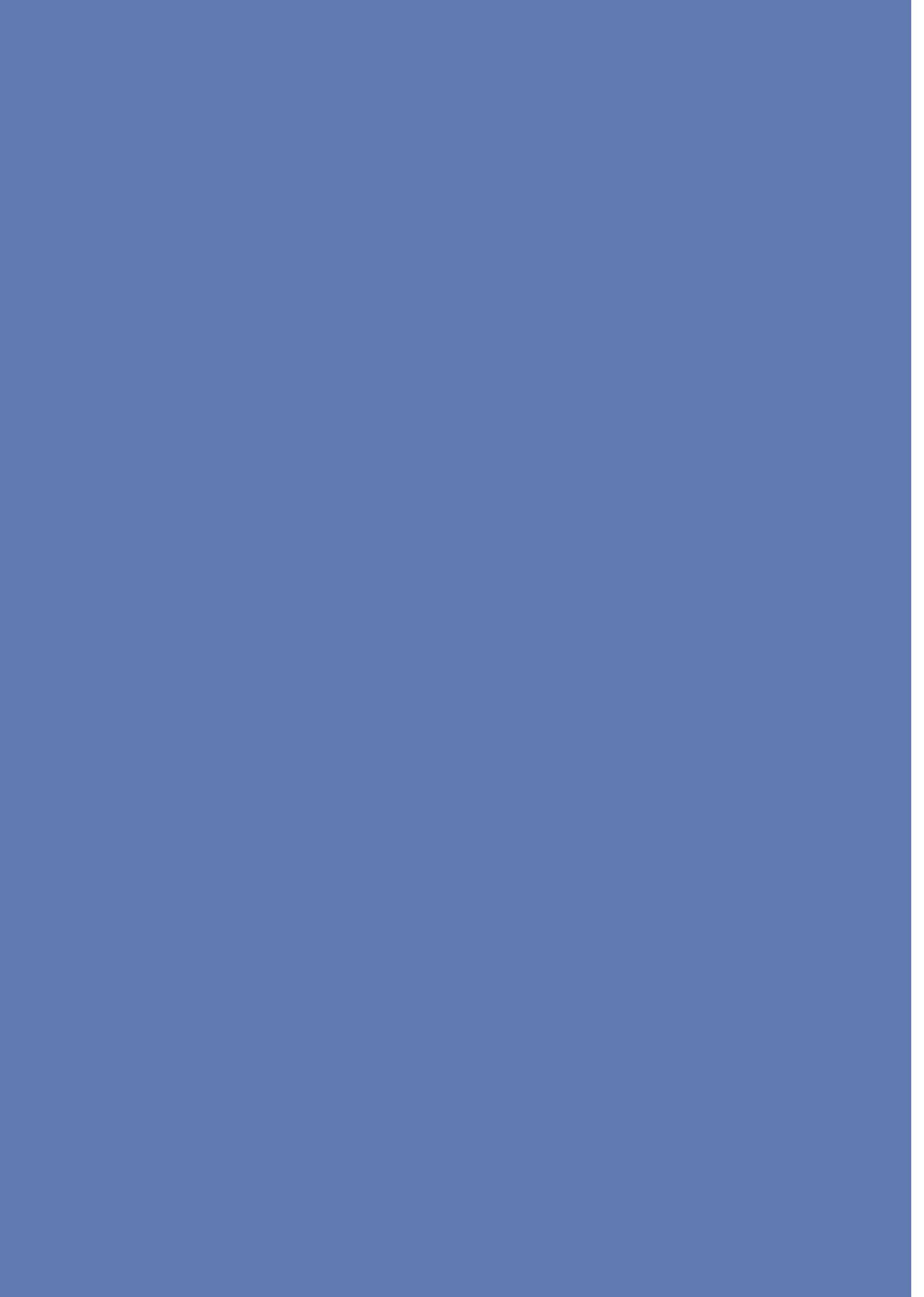




Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2011

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA





Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2011

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA

Rechtlicher Hinweis

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

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

Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zur Europäischen Union zu finden.

Gebührenfreie Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Katalogisierungsdaten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2011

ISBN 978-92-9168-468-7

doi:10.2810/43013

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2011

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Luxembourg

GEDRUCKT AUF CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkung	9
Übersicht: Das aktuelle Gesamtbild – Drogenkonsum in Europa	13
Kapitel 1: Politische und rechtliche Entwicklungen	
Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene • Nationale Drogenstrategien • Öffentliche Ausgaben • Einzelstaatliche Rechtsvorschriften • Drogenspezifische Forschungsarbeiten	20
Kapitel 2: Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa	
Prävention • Behandlung • Soziale Reintegration • Schadensminimierung • Qualitätssicherung • Strafverfolgung im Drogenbereich und Verstöße gegen die Drogengesetzgebung • Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung von Drogenkonsumenten in Haftanstalten	30
Kapitel 3: Cannabis	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Behandlung	47
Kapitel 4: Amphetamine, Ecstasy, halluzinogene Substanzen, GHB und Ketamin	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Maßnahmen in Freizeitmilieus • Behandlung	59
Kapitel 5: Kokain und Crack	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums • Problematischer Kokainkonsum und Behandlungsnachfrage • Behandlung und Schadensminimierung	73
Kapitel 6: Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum	
Angebot und Verfügbarkeit • Problematischer Opioidkonsum • Injizierender Drogenkonsum • Behandlung problematischer Opioidkonsumenten	85
Kapitel 7: Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle	
Drogenbedingte Infektionskrankheiten • Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten • Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität • Reduzierung drogenbedingter Todesfälle	96
Kapitel 8: Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen	
Maßnahmen betreffend neue Drogen • Follow-up zu Mephedron • Follow-up zu weiteren Substanzen • „Legal Highs“ • Kontrolle und polizeiliche Überwachung des freien Handels mit neuen Drogen	110
Literatur	117



Vorwort

Vor genau 50 Jahren wurde das Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen über Suchtstoffe, ein Meilenstein des internationalen Drogenkontrollsystems, unterzeichnet. Bei der Vorstellung unseres Jahresberichts zum Stand der Drogenproblematik in Europa kommt man kaum umhin, über die großen Veränderungen zu staunen, die sich in diesem Bereich im letzten halben Jahrhundert vollzogen haben. Die komplexen Drogenprobleme, denen wir heute in Europa begegnen, werden von vielen Faktoren beeinflusst und können nicht nur gesellschaftlich oder geografisch erklärt werden. Der vorliegende Bericht trägt dieser Tatsache Rechnung und folgt der Notwendigkeit, größere kulturelle Entwicklungen und globale Tendenzen mit einzubeziehen, da beide tiefgreifende Auswirkungen auf die Muster des Drogenkonsums und die damit einhergehenden Probleme haben. Die gegenwärtigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, mit denen viele europäische Länder derzeit zu kämpfen haben, sind Teil des Hintergrunds für unseren Bericht. Die Auswirkungen der wirtschaftlichen Lage sind bereits daran zu spüren, dass es schwieriger wird, finanzielle Mittel für Maßnahmen zu erhalten. Fortschritte in der Informationstechnologie haben fast alle Bereiche unseres modernen Lebens verändert. Daher ist es nicht überraschend, dass wir nun auch konkrete Auswirkungen auf die Drogenproblematik beobachten, nicht nur bei der Vermarktung und dem Verkauf der Drogen, sondern auch durch die Eröffnung neuer Möglichkeiten zur Prävention und Behandlung. Das organisierte Verbrechen, das Drogen nur als eines von vielen illegalen Handelsgütern betrachtet, bedient sich zunehmend der technologischen Möglichkeiten, die unsere immer stärker vernetzte Welt bietet. Auch hier ist eine globale Perspektive wieder von Bedeutung, da die Folgen des Drogenkonsums in Europa nicht an unseren Grenzen haltmachen. Ein Beispiel hierfür ist, dass die Unterstützung der EU für die soziale Entwicklung in den Nachbarländern durch Änderungen in den Drogenhandelsrouten gefährdet wird. Diese untergraben nämlich den Ausbau fragiler demokratischer Institutionen und fördern die Korruption.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass es sich bei diesem Bericht um eine gemeinsame Leistung handelt, und wir danken hiermit allen, die dazu beigetragen haben. Insbesondere wäre dieser Bericht ohne die Arbeit und den Einsatz unserer Partner im Reitox-Netz der nationalen Knotenpunkte und der Sachverständigen in ganz Europa, die zur Analyse beigetragen haben, nicht möglich gewesen. Wir schulden auch anderen

europäischen und internationalen Agenturen unseren Dank für die Analysen, die sie uns geliefert haben. Unsere Aufgabe besteht jedoch nicht nur darin, von anderen bereitgestellte Informationen zusammenzustellen, sondern eine wissenschaftlich fundierte und unabhängige Analyse der europäischen Drogenproblematik zu erarbeiten. Hierfür müssen oft unzulängliche Daten interpretiert werden. Der Analyseansatz der EBDD stützt sich auf verschiedene Indikatoren und vorsichtige Dateninterpretation. Schlussfolgerungen, die aus einem Datensatz gezogen wurden, müssen anhand anderer Informationsquellen abgeglichen werden, und wir interpretieren bewusst konservativ, wenn die Datenlage unzureichend ist. Davon abgesehen nehmen die Qualität, Quantität und Vergleichbarkeit der verfügbaren Informationen über die Drogensituation in Europa immer weiter zu. Ein großer Erfolg liegt allein darin, und das zeigt auch, wie wichtig die Zusammenarbeit und koordinierte Maßnahmen innerhalb der Europäischen Union sind.

Letztendlich sollte dieser Jahresbericht nicht für sich allein betrachtet werden, sondern im Zusammenhang des umfassenden Informationspakets, das den Jahresbericht begleitet. Im dazugehörigen Statistical Bulletin finden Sie die Daten, auf denen unsere Analyse basiert, sowie ausführliche methodische Anmerkungen. Zum Paket gehören auch thematische Veröffentlichungen zu folgenden Aspekten: die Kosten von Drogenbehandlungen und deren Finanzierung, Behandlungsleitlinien, der Cannabismarkt und die Mortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum. Länderspezifische Informationen finden Sie in ausführlichen nationalen Berichten und online verfügbaren Länderübersichten. Unser Bericht ist so gestaltet, dass er für die breite Öffentlichkeit zugänglich ist, der strategische Fokus liegt jedoch auf der Information für Leser aus dem Politikbereich. Gleichzeitig ist er so ausführlich, dass er auch die Anforderungen von Forschern, Studierenden und Wissenschaftlern erfüllt. Zu welcher Gruppe Sie auch gehören – wir hoffen, dass unsere Arbeit Ihr Verständnis der Drogensituation in Europa verbessert. Nicht nur, weil damit unser Auftrag erfüllt wäre, sondern auch, weil wir glauben, dass dieses Verständnis eine Grundvoraussetzung für die Entwicklung wirkungsvoller politischer Strategien und Maßnahmen im Drogenbereich ist.

João Goulão

Vorsitzender, EBDD-Verwaltungsrat

Wolfgang Götz

Direktor, EBDD



Danksagung

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

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen und Sachverständigen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirates der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ – und der Europäischen Kommission;
- dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Europol;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel des Europarates (Pompidou-Gruppe), dem United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), dem Internationalen Suchtstoffkontrollamt (INCB), dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa, Interpol, der Weltzollorganisation, der Abteilung für kontrollierte Substanzen und Tabakprodukte des kanadischen Gesundheitsministeriums „Health Canada“, der US-amerikanischen *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC), dem Projekt ESPAD und dem Schwedischen Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN);
- dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union und dem Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Nationale Reitox-Knotenpunkte

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

Die Kontaktinformationen der nationalen Knotenpunkte sind der Website der EBDD zu entnehmen.



Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern Kroatien und Türkei sowie von Norwegen in Form nationaler Berichte zur Verfügung gestellt wurden. Die hier veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2009 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Die Grafiken und Tabellen in diesem Bericht beziehen sich in einigen Fällen nur auf einen Teil der EU-Länder: Die Auswahl kann auf der Grundlage der Länder erfolgen, die für den Bezugszeitraum Daten zur Verfügung gestellt haben, oder in Bezug auf bestimmte Tendenzen.

Trendanalysen basieren ausschließlich auf den Ländern, die ausreichende Daten zur Verfügung stellen, um Veränderungen während des betreffenden Zeitraums zu beschreiben. Für die Analyse von Tendenzen auf dem Drogenmarkt können fehlende Daten für das Jahr 2009 durch Daten aus dem Jahr 2008 ersetzt werden; für die Analyse anderer Tendenzen können die fehlenden Daten interpoliert werden.

Bei der Lektüre des vorliegenden Jahresberichts sind einige Hintergrundinformationen sowie eine Reihe von Einschränkungen zu beachten, die im Folgenden näher erläutert werden.

Daten zu Angebot und Verfügbarkeit von Drogen

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

Die Zahl der Sicherstellungen von Drogen wird häufig als indirekter Indikator für das Angebot, die Handelsrouten und die Verfügbarkeit von Drogen angesehen. Sie ist eher ein direkter Indikator für die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden (z. B. Prioritäten,

Zugang zum Jahresbericht und den zugehörigen Datenquellen über das Internet

Der Jahresbericht kann in 22 Sprachen von der Website der EBDD heruntergeladen werden. Die elektronische Fassung enthält Links zu allen Online-Quellen, die im Jahresbericht zitiert werden.

Die folgenden Ressourcen sind ausschließlich im Internet verfügbar.

Das Statistical Bulletin 2011 umfasst die Quelltabellen, die für die statistische Analyse herangezogen wurden. Es enthält darüber hinaus weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden und mehr als 100 ergänzende statistische Grafiken.

Die nationalen Berichte der nationalen Reitox-Knotenpunkte bieten eine ausführliche Beschreibung und Analyse der Drogenproblematik in den einzelnen Ländern.

Länderübersichten bieten eine nützliche grafische Zusammenfassung der Schlüsselaspekte der Drogensituation in den einzelnen Ländern.

Ressourcen, Strategien), gibt jedoch auch Aufschluss über Meldeverfahren und die Auswirkungen der ergriffenen Maßnahmen auf Drogenhändler. Die Analyse der Daten über die Reinheit oder Stärke und die Verkaufspreise illegaler Drogen kann ebenfalls zum Verständnis der Drogenmärkte auf Konsumentenebene beitragen. Die an die EBDD gemeldeten Verkaufspreise für Drogen entsprechen den Konsumentenpreisen. Die Tendenzen bei der Preisentwicklung werden inflationsbedingt auf nationaler Ebene angepasst. Die Angaben über die Reinheit oder Stärke basieren in den Berichten der meisten Länder auf einer Stichprobe aller sichergestellten Drogen. In der Regel ist es nicht möglich, die gemeldeten Daten mit einer bestimmten Stufe des Drogenmarktes in Verbindung zu bringen. Die Analysen betreffend Reinheit, Stärke und Verkaufspreise basieren auf den gemeldeten Mittel- oder Modalwerten oder, falls diese nicht verfügbar sind, auf den Medianwerten. Solche Daten sind jedoch in einigen Ländern möglicherweise nur begrenzt verfügbar, und ihre Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit sind unter Umständen fraglich.

Die EBDD erhebt nationale Daten über Sicherstellungen, Reinheit und Verkaufspreise von Drogen in Europa. Weitere Daten über das Drogenangebot stammen aus den UNODC-Informationssystemen und Analysen

sowie aus ergänzenden Informationen von Europol. Daten über Grundstoffe entnimmt die EBDD Berichten der Europäischen Kommission, die Daten über Sicherstellungen dieser Substanzen in der EU erhebt, und des INCB (Internationales Suchtstoffkontrollamt), das an internationalen Maßnahmen zur Prävention der Abzweigung der bei der Herstellung illegaler Drogen verwendeten chemischen Grundstoffe beteiligt ist.

Die in diesem Bericht vorgestellten Daten und Schätzungen stellen die besten verfügbaren Näherungswerte dar, sind aber mit Bedacht zu interpretieren, da in vielen Teilen der Welt noch immer keine ausgefeilten Informationssysteme im Zusammenhang mit dem Drogenangebot verfügbar sind.

Prävalenz des Drogenkonsums gemäß den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung

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

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

Erhebungen sind kostenintensiv und werden nur von wenigen europäischen Ländern jährlich, von den meisten jedoch in Abständen von zwei bis vier Jahren durchgeführt. Die in diesem Bericht vorgelegten Daten basieren auf den jüngsten verfügbaren Erhebungen der einzelnen Länder, die in den meisten Fällen zwischen 2006 und 2009 durchgeführt wurden. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Prävalenzdaten für das Vereinigte Königreich auf England und Wales; es liegen jedoch auch gesonderte Daten für Schottland und Nordirland vor.

Von den drei für die Berichterstattung über Erhebungsdaten herangezogenen standardisierten

Zeiträumen ist die Lebenszeitprävalenz (Drogenkonsum zu einem beliebigen Zeitpunkt im Laufe des Lebens) die am weitesten gefasste Messgröße. Sie gibt zwar keinen Aufschluss über den aktuellen Drogenkonsum unter Erwachsenen, kann aber dennoch hilfreiche Einblicke in Konsummuster und Inzidenzraten bieten. In der Berichterstattung über Erwachsene zieht die EBDD die Standardaltersspannen 15 bis 64 Jahre (alle Erwachsenen) und 15 bis 34 Jahre (junge Erwachsene) heran. Hiervon abweichende Altersgrenzen werden von den folgenden Ländern herangezogen: Dänemark (16), Deutschland (18), Ungarn (18), Malta (18), Schweden (16) und Vereinigtes Königreich (16-59). Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Konsum in den letzten zwölf Monaten und in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung (weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Website der EBDD). Für Schüler wurden für die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz häufig ähnliche Raten ermittelt, da der Einstieg in den illegalen Drogenkonsum selten in einem Alter von unter 15 Jahren erfolgt.

Bei der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) werden standardisierte Verfahren und Instrumente eingesetzt, um den Drogen- und Alkoholkonsum in repräsentativen Stichproben aus den Schülern zu ermitteln, die im Laufe des betreffenden Kalenderjahres das 16. Lebensjahr erreichen. Im Jahr 2007 wurden Daten in 35 Ländern erhoben, darunter 25 EU-Mitgliedstaaten, Kroatien und Norwegen. Die Ergebnisse der im Jahr 2011 in 23 der 27 Mitgliedstaaten, Kroatien und Norwegen durchgeführten fünften Befragungsrunde werden im Jahr 2012 veröffentlicht.

Die WHO-Gemeinschaftsstudie *Health behaviour in school-aged children* (Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter, HBSC) befasst sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und enthält seit dem Jahr 2001 Fragen bezüglich des Cannabiskonsums unter 15-jährigen Schülern. Die dritte Befragungsrunde, in deren Rahmen Fragen zum Cannabiskonsum gestellt wurden, wurde in den Jahren 2009 und 2010 in 23 der 27 EU-Mitgliedstaaten, Kroatien und Norwegen durchgeführt.

