein, dieser Aufgabe gerecht zu werden (Kompetenz, Ausstattung, Erreichbarkeit, Zugang zu Informationen.)
9. FWS und vertiefende, längerfristig angelegte Strategien der Informationsgewinnung stehen in einem komplementären Wechselverhältnis zueinander. Ein FWS gibt Hinweise und Arbeitshypothesen, die gegebenenfalls durch Studien und andere Routineinstrumente zu prüfen sind.

An ein FWS werden eine Reihe von Anforderungen in besonderer Weise und Gewichtung gestellt, die auch ganz generell für Monitoringsysteme gelten. Aus diesem Grund werden hier auch Aspekte der Datengewinnung und -nutzung diskutiert, die im Zusammenhang mit der EBDD und ihren nationalen Partnereinrichtungen stehen.

15 Handlungsrelevanz der Informationen im FWS

Die zentrale Frage bei der Entwicklung eines FWS - aber auch bei jedem Monitoringsystemen - ist: *welcher Adressat braucht welche Information?* Im Rahmen eines FWS sollte jede erfasste Information handlungsrelevant sein, also auf Seiten des Adressaten Grundlage für Entscheidungen sein. Im Umfeld der Arbeit der DBDD und der EBDD sind eine Reihe von Nutzergruppen zu definieren, die auch für ein FWS in Frage kommen. Sie sind allerdings in ganz unterschiedlicher Weise an der Nutzung dieser Informationen und an der Gestaltung der Monitoringsysteme und möglicherweise eines FWS beteiligt:

- Drogenkonsumenten
- Behandelnde und betreuende Personen (Sozialarbeiter, Mediziner, Psychologen)
- Allgemeine Öffentlichkeit (Gesundheitsaufklärung)
- Administration, Verwaltung
- Politik (Bund und Länder)
- Europäische Union und ihre Institutionen
- Medien (Presse, Öffentlichkeit)
- Wissenschaft

Während EU und nationale Politik bei der Finanzierung und grundsätzlichen Zielbestimmung eines FWS gefragt sind, entwickeln sich die Anforderungen und Schwerpunkte entsprechend der Nutzung durch die unterschiedlichen Gruppen von Personen ständig weiter. Ein wesentliches Element ist dabei auch die Frage der tatsächlich vorhandenen Optionen auf Seiten des Handelnden. Die Ergebnisse eines FWS oder eines Monitoringsystems können helfen, Ressourcen gezielt zu verteilen bzw. Schwerpunkte zu setzen und Entscheidungen zu treffen. Stehen keine Möglichkeiten zum Eingriff zur Verfügung oder ist nur eine Handlungsoption vorhanden, sind keine weiteren Informationen für eine Entscheidung notwendig.

16 Zentrale Aspekte eines FWS

Die wichtigsten Fragen, die für den Aufbau eines FWS zu klären sind:

1. Was sind die direkten Ziele eines solchen Systems?
2. Welche Informationen sollen überhaupt erhoben werden?
3. Was soll mit den Ergebnissen getan werden?
4. Welche Rahmenbedingungen sind für den Aufbau eines solchen Systems notwendig?
5. Welche Schritte wären zur Umsetzung notwendig?

Ziele

Die Ziele sind vielfältig, was auch mit der Unterschiedlichkeit der Aufgaben und Bedürfnisse der Institutionen zusammen hängt, die im Umfeld von Drogenproblemen aktiv sind. Folgende Ziele wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- Informationen über „Neues“ zentral und schnell verfügbar machen
- Bedarfsgerechte Ausgestaltung und Entwicklung von Angeboten durch schnelle Rückkoppelung zwischen Bedarf und Angebot
- (Weiter-)Entwicklung langfristiger Strategien durch schnelle Rückkoppelung
- Qualifizierte Bewertung existierender Phänomene, etwa die Abschätzung der Risiken durch bestimmte Substanzen bei der Frage, ob sie einschlägigen Gesetzen und Richtlinien unterstellt werden sollen

Dem Instrument immanent sind Zielkonflikte zwischen

- Flexibilität der Anforderungen vs. Routinedurchführung
- frühe Warnungen vs. Vermeidung von „falschem Alarm“

Gegenstand der Informationssammlung

Verschiedene Teilaspekte sind im Rahmen eines FWS von zentraler Bedeutung. Insbesondere wurden die folgenden Gegenstände in der Diskussion angeführt:

- Die Prävalenzen verschiedener Substanzen geben Auskunft, wie sich diese Stoffe unter den Konsumenten verbreiten, ihre räumliche und zeitliche Entwicklungen zeigt die Diffusions- und Verbreitungsprozesse
- Konsumformen spielen eine entscheidende Rolle bei der Frage nach dem Risiko. Insbesondere i.v. Konsum ist nach wie vor mit den höchsten Risiken akuter somatischer Folgen verbunden
- Informationen über Konsumentengruppen weisen auf die Entwicklung von Risikogruppen (z.B. Spätaussiedler, Personen mit türkischem Hintergrund) und deren spezielle Probleme auch über die Substanz hinaus hin
- das Risikoverhalten (Art des Konsums, Rahmenbedingungen, Frequenz etc.) spielt eine entscheidende Rolle bei der Frage nach den Folgen des Konsums
- Soziale Hintergründe der Konsumenten können negative und positive Elemente in Bezug auf Risiko und Chancen darstellen und sind deshalb ebenfalls von Interesse
- Auch wegen der immer weiter zunehmenden polyvalenten Konsummustern ist auch die Beschreibung der generellen Problemsituation von großem Interesse - unabhängig von Substanzen. Es ist deshalb ein breiteres Verständnis von „Informationsgewinnung“ gefordert
- Es sind qualitative und quantitative Informationen notwendig um die Bedeutung der Situation oder der Veränderung erfassen zu können, die diese abbilden.

Nutzung der Ergebnisse

Methodik

Die Diskussion macht klar, dass eine systematische Nutzung der vorhandenen Informationen zur Zeit eines der größten Schwachstellen des Gesamtsystems von Drogenbeobachtung, -monitoring, und -hilfe darstellt. Das Thema ist damit nicht auf die Anforderungen eines FWS beschränkt, sondern stellt sich in gleicher Weise für die Monitoringaktivitäten im Umfeld der EBDD, aber auch national. Bei dem Versuch, aktiv mit Problemen oder Risiken umzugehen, die sich auf Grund des FWS abzeichnen, finden sich Möglichkeiten, insbesondere durch eine verbesserte Kommunikation und einen intensiveren Informationsaustausch und Absprachen die Effizienz des Gesamtsystems zu fördern. So eröffnen sich die folgenden Möglichkeiten:

- Eventuell existieren bereits Konzepte zum Umgang mit einem bestimmten Detailproblem, die genutzt oder weiter entwickelt werden können. Dies setzt einen einfachen Zugang zu entsprechenden Informationen voraus
- Die Effizienz der Nutzung zur Verfügung stehenden Ressourcen (Entscheidungsebene, Folgesysteme) kann durch Mehrfachnutzung gesteigert werden
- Expertenwissen (z.B. Behandelnde) wird stärker und schneller nutzbar
- In Bereichen, wo häufig empirische Fakten fehlen können ökologisch valide Informationen gewonnen werden
- Ein FWS entwickelt sich in der Regel dynamisch in Abhängigkeit von seinen Nutzern und seinen Informationsquellen

Funktion: Information für Konsumenten

Eine zentrale Zielgruppe für die Informationen aus einem FWS sind die Drogenkonsumenten und -abhängigen. Insbesondere die Methode das „Drug checking“ (Drogentest) auf Musikveranstaltungen dient diesem Zweck. Wichtig sind für diese Gruppe folgende Aspekte:

- „Fakten“-Wissen über Drogen ist allerdings auch ohne FWS grundsätzlich in großem Umfang auf Konsumentenseite vorhanden, etwa zur Wirkung bestimmter Drogen, Wechselwirkungen, zeitlichen Effekten etc. Allerdings können spezielle Informationen zu bestimmten angebotenen Drogen fehlen
- In jedem Falle kann ein FWS auf giftige Beimischungen in verkauften Tabletten hingewiesen werden und somit Risiken verringert werden. Daneben können Wirkstoffgehalt und Substanz beprüft werden
- Es werden durch Drug Checking Konsumenten angesprochen, die a) sonst nicht erreicht werden und b) bereits vorher zum Konsum bereit sind. Die Frage ist bisher ungeklärt, wie diesen Gruppen am effektivsten und effizientesten Botschaften über potentielle Risiken vermittelt werden können
- Wichtig ist jedoch auch, wie die zum Konsum Unentschlossenen auf ein entsprechendes Angebot reagieren und wie sie dieses in ihrer eigenen Einschätzung der Droge beeinflusst.