Behandlungsnachfrage

In Berichten über die Behandlungsnachfrage bezeichnet der Begriff „Erstpatienten“ jene Patienten, die sich im Laufe des betreffenden Kalenderjahres erstmals in ihrem Leben in Behandlung begeben, während der Begriff „alle Patienten“ die Gesamtzahl aller Patienten bezeichnet, die sich während des betreffenden

Kalenderjahres in Behandlung begeben. Patienten, die sich zu Beginn des Berichtsjahres in fortlaufender Behandlung befinden, werden in den Daten nicht erfasst. Wird der Anteil der Behandlungsnachfragen für eine bestimmte Primärdroge (Leitdroge) angegeben, so bildet die Zahl der Fälle, in denen die Leitdroge bekannt ist, den Nenner.

Maßnahmen

Die Angaben zur Verfügbarkeit und Durchführung verschiedener Maßnahmen in Europa basieren in der Regel auf den fundierten Beurteilungen nationaler Sachverständiger, die mittels strukturierter Fragebögen eingeholt wurden. Für einige Indikatoren liegen jedoch auch quantitative Überwachungsdaten vor.



Übersicht

Das aktuelle Gesamtbild – Drogenkonsum in Europa

Die Drogensituation im Gesamtzusammenhang

In vielerlei Hinsicht ist dieser Jahresbericht sehr widersprüchlich. Einerseits scheint der Drogenkonsum in Europa relativ konstant zu sein. Die Prävalenzraten sind historisch gesehen insgesamt weiterhin auf einem hohen Niveau, steigen aber nicht weiter an. In einigen wichtigen Bereichen, wie beim Cannabiskonsum junger Menschen, gibt es zudem Anzeichen für eine Verbesserung der Situation. Andererseits gibt es besorgniserregende Hinweise auf Entwicklungen auf dem Markt für synthetische Drogen und, allgemeiner, über das Verhalten von Drogenkonsumenten, die jetzt ein größeres Spektrum an Substanzen konsumieren. Polyvalenter Drogenkonsum, darunter fällt auch die Kombination illegaler Drogen mit Alkohol und gelegentlich mit Medikamenten und nicht kontrollierten Substanzen, ist zum vorherrschenden Muster des Drogenkonsums in Europa geworden. Diese Situation stellt eine Herausforderung für die politischen Strategien und Interventionen im Drogenbereich dar. In vielen Mitgliedstaaten fehlt nach wie vor ein umfassender politischer Rahmen für den Konsum psychoaktiver Substanzen. Die Behandlungsdienste müssen ihre Methoden an die Bedürfnisse von Patienten anpassen, die Probleme mit dem Konsum mehrerer Substanzen haben. Auch bei der Entscheidung, wo Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots durchgeführt werden und wie wirksam sie sind, muss der Markt für psychoaktive Substanzen insgesamt betrachtet werden. Wenn dieser Gesamtzusammenhang nicht beachtet wird, kann ein Rückgang bei einer Droge zu einem Anstieg bei Ersatzprodukten führen. Dieser Bericht enthält viele Beispiele für die Dynamik, Innovation und schnelle Anpassungsfähigkeit des illegalen Drogenmarktes in Europa an neue Möglichkeiten und Kontrollmaßnahmen.

Das europäische Modell auf dem Prüfstand

Der europäische Ansatz zur Bekämpfung des illegalen Drogenkonsums ist im weltweiten Vergleich weit entwickelt, fundiert und wohl auch relativ wirkungsvoll. Auf EU-Ebene stellt die aktuelle EU-Drogenstrategie und der zugehörige Aktionsplan ein einzigartiges Beispiel für die dauerhafte

Zusammenarbeit und den grenzüberschreitenden Wissensaustausch dar. Wie erfolgreich die aktuelle EU-Drogenstrategie ist, wird derzeit überprüft. Die meisten Mitgliedstaaten verfügen über relativ konsistente und gut ausgearbeitete Drogenstrategien, die weitgehend einem gemeinsamen Modell entsprechen. Trotz dieser positiven Entwicklungen und obwohl insgesamt immer mehr Dienste für Menschen mit Drogenproblemen angeboten werden, sind weiterhin deutliche Unterschiede zwischen den Ländern erkennbar, insbesondere was die Finanzierung von Maßnahmen zur Nachfragereduzierung betrifft. Diese Missverhältnisse auszugleichen stellt eine wichtige Aufgabe für die zukünftige EU-Politik in diesem Bereich dar.

Das europäische Modell kann beschrieben werden als ein pragmatisches Abwägen zwischen den Zielen der Drogennachfragereduzierung und der Angebotsreduzierung, das sowohl die Bedeutung der Menschenrechte als auch der öffentlichen Sicherheit berücksichtigt. Dieser Ansatz ermöglicht gemeinsame Interventionen und die Zusammenarbeit bei der Strafverfolgung und bei Grenzkontrollen zur Beschränkung des Drogenangebots. Aktuelle Beispiele hierfür sind Programme, die sich gegen die Einfuhr von Heroin über Routen aus Afghanistan, den Kokainhandel über den Atlantik und Westafrika und die Produktion von synthetischen Drogen richten. Zudem werden dadurch Innovationen im Bereich der Behandlung und Schadensminimierung ermöglicht. Ein Beispiel ist die heroingestützte Behandlung, für die in einigen europäischen Ländern das Interesse zunimmt und die Gegenstand einer neuen Untersuchung der EBDD ist.

Das Risiko örtlich begrenzter HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten

Seit die Verbreitung von HIV in der Europäischen Union insgesamt zurückgegangen ist, steht die HIV-Prävention als primäres gesundheitspolitisches Ziel der Drogenpolitik weniger im Fokus. Die diesjährige Analyse gibt jedoch Grund zur besorgniserregenden Prognose, dass das potenzielle Risiko für neue örtlich begrenzte

HIV-Epidemien möglicherweise zunehmen wird. Der Konjunkturrückgang in vielen europäischen Staaten könnte den sozialen Verfall in manchen Wohnvierteln verstärken und gleichzeitig die Fähigkeiten der Mitgliedstaaten einschränken, angemessene Gegenmaßnahmen zu treffen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass sich drogenbedingte HIV-Infektionen unter bestimmten Bedingungen schnell innerhalb sozialer Brennpunkte verbreiten können. Außerdem konnten viele unserer Nachbarstaaten nicht an die Erfolge der Europäischen Union bei der Reduzierung der drogenbedingten HIV-Verbreitung anknüpfen. In diesen Ländern ist die Übertragung des Virus, sei es über einen injizierenden Drogenkonsum oder über ungeschützten Geschlechtsverkehr, nach wie vor ein großes gesundheitspolitisches Problem. Aktuelle politische und wirtschaftliche Entwicklungen haben die Migration aus diesen betroffenen Regionen in EU-Mitgliedstaaten verstärkt, wodurch bereits überlastete Dienste weiter belastet werden könnten.

Anlass zur Sorge gibt daher vor allem, dass solche Bedingungen jetzt auch in einigen EU-Mitgliedstaaten herrschen – darunter auch in Ländern, die zuvor keine nennenswerten drogenbedingten HIV-Epidemien erlebt haben –, und diese so potenziell anfällig für künftige Probleme werden. Griechenland, historisch gesehen ein Land mit niedriger Prävalenz, meldete im Jahr 2011 einen örtlich begrenzten Ausbruch von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten. Die Lage in einigen östlichen Mitgliedstaaten ist ebenfalls besorgniserregend, wie steigende Infektionsraten in Bulgarien zeigen. Es zeigt sich ein weniger positives Bild in einigen wenigen Ländern, wie beispielsweise Estland und Litauen, die in den letzten Jahren bei der Eindämmung von neuen drogenbedingten HIV-/AIDS-Infektionen Erfolge erzielt hatten. Diese Erfolge werden heute in Frage gestellt, da beide Länder zurzeit einen Anstieg der Infektionsraten verzeichnen.

Tendenzen bei Opioiden: Marktdynamiken verstehen

Auf internationaler Ebene und insbesondere in Nordamerika wächst die Sorge über die Verfügbarkeit und den Missbrauch von verschriebenen Opioiden, hauptsächlich Schmerzmitteln. Welche Rolle dieses Thema in Europa spielt, ist aus den derzeit verfügbaren Daten schwer zu ermitteln. Direkte Vergleiche zwischen der Europäischen Union und anderen Teilen der Welt sind darüber hinaus nur schwer zu ziehen, was zu einem großen Teil auf die erheblichen Unterschiede in der Verschreibungspraxis und den Verschreibungsvorschriften zurückzuführen ist. Derzeit umfasst der illegale Konsum synthetischer Opioiden offenbar hauptsächlich den

Konsum von aus der Behandlung Drogenabhängiger abgezeigten Substitutionsdrogen. Einige Länder in Nord- und Mitteleuropa melden nun den Konsum von Fentanyl, das mit hoher Wahrscheinlichkeit illegal außerhalb der Europäischen Union hergestellt wird. Das Auftreten dieser Droge ist sehr bedenklich, und angesichts der Lage in anderen Regionen stellt dies insgesamt ein gutes Argument dar, unsere Anstrengungen im Bereich des Monitorings von Tendenzen hinsichtlich des Missbrauchs psychoaktiver Produkte, die nur für therapeutische Zwecke bestimmt waren, zu verstärken.

Da synthetische Opioiden auf illegale Weise hauptsächlich anstelle von Heroin konsumiert werden, können Informationen zu ihrem Konsum Einblick in den Gesamtmarkt für Heroin geben. Eine aktuell wichtige Frage hierbei ist, wie stark sich die Interventionen zur Angebotsreduzierung auf die Verfügbarkeit von Heroin auf Europas Straßen auswirken. Die Möglichkeit, dass die Interventionen zur Angebotsreduzierung die Heroinverfügbarkeit in Europa mindern, wird von Hinweisen gestützt, dass in einigen – jedoch nicht allen – EU-Ländern Ende 2010 eine Heroinknappheit auftrat, und dass davon möglicherweise auch einige Nicht-EU-Länder wie Russland und die Schweiz betroffen waren. Als alternative Erklärung für diese offensichtliche Knappheit wurde der jüngste Ausbruch der Mohnfäule in einigen Teilen Afghanistans genannt. Bei genauerer Betrachtung besteht jedoch vermutlich nur ein loser Zusammenhang, auch wenn andere Geschehnisse in Afghanistan und einige wichtige Erfolge aus einer Zusammenarbeit zwischen türkischen und EU-Polizeikräften eine Rolle gespielt haben könnten. Alle kurzfristigen Angebotsprobleme müssen jedoch im Kontext des langfristig relativ stabilen Heroinmarktes in Europa gesehen werden.

Trotz der Bedeutung von Informationen zur Heroinverfügbarkeit für das Verständnis der Dynamiken des illegalen Drogenmarktes in Europa bleibt festzustellen, dass derzeit nur schwer gültige Aussagen zu diesem Thema getroffen werden können. Zur Verbesserung der Situation werden gerade ausgefeiltere Versuche unternommen, die auf einer Analyse von Herstellungs- und Konsumdaten basieren. Aus einer Reihe technischer Gründe ist jedoch noch immer eine gewisse Vorsicht bei Schlussfolgerungen zu diesem Thema geboten. Es fehlen zum Beispiel verlässliche Indikatoren für die Verfügbarkeit auf dem europäischen Markt. Schätzungen der Opiumproduktion in Afghanistan werden häufig als wirkliche Werte behandelt, obwohl derartige Berechnungen in vielerlei Hinsicht methodologisch schwierig sind. Zudem werden Angaben zur geschätzten

Opiumproduktion in anderen asiatischen Ländern selten mit einbezogen. Modelle von Heroinflüssen beinhalten außerdem oftmals die Existenz von „Vorräten“ aus gelagertem Opium oder Heroin, obwohl es nur begrenzte empirische Nachweise zur Untermauerung dieser Annahme gibt. Die Erklärung der Beziehung zwischen der Opiumproduktion und der Heroinverfügbarkeit wird zusätzlich dadurch erschwert, dass es unterschiedliche Handelsrouten in die Europäische Union und Teilmärkte innerhalb der Europäischen Union gibt. Außerdem ist die vermutete Zeitverzögerung zwischen der Opiumernte in Afghanistan und deren Auftreten als Heroin auf dem Straßenmarkt in Europa beträchtlich.

Sind Todesfälle durch Überdosierung nur die Spitze des Eisbergs?

Typische Opfer einer tödlichen Überdosierung in Europa sind Männer Mitte oder Ende Dreißig, die schon lange Probleme mit dem Konsum von Opioiden haben. Die Teilnahme an einer Behandlung für Drogenabhängige, insbesondere an einer Substitutionsbehandlung, reduziert nachweislich das Risiko einer Überdosierung. Trotz des drastischen Anstiegs bei der Verfügbarkeit von Behandlungen ist die Zahl der Konsumenten, die an Drogenüberdosierungen sterben, stabil geblieben. Eine der wichtigsten Aufgaben der Drogendienste in ganz Europa besteht in der Verringerung der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung. Einige innovative Programme befinden sich derzeit in der Evaluierungs- oder Entwicklungsphase. Diese setzen oft an den Ereignissen an, die bekanntlich ein besonders hohes Risiko für Opioidkonsumenten bergen, wie die Entlassung aus dem Gefängnis oder das Ende einer Behandlung. Diese Arbeit ist zwar wichtig, befasst sich aber nur mit einem Teil des Problems. Studien deuten darauf hin, dass Todesfälle durch Überdosierung zwischen einem Drittel und zwei Dritteln aller Todesfälle bei problematischen Drogenkonsumenten ausmachen. Zu den anderen häufigen Todesursachen bei Drogenkonsumenten zählen Aids, Selbstmord und Traumata. In einer begleitenden Veröffentlichung zu diesem Bericht werden die Folgen dieses Forschungsergebnisses eingehender betrachtet. Dabei wird vor allem auf die überhöhte Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe und die Rolle, die Einrichtungen bei der Reduzierung der „menschlichen Kosten“ langfristiger Drogenprobleme spielen können, hingewiesen.

Ist die Kokain-Blase geplatzt?

Im Laufe des letzten Jahrzehnts wurde Kokain zum am häufigsten konsumierten Stimulans in Europa, wengleich

hohe Konsumraten nur in einer begrenzten Anzahl an Ländern vorherrschen. Es wurde angemerkt, dass diese Substanz unter anderem aufgrund ihres Images so anziehend wirkt, denn Kokain wird häufig als Teil eines „Jetset-Lebensstil“ dargestellt. Die Realität des regelmäßigen Kokainkonsums ist jedoch eine andere. Das positive Image wird möglicherweise zunehmend durch das wachsende Bewusstsein für kokainbedingte Probleme in Frage gestellt, die sich in Notfallbehandlungen im Krankenhaus, Todesfällen und Behandlungsanfragen im Zusammenhang mit dieser Droge ausdrücken. Aufgrund der finanziellen Kosten des regelmäßigen Kokainkonsums sinkt die Attraktivität der Droge möglicherweise in Ländern, in denen jetzt Sparsamkeit gefragt ist. Neue Daten geben Anlass zu der Frage, ob die Beliebtheit der Droge bereits ihren Höhepunkt überschritten hat. Jüngste Umfragen zeigen einen Konsumrückgang in den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten, auch wenn sich in anderen Ländern ein weniger klares Bild ergibt. Die Angebotsdaten sind ebenfalls mehrdeutig. Die Menge an beschlagnahmtem Kokain ist seit 2006 deutlich gesunken, ebenso wie der Preis und die Reinheit der Droge insgesamt. Im Gegensatz zur Menge ist die Anzahl der Beschlagnahmungen jedoch weiterhin gestiegen, und es gibt Hinweise darauf, dass die Drogenhändler sich an die Strategien zur Bekämpfung des Drogenhandels anpassen. Dabei besteht die Gefahr der Ausweitung des Konsums auf neue Bereiche.

MDMA wieder auf dem Vormarsch

In den letzten Jahren durchlief der Ecstasy-Markt in Europa eine Zeit, in der Tabletten, die MDMA enthalten, immer seltener verfügbar waren. Auf dem illegalen Markt als „Ecstasy“ verkaufte Tabletten enthielten meist andere Drogen, häufig ein Piperazin, so dass einige der Käufer von vermeintlichen illegalen Drogen in Wirklichkeit eine nicht kontrollierte Substanz erwarben. Der geringe MDMA-Gehalt in Ecstasy-Tabletten ist offenbar auf eine Verknappung von PMK, dem wichtigsten Grundstoff zur Herstellung von MDMA, zurückzuführen. Diese Verknappung wiederum wurde möglicherweise durch Erfolge bei den Bemühungen zur Angebotsreduzierung verursacht. Neueste Daten weisen jedoch auf eine steigende MDMA-Verfügbarkeit hin, darunter Berichte über das Auftreten sehr hochdosierter Tabletten und hochreiner Pulver.

Die aktuellen Herstellungsmethoden von MDMA basieren offenbar entweder auf Safrol oder zunehmend auf importierten chemischen Substanzen wie PMK-Glycidat und Alpha-acetylphenylacetonitril, die eine ähnliche, aber nicht identische Struktur wie die bislang

verwendeten kontrollierten Grundstoffe aufweisen. Hier lässt sich eine Parallele zu den Entwicklungen im Bereich der „Legal Highs“ ziehen, bei denen nicht kontrollierte Substanzen kontrollierte Substanzen ersetzen. Diese chemischen Substanzen werden nach zwei Kriterien ausgewählt: Die neue Substanz sollte nicht Gegenstand aktueller Kontrollen sein, und sie sollte leicht in einen für die Synthese von MDMA erforderlichen Grundstoff umzuwandeln sein. Hier zeigt sich erneut die erhebliche Anpassungsfähigkeit der Hersteller synthetischer Drogen. Ähnliches wurde auf dem Markt für Amphetamine beobachtet, wo Grundstoffe chemisch „maskiert“ wurden, um bestehende Grenz- und Verkaufskontrollmechanismen zu überlisten. Hersteller werden technisch immer versierter und machen neue Wege ausfindig, um die Bemühungen um eine Eindämmung des Drogenhandels und diesbezügliche Rechtsvorschriften zu umgehen. Die Möglichkeit der Modifizierung und Rückumwandlung von Substanzen stellt somit eine weitere Herausforderung für die aktuellen Ansätze zur Drogenkontrolle dar.

Neue psychoaktive Substanzen und die richtige Antwort darauf

Das plötzliche Auftreten zahlreicher neuer nicht kontrollierter psychoaktiver Substanzen stellt eine wachsende Herausforderung für aktuelle Modelle der Drogenkontrolle dar.

Im Jahr 2010 wurde der Rekordwert von 41 neuen Substanzen an das europäische Frühwarnsystem gemeldet, und die vorläufigen Zahlen für das Jahr 2011 weisen nicht auf einen Rückgang hin. Beides zeigt, dass weiterhin neue Substanzen und Produkte auf den Markt gelangen und dass zunehmend proaktive Maßnahmen getroffen werden, um neue Substanzen zu identifizieren. Das Internet ist einer der wichtigsten Handelsplätze für diese Substanzen, und die vorläufigen Ergebnisse der neuesten Online-Umfrage der EBDD (Juli 2011) ergaben, dass die Zahl der Online-Shops, die psychoaktive Produkte verkaufen, weiterhin zunimmt. Die Verkaufspraktiken in diesem Bereich werden offenbar auch immer ausgereifter, da mehr Nachweise für Zugangsbeschränkung und

Auf einen Blick – Schätzungen des Drogenkonsums in Europa

Die hier vorgelegten Schätzungen beziehen sich auf die erwachsene Bevölkerung (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) und basieren auf den neuesten verfügbaren Daten (zwischen 2001 und 2009/2010 durchgeführte Erhebungen mit dem Schwerpunkt auf 2004 bis 2008). Die vollständigen Datenreihen sowie Angaben zur Methodik sind dem beigefügten Statistical Bulletin zu entnehmen.

Cannabis

Lebenszeitprävalenz: etwa 78 Millionen (23,2 % der europäischen Erwachsenen)

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 22,5 Millionen europäische Erwachsene (6,7 %) oder ein Drittel der Personen mit Cannabiserfahrung

Prävalenz während der letzten 30 Tage: etwa 12 Millionen (3,6 %)

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate:
Gesamtspanne: 0,4 % bis 14,3 %

Kokain

Lebenszeitprävalenz: etwa 14,5 Millionen (4,3 % der europäischen Erwachsenen)

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 4 Millionen europäische Erwachsene (1,2 %) oder ein Drittel der Personen mit Kokainerfahrung

Prävalenz während der letzten 30 Tage: etwa 1,5 Millionen (0,5 %)

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate:
Gesamtspanne: 0,0 % bis 2,7 %

Ecstasy

Lebenszeitprävalenz: etwa 11 Millionen (3,2 % der europäischen Erwachsenen)

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 2,5 Millionen (0,7 %) oder ein Fünftel der Personen mit Ecstasy-Erfahrung

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate:
Gesamtspanne: 0,1 % bis 1,6 %

Amphetamine

Lebenszeitprävalenz: etwa 12,5 Millionen (3,8 % der europäischen Erwachsenen)

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 1,5 bis 2 Millionen (0,5 %) oder bis zu einem Sechstel der Personen mit Amphetaminerfahrung

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

Opioido

Problematische Opioidkonsumenten: schätzungsweise zwischen 1,3 Millionen und 1,4 Millionen Europäer

Im Jahr 2009 haben etwa 700 000 Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten.

Hauptdroge in über 50 % aller Drogenbehandlungsanfragen

Drogeninduzierte Todesfälle: etwa 7 600, wobei in etwa drei Viertel der Fälle Opioido nachgewiesen wurden

Schutz der Käufer und Verkäufer zu finden sind. Darüber hinaus wurden Berichte von illegalen Drogenverkäufen über zugangsbeschränkte Webseiten bekannt. Ob diese Entwicklung künftig zu einer ernsthaften Bedrohung wird, ist bisher schwer zu sagen. Angesichts der Geschwindigkeit, mit der sich die Veränderungen in diesem Bereich bislang vollzogen haben, gibt es jedoch Grund zur Wachsamkeit.

Neue Drogen schneller erkennen

Die Rechtsvorschriften zum europäischen Frühwarnsystem werden derzeit überprüft. Die Europäische Kommission hat eine Evaluierung vorgenommen und dabei sowohl die Stärken des bestehenden Systems als auch die Notwendigkeit hervorgehoben, Europas Fähigkeit zu verbessern, auf die Geschwindigkeit der Entwicklungen in diesem Bereich zu reagieren. Obwohl Europa bereits eine Vorreiterstellung bei der Entdeckung neuer psychoaktiver Substanzen einnimmt, wurde bei Erörterungen auf einem von der EBDD im Jahr 2011 abgehaltenen Fachsymposium auf die globalen Dimensionen dieses Problems hingewiesen. Internationale Sachverständige bestätigten, dass Produkte, die neue psychoaktive Substanzen beinhalten, jetzt in vielen Teilen der Welt verfügbar sind, darunter Amerika, der Nahe Osten, Ozeanien und Teile Asiens, und dass der Nachweis einer immer weiter zunehmenden Bandbreite an Substanzen in einem Markt, der sich sehr schnell verändert, eine verbreitete Herausforderung darstellt. Die Sachverständigen waren sich als Ergebnis der Konferenz einig, dass dieser Herausforderung mit einem proaktiven Monitoring des Marktes, einem Austausch forensischer Informationen sowie einer besseren Ermittlung einhergehender gesundheitlicher Probleme begegnet werden muss.

Zukunftsprognosen: neue Produkte und das Zusammenspiel von Märkten

Die meisten dem Frühwarnsystem gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen waren entweder Stimulanzien oder synthetische Cannabinoide, was den Markt für illegale Drogen in Europa gut abbildet. Neue Substanzen aus diesen beiden Gruppen werden aller Wahrscheinlichkeit nach weiterhin auf den Markt drängen. Darüber hinaus experimentieren die Hersteller offenbar mit anderen Substanzen mit psychoaktiver Wirkung, die die Konsumenten möglicherweise ansprechen. Es gibt zu diesem Thema umfangreiche, allgemein zugängliche Forschungsliteratur, und es bestehen Befürchtungen, dass pharmazeutische Forschungsergebnisse verwendet werden könnten, um in Zukunft noch mehr neue psychoaktive Substanzen bereitzustellen.

In diesem Bereich liegt der politische Schwerpunkt in erster Linie auf dem Rechtsstatus neuer Substanzen; es ist jedoch auch wichtig, sie im Kontext des gesamten Drogenmarktes zu betrachten. Konsumenten berichten z. B. darüber, dass Mephedron (siehe Kapitel 8) neben Verkäufen über das Internet auch über dieselben illegalen Angebotsnetzwerke verkauft wurde, die für Drogen wie Ecstasy und Kokain verwendet werden. Zudem werden nicht kontrollierte psychoaktive Substanzen möglicherweise wie bereits erwähnt als vermeintliche Ecstasy-Tabletten auf dem illegalen Markt verkauft. Umgekehrt wurde die kontrollierte Substanz PMMA jüngst in einigen Produkten nachgewiesen, die als „Legal Highs“ beworben wurden. Insgesamt geben die Entwicklungen in diesem Bereich Anlass zur Sorge, da sie auf ein zunehmendes Zusammenspiel zwischen den Märkten für „Legal Highs“ und den Märkten für illegale Drogen hinweisen.

Cannabis: ein politisches Dilemma

Cannabis ist nach wie vor die beliebteste illegale Droge in Europa, gleichzeitig aber auch die Droge, zu der die öffentliche Meinung am weitesten gespalten ist. Dies zeigt die jüngste Eurobarometer-Studie zu der Haltung von Jugendlichen zum Drogenkonsum, die ergab, dass die Meinungen zum Cannabisverbot weiter auseinandergehen als bei anderen Drogen. Bei der Entwicklung der politischen Strategien zu Cannabis ist insgesamt keine klare Richtung zu erkennen. Interessante Beispiele für politische Entwicklungen in diesem Bereich sind unter anderem in den USA und in den Niederlanden zu finden. In einigen Staaten der USA wird die Liberalisierung der Verfügbarkeit von Cannabis für medizinische Zwecke angestrebt. In den Niederlanden schlagen politische Entscheidungsträger zunehmend einen harten Kurs in Bezug auf die Herstellung von Cannabis im eigenen Land und die Betriebsvorschriften ein, die für Verkäufe in „Coffee Shops“ gelten.

Wie groß die Auswirkungen von Veränderungen in der Politik auf den Cannabiskonsum sind, ist eine umstrittene Frage. Anhand der in diesem Bericht vorgestellten Daten kann kein direkter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des kürzlich erfolgten Drogenkonsums und Veränderungen beim Strafmaß für den Drogenkonsum festgestellt werden, was darauf hindeutet, dass hier komplexere Prozesse ablaufen. Allgemein lässt sich beobachten, dass in politischen Strategien zu Cannabis in Europa im Laufe des letzten Jahrzehnts der Schwerpunkt der Strafverfolgung eher auf Verstößen im Zusammenhang mit dem Handel und dem Angebot von Drogen als mit dem Drogenkonsum lag. Dadurch sollen unter anderem die möglichen negativen Auswirkungen vermieden werden, die sich

ergeben, wenn eine große Anzahl junger Menschen mit dem Strafrechtssystem in Berührung gerät, insbesondere, wenn ihr Cannabiskonsum nur experimenteller Natur ist. Dennoch zeigen die Daten, dass die Zahl der Verstöße im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum in Europa weiterhin ansteigt, während die Prävalenz stabil bleibt oder sogar zurückgeht. Dadurch wird deutlich, dass Politikziele möglicherweise nicht mit der Rechtsanwendung der Praxis Hand in Hand gehen. Diese Beobachtung ist schwer zu erklären, aber eine mögliche Erklärung wäre, dass diese Daten zustande kommen, weil die Einführung von eher administrativen Sanktionen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie in der Praxis angewandt werden.

Cannabisherstellung im eigenen Land: ein wachsendes Problem

Europa bleibt der weltweit größte Markt für Cannabisharz. In der Vergangenheit war Marokko das Land, in dem der größte Teil des in Europa konsumierten Cannabisharzes hergestellt wurde. Jüngste Berichte legen jedoch nahe, dass Cannabisharz zunehmend aus anderen Ländern wie Afghanistan und Libanon eingeführt wird. Dies wird durch aktuelle Feldstudien des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) bestätigt, die von einer großangelegten Produktion von Cannabisharz in Afghanistan berichten. In die Europäische Union eingeführtes Cannabiskraut stammt vornehmlich aus Nachbarländern in der Balkanregion und zu einem geringeren Anteil aus einigen afrikanischen und asiatischen Ländern. Die meisten EU-Mitgliedstaaten melden jetzt den offenbar zunehmenden Anbau von Cannabis im eigenen Land. Dies spiegelt sich auch in der Existenz von „Grow Shops“ wider, die Zubehör für den Cannabisanbau verkaufen. In der EU wird Cannabis oft nur im kleinen Maßstab kultiviert. Allerdings kann der Anbau auch von kriminellen Vereinigungen geleitete

große Produktionsstätten umfassen. Als Folge davon berichten einige Länder von zunehmender Gewalt und einem vermehrten Auftreten anderer Verbrechen im Zusammenhang mit großen Produktionsstätten. Entwicklungen auf dem europäischen Cannabismarkt werden in einer der nächsten Ausgaben der EBDD-„Insights“ eingehend untersucht.

Leitfäden, Standards und der Austausch effektiver Maßnahmen

Da aktuelle Drogenprobleme komplex sind und sich schnell verändern, muss sichergestellt werden, dass die Forschungsergebnisse und das Wissen aus der erfolgreichen Entwicklung von Diensten so weit wie möglich verbreitet werden. Daher wurden einige europäische Initiativen auf den Weg gebracht, um „Best practice“ zu ermitteln und ihre Verbreitung zu unterstützen. Im Jahr 2011 hielt die Europäische Kommission in Zusammenarbeit mit der EBDD eine Konferenz ab, um Mindestqualitätsstandards und Benchmarks für Programme zur Nachfragereduzierung zu ermitteln. Die EBDD hat außerdem ihre webgestützten Ressourcen zur Veröffentlichung von evidenzbasierten Verfahren erweitert. Es sollte jedoch angemerkt werden, dass verfügbare Evidenz nicht automatisch dazu führt, dass sie auch in der Praxis angewandt wird. Ein Beispiel dafür findet sich im Bereich der Drogenprävention, wo gezielte und verhältnispräventive Strategien trotz zunehmend fundierter Nachweise für ihre Wirksamkeit meist zu den am seltensten angewandten Interventionen zählen. Ausgangspunkt für die Anwendung von „Best practice“ muss jedoch ein Verständnis dafür sein, welche Ansätze erwiesenermaßen Nutzen bringen. Da die Menge und die Verfügbarkeit von Informationen als Grundlage für politische Entscheidungen immer weiter steigt, wird es zunehmend schwieriger, Investitionen in Ansätze zu begründen, die nicht durch gesicherte Nachweise gestützt werden.



Kapitel 1

Politische und rechtliche Entwicklungen

Einleitung

Anlässlich der im Jahr 2012 auslaufenden gegenwärtigen Drogenstrategie untersucht das vorliegende Kapitel die Entwicklungen des europäischen Ansatzes für die Drogenpolitik in den letzten 20 Jahren. Dabei werden auch verschiedene, erst kürzlich von nichteuropäischen Ländern angenommene Strategien auf ihre Konvergenz bzw. auf Unterschiede zum europäischen Ansatz untersucht. Die jüngsten nationalen Drogenstrategien innerhalb Europas werden ebenfalls kurz beleuchtet.

Ein Überblick über die hier vorgestellten Studien über öffentliche Ausgaben der EU-Mitgliedstaaten zeigt die verschiedenen Herangehensweisen an diese Thematik sowie die Notwendigkeit einer verbesserten und harmonisierten Datenerhebung in diesem Bereich auf. Darüber hinaus werden in diesem Kapitel die Anpassungen der Strafen für den Besitz von Drogen untersucht, die in den letzten zehn Jahren in den europäischen Ländern stattgefunden haben. Die jüngsten Entwicklungen in der drogenspezifischen Forschungsarbeit bilden einen weiteren Schwerpunktbereich.

Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene

Fahrplan für neue Initiativen in der EU-Drogenpolitik

Der von der Europäischen Kommission erarbeitete neue Rahmen für die Drogenpolitik wird eines der ersten Dokumente zur Drogenpolitik sein, das unter dem Vertrag von Lissabon angenommen wird (vgl. EBDD, 2010a). Die vorbereitenden Arbeiten hierzu umfassen unter anderem die abschließende externe Evaluierung der EU-Drogenstrategie 2005-2012. Diese Evaluierung stützt sich auf Befragungen von Interessenvertretern aus den Mitgliedstaaten, aus Drittländern und von internationalen Organisationen sowie auf die Analyse von politischen Dokumenten und Trendberichten. Das von der Europäischen Kommission mitgegründete Europäische Drogenforum der Zivilgesellschaft wird mit einem Positionspapier zu dieser Bewertung beitragen. Außerdem haben Mitglieder der

verschiedenen Fraktionen des Europäischen Parlaments Sitzungen und Anhörungen organisiert, auf denen die gegenwärtige sowie die künftige EU-Drogenpolitik erörtert wird. Diese Diskussionen und anderen Beiträge sowie die Evaluierung werden in die Entwicklung einer umfassenden EU-Drogenpolitik für die Zeit nach 2012 einfließen.

Zwei Jahrzehnte europäischer Drogenpolitik

Seit den frühen 90er-Jahren hat die Europäische Union acht Drogenstrategien oder Aktionspläne verabschiedet (siehe Abbildung 1). Die Verschiebung der thematischen Inhalte der aufeinanderfolgenden Dokumente spiegelt dabei deutlich die Entwicklung des europäischen Ansatzes zur Drogenpolitik wider. Die ersten beiden europäischen Drogenpläne konzentrierten sich in erster Linie auf die Einführung von Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenangebots und der Nachfrage nach Drogen. Im Plan für den Zeitraum 1995-1999 wurde erstmals das Konzept eines integrierten Ansatzes verfolgt, der diese beiden Aspekte miteinander verknüpft. Die im Jahr 2000 angenommene Strategie definierte den europäischen Ansatz sowohl als integriert als auch als ausgewogen und verteilte die politische Gewichtung gleichermaßen auf die Maßnahmen zur Nachfrage- als auch zur Angebotsreduzierung. Dieser veränderte Ansatz spiegelt sich auch in den Titeln der politischen Dokumente wider: Die „Pläne zur Bekämpfung von Drogen“ wurden durch die neutraleren „Drogenstrategien“ und „Aktionspläne“ abgelöst. Inhaltlich können die offensichtlichsten Veränderungen in den EU-Dokumenten zur Drogenpolitik in den letzten 20 Jahren an der Einführung der Ziele zur Schadensminimierung auf dem Gebiet der Nachfragereduzierung festgemacht werden.

In den ersten beiden europäischen Plänen fanden die Bewertung und Evaluierung der politischen Maßnahmen keine Erwähnung, da die Priorität in den frühen 90er-Jahren zunächst auf der Schaffung eines verlässlichen europäischen Drogeninformationssystems lag. Im Jahr 1995 wurde dann die Bewertung der Umsetzung der Strategien eingeführt, doch erst in der Drogenstrategie für den Zeitraum 2000-2004 wurde

Abbildung 1: Zeitliche Übersicht über die europäischen Dokumente zur Drogenpolitik

Europäischer Plan zur Drogenbekämpfung					Europäischer Plan zur Drogenbekämpfung					EU-Drogenstrategie					EU-Drogenstrategie									
1990					1992					EU-Aktionsplan zur Drogenbekämpfung					2000-2004					2005-2012				
					1995-1999					2000-2004					EU-Drogenaktionsplan					EU-Drogenaktionsplan				
															2005-2008					2009-2012				
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		

die Evaluierung als fester Bestandteil des europäischen Ansatzes im Drogenbereich konsolidiert. Seit diesem Zeitpunkt werden alle EU-Drogenstrategien und Aktionspläne evaluiert, und die Ergebnisse fließen dann in nachfolgende politische Dokumente in diesem Bereich ein. Der neue Rahmen zur EU-Drogenpolitik folgt ebenfalls diesem Grundsatz und wird sich erstmals auch auf eine externe Evaluierung der vorhergehenden Strategie stützen.

Internationale Perspektive

Außerhalb der Europäischen Union wurden in jüngster Zeit mehrere nationale bzw. regionale Strategien veröffentlicht, wobei als Herausgeber insbesondere Australien, Russland, die USA und die Organisation Amerikanischer Staaten (OAS) (!) zu nennen wären. Eine inhaltliche Untersuchung dieser politischen Dokumente verdeutlicht das Ausmaß, in dem sich andere Länder der verschiedenen Merkmale des europäischen Ansatzes bedienen.