- Unklar ist generell, welche Folgen jegliche „Warnhinweise“ in der Öffentlichkeit und in der Konsumentenszene haben. Folgende mögliche Wirkungen werden in der Diskussion genannt, können aber empirisch bisher nicht in Umfang und Gesamtwirkung evaluiert werden:
 - Risikodrogen werden gemieden
 - als besonders riskant dargestellte Drogen werden „vorsichtig“ konsumiert
 - es wird Interesse an bestimmten Drogen geweckt
 - insgesamt wird die Sensibilität für die Risiken des Konsums erhöht
 - insgesamt weckt das Testen den falschen Anschein von Sicherheit
- Drogenkonsumenten, Informanten und Informationsverarbeiter im FWS können als Aspekt eines selbstorganisierenden und lernenden Systems betrachtet werden
- Es stellt sich die Frage, wie weit der Staat gegenüber dem Drogenkäufer verpflichtet ist, ihn über besonders schädliche oder riskante Varianten von illegalen Drogen zu informieren zumal diese gerade wegen ihres bekannten oder vermuteten Risikos nicht legal zugänglich gemacht werden.

Funktion: Information für Planer, Entscheider, Behandler

Professionelle Betreuer und Behandler von Drogenkonsumenten und Personen, die als Entscheidungsträger oder Planer die Infrastruktur für diese Art von Arbeit sicherstellen sind eine zweite zentrale Ziel- und Nutzergruppe für ein FWS. Aus dieser Sicht sind folgende Punkte zu beachten

- Das FWS sollte Hinweise auf Entwicklungen geben, mögliche Erklärungen in Form von Arbeitshypothesen anbieten und vertiefende Studien und Erhebungen vorbereiten
- Anfallende Informationen sollten auch langfristig nutzbar sein, etwa um Prävention gezielter auf bestimmte Konsummotive und Konsummuster hin auszurichten
- Für die Entwicklung von Konzepten für bestimmte Gruppen sollten ebenfalls Informationen nutzbar sein. Daten aus dem FWS können dabei oft nur erste Schritt sein, da weiteres Wissen häufig Bedarf nach weiteren Detailinformationen schafft
- Das erworbene Wissen trifft auf unterschiedlichen Ebenen auf unterschiedliche Bedürfnisse. Häufig dient es als Argumentationshilfe in der gesundheits- oder drogenpolitischen Diskussion
- Es ist zwischen Kosten, Risiken und Chancen abzuwägen, ob der „Hinweischarakter“ der Ergebnisse aus dem FWS ausreichend für die Begründung von Aktionen und Handlungen ist oder ob eine vertiefende Untersuchung nachgeschaltet werden muss.

Notwendige Schritte

Die ersten Schritte, die notwendig wären, um ein solches FWS aufzubauen sind gleichzeitig hilfreich, die Effizienz vorhandener Aktivitäten und Strukturen im Bereich Monitoring zu steigern. Die Feststellung, dass das Problem in Deutschland häufig nicht im Fehlen von Informationen sondern in deren mangelnder Zugänglichkeit liegen, findet breite Zustimmung.

In diesem Sinne wären die folgenden Schritte in jedem Falle wünschenswert, unabhängig davon, ob ein FWS in der diskutierten Form eingesetzt würde:

- Die Identifikation bereits vorhandener Informationsquellen und Schlüsselindikatoren
- Die Verwendung vorhandener Informationen aus „ungewohnter“ Perspektive zur Steigerung des Erkenntnisgewinns
- Eine Sensibilisierung bereits existierende Informationsquellen in Hinblick auf Veränderungen und Trends. Teilweise macht dies andere Zeitschemata in der Berichterstattung notwendig. Ergänzenden Vorgaben können die Berichterstattung genauer auf aktuelle Fragestellungen und Entscheidungsprozesse abstimmen
- Die Erfassung, Analyse und Diskussion von Veränderungen und sich abzeichnenden Trends auf lokaler, landesweiter, nationaler und internationaler Ebene.
- Durch die Stärkung der Kommunikation zwischen Systemen und Ebenen können Redundanzen minimiert und Synergien erzeugt werden.
- Da eine zentrale Institution im Umfeld Epidemiologie, Prävention etc. in Deutschland nicht besteht, sollte die DBDD als Plattform für den Austausch zwischen den verschiedenen Informationsquellen und Themenbereichen genutzt werden. Dies macht auch deshalb Sinn, weil die Berichterstattung für die EBDD sich in vielen Teilen mit dem neuen Themenkomplex überschneidet.