Die US-amerikanische Drogenkontrollstrategie aus dem Jahr 2010 schlägt in der Drogenpolitik eine neue Richtung ein, da der Drogenkonsum hierbei in erster Linie als Problem der öffentlichen Gesundheit begriffen und die Nachfrage nach Drogen als Hauptursache für das in den USA herrschende Drogenproblem angesehen wird. Die Schwerpunkte dieser Strategie liegen auf der Prävention, der Behandlung und Suchtentwöhnung sowie auf der Forderung nach einer Einbindung der Suchtbehandlung in die klassische Schulmedizin, wie dies auch bei anderen chronischen Erkrankungen schon der Fall ist. Die Drogenstrategie der OAS („Hemispheric Drug Strategy“) greift die Standpunkte der US-Drogenstrategie auf und definiert die Drogensucht als eine chronische Rückfallerkrankung, die dementsprechend behandelt werden sollte. Die erste russische Drogenstrategie (2010-2020) baut auf der Anerkennung des Ausmaßes der Drogenproblematik auf, die sich insbesondere durch den Anstieg des Konsums illegaler Drogen und der damit einhergehenden Infektionskrankheiten bemerkbar macht. Die Strategien der OAS, Russlands und der USA betonen einhellig die Notwendigkeit eines ausgewogenen Ansatzes

in diesem Bereich. Die australische Drogenstrategie (2010-2015) ist von den vier genannten politischen Dokumenten thematisch am umfassendsten und deckt alle psychoaktiven Substanzen ab, die eine Abhängigkeit und andere Gesundheitsprobleme hervorrufen können: Alkohol, Tabakprodukte, illegale Drogen sowie andere Arten von Drogen. Die Schadensminimierung ist das übergeordnete Ziel dieser Strategie.

Die Strategien der OAS, Australiens und der USA zeichnen sich durch einen faktengestützten Ansatz zur Nachfragereduzierung sowie durch eine Evaluierung der Ergebnisse aus. Länder, die die „Hemispheric Drug Strategy“ der OAS angenommen haben, verpflichten sich dazu, ihre nationalen politischen Strategien und Maßnahmen regelmäßig einer unabhängigen Evaluierung zu unterziehen, deren Ergebnisse dann als Grundlage für die Zuteilung der Ressourcen herangezogen werden. Die 106 Punkte der US-amerikanischen Strategie werden im jährlichen Rhythmus überprüft und aktualisiert, damit die Ziele der Strategie erreicht werden können, darunter die Reduzierung der Prävalenz des Drogenkonsums bis zum Jahr 2015 unter den 12- bis 17-Jährigen um 15 % und unter jungen Erwachsenen um 10 %. Die australische Strategie wird ebenfalls einer Leistungsbewertung unterzogen, die sich auf die folgenden drei Kriterien stützt: Vorgehen gegen das Angebot illegaler Drogen, den Drogenkonsum und den damit verbundenen Schaden. Die russische Strategie zielt insbesondere auf bessere Werkzeuge für die Überwachung und die Datenerhebung ab, lehnt die opioidgestützte Substitutionsbehandlung – eines der zentralen Konzepte der faktengestützten EU-Strategie – jedoch ausdrücklich ab. Anzumerken ist außerdem, dass sowohl die russische als auch die amerikanische Strategie auf Kampagnen in den Massenmedien setzen, obgleich die Wirksamkeit einer solchen Vorgehensweise kaum belegt ist.

Insgesamt scheinen die weltweit umgesetzten Drogenstrategien ein gewisses Maß an Konvergenz aufzuweisen. Während aber die erste russische Drogenstrategie zwar die Drogenproblematik an sich

(!) Die OAS ist eine regionale Organisation, der alle 35 unabhängigen Staaten Nord- und Südamerikas angehören und die dort die wichtigste Plattform für eine regierungsübergreifende Zusammenarbeit bildet.

anerkennt und eine stärkere Überwachung fordert, nimmt sie anders als die Strategien der USA und der OAS, die in höherem Maße mit dem europäischen Modell übereinstimmen, einen von diesen Strategien abweichenden ideologischen Standpunkt ein. Der australische Ansatz deckt sich im Hinblick auf zahlreiche Elemente mit der EU-Strategie, unterscheidet sich jedoch durch den sehr breit gefassten Umfang der abgedeckten Substanzen.

Nationale Drogenstrategien

Ein zentraler Bestandteil der europäischen Drogenpolitik sind nationale Drogenstrategien und Aktionspläne, die zum jetzigen Zeitpunkt in fast allen der 30 von der EBDD überwachten Länder umgesetzt sind. In den meisten dieser Länder wurde das gegenwärtig geltende Dokument zur Drogenpolitik vor weniger als drei Jahren eingeführt. Diese Dokumente enthalten eine Beschreibung der gegenwärtigen Drogensituation im jeweiligen Land sowie der Ziele der Regierung auf diesem Gebiet und legen sowohl die zu ergreifenden Maßnahmen als auch die für deren Umsetzung zuständigen Parteien fest. Kriterien zur Messung des Erfolgs jeder dieser Maßnahmen werden ebenfalls häufig vorgestellt, und zunehmend ist auch eine abschließende Evaluierung der Strategie oder des Aktionsplans vorgesehen.

Neue Entwicklungen

In jüngster Zeit haben elf Länder neue nationale Drogenstrategien oder Aktionspläne über unterschiedliche

Zeiträume zwischen drei und neun Jahren verabschiedet (Tabelle 1). Drei dieser Länder (Portugal, Rumänien, Türkei) haben ihre nationalen Dokumente zur Drogenpolitik dabei auf die aktuelle EU-Drogenstrategie (2005-2012) abgestimmt. Obwohl Alkohol und Tabakprodukte in einigen Fällen genannt werden, liegt der Schwerpunkt der meisten dieser Dokumente auf illegalen Drogen, und viele Länder verfügen zudem über separate Aktionspläne zu Alkohol und Tabakprodukten. Eine der wenigen Ausnahmen ist die kombinierte Drogen- und Alkoholstrategie für Irland, deren Annahme sich aufgrund der Parlamentswahlen Anfang 2011 noch verzögert.

Die Niederlande meldeten aufgrund eines Regierungswechsels ebenfalls Verzögerungen bei der Annahme eines neuen Dokuments zur Drogenpolitik (?), und die neu gewählte ungarische Regierung bekräftigte ihre Entschlossenheit, die erst vor einem Jahr von der Vorgängerregierung verabschiedete Drogenstrategie durch eine andere Strategie zu ersetzen. Weitere vier Länder (Deutschland, Estland, Slowenien und Schweden) gaben an, derzeit neue Dokumente zur Drogenpolitik zu erarbeiten, die im Jahr 2011 verabschiedet werden sollen, und Norwegen hat seinen Aktionsplan für den Zeitraum 2007-2010 um weitere zwei Jahre verlängert.

Öffentliche Ausgaben

In Europa wurden die öffentlichen Ausgaben für alle Aspekte des Drogenphänomens in den letzten zehn Jahren sorgfältig kontrolliert (EBDD, 2008c). In diesem Abschnitt werden die verfügbaren umfassenden Schätzungen

Tabelle 1: Kürzlich verabschiedete nationale Dokumente zur Drogenpolitik				
Land	Name des Dokuments	Zeitspanne	Schwerpunkt	Anmerkungen
Tschechische Republik	Strategie	2010-2018	Illegale Drogen	Ergänzt durch einen Aktionsplan (2010-2012)
Dänemark	Aktionsplan	2010 bis heute	Illegale Drogen	
Italien	Aktionsplan	2010-2013	Illegale Drogen	Ergänzt durch einen Projektplan 2010
Lettland	Programm	2011-2017	Illegale Drogen	
Litauen	Programm	2010-2016	Illegale Drogen	Ergänzt durch jährliche Aktionspläne
Luxemburg	Strategie und Aktionsplan	2010-2014	Illegale Drogen	Die Strategie umfasst auch Alkohol, Tabak, Medikamente und Suchtverhalten.
Polen	Programm	2011-2016	Illegale Drogen	
Portugal	Aktionsplan	2009-2012	Illegale Drogen	Zweiter Aktionsplan im Rahmen des Strategieplans 2005-2012
Rumänien	Aktionsplan	2010-2012	Illegale Drogen	Zweiter Aktionsplan im Rahmen der Strategie 2005-2012
Vereinigtes Königreich	Strategie	2010 bis heute	Illegale Drogen	Ersetzt den von der Vorgängerregierung verabschiedeten Strategieplan 2008-2018
Türkei	Aktionsplan	2010-2012	Illegale Drogen, Alkohol und Tabak	Zweiter Aktionsplan im Rahmen der nationalen Strategie 2006-2012

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

(?) Im Jahr 2011 wurde dem Parlament eine neue Strategie in Form eines „Drogenbriefs“ vorgelegt.

Entwicklungen in der Drogenpolitik

Eine der jüngsten Entwicklungen im Vereinigten Königreich betrifft die Verschiebung der Zielsetzung der Drogenpolitik auf die Förderung der Suchtentwöhnung. Künftige politische Dokumente in diesem Bereich konzentrieren sich auf die Behandlungsergebnisse und die soziale Reintegration von Drogenkonsumenten (¹), wobei die Suchtentwöhnung einen der wichtigsten Bestandteile der Drogenpolitik (²) bildet. Frühere politische Strategien zielten in erster Linie darauf ab, die Anzahl der Patienten zu erhöhen, die sich in Behandlung, insbesondere in die opioidgestützte Substitutionsbehandlung, begeben; einige der neueren Strategien konzentrieren sich hingegen stärker auf die Qualität der angebotenen Dienste. Wie sich diese neue Entwicklung in der Drogenpolitik in Veränderungen bei der Drogenbehandlung und der Dienste zur sozialen Reintegration widerspiegeln wird, bleibt abzuwarten. Es bleibt zudem die Frage, inwiefern diese Entwicklung auch tiefgehende Veränderungen in der künftigen Drogenpolitik bedingen wird. Eine Überprüfung der Datengrundlage im Bereich der Suchtentwöhnung hat ergeben, dass verschiedene entscheidende Faktoren für ein drogenfreies Leben und die Teilnahme als aktives Mitglied der Gemeinschaft nicht in den Bereich der Drogenpolitik fallen, sondern eher im Zusammenhang mit individuellen Charaktereigenschaften und einer weiter gefassten Sozialpolitik stehen (Best et al., 2010). Eine Veränderung dieser Faktoren kann sich für die Regierungen in Zeiten, in denen die öffentlichen Ausgaben mehr und mehr gekürzt werden, sehr schwierig gestalten, insbesondere wenn hierfür zusätzliche finanzielle Mittel erforderlich werden.

Die gegenwärtige Drogenpolitik in Portugal wurde vor mehr als einem Jahrzehnt eingeführt, fand jedoch in den letzten Jahren zunehmend Beachtung bei Analysten und Interessenvertretern im Bereich der Drogenpolitik und jüngst auch bei europäischen und außereuropäischen Regierungen. Zentrale Elemente der portugiesischen Strategie sind die Entkriminalisierung des Drogenkonsums sowie die Rolle der Kommissionen zur Vermeidung des Drogenmissbrauchs, die dem Gesundheitsministerium unterstehen (EBDD, 2011b). Diese Stellen bewerten die Situation der Drogenkonsumenten und können Unterstützung gewähren oder Sanktionen verhängen. Zwar ist noch keines der anderen Länder diesem Modell gefolgt, die norwegische Regierung hat jedoch kürzlich die Einrichtung ähnlicher interdisziplinärer Tribunale auf nationaler Ebene vorgeschlagen.

¹) Strategie 2008 des Vereinigten Königreichs.

²) Strategie 2008 (Schottland) und Strategie 2010 (Vereinigtes Königreich).

der einzelnen europäischen Länder zu ihren jeweiligen öffentlichen Ausgaben für den Drogensektor eingehender untersucht. Dabei sollen zwei wesentliche Fragen in Bezug auf die öffentlichen Ausgaben beantwortet werden: Welchen Anteil des Bruttoinlandsprodukts (BIP)

verwenden die einzelnen Länder auf das Drogenproblem, und wie werden die Mittel auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche aufgeteilt (insbesondere im Hinblick auf die Unterscheidung der Maßnahmen zur Angebots- und Nachfragereduzierung)?

Menge und Qualität der verfügbaren Informationen zu den öffentlichen Ausgaben im Drogensektor unterscheiden sich von Land zu Land erheblich. Die verfügbaren Studien decken unterschiedliche Zeiträume ab, verwenden verschiedene Methoden und beziehen sich auf Länder, deren Strukturen des öffentlichen Sektors nicht miteinander vergleichbar sind. Unterschiede bei den Methoden zur Berechnung der drogenbezogenen Ausgaben schränken die Möglichkeit nationaler Vergleiche deutlich ein. Einige der von der Regierung für Aufgaben im Zusammenhang mit dem Drogensektor bereitgestellten Mittel sind in den nationalen Haushalten ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnet. Beim größten Teil der drogenbezogenen Ausgaben handelt es sich jedoch um sogenannte versteckte Ausgaben, die durch eine Kostenmodellrechnung ermittelt werden müssen.

In den vergangenen zehn Jahren haben mindestens zwölf Länder sich darum bemüht, umfassende Schätzungen ihrer drogenbezogenen Ausgaben aufzustellen (Tabelle 2). Diese Länder haben im Zusammenhang mit dem Drogenproblem öffentliche Ausgaben in Höhe von 0,04 % bis 0,48 % des BIP gemeldet.

Bereits in anderen Bereichen der Sozialpolitik wurde deutlich, dass die nationalen Regierungen mit zunehmendem Reichtum der Länder einen höheren Anteil des BIP für drogenbezogene Aufgaben verwenden (OECD, 2006; Prieto, 2010). In Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich wurden Schätzungen zufolge mindestens 0,1 % des BIP für drogenbezogene Probleme ausgegeben; in Frankreich und Lettland (nur ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichneten Ausgaben), Ungarn und der Slowakei beliefen sich die Ausgaben auf 0,04 % bis 0,1 % des BIP. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei der Berechnung unterschiedliche Methoden zum Einsatz kamen und die Angaben nicht in gleichem Maße einheitlich sind, unterscheiden sich diese Werte nicht erheblich von den Schätzungen für die USA (0,42 %) (Reuter, 2006) und Australien (0,41 % des BIP) (Moore, 2008).

Studien über öffentliche Ausgaben sollen außerdem ermitteln, wie hoch die entsprechenden Anteile der zugewiesenen Mittel für die einzelnen drogenbezogenen Probleme sind. Vergleiche zwischen den verschiedenen Ländern sind jedoch mit Bedacht

Tabelle 2: Schätzungen zu den öffentlichen Ausgaben im Drogensektor

Land	Jahr	Zugewiesene Mittel für öffentliche Ausgaben im Drogensektor (in %)		Anteil am BIP (in %) ⁽¹⁾	Regierungsebene
		Nachfrage-reduzierung	Angebots-reduzierung		
Belgien	2004	43,4	56,2	0,10	Behörden auf Bundesebene sowie auf der Ebene der Regionen, Provinzen und Gemeinden
Tschechische Republik ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Zentrale, regionale und lokale Regierung sowie Bereich der sozialen Sicherheit
Frankreich	2005	51,6	48,4	0,07	Zentralregierung
Deutschland	2006	35,0	65,0	0,22-0,26	Behörden auf Bundes- und Landesebene und auf lokaler Ebene sowie Bereich der sozialen Sicherheit
Ungarn	2007	25,0	75,0	0,04	Zentralregierung
Lettland ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Zentralregierung sowie ein Programm auf lokaler Ebene
Luxemburg	2009	43,0	57,0	0,10	Zentralregierung sowie Bereich der sozialen Sicherheit
Niederlande	2003	25,0	75,0	0,46	Zentralregierung und Lokalregierung
Slowakei	2006	30,0	70,0	0,05	Zentralregierung sowie Bereich der sozialen Sicherheit
Finnland	2008	45,0	55,0	0,07	Zentralregierung und Lokalregierung
Schweden	2002	25,0	75,0	0,28	Nicht näher bezeichnete öffentliche Sektoren (nur beteiligte Agenturen)
Vereinigtes Königreich	2005/2006	41,3	58,7	0,48	Zentralregierung und regionale Regierung

⁽¹⁾ Aufgrund der länderspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Methodik sowie der Qualität und Vollständigkeit der Daten dienen die Angaben zum Anteil der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor am BIP nur als Anhaltspunkt und geben keinen Hinweis auf die vollständige Höhe der nationalen öffentlichen Ausgaben im Zusammenhang mit dem Drogenproblem.

⁽²⁾ Nur ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnete Ausgaben.

Anmerkung: Eine vollständige Liste der Quellen ist der Tabelle PPP-10 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte, Eurostat.

anzustellen, da die Länder bei der Aufschlüsselung ihrer Ausgaben möglicherweise unterschiedliche Methoden angewandt haben. Unter den zwölf Ländern, die vollständige Schätzungen vorgelegt haben, beliefen sich die Ausgaben für Maßnahmen zur Angebotsreduzierung – „Strafverfolgung“ oder auch „öffentliche Sicherheit und Ordnung“ – auf 48 % bis 92 % der Gesamtausgaben. Am häufigsten gemeldet wurden Ausgaben für Justiz, Polizei, Zoll und Haftanstalten.

Die Art und Weise, wie die europäischen Länder ihre Ausgaben für Maßnahmen zur Nachfragereduzierung kategorisieren, weist erhebliche Unterschiede auf. Die Ausgaben für Behandlungen und andere Gesundheitsaspekte belaufen sich in Belgien, Frankreich und Luxemburg auf mindestens 40 % der Gesamtausgaben. Fünf Länder gaben an, zwischen 0,1 % und 28,8 % der geschätzten drogenbezogenen Ausgaben für Maßnahmen zur Schadensminimierung aufzuwenden. Sieben Länder legten Daten zu den Ausgaben für Präventionsmaßnahmen vor, die sich auf 1 % bis 12 % der Gesamtausgaben für drogenbezogene Probleme belaufen.

Mehrere europäische Länder nutzen die Angaben zu den öffentlichen Ausgaben bereits als Werkzeug für die Planung und Evaluierung der Umsetzung der Drogenpolitik, und weitere Länder, darunter Portugal

und die Slowakei, haben angekündigt, ebenfalls so verfahren zu wollen. Die Entwicklung eines klaren und vollständigen Überblicks über die drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben in Europa bleibt jedoch auch weiterhin eine Herausforderung. Gegenwärtig besteht kein Konsens bezüglich der Schätzung bestimmter Arten von drogenbezogenen Ausgaben. Um die Genauigkeit und die Vergleichbarkeit der Daten aus den einzelnen Ländern zu verbessern, ist sowohl eine umfassende Bestandsaufnahme der öffentlichen Einrichtungen erforderlich, die die Drogenpolitik finanzieren, als auch die Harmonisierung der Konzepte und Definitionen.

Einzelstaatliche Rechtsvorschriften

Strafmaße für den Besitz von Drogen für den Eigenverbrauch: ein Jahrzehnt der Veränderung in Europa

In den letzten zehn Jahren haben 15 europäische Länder das Strafmaß für den Besitz geringer Mengen Drogen angepasst. Gemäß Artikel 3 Absatz 2 des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen muss der Besitz von Drogen für den Eigenverbrauch im Rahmen der jeweils geltenden

Rezession: Auswirkungen auf Maßnahmen im Drogenbereich

Die wirtschaftliche Rezession, die Europa im Jahr 2008 getroffen hat, hatte erhebliche Folgen für die EU-Mitgliedstaaten. Es sind langwierige Auswirkungen auf die öffentlichen Finanzen zu erwarten, zudem müssen in den meisten Ländern politische Strategien zur Verringerung der Schulden und der öffentlichen Defizite eingeführt werden. Die Europäische Kommission (2011) rechnet damit, dass die öffentlichen Ausgaben (ausgenommen Zinszahlungen) in der Europäischen Union im Jahr 2011 zum ersten Mal seit zehn Jahren real sinken werden.

Die nationalen Reitor-Knotenpunkte haben Daten zu Mittelzuweisungen für drogenbezogene Maßnahmen gesammelt, um einen ersten Einblick in die Auswirkungen von Sparmaßnahmen auf die Drogenpolitik zu erhalten. Von den 19 Ländern, die Informationen vorgelegt haben, meldeten 15 einen Rückgang der Mittel in einigen drogenpolitischen Bereichen seit dem Jahr 2008. Die Höhe der Mittelrückgänge variierte jedoch erheblich und schwankt je nach Land und Politikbereich zwischen 2 % und 44 %.

Die Sparmaßnahmen scheinen sich unterschiedlich auf die verschiedenen Bereiche der Drogenpolitik ausgewirkt zu haben. Bei den gekennzeichneten Ausgaben waren insbesondere die Bereiche Forschung, Prävention, soziale Reintegration und organisatorische Tätigkeiten betroffen. Die meisten Länder scheinen es vermieden zu haben, Kürzungen bei den Mitteln für Behandlungsmaßnahmen vorzunehmen, wobei einige Länder dennoch von Umstrukturierungen der Dienste und Kürzungen bei der Bereitstellung dieser Dienste berichten. Mittelkürzungen im Zusammenhang mit drogenbezogenen Programmen in Haftanstalten oder mit der Strafverfolgung wurden ebenfalls gemeldet. Aus den meisten Ländern liegen keine Informationen zu den versteckten Ausgaben vor, die den größten Teil der drogenbezogenen Ausgaben ausmachen. Daher werden die Auswirkungen von Sparmaßnahmen, die sich auf Bereiche wie die Strafverfolgung, die Justiz oder bestimmte Behandlungsbereiche beziehen, möglicherweise nicht in vollem Umfang gemeldet.

Verfassungsgrundsätze und der Grundsätze des nationalen Rechtssystems als Straftat definiert sein. In Europa wurde diese Vorgabe auf unterschiedliche Weise umgesetzt. Der Besitz einer illegalen Droge für den Eigenverbrauch kann als Straftat oder als Ordnungswidrigkeit gelten oder – im Falle des Besitzes von Cannabis – mit ordnungsrechtlichen Sanktionen belegt sein; der Besitz anderer Drogen gilt auch weiterhin als Straftat.

Über die letzten zehn Jahre betrachtet können bei der Anpassung des Strafmaßes drei wesentliche Vorgehensweisen festgemacht werden: Die Änderung

des Rechtsstatus des Vergehens (Straftat oder Ordnungswidrigkeit), die Anpassung der Kategorisierung der verschiedenen Drogen, sofern die Art der Droge das Strafmaß bestimmt, und die Änderung der Höhe des maximalen Strafmaßes. Die meisten Länder, die das Strafmaß für den Drogenbesitz angepasst haben, haben dabei eine Kombination der vorstehend genannten Möglichkeiten verwendet, was eine eindeutige Analyse noch erschwert.

Belgien, Luxemburg und Portugal haben den Rechtsstatus des Vergehens angepasst und sind damit den bedeutsamsten Schritt für den Gesetzgeber gegangen. In Portugal sieht das im Juli 2001 verabschiedete Gesetz die Entkriminalisierung des Besitzes jeglicher Art von Drogen für den Eigenverbrauch vor. Dadurch wurde die Höchststrafe für den Besitz geringer Mengen Drogen von einer Haftstrafe von drei Monaten auf eine Geldbuße verringert, die von der neuen „Kommission zur Vermeidung des Drogenmissbrauchs“ verhängt wird, die gesundheitsbezogene Lösungen der Verhängung von Strafen vorzieht⁽³⁾. In Luxemburg wurde im Mai 2001 der Besitz von Cannabis für den Eigenverbrauch als eigenständiges Vergehen mit einem geringeren Strafmaß eingeführt; beim ersten Vergehen ohne erschwerende Umstände ist hier lediglich eine Geldbuße vorgesehen. Gleichzeitig wurden die Höchststrafen für den Besitz anderer Drogen als Cannabis für den Eigenverbrauch von drei Jahren auf sechs Monate Haft verringert. Belgien traf im Mai 2003 ähnliche Maßnahmen. Der Besitz geringer Mengen Cannabis für den Eigenverbrauch ohne erschwerende Umstände wurde bisher mit einer Haftstrafe von bis zu fünf Jahren geahndet; nun wird der strafrechtlichen Verfolgung solcher Vergehen jedoch keine Priorität mehr eingeräumt, so dass die Polizei lediglich noch eine Geldstrafe verhängt.

Estland und Slowenien haben ebenfalls Vorkehrungen für eine Entkriminalisierung getroffen. Bis zum September 2002 wurde in Estland der zweite verwaltungsrechtliche Verstoß im Zusammenhang mit dem Besitz von Drogen innerhalb von zwölf Monaten nach dem ersten Verstoß als Straftat betrachtet und mit einer Haftstrafe von bis zu drei Jahren geahndet. Die neue Strafgesetzgebung sieht eine solche Regelung nicht mehr vor, so dass der zweite Verstoß ebenfalls als mittelschwere Straftat angesehen und mit einer Geldstrafe oder einer Ordnungshaft von bis zu 30 Tagen belegt wird. In Slowenien wurde mit dem neuen Gesetz über Verstöße („Misdemeanours Act“) vom Januar 2005 die Verhängung von Haftstrafen für mittelschwere Straftaten, darunter der Besitz von Drogen für den Eigenverbrauch, abgeschafft. Auf diese Weise wurde das Höchststrafmaß von 30 Tagen

⁽³⁾ Eine detaillierte Analyse der Auswirkungen der Entkriminalisierung in Portugal wurde vor Kurzem veröffentlicht (Hughes und Stevens, 2010).

(oder 5 Tagen bei geringen Mengen) auf eine Geldstrafe verringert.

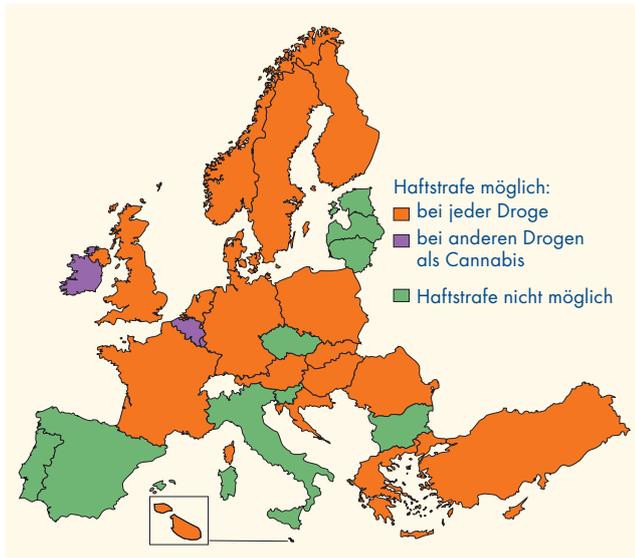
Ohne den Rechtsstatus der Verstöße zu ändern, haben sechs Länder Anpassungen an der Kategorisierung der verschiedenen Drogen vorgenommen, wobei die Kategorie das Strafmaß bestimmt. In Rumänien werden Substanzen mit der Gesetzgebung aus dem Jahr 2004 in Kategorien mit hohem und sehr hohem Risiko eingeteilt. Das Strafmaß bei Verstößen im Zusammenhang mit Substanzen mit sehr hohem Risiko beläuft sich auch weiterhin auf Haftstrafen zwischen zwei und fünf Jahren, während für Substanzen der anderen Risikokategorie nunmehr geringere Strafen zwischen sechs Monaten und zwei Jahren vorgesehen sind. In Bulgarien wurden mit dem Strafgesetzbuch im Jahr 2006 spezielle Strafen für Vergehen eingeführt, die nicht im Zusammenhang mit dem Verkauf stehen: ein bis sechs Jahre für Drogen mit hohem Risiko (vormals 10-15 Jahre) und bis zu fünf Jahre für andere risikobehaftete Drogen (vormals 3-6 Jahre). Darüber hinaus wurde festgelegt, dass geringfügige Vergehen mit einer Geldstrafe geahndet werden können. Mit der Einführung des neuen Strafgesetzbuches im Januar 2010 ist in der Tschechischen Republik nun für Verstöße im Zusammenhang mit dem Besitz von mehr als nur einer geringfügigen Menge an Cannabis für den Eigenverbrauch ein geringeres Höchststrafmaß (Haftstrafe von einem Jahr) vorgesehen als bei anderen Drogen (unverändert zwei Jahre). Umgekehrt hat Italien Ende 2006 die strafrechtliche Unterscheidung zwischen den verschiedenen Arten von Drogen abgeschafft und die Höchstdauer von Verwaltungsanktionen, wie der Einzug der Fahrerlaubnis, für alle illegalen Drogen auf ein Jahr erhöht. Im Vereinigten Königreich wurde die Droge Cannabis im Jahr 2004 von Klasse B in Klasse C herabgestuft, so dass sich die Höchststrafen bei Besitz für den Eigenverbrauch von fünf auf zwei Jahre Haft verringert haben. Darüber hinaus wurden nationale Leitlinien für die Polizei ausgegeben, die – sofern keine erschwerenden Umstände vorliegen – keine Verhaftung, sondern lediglich eine informelle Verwarnung der betreffenden Person vorsahen. Im Januar 2009 wurde Cannabis dann wieder von Klasse C in Klasse B eingeordnet, wodurch sich die Haftstrafen wieder auf maximal fünf Jahre erhöhten. Die überarbeiteten nationalen Leitlinien für die Polizei sehen für das erste Vergehen auch weiterhin eine informelle Verwarnung vor.

Eine dritte Gruppe von Ländern nahm Anpassungen des Strafmaßes für den Besitz von Drogen für den Eigenverbrauch vor, ohne den Rechtsstatus oder den relativen, von der jeweiligen Droge ausgehenden Schaden zu bewerten. Die Strafen für den Besitz von

Drogen für den Eigenverbrauch wurden in vier Ländern einfach geändert, und auch in der Slowakei führte eine Neudefinition der Vergehen zu einem veränderten Strafmaß. Finnland hat im Jahr 2001 eine Änderung zu seinem Strafgesetzbuch verabschiedet, die eine Verringerung der Höchststrafe bei geringfügigen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz von zwei Jahren auf sechs Monate vorsieht und es den Strafverfolgungsbehörden so ermöglicht, einen Großteil der Fälle mit einer Geldstrafe abzuhandeln. Im Jahr 2003 hat Griechenland die Höchststrafe für den Konsum oder den Besitz geringer Mengen an Drogen für den Eigenverbrauch durch Konsumenten, die kein Suchtverhalten aufweisen, von fünf Jahren auf ein Jahr Haft verringert. Wenn es innerhalb von fünf Jahren nicht zu einem weiteren Verstoß kommt, wird dieser Verstoß nicht in das Strafregister der betreffenden Person aufgenommen. In einer Leitlinie für die Strafverfolgungsbehörden, die im Jahr 2004 in Dänemark eingeführt wurde, ist festgelegt, dass auch bei geringfügigen Drogenvergehen eine Geldstrafe zu verhängen ist; eine Verwarnung ist hier nicht ausreichend. Im Jahr 2007 wurde diese Bestimmung gesetzlich verankert. In Frankreich wurde im Jahr 2007 der Umfang möglicher strafrechtlicher Optionen gesetzlich erweitert und umfasst nun auch die Verordnung eines Kurses zur Sensibilisierung für die Drogenproblematik für Gelegenheitskonsumenten und Jugendliche. Die Kosten des Kurses hat der Angeklagte zu tragen. Im Jahr 2005 wurde die slowakische Gesetzgebung geändert, indem in Bezug auf den Besitz für den Eigenverbrauch die Menge von einer Dosis einer illegalen Substanz auf drei Dosen erhöht wurde; die Höchststrafe blieb jedoch unverändert. Darüber hinaus sind zwei neue Strafen vorgesehen: überwachter Hausarrest für bis zu ein Jahr oder die Ableistung gemeinnütziger Arbeit zwischen 40 und 300 Stunden. Mit dieser Änderung ging auch die Definition eines neuen Verstoßes einher, nämlich des Besitzes einer größeren Menge Drogen von bis zu zehn Dosen für den Eigenverbrauch; hierfür ist eine Haftstrafe von bis zu fünf Jahren zu verhängen. Vormals handelte es sich dabei um eine Straftat im Zusammenhang mit dem Handel mit Drogen, die mit einer Haftstrafe von zwei bis acht Jahren zu ahnden war.

Die Motive für die Änderung des Strafmaßes sind komplex und unterscheiden sich von Land zu Land. Beispielsweise dienten die Anpassungen einem verbesserten Zugang zu süchtigen Konsumenten (Portugal), der Vereinfachung der Strafen [Belgien, Finnland, Vereinigtes Königreich (2004)], der Harmonisierung der Strafen bei mittelschweren Vergehen (Estland, Slowenien) oder der Angabe von

Abbildung 2: Gesetzlich vorgesehene Strafen: Möglichkeit einer Haftstrafe für den Besitz von Drogen für den Eigenverbrauch (geringfügige Vergehen)



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Europäischen Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung (ELDD) zu entnehmen.
 Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte und ELDD.

Schadensstufen [Bulgarien, Tschechische Republik, Frankreich, Italien, Luxemburg, Rumänien, Vereinigtes Königreich (2009)].

Hinsichtlich der allgemeinen europaweiten Entwicklung des Strafmaßes im Zusammenhang mit dem Besitz von Drogen für den Eigenverbrauch ist festzustellen, dass die Strafen in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts zunächst verringert, dann aber in der zweiten Hälfte wieder erhöht wurden. Noch bedeutender ist, dass sich zwar die Mehrheit der Länder die Verhängung einer Haftstrafe als mögliche Sanktion offenhält (Abbildung 2), keines der Länder jedoch strafrechtliche Sanktionen oder eine Erhöhung der Haftstrafen auf über zehn Jahre eingeführt hat. In dieser Hinsicht kann in Europa ein gewisses Maß an Konvergenz und die Entwicklung hin zu geringeren Strafen für den Besitz von Drogen für den Eigenverbrauch festgestellt werden.

Drogenspezifische Forschungsarbeiten

Stärkung der Forschungskapazitäten der EU

Die Stärkung der Forschungskapazitäten im Drogenbereich wurde in den letzten Jahren in die europäische Agenda aufgenommen. Im Jahr 2010 fand der erste, vom Rat ausgerichtete und jährlich stattfindende Austausch im

Bereich der drogenspezifischen Forschung statt, wobei die Europäische Kommission einen Überblick über die von ihr finanzierten Forschungsprojekte vorstellte und der Mehrwert solcher Initiativen unterstrichen wurde. Die EBDD gab einen Überblick über die Mechanismen und Themen im Zusammenhang mit der drogenspezifischen Forschung in den Mitgliedstaaten und verkündete die Empfehlungen ihres Wissenschaftlichen Ausschusses in Bezug auf künftige Forschungsprioritäten ⁽⁴⁾.

Das bis zum Jahr 2013 angelegte Siebte Rahmenprogramm für Forschung und technologische Entwicklung (RP 7) ist das wichtigste Instrument zur Förderung der Forschung in Europa: Im Rahmen des Kooperationsprogramms des RP 7 werden Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen veröffentlicht, die von besonderer Relevanz für die drogenspezifische Forschung sind ⁽⁵⁾. Diese umfassen Aufforderungen zum

Prioritäten der künftigen drogenspezifischen Forschung: Empfehlungen des Wissenschaftlichen Ausschusses der EBDD

Als Beitrag zur laufenden Debatte über die europäischen Prioritäten der Forschungsarbeiten im Drogensektor hat der Wissenschaftliche Ausschuss eine Reihe von Empfehlungen zusammengestellt, die sich auf fünf Kernbereiche beziehen.

Maßnahmen: Der Schwerpunkt sollte auf der Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen, der Wirkung von frühzeitigen Maßnahmen und den Auswirkungen auf die betroffenen Familienmitglieder liegen.

Analyse politischer Strategien: Es müssen umfassendere Forschungen bezüglich der Konzeption, Verabschiedung und Umsetzung nationaler und europaweiter Strategien erfolgen, die jedoch auch deren Evaluierung sowie einen länderübergreifenden Vergleich der Ergebnisse dieser Strategien beinhalten.

Angebot illegaler Drogen: Die Aufmerksamkeit muss verstärkt auf die Verbesserung der Indikatoren zur Untersuchung der Marktdynamik gelenkt werden.

Epidemiologische Forschung: Es wird die Durchführung von Längsschnitt-Kohortenstudien empfohlen, um langfristig die unterschiedlichen Konsummuster besser verstehen zu lernen; außerdem müssen verbesserte Methoden zum Schätzen des Bevölkerungsanteils, der Drogen konsumiert, gefunden werden.

Grundlegende Forschungsarbeiten im Bereich der Ätiologie und hinsichtlich des Verlaufs des Drogenkonsums: Die Forschung in diesem Bereich birgt ausreichend Potenzial für die Verbesserung sowohl der Diagnosen als auch der Behandlungsergebnisse.

⁽⁴⁾ Siehe Kasten „Prioritäten der künftigen drogenspezifischen Forschung: Empfehlungen des Wissenschaftlichen Ausschusses der EBDD“.

⁽⁵⁾ Diese Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen werden im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht, und Forscher sind aufgefordert, Projektvorschläge zu bestimmten Bereichen im Rahmenprogramm einzureichen.

„Zwanghaften und/oder Suchtverhalten bei Kindern und Erwachsenen“ (Addictive and/or compulsive behaviour in children and adolescents), zum „Verständnis nicht beabsichtigter Folgen globaler Kontrollmechanismen zu illegalen Drogen“ (Understanding of unintended consequences of global illicit-drug control measures) und zu ALICE-RAP ⁽⁶⁾.