Anhang

17 Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit: Drogen- und Suchtbericht 1998 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Bonn 1999.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 1998.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards 3 für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. (in Druck)
- Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern: Pilotprojekt Ecstasy: Suchtprävention und Beratung von Jugendlichen an Parties. Bern 30.12.1997.
- Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern: Ein Projekt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und der Stiftung Contact, Bern. Projektdokumentation. Bern 1999.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.). (1987) Medikamentenabhängigkeit. Hamm: Achenbach.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Huber
- Domes, R. & Kraus, L. (2000). An early recognition system for drug trends in Berlin. In G. Greenwood & K. Robertson (Eds.), *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. (EMCDDA Scientific Monograph Series Nr. 4, pp. 83-88). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2000) (ed.) co-ordinated by Simon, R. & Pfeiffer, T.. *Treatment demand indicator. Standard Protocol 2.0*. (EMCDDA Scientific Report). Lisbon
- Fachausschuss Statistik der DHS (1998), Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Klientenbezogenen Daten) 15.2.98. *Sucht* 44(2), 139-145.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1999), Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand 29.10.99). *Sucht* 45(6), 419-434.
- Franzkowiak, P.: Risikokompetenz und „Regeln für Rausche“: Was hat die Suchtprävention von der akzeptierenden Drogenarbeit gelernt? In: Stöver, H. (Hg.): *Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz*. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau 1999, S. 57-7
- French monitoring centre on drugs and drug addictions (OFTD): TREND. French scheme for continuous observation of recent trends in drug use. Paris 2000.
- Fromberg, E.: Die Pharmakologie und Toxikologie von MDMA. In: Neumeyer, J./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): *Ecstasy – Design für die Seele?* Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau 1997, S. 149-170.
- Griffith P, Vingoe, L, Hunt, N. (1999). *Detecting, tracking and understanding emerging trends in drug use. Final report to the EMCDDA*. London: National Addcction Centre.
- Grube, L.: Erfahrungen der DROBS Hannover mit neuen Präventionsstrategien und der Beratung von KonsumentInnen synthetischer Drogen. In: Neumeyer, J./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): *Ecstasy – Design für die Seele?* Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau 1997, S. 287-293.
- Herbst, K./Kraus, L./Scherer, K.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995. IFT Institut für Therapieforchung. Bundesministerium für Gesundheit. München 1996.

- Hoch, E., Simon, R., Hüllinghorst, R. & Nöcker, G., Spahlinger, P. (2000a). Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2000. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Lissabon.
- Kappeler, M.: Prävention als Fetisch (in) der Drogenhilfe. In: Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Heft 2/2000, S. 6-14.
- Kemmesies, U. E.: Der bürgerliche Konsument und Dealer. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zum Umgang mit illegalen Drogen im bürgerlichen Milieu ((UmiD). In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 22. 1999, Nr. 3, S. 3-16.
- Korf, D. J./Kemmesies, U./Nabben, T.: Drogengebrauchstrends auf der Spur. Eine Panelstudie als methodischer Beitrag zur verbesserten Analyse der Dynamik im Drogengebrauchsverhalten. In: Neue Praxis, Heft 5, 1999, S. 508-515.
- Körner, H. H.: Rechtliche Risiken und Nebenwirkungen von Drugchecking. Referat/Kurzgutachten zur Fachtagung „Ecstasy – Drugchecking: Risikominderung oder falsche Sicherheit? am 2.7.1997 in Münster. INDRÖ e.V./Eve & Rave Münster und AIDS-Hilfe NRW Münster 1997.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998a). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. Sucht, 44 (Sonderheft 1).
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998b). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 1995/94. (IFT-Berichte Bd. 90). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 107). Baden-Baden: Nomos.
- Kraus, L. & Domes, R. (1999). Früherkennungssystem für Drogentrends in Berlin (FESDT). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Domes, R. (2000). An early detection system for drug trends in Berlin: results from an expert survey. In A. Springer & A. Uhl (Eds.), Illicit Drugs: patterns of use - patterns of response (pp. 177-190). StudienVerlag: Innsbruck.
- Kraus, L., Domes, R. & Ritz, F. (2000). Früherkennungssystem für Drogentrends in Berlin (FESTD): Phase II-Hypothesenprüfung. IFT-Berichte Bd. Nr. 115. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kriener, H./Schmid, R./Smekal, G.: ChEckiT! Bericht zum wissenschaftlichen Pilot-Projekt ChEck iT! Mit Daten und Erfahrungen aus dem Jahren 1997 und 1998. Wien 1999.
- Pfeiffer, T. & Simon, R. (2000): Jahresbericht 1999 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (EBIS-R). (Berichtszeitraum 1.1.1999 – 31.12.1999). IFT Berichte Bd. Nr. 117, München: IFT
- Rabes, M. (1998). Modellprojekt zur Einrichtung eines Frühwarnsystems über Konsumtrends unter Jugendlichen auf der Basis eines Peer-Netzwerkes zur Ecstasy-Prävention. Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren.
- Schroers, A.: Szenealltag im Kontaktcafé. Eine sozial-ökologische Analyse akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 6. INDRÖ e.V. (Hg.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995.
- Schroers, A.: Ecstasy – Ein Ratgeber zur Droge MDMA. INDRÖ e.V. (Hg.): Münster 1996.
- Schroers, A.: Ecstasydealer - Beobachtungen zu einem unerforschten Segment der Partykultur. In: Paul, B./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): Drogendealer. Ansichten eines verrufenen Gewerbes. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau. 1998, S. 212-223.
- Schroers, A.: Ecstasy – Drugchecking: Ansätze und Modelle zum Gesundheitsschutz in der Techno- und Partykultur. In: Stöver, H.: Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz. Lambertus 1999.