Die Europäische Kommission finanziert darüber hinaus im Rahmen des „Aktionsprogramms Drogenprävention und -aufklärung“, des Programms „Kriminalprävention und Kriminalitätsbekämpfung“, des Programms „Strafjustiz“ und des Programms für öffentliche Gesundheit auch andere drogenbezogene Studien. Projekte wie die Studie zur Entwicklung eines EU-Rahmens zu Mindestqualitätsstandards und Benchmarks für die Reduzierung der Drogennachfrage, neue methodische Werkzeuge für die Evaluierung von Strategien und Programmen und die weiterführende Analyse des illegalen Drogenmarktes in der Europäischen Union und der Reaktionen darauf liefern wichtige Einblicke in die verschiedenen Herausforderungen, denen sich die Mitgliedstaaten in diesem Bereich gegenübersehen, und tragen zur Umsetzung der gegenwärtigen EU-Drogenstrategie und des EU-Drogenaktionsplans bei.

Wie in den Schlussfolgerungen des Rates aus dem Jahr 2009 gefordert, veröffentlicht die EBDD in enger Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission im thematischen Web-Bereich zur Forschung Informationen sowie die wichtigsten Projektergebnisse.

Forschungsdaten aus den Mitgliedstaaten

Europa verfügt gegenwärtig nicht über ein Inventar der auf nationaler Ebene durchgeführten drogenspezifischen Forschungsarbeiten. Alle EU-Mitgliedstaaten führen Forschungen im Zusammenhang mit dem Drogenproblem durch, und ein gewisser Anteil dieser Studien fließt

ALICE-RAP

Über das Kooperationsprogramm des Siebten Forschungsrahmenprogramms der Europäischen Kommission wird eine der wichtigsten Forschungsinitiativen zur Drogensucht finanziert. Die Herausforderungen an die heutige Gesellschaft durch Drogen und Drogensucht werden im Rahmen des Projekts „Addictions and lifestyles in contemporary Europe – reframing addictions project“ (ALICE-RAP) analysiert, an dem Forscher aus 25 Ländern beteiligt sind. Die Mittel für dieses Projekt belaufen sich auf 10 Mio. EUR und werden für die Erforschung aller Aspekte der Drogensucht in den folgenden Bereichen verwendet: ownership of addiction (Abhängigkeit), counting addiction (zahlenmäßige Erfassung der Drogensucht), determinants of addiction (bestimmende Faktoren für das Suchtverhalten), business of addiction (das Geschäft mit der Sucht), governance of addiction (Umgang mit der Sucht) sowie addicting the young (Heranführung von Jugendlichen an die Abhängigkeit).

Weitere Informationen sind der ALICE-RAP-Website zu entnehmen.

in die nationalen Reitox-Berichte ein. Auch wenn sich Verweise aus diesen Berichten nur auf eine Auswahl an Studien beziehen und möglicherweise nicht alle relevanten Veröffentlichungen in dem betreffenden Land enthalten sind, können Tendenzen hinsichtlich der Anzahl und Art der Forschungsthemen festgestellt werden. Zwischen 2008 und 2010 hat sich die Zahl der pro Jahr durchgeführten und in den nationalen Reitox-Berichten aufgeführten Studien von 370 auf 750 erhöht. Studien über Reaktionen auf den Drogenkonsum bildeten dabei die größte Gruppe (34 % aller Verweise in den nationalen Berichten zwischen 2008 und 2010), gefolgt von Studien zu Prävalenz, Inzidenz und Konsummustern (29 %) und Studien zu den Folgen des Drogenkonsums (23 %). Studien zur Methodik und zu den Mechanismen und Auswirkungen des Drogenkonsums wurden jedoch nur selten zitiert.

⁽⁶⁾ Siehe Kasten „ALICE-RAP“.



Kapitel 2

Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa

Einleitung

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa gegeben, wobei Tendenzen, Entwicklungen und qualitätsrelevante Aspekte aufgezeigt werden. Zunächst werden Präventionsmaßnahmen untersucht, gefolgt von Maßnahmen in den Bereichen Behandlung, soziale Reintegration und Schadensminimierung. Alle diese Maßnahmen sind Teil eines umfassenden Systems zur Nachfragereduzierung und werden zunehmend koordiniert und integriert.

Im Abschnitt zur Strafverfolgung im Drogenbereich werden die jüngsten Daten zu Drogendelikten näher beleuchtet. Außerdem wird die Rolle verdeckter Ermittlungen zur Verminderung des Angebots an illegalen Drogen untersucht. Das Kapitel schließt mit einer Überprüfung der vorliegenden Daten zu Drogenkonsumenten in Haftanstalten und zu den vorhandenen Maßnahmen in diesem speziellen Milieu.

Prävention

Innerhalb der Drogenprävention ist zwischen verschiedenen Ebenen oder Strategien zu unterscheiden, von der Verhältnisprävention, die auf die Gesellschaft insgesamt abzielt, bis hin zur indizierten Prävention, die den Schwerpunkt auf bestimmte gefährdete Personen legt. Die größten Herausforderungen bei den Präventionsstrategien stellen der Abgleich dieser verschiedenen Präventionsebenen mit dem Grad der Anfälligkeit der Zielgruppen dar (Derzon, 2007) sowie die Garantie, dass die Interventionen wissenschaftlich fundiert sind und genügend Reichweite haben. Die meisten Präventionsmaßnahmen befassen sich mit dem Drogenkonsum im Allgemeinen; nur ein kleiner Teil der Programme bezieht sich auf spezifische Substanzen, wie Alkohol, Tabak oder Cannabis.

Milieubezogene Strategien

Ziel der Verhältnisprävention ist die Veränderung des kulturellen, sozialen, räumlichen und wirtschaftlichen Umfelds, das die Wahl der Menschen bezüglich des Konsums von Drogen beeinflusst. Solche Strategien umfassen in der Regel Maßnahmen wie Rauchverbote, Preiserhöhungen für Alkohol oder die Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an Schulen. Es ist erwiesen, dass verhältnispräventive Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene, die das soziale Klima an Schulen und in Gemeinschaften zum Gegenstand haben, die normativen Einstellungen wirksam ändern und letztlich auch den Konsum von Drogen eindämmen können (Fletcher et al., 2008).

Mit der vor Kurzem erfolgten Einführung eines absoluten Rauchverbots in Spanien besteht in Europa nun in fast allen Ländern irgendeine Form des Verbots des öffentlichen Tabakkonsums. Milieubezogene Strategien in Bezug auf Alkohol sind in Europa hingegen weniger verbreitet, obwohl die meisten nordeuropäischen Länder eine Zunahme bei der Umsetzung von Strategien für die verantwortungsvolle Abgabe von Alkohol (7) melden, deren Erfolg sich in lokal durchgeführten Studien bereits bestätigt hat (Gripenberg et al., 2007).

In den meisten europäischen Ländern kann eine Zunahme bei der Umsetzung von Drogenstrategien an Schulen (8) verzeichnet werden, und mehr als ein Drittel der Länder meldet, dass der Aspekt der Drogenprävention fester Bestandteil des schulischen Lehrplans ist, beispielsweise in Form von Gesundheits- oder Bildungsprogrammen. Vier Länder (Luxemburg, Niederlande, Österreich und Vereinigtes Königreich) vermelden die Umsetzung von ganzheitlichen Präventionsprogrammen an Schulen, die sich an die gesamte Schülerschaft richten (9) – ein Ansatz, der hinsichtlich der Reduzierung des Substanzkonsums bereits positiv bewertet wurde (Fletcher et al., 2008)

(7) Strategien für die verantwortungsvolle Abgabe von Alkohol zielen darauf ab, den Verkauf von Alkohol an Betrunkene und Minderjährige durch Schulungen für das im Ausschank tätige Personal und politische Maßnahmen zu verhindern.

(8) Durch die Einführung einer Drogenstrategie an Schulen werden die Normen und Regelungen zum Substanzkonsum im Schulumfeld etabliert. Darüber hinaus bietet eine solche Strategie auch Unterstützung für das Vorgehen bei Regelverstößen.

(9) Ganzheitliche, die gesamte Schülerschaft betreffende Programmansätze zielen auf die Schaffung eines sicheren schulischen Umfelds und eines positiven Schulklimas ab.

und darüber hinaus auch weitere Vorteile bietet, wie die Verbesserung des schulischen Umfelds und die Förderung der sozialen Integration.

Universale Prävention

Die universale Prävention hat ganze Bevölkerungsgruppen zum Gegenstand, vorwiegend an Schulen und auf Gemeinschaftsebene. Sie zielt darauf ab, den Erstkonsum und das Auftreten drogenbedingter Probleme zu verhindern oder zu verzögern, indem jungen Menschen die notwendigen Fähigkeiten vermittelt werden, um einen Einstieg in den Drogenkonsum zu vermeiden. Bei der Umsetzung von Ansätzen für die universale Prävention wird deutlich, dass die Berücksichtigung des kulturellen, normativen und sozialen Kontexts die Akzeptanz und den Erfolg solcher Programme deutlich verbessert (Allen et al., 2007).

Nach Einschätzung europäischer Sachverständiger hat sich der Schwerpunkt schulbasierter Präventionsprogramme leicht verschoben: Wurden zuvor noch Ansätze wie die reine Bereitstellung von Informationen oder die Durchführung von Informationstagen und Drogentests an Schulen verfolgt, die sich im Nachhinein als nicht wirksam erwiesen haben, werden nun erfolversprechendere Ansätze eingeführt, beispielsweise auf Handbüchern basierende Programme zur Förderung der Lebenskompetenz oder Maßnahmen, die sich explizit an Jungen richten. Die Länder berichten außerdem, dass einige der Maßnahmen für die universale Prävention, die sich als wirksamer erwiesen haben, auch auf andere Länder übertragen und dort umgesetzt werden⁽¹⁰⁾. Obwohl verschiedene, positiv bewertete Präventionsmethoden zur Verfügung stehen, melden einige Länder zunehmend die Umsetzung von Maßnahmen, die nicht durch wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt werden, wie Besuche von Polizei und Sachverständigen an Schulen.

Die familienbasierte universale Prävention erfolgt in der Regel in Form von einfachen und kostengünstigen Maßnahmen wie Elternabenden und der Verteilung von Merkblättern und Broschüren. Komplexere Maßnahmen wie Peer-to-Peer-Elterngruppen (Deutschland, Irland), persönliches und soziales Kompetenztraining (Griechenland, Portugal) oder handbuchgestützte Elternprogramme (Spanien, Vereinigtes Königreich) werden nur selten gemeldet.

Selektive Prävention

Die selektive Prävention wirkt auf bestimmte Gruppen, Familien oder Gemeinschaften ein, in denen Menschen

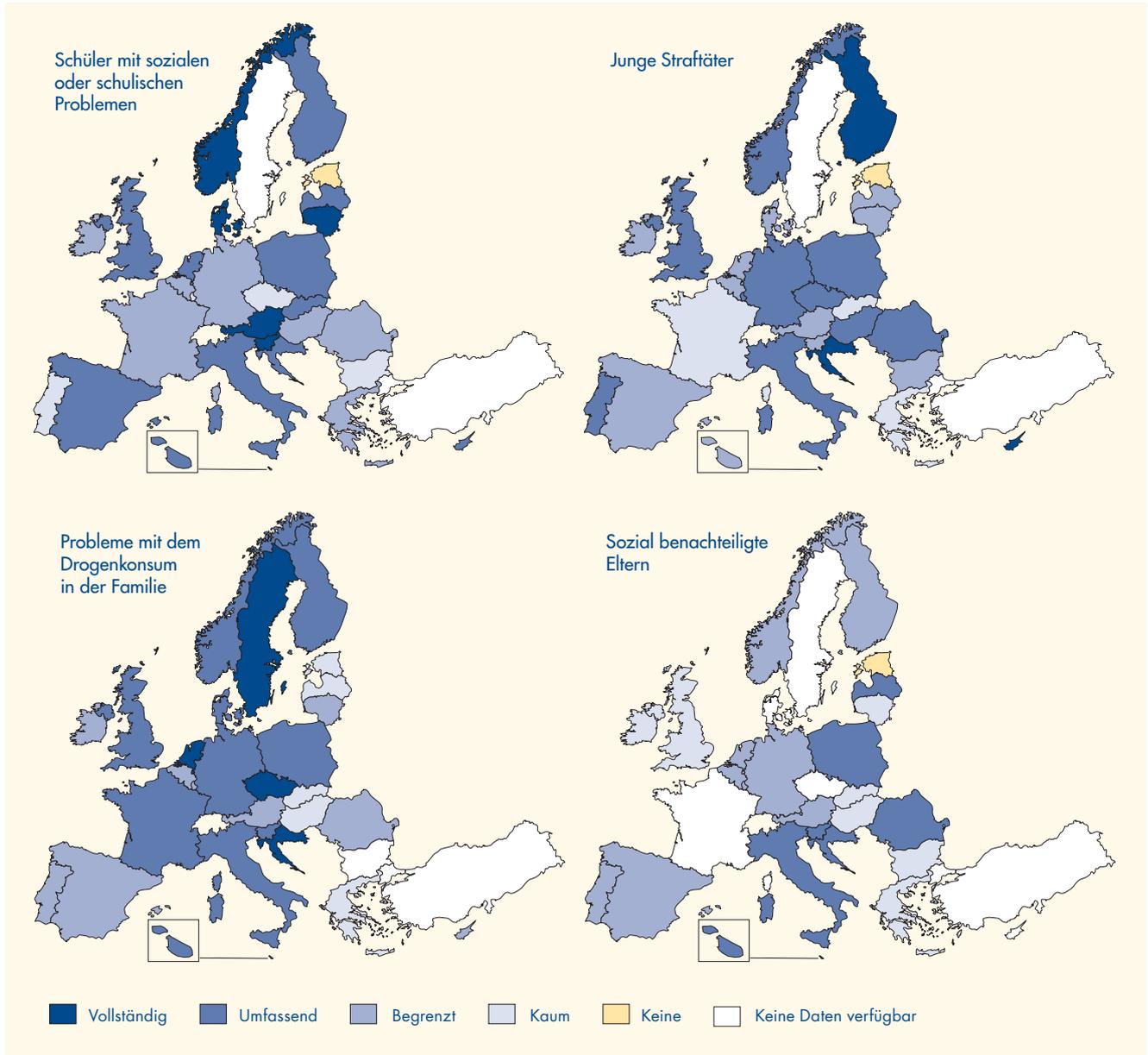
aufgrund ihrer schwachen sozialen Bindungen und knappen Ressourcen stärker gefährdet sind, Drogen zu konsumieren oder eine Abhängigkeit zu entwickeln. Verschiedene Mitgliedstaaten berichten, dass sich der Schwerpunkt ihrer Strategien dahin gehend verschoben hat, dass nun direkt am Gefährdungspotenzial angesetzt wird, und Sachverständigenschätzungen deuten auf eine generelle Zunahme bei den bereitgestellten Maßnahmen für besonders anfällige Gruppen (im Zeitraum 2007 bis 2010) hin, wobei Maßnahmen für Jugendliche in Betreuungseinrichtungen die Ausnahme bilden. Die höchsten Zuwächse werden bei den Maßnahmen für Schüler mit schulischen oder sozialen Problemen (vollständige oder großflächige Bereitstellung in 16 Ländern) sowie für wegen Drogendelikten verurteilte jugendliche Straftäter (vollständige oder großflächige Bereitstellung in zwölf Ländern) gemeldet (Abbildung 3). Die Zuwächse bei der erstgenannten Gruppe sind vermutlich auf eine zunehmende Sensibilisierung einiger Mitgliedstaaten und der Europäischen Union für schulisches Versagen und Schulabbrüche zurückzuführen, die mit den gleichen Risikofaktoren verbunden sind wie der problematische Drogenkonsum (King et al., 2006). Die zunehmende Bereitstellung von Maßnahmen für jugendliche Straftäter kann teilweise durch die Umsetzung von FreD, einem aus mehreren Sitzungen bestehenden psychosozialen Programm (EBDD, 2010a) in einer steigenden Anzahl von Ländern sowie durch die Einführung neuer Maßnahmen für erstmals auffällig gewordene Straftäter in Griechenland, Irland und Luxemburg erklärt werden.

Darüber hinaus wurde eine wachsende Anzahl an Maßnahmen für besonders anfällige Familien gemeldet, insbesondere für Familien, in denen Probleme mit dem Substanzkonsum bestehen (vollständige oder großflächige Bereitstellung in 14 Ländern), und für sozial benachteiligte Familien (vollständige oder großflächige Bereitstellung in sieben Ländern) (Abbildung 3). In diesem Zusammenhang ist auch die steigende Popularität des Programms zur Stärkung der Familie (Strengthening Families Programme, SFP) (Kumpfer et al., 2008) in Europa zu erwähnen: Dieses Programm wurde in jüngster Zeit in drei weiteren Ländern (Deutschland, Polen, Portugal) sowie in weiteren Gebieten im Vereinigten Königreich umgesetzt.

Die selektive Prävention kann entweder durch aufsuchende Sozialarbeit (Arbeit vor Ort) oder in Form von bürobasierten Diensten erfolgen. Eine Zunahme der aufsuchenden Sozialarbeit wird nur im Zusammenhang mit Präventionsmaßnahmen für ethnische Gruppen und Party-/Festivalbesucher gemeldet, bei den Maßnahmen

⁽¹⁰⁾ Siehe SFP, FreD, PREventure, EU-DAP und GBG im Best Practice Portal (Portal für bewährte Praktiken).

Abbildung 3: Bereitstellung von selektiven Präventionsmaßnahmen gemäß den Schätzungen nationaler Sachverständiger



Anmerkung: Bereitstellung bezieht sich auf die allgemeine und geografische Bereitstellung von Maßnahmen und wird wie folgt eingestuft: Vollständig = Maßnahmen sind an fast allen relevanten Orten (Gebiete mit ausreichend großer Zielgruppe für die Umsetzung der betreffenden Maßnahme) verfügbar; umfassend = Maßnahmen sind an den meisten, jedoch nicht an allen relevanten Orten verfügbar; begrenzt = Maßnahmen sind an einigen, jedoch nicht an der Mehrheit der relevanten Orte verfügbar; kaum = Maßnahmen sind nur an wenigen relevanten Orten verfügbar; keine = es sind keine Maßnahmen verfügbar. Die entsprechenden Daten wurden anhand eines strukturierten Fragebogens erhoben.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

für obdachlose Jugendliche hingegen wird ein Rückgang der aufsuchenden Sozialarbeit verzeichnet. Insgesamt sind die meisten angebotenen Dienste für sozial ausgegrenzte Gruppen wie Schulabbrecher, Einwanderer und obdachlose Jugendliche weiterhin bürobasierend.

Darüber hinaus ist nur wenig über die Inhalte vieler Programme für die selektive Prävention ⁽¹⁾ bekannt.