- Schroers, A.: Monitoring – Drogentrendforschung auf der Basis von Drogenanalysen ("Drug-Checking") am Beispiel des Ecstasykonsums zum Zwecke der Gesundheitsförderung in Jugendkulturen. Unveröffentlichte Promotionsschrift am Fachbereich Soziologie der Universität Bremen. Bremen 2000a.
- Schroers, A.: Monitoring & „Drug-Checking“. Gehen wir neue Wege in der Drogenforschung und in der akzeptierenden Drogenarbeit, oder herrscht Stillstand in der bundesdeutschen Drogenpolitik? Erscheint in: Schneider, W. (Hg.): Illegalisierte Drogen – Alte Mythen neue Akzeptanz. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2001 (im Druck).
- Schroers, A.: "Neue Drogen": zeitgemäße Drogenarbeit und Drogentrendforschung- Empowerment, Drug-Checking, Monitoring u.a.m. In: Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Heft 2/2000, S. 49-63.
- Simon, R., Tauscher, M. & Pfeiffer, T. (1999). Suchtbericht Deutschland 1999. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R. Kokkevi, A., Ouwehand, A.w., Stauffacher, M., Vicente, J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting. European Addiction Research 1999;5: 197-207
- Simon, R., Hoch, E. & Holz, A. (1999). The German Monitoring and Reporting System for the Treatment of Substance-Related Problems: A National System on the Basis of Aggregated Data. European Addiction Research, Vol.5, No.4
- Stöver, H.: Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz. Lambertus 1999.
- Strang, J.: Harm Reduction for Drug Users: Exploring the Dimensions of Harm, their measurement, and strategies for Reductions. In: Aids & Public Policy Journal, H. 7, Nr. 3, 1992, S. 145-152.
- Strobl, M., Türk, D. (2000). Manual EBIS 2000. Erläuterungen zu den Erhebungsbögen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe. IFT-Manuale Bd. 32. München:IFT.
- Thomasius, R. (Hg.): Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Gebrauchs. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart 2000.
- Trimbos Instituut: Jaarverslag DIMS. Drugs Informatie en Monitoring Systeem 1997. Utrecht 1998.
- Van Aarts, L.: Drug-Information and Monitoring System (DIMS). In: Schroers, A./Schneider, W.: Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting. Eine sozial-ökologisch orientierte Evaluationsstudie. – Forschungsbericht – INDRO e.V. & GINKO e.V. (Hg.). Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit. Bd. 20. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1998, Anlage.
- Von Kampen, B.: Das Drogen-Information-Monitoring-System (DIMS) in den Niederlanden. In: Binad-Info Heft 8, 1997, S. 4-8.
- Wijngaart, G. v.d./ Braam, R./Bruin, D. d./Fris, M./Maalsté, N./Verbraeck, H.: Ecstasy and the Dutch Rave Scene. A socio-epidemiological study on the nature and extend of, and the risks involved in using ecstasy and other party drugs at dance events. Comissioned by the Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport. Utrecht University Addiction Research Institute. Utrecht 1998.
- Wijngaart, G. v.d./ Braam, R./Bruin, D. d./Fris, M./Maalsté, N./Verbraeck, H.: Ecstasy in het uitgaanscircuit. Sociaal-epidemiologisch onderzoek naar de aard, omvang en risico's van het gebruik van XTC en andere uitgaansdrugs op houseparty's. Centrum voor Verslavingsonderzoek Universiteit Utrecht. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Utrecht 1997.

18 Referenten

Name	Institution
Dr. Markus Backmund	Städt. Krankenhaus München-Schwabing Med. Abteilung Kölner Platz 1 80804 München Tel.: +49(0)8930681 Fax: +49(0)8930683934
Jean-Michel Costes	OFDT French Observatory for Drugs and Drug Addiction 105, rue Lafayette FR-75110 Paris Tel.: +33(1)53201616 Fax: +33(1)3201600 E-Mail: jecos@ofdt.fr
Paul Griffith	UNDCP 4 POBox A-1400 Wien Tel.: +43(1)260604434 Fax: +43(1)260605928 E-Mail: paul.griffiths@undcp.org
Dr. Osamah Hamouda	Robert-Koch-Institut Stresemannstr. 90-102 10963 Berlin Tel.: +49(030)45473420 Fax: +49(030)45473533 E-Mail: hamoudao@rki.de
Dr. Axel Heinemann	UKE Institut für Rechtsmedizin Butenfeld 34 22529 Hamburg Tel.: +49(0)40428036326 Fax: +49(0)40428033934 E-Mail: heinemann@uke.uni-hamburg.de
Jens Knigge, Kriminalhauptkommissar	Bundeskriminalamt (BKA) Abr. OA-25 Postfach 1820 65173 Wiesbaden Tel.: +49(0)6115514016 Fax: +49(0)6115512141 E-Mail: jens.knigge@exchange.w.bka.bund400.de
Dr. Ludwig Kraus	IFT Institut für Therapieforschung Parzivalstr. 25 80804 München Tel.: +49(0)89 36080430 Fax: +49(0)89 36080449 E-Mail: kraus@ift.de

Tim Pfeiffer	DBDD c/o IFT Institut für Therapieforschung Parzivalstr. 25 80804 München Tel.: +49 (0)89 36080444 Fax: +49 (0)89 36080449 E-Mail: Pfeiffer@ift.de
Dr. Manfred Rabes	Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren (NLS) Podbielskistr. 162 D-30177 Hannover Tel.: +49 (0) 511 6262660 E-Mail: Rabes@nls-suchtgefahren.de
Dr. Artur Schroers	Drogenhilfe der Stadt Münster Fachstelle für Suchtvorbeugung Schorlemerstr. 8 48143 Münster Tel.: +492 (0)251 492 5185 Fax: +492 (0)251 492 7772 E-Mail: KiP-Artur@gmx.net
Roland Simon	DBDD c/o IFT Institut für Therapieforschung Parzivalstr. 25 80804 München Tel.: +49 (0)89 36080440 Fax: +49 (0)89 36080449 E-Mail: Simon@ift.de

19 Weitere Teilnehmer

Name	Institution	Ort
Christina Baumeister	Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Referat Drogen und Sucht	Hamburg
Dr. Gesine Böttcher	Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie	Dresden
Sabine Collet	Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen	Mainz
Winfried Funk	Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit Referat 68	Erfurt
Hans Gros	Landeshauptstadt Stuttgart Referatsabteilung	Stuttgart
Eva Hoch	IFT Institut für Therapieforschung Parzivalstr. 25 80804 München	München
Uwe E. Kemmesies	Universität Frankfurt a. Main Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung	Frankfurt
Elfriede Koller	Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin Referat Drogenfragen	Berlin
Renate Lind-Krämer	Stadt Frankfurt a Main Referat 53 A (Drogen)	Frankfurt
Dr. Guido Nöcker	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Köln
Dr. Christine Poethko-Müller	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	Berlin
Lothar Rimpl	Niedersächsisches Sozialministerium	Hannover
Michaela Schreiber	Bundesministerium für Gesundheit Referat DS 03	Bonn
Eva Weiser	Landesstelle gegen die Suchtgefahren Baden-Württemberg	Stuttgart