Insgesamt lassen die verfügbaren Daten darauf schließen, dass die in Europa am weitesten verbreiteten Maßnahmen sich auf die Informationsvermittlung, Sensibilisierung und Beratung konzentrieren, obwohl zunehmend die Wirksamkeit anderer Ansätze, wie der Festlegung von Normen, Motivationshilfen, der Förderung von Kompetenzen und der Hilfe zur Entscheidungsfindung, nachgewiesen wird.

⁽¹⁾ Einige Beispiele sind jedoch auf der Website zu Nachfragereduzierungsmaßnahmen zu finden.

Indizierte Prävention

Indizierte Prävention zielt darauf ab, Menschen mit Verhaltensstörungen oder psychischen Problemen zu ermitteln, aufgrund deren sie in ihrem späteren Leben einen problematischen Substanzkonsum entwickeln könnten, und für diese Menschen individuelle, spezifische Maßnahmen anzubieten. Verschiedene Programme zur indizierten Prävention wurden bereits positiv bewertet (EBDD, 2009c).

Nur die Hälfte der EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen melden, dass sie Maßnahmen zur indizierten Prävention umgesetzt haben, und nur sehr wenige Länder berichten von dem Einsatz strukturierter oder handbuchgestützter Maßnahmen. Eine zunehmende Zahl von Ländern gibt an, dass das schulische Umfeld bei der Ermittlung anfälliger Schüler berücksichtigt wird, insbesondere von Schülern mit Verhaltensproblemen, die häufig mit einem späteren Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden. Belgien, die Tschechische Republik, Portugal und Norwegen melden den Einsatz neuer Instrumente für die Überwachung und Früherkennung an Schulen und in Gemeinschaften.

Früherkennungs- und Beratungsangebote im Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen zählen zu den am häufigsten gemeldeten Strategien für die indizierte Prävention; nur in wenigen Fällen wird auch von Maßnahmen berichtet, die sich frühzeitig mit Verhaltensproblemen befassen, die zum Einstieg in den Drogenkonsum führen können. Daraus kann geschlossen werden, dass das Potenzial der indizierten Prävention, die Auswirkungen neurologischer Verhaltensprobleme im Kindesalter, wie aggressives Verhalten und Impulsivität, einen späteren Substanzkonsum zu verringern (EBDD, 2009c), in Europa nicht vollständig ausgeschöpft wird. Die indizierte Prävention kann als Bindeglied zwischen den Präventionsmaßnahmen auf Gemeinschaftsebene und spezialisierten Behandlungsangeboten in Kliniken fungieren, insbesondere bei der Bereitstellung frühzeitiger Maßnahmen für bestimmte Gruppen wie gefährdete Cannabis- oder Alkoholkonsumenten.

Behandlung

In Europa stützt man sich bei der Behandlung von Drogenkonsumenten in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen, die opioidgestützte Substitutionstherapie und Entgiftung. Die Höhe der Anteile der unterschiedlichen

Behandlungsformen in den einzelnen Ländern ist von mehreren Faktoren abhängig, unter anderem von der Organisation des nationalen Gesundheitssystems. Drogenbehandlungsdienste können in einer Vielzahl von Einrichtungen angeboten werden: in spezialisierten Behandlungseinrichtungen, einschließlich Einrichtungen für die ambulante oder stationäre Behandlung, in psychiatrischen Einrichtungen und in Krankenhäusern, in Behandlungseinrichtungen in Haftanstalten, in niedrigschwelligen Einrichtungen und in allgemeinärztlichen Praxen.

Es liegen keine Daten vor, die eine Beschreibung der gesamten Gruppe der Drogenkonsumenten in Europa erlauben, die sich gegenwärtig einer Drogenbehandlung unterziehen. Informationen zu einer wichtigen Untergruppe dieser Bevölkerungsgruppe werden jedoch im Rahmen des Indikators „Behandlungsnachfrage“ der EBDD gesammelt, der Daten zu jenen Personen erfasst, die sich im Laufe des Kalenderjahres in spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtungen begeben; diese Daten lassen Rückschlüsse auf bestimmte Merkmale der Patienten und deren Profile des Drogenkonsums zu⁽¹²⁾. Im Jahr 2009 wurden mittels dieses Indikators rund 460 000 Drogenkonsumenten registriert, die sich einer Drogenbehandlung unterzogen; 38 % (175 000) von ihnen haben sich dabei den Berichten zufolge erstmals in Behandlung begeben.

Auf der Grundlage vieler verschiedener Quellen, einschließlich des Indikators „Behandlungsnachfrage“, kann davon ausgegangen werden, dass sich im Jahr 2009 in der Europäischen Union sowie in Kroatien, der Türkei und Norwegen mindestens 1,1 Millionen Menschen wegen ihres illegalen Drogenkonsums in Behandlung begeben haben⁽¹³⁾. Von diesen Personen hat mehr als die Hälfte eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung erhalten, bei einem weiteren bedeutenden Anteil erfolgte die Behandlung von Problemen im Zusammenhang mit Opioiden, Stimulanzien, Cannabis und anderen illegalen Drogen durch andere Behandlungsformen⁽¹⁴⁾. Diese Schätzung bezüglich der Behandlung von Drogenkonsumenten in der Europäischen Union muss zwar noch verfeinert werden, lässt jedoch zumindest für Opioidkonsumenten auf ein beachtliches Behandlungsangebot schließen. Zurückzuführen ist dies auf den beträchtlichen Ausbau der spezialisierten ambulanten Dienste in den letzten 20 Jahren unter umfassender Beteiligung von primären

⁽¹²⁾ Der Indikator „Behandlungsnachfrage“ umfasst Daten zu spezialisierten Drogenbehandlungseinrichtungen in 29 Ländern. Die meisten Länder haben Daten zu mehr als 60 % solcher nationalen Einrichtungen übermittelt; bei einigen Ländern konnte der Anteil der von den Daten abgedeckten Einrichtungen jedoch nicht ermittelt werden (siehe Tabelle TDI-7 im Statistical Bulletin 2011).

⁽¹³⁾ Siehe Tabelle HSR-10 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁴⁾ Ausführlichere Informationen zu bestimmten Arten der Drogenbehandlung im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Substanzen sowie zu deren Wirksamkeit, Qualität und den nachgewiesenen Erfolgen sind den entsprechenden Kapiteln zu entnehmen.

Gesundheitsdiensten, Selbsthilfegruppen, allgemeinen psychologischen Diensten sowie Anbietern von aufsuchenden und niedrigschwelligen Diensten.

Insbesondere in Westeuropa scheint eine allmähliche Verschiebung der Perspektive erfolgt zu sein: Die Drogenbehandlung wird nicht mehr als alleinige Verantwortung einiger weniger Fachdisziplinen angesehen, die intensive und kurzfristige Maßnahmen anbieten, sondern zunehmend als multidisziplinärer, integrierter und langfristig angelegter Ansatz betrachtet. Teilweise ist diese veränderte Sichtweise der zunehmenden Anerkennung der Drogensucht als chronische Erkrankung zuzuschreiben, die darauf basiert, dass die Fortschritte vieler Patienten durch Zyklen aus Entzug, Rückfall, erneuter Behandlung und starken Beeinträchtigungen (Dennis und Scott, 2007) geprägt ist. Dies wird auch durch die Daten der EBDD gestützt, aus denen hervorgeht, dass mehr als die Hälfte der Personen, die sich in Behandlung begeben, bereits zuvor eine Therapie erhalten hat. Ein weiterer Faktor liegt darin, dass in den westeuropäischen Ländern der Altersdurchschnitt der Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, deutlich gestiegen ist, was insbesondere bei langjährigen problematischen Drogenkonsumenten mit verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Problemen zu beobachten ist, die sich nicht zum ersten Mal in Behandlung begeben (EBDD, 2010f).

Als Reaktion darauf konzentrieren sich einige nationale und regionale Drogenstrategien auf einen Ansatz der anhaltenden Betreuung, bei der die Koordinierung und Integration von Maßnahmen der verschiedenen Anbieter von Drogenbehandlungsdiensten (z. B. die Überweisung von stationären an ambulante Dienste) sowie zwischen den Behandlungsdiensten und dem weiter gefassten Angebot an Gesundheits- und Sozialdiensten im Vordergrund steht. Eine anhaltende Betreuung basiert auf der regelmäßigen Überwachung des Patientenstatus, der Früherkennung potenzieller Probleme, der Zusammenarbeit von Gesundheits- und sozialen Betreuungsdiensten und der fortlaufenden Unterstützung der Patienten ohne festen Zeitrahmen. Allgemeinärzte können in diesem Bereich eine wichtige Rolle spielen. Eine vor Kurzem in Frankreich durchgeführte Umfrage unter Diensteanbietern belegt, dass die Allgemeinärzte ein wesentlicher Faktor für den vereinfachten Zugang zu spezialisierten Diensten für Opioidkonsumenten sind, sowohl betreffend die Überweisung in ein Krankenhaus zur Aufnahme einer Methadonbehandlung als auch bei der Fortführung der Behandlung nach der Entlassung. Ein weiteres Beispiel: Die niederländische Regierung sowie die lokalen Behörden der vier größten Städte in den Niederlanden haben im Rahmen einer breiter angelegten

Strategie für die soziale Unterstützung einen integrierten Behandlungsansatz verabschiedet, an dem eine Vielzahl von Agenturen beteiligt ist.

Eine anhaltende Betreuung und integrierte Behandlungsmaßnahmen können durch die Erstellung von Behandlungsprotokollen, Leitlinien und Verwaltungsstrategien zwischen den verschiedenen Anbietern ergänzt werden (Haggerty et al., 2003). Eine im Jahr 2010 durchgeführte Umfrage unter den nationalen Knotenpunkten hat ergeben, dass in 16 Ländern Partnerschaftsvereinbarungen zwischen Drogenbehandlungsagenturen und sozialen Diensten bestehen. In sechs Ländern (Frankreich, Niederlande, Portugal, Rumänien, Vereinigtes Königreich und Kroatien) sind strukturierte Protokolle die am häufigsten eingesetzten Mechanismen der agenturübergreifenden Koordinierung, in anderen Ländern wiederum beruhen die Partnerschaften in erster Linie auf informellen Netzen.

Ambulante Behandlung

In Europa erfolgen die meisten Drogenbehandlungen ambulant. Es liegen Informationen zu rund 400 000 Drogenkonsumenten vor, die sich im Jahr 2009 in eine spezialisierte ambulante Behandlung begeben haben. Rund die Hälfte, nämlich 51 % aller Patienten, die sich in Behandlung begeben, nennen Opiode und insbesondere Heroin als Primärdroge; 24 % geben Cannabis, 18 % Kokain und weitere 4 % andere Stimulanzien als Kokain als ihre Primärdroge an. Die meisten Drogenkonsumenten begeben sich aus eigenem Antrieb in Behandlung (37 %), gefolgt von Überweisungen durch Drogendienste, Sozial- und Gesundheitsdienste (28 %); ein etwas geringerer Anteil (20 %) wird aus Strafvollzugsanstalten in

Ausgewähltes Thema der EBDD zu den Kosten von Drogenbehandlungen und deren Finanzierung

In einer Zeit der Sparmaßnahmen liegt das Augenmerk zunehmend auf den staatlichen Ausgaben in den verschiedenen Bereichen, einschließlich der Kosten einer Drogenbehandlung. Ein ausgewähltes Thema („Selected Issue“), das die EBDD in diesem Jahr veröffentlicht hat, zeigt die wichtigsten Finanzierungsquellen im Zusammenhang mit der Drogenbehandlung in einer Vielzahl europäischer Länder auf. Es fasst die verfügbaren Daten zu den Ausgaben für Drogenbehandlungsdienste und zu den Kosten für die Behandlung zusammen.

Diese Publikation ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder online auf der Website der EBDD verfügbar.

Behandlungseinrichtungen überwiesen. Die verbleibenden Patienten begeben sich auf Anraten von Familie, Freunden und informellen Netzen in Behandlung ⁽¹⁵⁾.

Die Patienten, die sich in ambulante Behandlung begeben, machen bei Weitem die größte Gruppe der Drogenkonsumenten aus, für die Beschreibungen persönlicher und sozialer Merkmale und Profile des Drogenkonsums vorliegen. Es handelt sich bei ihnen vorwiegend um junge Männer im Alter von durchschnittlich 32 Jahren. Der Anteil der Männer ist nahezu viermal so hoch wie der der Frauen, was sich teilweise durch den höheren Anteil an Männern unter den problematischen Drogenkonsumenten erklären lässt. Mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren sind Cannabiskonsumenten im Schnitt rund zehn Jahre jünger als die Konsumenten, die sich wegen der Primärdroge Kokain (33 Jahre) oder wegen Opioiden (34 Jahre) in Behandlung begeben. Die durchschnittlich jüngsten Konsumenten (25 bis 26 Jahre) werden aus Polen, Ungarn und der Slowakei – Ländern, die der EU im Jahr 2004 beigetreten sind – gemeldet, die ältesten aus Spanien, Italien und den Niederlanden (34 Jahre). Hohe Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen können bei allen Substanzen verzeichnet werden, variieren jedoch je nach Droge und Land. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind in den südeuropäischen Ländern im Allgemeinen höher, in den nordeuropäischen Ländern hingegen sind die Unterschiede geringer ⁽¹⁶⁾.

In Europa stützt man sich bei der ambulanten Behandlung von Drogenkonsumenten in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen und die opioidgestützte Substitutionstherapie. Diese Maßnahmen umfassen Beratung, motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Fallmanagement, Gruppen- und Familientherapie sowie Rückfallprävention. Je nach Land wird diese Behandlungsform größtenteils von staatlichen Einrichtungen oder von Nichtregierungsorganisationen erbracht. Psychosoziale Maßnahmen unterstützen die Konsumenten bei der Bewältigung und Überwindung ihrer Drogenprobleme und stellen die grundlegende Behandlungsform für Konsumenten von Stimulanzien wie Kokain oder Amphetaminen dar. Opioidkonsumenten erhalten diese Behandlungsform häufig in Kombination mit einer Substitutionsbehandlung. Einer Umfrage unter nationalen Sachverständigen aus dem Jahr 2008 zufolge gibt es in den meisten europäischen Ländern ambulante

psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten, die sich einer solchen Behandlung unterziehen möchten. Zwar bestehen in Europa beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Wartezeiten, die meisten Länder geben jedoch Wartezeiten von weniger als einem Monat an.

Die Substitutionsbehandlung ist in Europa die vorherrschende Option für die Behandlung von Opioidkonsumenten. Sie erfolgt in aller Regel ambulant durch spezialisierte Einrichtungen, wobei sie jedoch in einigen Ländern auch in stationären Behandlungseinrichtungen und zunehmend auch in Haftanstalten angeboten wird ⁽¹⁷⁾. Darüber hinaus spielen allgemeinärztliche Praxen, häufig im Rahmen gemeinsamer Behandlungskonzepte mit spezialisierten Einrichtungen, eine zunehmend wichtige Rolle bei der Erbringung dieser Behandlungsform. In allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen sind Substitutionsbehandlungen für Opioidkonsumenten verfügbar. In der Türkei wurde die Substitutionsbehandlung mit einer Kombination aus Buprenorphin und Naloxon im Jahr 2010 eingeführt. Insgesamt gehen die Schätzungen davon aus, dass sich in Europa im Jahr 2009 rund 700 000 Konsumenten einer Substitutionsbehandlung unterzogen haben (siehe Kapitel 6) ⁽¹⁸⁾.

Stationäre Behandlung

Es liegen Daten zu etwa 44 000 Drogenkonsumenten vor, die sich im Jahr 2009 in Europa in stationäre Behandlung begeben haben ⁽¹⁹⁾. Über die Hälfte dieser Patienten (53 %) gab dabei Opiode als Primärdroge an, gefolgt von Cannabis (16 %), Kokain (8 %) und anderen Stimulanzien als Kokain (12 %). Patienten in stationärer Behandlung sind vorwiegend junge Männer mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei 3:1 liegt ⁽²⁰⁾.

Bei der stationären Behandlung müssen die Patienten für einen Zeitraum zwischen einigen Wochen und mehreren Monaten in einer Einrichtung verbleiben. In vielen Fällen zielen diese Programme darauf ab, dem Patienten zu helfen, den Drogenkonsum einzustellen; eine Substitutionstherapie ist dabei nicht vorgesehen. Bei der Entgiftung handelt es sich um eine kurzfristige, medizinisch überwachte Maßnahme, die darauf abzielt, die mit einem chronischen Drogenkonsum einhergehenden Entzugserscheinungen zu mildern. Sie wird manchmal

⁽¹⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-16 und TDI-19 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁶⁾ Siehe Tabellen TDI-9 (Teil iv), TDI-21 und TDI-103 im Statistical Bulletin 2011. Informationen zu den sich in Behandlung befindenden Patienten können Sie – geordnet nach Primärschubstanz – den entsprechenden Kapiteln entnehmen.

⁽¹⁷⁾ Siehe „Unterstützung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten“, S. 45.

⁽¹⁸⁾ Siehe Tabellen HSR-1, HSR-2 und HSR-3 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁹⁾ Diese Zahlen sind mit Bedacht zu interpretieren, da hierin nicht alle Konsumenten berücksichtigt sind, die sich im Rahmen einer komplexeren Behandlung nur vorübergehend in stationäre Behandlung begeben.

⁽²⁰⁾ Siehe Tabellen TDI-7, TDI-10, TDI-19 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2011.

als Voraussetzung für die Aufnahme einer langfristigen, abstinenzorientierten stationären Entzugsbehandlung angesehen. Die Entgiftung wird in der Regel stationär in Krankenhäusern, spezialisierten Behandlungseinrichtungen oder Wohneinrichtungen mit medizinischen oder psychiatrischen Stationen durchgeführt.

Die Patienten in stationärer Behandlung erhalten Unterkunft sowie individuell strukturierte psychosoziale Behandlungen und nehmen an Aktivitäten teil, die ihre gesellschaftliche Rehabilitation und Reintegration unterstützen sollen. In diesem Zusammenhang wird häufig das Konzept der therapeutischen Gemeinschaften herangezogen. Darüber hinaus werden stationäre Drogenbehandlungen in psychiatrischen Kliniken durchgeführt, vor allem bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität.

Einer Umfrage unter nationalen Sachverständigen aus dem Jahr 2008 zufolge gibt es in den meisten europäischen Ländern ambulante psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten und Entgiftungstherapien für die Patienten, die sich einer solchen Behandlung unterziehen möchten. In Europa bestehen laut den Schätzungen von Sachverständigen aus 16 Ländern deutliche Unterschiede hinsichtlich der Wartezeiten für den Zugang zu einer psychosozialen stationären Behandlung. Die durchschnittliche Wartezeit liegt in 14 Ländern bei weniger als einem Monat, in Ungarn bei wenigen Monaten und in Norwegen bei 25 Wochen.

Soziale Reintegration

Die soziale Ausgrenzung der Patienten in Behandlung ist im Allgemeinen sehr hoch und steht möglicherweise einer vollständigen Genesung und der Erreichung der Behandlungsziele entgegen. Daten zu Patienten, die sich im Jahr 2009 in stationäre Behandlung begeben haben, zeigen, dass ein Großteil von ihnen keiner Beschäftigung nachging (59 %), und fast jeder Zehnte von ihnen (9 %) lebte nicht in stabilen Wohnverhältnissen. Bei den Patienten in Behandlung ist ein nur geringer Bildungsgrad zu verzeichnen: 37 % von ihnen verfügen lediglich über eine Primarbildung, und 4 % haben sogar diesen Bildungsstand nicht erreicht ⁽²¹⁾. Es wird zunehmend anerkannt, dass die Einrichtung von Diensten, die sich mit der Bekämpfung von Stigmatisierung und Ausgrenzung befassen, die Chancen dieser Patienten auf eine erfolgreiche Reintegration in die Gesellschaft erhöhen und ihre Lebensqualität verbessern (Lloyd, 2010).

Die soziale Reintegration von Drogenkonsumenten in ihre lokalen Gemeinschaften wird als einer der wichtigsten

Bestandteile umfassender Drogenstrategien angesehen, da hierbei der Schwerpunkt auf die Verbesserung der sozialen Kompetenzen, die Förderung der Bildung und Beschäftigungsfähigkeit und die Erfüllung des Wohnraumbedarfs gelegt wird. Die Berücksichtigung der sozialen Bedürfnisse der Patienten, die sich einer Drogenbehandlung unterziehen, kann eine wesentliche Rolle spielen, wenn es darum geht, ihren Drogenkonsum zu reduzieren und eine langfristige Abstinenz zu erwirken (Laudet et al., 2009).

21 europäische Länder melden, dass ihre nationalen Drogenstrategien ⁽²²⁾ spezifische Abschnitte zur sozialen Reintegration umfassen, die sich insbesondere auf Bereiche wie Wohnraum, Bildung und Beschäftigungsbedürfnisse von Drogenkonsumenten konzentrieren. Dienste für die soziale Reintegration werden – auf der Grundlage der Zusammenarbeit der spezialisierten Behandlungsdienste und der Gesundheits- und sozialen Betreuungsdienste – entweder parallel zur Drogenbehandlung oder im Anschluss an eine solche Behandlung bereitgestellt.

Obwohl die meisten Länder angeben, dass sie über Maßnahmen in Bezug auf Wohnraum, Bildung und Arbeitsmarktbeteiligung verfügen, lassen die verfügbaren Daten darauf schließen, dass die bereitgestellten Dienste den Anforderungen der Drogenkonsumenten in Behandlung bei Weitem nicht gerecht werden.

Wohnraum

Die Gewährleistung und Sicherstellung des Zugangs zu stabilen Wohnverhältnissen ist ein wesentlicher Aspekt des Reintegrationsprozesses, da die Patienten dadurch eher in der Behandlung verbleiben und die Rückfallquote gesenkt werden kann (Milby et al., 2005).

Insgesamt stehen in Europa nur wenige Dienste zur Verfügung, die sich mit den Wohnraumbedürfnissen von Patienten in Drogenbehandlung befassen. Von den 29 Ländern, die im Rahmen einer aktuellen Erhebung befragt wurden, gab weniger als ein Drittel (neun Länder) an, dass ein Großteil der Patienten Zugang zu Notunterkünften hätte; acht Länder stellen Übergangswohnungen bereit, und in fünf der Länder können die Patienten in betreuten Wohneinrichtungen unterkommen.

Trotz des geringen Bereitstellungsgrads in den europäischen Ländern geben die meisten Länder an, über Sozialwohnungen für anfällige Gruppen zu verfügen, die in unterschiedlichem Ausmaß auch Patienten in Drogenbehandlung offenstehen. Solche Unterkünfte werden in der Regel von lokalen Behörden

⁽²¹⁾ Siehe Tabellen TDI-12, TDI-13 und TDI-15 im Statistical Bulletin 2011.

⁽²²⁾ Litauen und Österreich verfügten zum Zeitpunkt der Erhebung nicht über eine nationale Drogenstrategie.

oder von Nichtregierungsorganisationen bereitgestellt. Die maximale Aufenthaltsdauer kann variieren, und der Zugang zu diesen Unterkünften kann an Bedingungen geknüpft sein (z. B. Drogenfreiheit, Überwachung durch die behandelnden Ärzte). Darüber hinaus verfügen mehrere Länder über Wohnungen, die explizit für Patienten in Behandlung ausgelegt sind: 18 Länder geben an, Notunterkünfte (z. B. Schlafplätze, Übernachtungsmöglichkeiten mit Frühstück) bereitzustellen, und 20 Länder bieten den Patienten Übergangswohnungen, z. B. Rehabilitationsunterkünfte („halfway houses“). Eine selbständige Lebensführung kann ein wichtiger Schritt für die Wiedereingliederung in die Gesellschaft sein: In zwölf Ländern erhalten die Patienten Zugang zu betreuten Wohnangeboten, und 15 Länder berichten über Programme, die den Zugang zum allgemeinen Wohnungsmarkt erleichtern und den Patienten so ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen sollen. In Frankreich stellen spezialisierte Behandlungseinrichtungen ihren Patienten sogenannte „sliding tenancies“ (etwa: „gleitende“ Mietverhältnisse) bereit. Die Einrichtung übernimmt dabei die Mietzahlungen und vermietet die Unterkunft an den Patienten weiter, der einen geringen Mietanteil selbst übernimmt. Der Patient erhält Unterstützung in Mietangelegenheiten und bei sonstigen organisatorischen Aufgaben (wie das Zahlen von Rechnungen) sowie in finanziellen Angelegenheiten. Nach einer „Probezeit“ geht der „gleitende“ Mietvertrag dann in ein reguläres Mietverhältnis über.

Allgemeine und berufliche Bildung

Die Bildungsbedürfnisse von Patienten in Behandlung können auf vielerlei Weise berücksichtigt werden. Eine erste Möglichkeit stellt das allgemeine Bildungssystem dar, individuelle und systematische Hindernisse, wie geringe Erwartungen, Stigmatisierung und Versagensängste, können die Patienten jedoch davon abhalten, diese Möglichkeit zu ergreifen (Lawless und Cox, 2000). Elf Länder geben an, über Unterstützungsprogramme zu verfügen, die den Patienten in Behandlung den Zugang zum allgemeinen Bildungssystem erleichtern sollen. Außerdem haben Patienten in 15 Ländern Zugang zu Bildungsprogrammen, die sich an sozial benachteiligte Gruppen richten.

Durch eine berufliche oder technische Bildung können diese Menschen die praktischen Fertigkeiten erlangen, die sie für die Tätigkeit in einem bestimmten Beruf oder in einer bestimmten Berufsgruppe benötigen. In der Regel führen diese Maßnahmen zum Erwerb einer beruflichen Qualifikation. In den meisten Ländern (20 Länder) erhalten die Patienten ihre berufliche Ausbildung im Rahmen von Maßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen. 16 Länder bieten zudem Berufsbildungsmaßnahmen, die sich speziell

an Patienten richten, die sich wegen ihrer Drogensucht behandeln lassen.

Beschäftigung

Die Beschäftigung ist ein Schlüsselkonzept hinsichtlich der sozialen Reintegration, und viele europäische Länder befassen sich im Rahmen ihrer nationalen Beschäftigungsstrategien mit den Beschäftigungsbedürfnissen von Drogenkonsumenten. Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit können psychologischer Natur sein (z. B. Maßnahmen zur Steigerung der persönlichen Entwicklung, der Selbstwirksamkeit, der Selbstachtung und der Fähigkeit zur Problembewältigung) und ehemaligen Drogenkonsumenten neue Kontakte sowie neue Fähigkeiten für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gemeinschaft vermitteln. In 15 Ländern ist die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen, die sich einer Drogenbehandlung unterziehen, eines der regulären Ziele individueller Behandlungspläne.

Beschäftigung und die Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit verbessern erwiesenermaßen die Ergebnisse einer Drogenbehandlung (Kaskutas et al., 2004), haben einen positiven Effekt auf die Gesundheit und die Lebensqualität und senken die Gefahr, straffällig zu werden (Gregoire und Snively, 2001). Unterstützungssysteme wie der intermediäre Arbeitsmarkt, der bezahlte Arbeitsplätze in speziell hierfür geschaffenen befristeten Positionen bietet, können dazu beitragen, die Lücke zwischen einer langfristigen Arbeitslosigkeit und einer Beschäftigung auf dem offenen Arbeitsmarkt zu schließen. Diese Systeme richten sich in der Regel an benachteiligte Einzelpersonen (z. B. in Form von Unternehmen, die speziell für die Beschäftigung von behinderten oder sozial ausgegrenzten Personen geschaffen wurden) und bieten entweder ein festes Arbeitsverhältnis oder Freiwilligentätigkeiten.

20 Länder berichten von Maßnahmen auf dem intermediären Arbeitsmarkt, die sich an sozial benachteiligte Gruppen richten, aber auch Menschen offenstehen, die sich einer Drogenbehandlung unterziehen; in elf Ländern gibt es spezielle Maßnahmen für diese Patienten. In Irland beispielsweise hilft das Programm „Ready for Work“ obdachlosen Menschen, darunter auch Drogenkonsumenten, Zugang zu einer Ausbildung oder Beschäftigung zu erhalten, indem diesen Menschen vorberufliche Ausbildungsmaßnahmen, unbezahlte Praktika und weitergehende Unterstützung vermittelt werden. Patienten, die sich einer Drogentherapie unterziehen, können auch Zugang zu anderen Maßnahmen erhalten, wie einer unterstützten

Beschäftigung, bei der Menschen mit einer Behinderung oder andere benachteiligte Gruppen beim Einstieg und beim Verbleib in einem bezahlten Beschäftigungsverhältnis unterstützt werden. 17 Länder berichten, dass Patienten in Behandlung Zugang zu Maßnahmen für eine unterstützte Beschäftigung haben, doch nur in vier Ländern werden diese Maßnahmen in ausreichender Zahl bereitgestellt.

Schadensminimierung

Die Prävention und Minimierung drogenbedingter Schäden stellt in allen Mitgliedstaaten sowie in der EU-Drogenstrategie ein Ziel der Gesundheitspolitik dar⁽²³⁾. Arbeiten über wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich der Maßnahmen zur Schadensminimierung sowie Studien, aus denen die kombinierte Wirkung dieser Maßnahmen deutlich hervorgeht, stehen für die Planung der Dienste nun auch zur Verfügung (EBDD, 2010b)⁽²⁴⁾.

Zu den wichtigsten Maßnahmen in diesem Bereich zählen die opioidgestützte Substitutionstherapie sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, die auf die Verringerung der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung und auf die Eindämmung der Verbreitung von Infektionskrankheiten abzielen. Die Substitutionstherapie wird in allen Ländern angeboten, und Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sind ebenfalls in allen Ländern mit Ausnahme der Türkei eingeführt worden. In den letzten 20 Jahren ist der Aspekt der Schadensminimierung in Europa immer stärker in den Blickpunkt gerückt, konsolidiert und in eine Reihe anderer Gesundheits- und Sozialdienste integriert worden. Seit den späten 80er-Jahren wurde der Schwerpunkt der Maßnahmen zur Schadensminimierung über den Bereich HIV/Aids hinaus auf das weiter gefasste Ziel ausgeweitet, den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen problematischer Drogenkonsumenten Rechnung zu tragen, insbesondere wenn diese sozial ausgegrenzt sind.

Im Jahr 2009 ist die Zahl der Patienten, die eine Substitutionsbehandlung aufgenommen haben, in den meisten Ländern gestiegen⁽²⁵⁾. Darüber hinaus meldeten Bulgarien, die Tschechische Republik, Griechenland, Ungarn, Lettland, Litauen, Luxemburg, Polen, Rumänien und Kroatien eine steigende Zahl von niedrigschwelligen Einrichtungen zur Schadensminimierung, und in Ungarn konnte eine geografische Ausweitung von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen verzeichnet werden.

Die meisten europäischen Länder stellen weitere Gesundheits- und Sozialleistungen zur Verfügung, darunter individuelle Risikobewertung und Beratung, zielgerichtete Informationen und Hinweise für einen sicheren Konsum.

Maßnahmen wie die Verteilung von Injektionsbesteck außer Nadeln und Spritzen, die Förderung der Verwendung von Kondomen unter den injizierenden Konsumenten, Tests auf ansteckende Krankheiten und entsprechende Beratungsleistungen, antiretrovirale Therapien und Impfungen gegen die Virushepatitis haben in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Modellprognosen lassen darauf schließen, dass die Bereitstellung von Maßnahmen mit einem größtmöglichen Wirkungsgrad (Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, Substitutions- und antiretrovirale Behandlungen) für einen wesentlichen Teil der Zielgruppe über einen längeren Zeitraum hinweg die HIV-Übertragungsraten unter den injizierenden Konsumenten verringert; darüber hinaus weisen die Prognosen darauf hin, dass die beste Wirkung bei einer geringen Infektionsprävalenz erzielt wird (Degenhardt et al., 2010).

Im Jahr 2010 führte das französische Nationalinstitut für Gesundheits- und Medizinforschung (Inserm) eine multidisziplinäre Untersuchung der Datengrundlage für die Maßnahmen zur Schadensminimierung durch, mit denen das Risiko einer Infektion unter Drogenkonsumenten verringert werden soll. Im Rahmen dieser Studie wurden die wissenschaftlichen Quellen überprüft, die sich mit den medizinischen, epidemiologischen, soziologischen und wirtschaftlichen Aspekten der Schadensminimierung sowie mit den diesbezüglichen Aspekten der öffentlichen Gesundheit, organisierten Sachverständigenrunden und öffentlichen Debatten befassen. Die kollektive Expertise von Inserm empfiehlt, dass die Strategien zur Schadensminimierung als wesentlicher Bestandteil einer weiter gefassten Strategie zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit betrachtet werden sollten. Darüber hinaus müssen diese Dienste im Zuge einer fortlaufenden Behandlungsstrategie mit anderen drogenbezogenen Diensten integriert werden. Die Priorität liegt auch weiterhin auf der Verhinderung des Drogenkonsums und des Übergangs zum injizierenden Konsum, doch die injizierenden Konsumenten werden auch dabei unterstützt, die mit dem injizierenden Konsum verbundenen Risiken zu verringern. Die Expertise empfiehlt, dass Maßnahmen zur Schadensminimierung ebenso wie medizinische und soziale Maßnahmen in personalisierte Unterstützungspläne aufgenommen werden sollten.

Qualitätssicherung

Die meisten europäischen Länder führen eine Reihe von Aktivitäten aus, die die Sicherung der Qualität drogenbezogener Maßnahmen und Dienste betreffen.

⁽²³⁾ KOM(2007) 199 endg.

⁽²⁴⁾ Siehe auch das Best Practice Portal (Portal für bewährte Praktiken).

⁽²⁵⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2011 sowie Kapitel 6.

Beteiligung der Drogenkonsumenten

Das Konzept der Beteiligung der Nutzer von entsprechenden Diensten an der Gesundheitspolitik rückte durch die Einführung einer neuen Agenda für die öffentliche Gesundheit und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1986 in den Vordergrund. Die aktive Einbindung der Drogenkonsumenten in die Konzeption der drogenbezogenen Dienste wurde jedoch bereits in den 70er-Jahren in den Niederlanden praktiziert.

Erst kürzlich unternahm das „European Harm Reduction Network“ (Europäisches Netz zur Schadensminimierung) mit der Erstellung eines Verzeichnisses europäischer Organisationen für Drogenkonsumenten einen weiteren Schritt zur einfacheren Beteiligung solcher Organisationen auf nationaler und europäischer Ebene.

Die Art der Beteiligung der Konsumenten erfolgt in unterschiedlichen Formen und verfolgt eine Reihe unterschiedlicher Ziele (Bröring und Schatz, 2008). Zu den Aktivitäten zählen Umfragen unter den Nutzern entsprechender Dienste bezüglich der Zugänglichkeit und Qualität, die Konsultation von Nutzern bei der Einstellung von Personal, die Aufstellung von Schwerpunktgruppen zur Entwicklung neuer Dienste und die Einbindung von Nutzerorganisationen in die Gesundheitsförderung und die Erarbeitung von Drogenpolitiken. Organisationen für Drogenkonsumenten beteiligen sich häufig an gegenseitigen Unterstützungs- und Bildungsmaßnahmen bezüglich der Prävention von Infektionskrankheiten sowie an der Erstellung von Informationsmaterial für eine bessere Vernetzung und die Förderung des öffentlichen Bewusstseins für die Hauptprobleme von Drogenkonsumenten (Hunt et al., 2010). Die Einbindung von Konsumenten kann eine pragmatische und ethisch korrekte Möglichkeit sein, die Qualität und Akzeptanz von Diensten zu gewährleisten. Um Drogenkonsumenten in die Lage zu versetzen, sich aktiv einzubringen, und um den Erfolg der Beteiligung der Konsumenten sicherzustellen, ist jedoch entsprechende Unterstützung vonnöten.

Siehe hierzu auch die Website des European Harm Reduction Network.

Diese Aktivitäten umfassen unter anderem die Entwicklung von Behandlungsleitlinien, das Benchmarking von Diensten, die Schulung von Personal sowie Zertifizierungs- und Akkreditierungsprozesse bezüglich der Qualität.

Qualitätsstandards für Europa

Die von der Europäischen Kommission durchgeführte EQUUS-Studie zielt darauf ab, hinsichtlich der bestehenden Qualitätsstandards der Maßnahmen zur Nachfragereduzierung einen Konsens zwischen europäischen Sachverständigen und Interessengruppen

zu finden. Dies umfasst die Erarbeitung einer klareren Definition der Mindeststandards, die sowohl für fundierte Empfehlungen als auch für organisatorische Abläufe herangezogen werden. Die EQUUS-Studie befasst sich mit diesen Unklarheiten und unterscheidet zwischen drei verschiedenen Arten von Normen. Diese Normen werden als strukturelle Normen (z. B. physisches Umfeld, Zugänglichkeit, Zusammensetzung und Qualifikationen des Personals), als verfahrensbezogene Normen (z. B. individualisierte Planung, Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Führen von Patientenakten) sowie als ergebnisorientierte Normen (z. B. Zufriedenheit von Patienten und Personal, Aufstellung und Messung von Behandlungszielen) definiert. Die Ergebnisse dieser Studie sollten bis Ende 2011 vorliegen und werden von der Europäischen Kommission zur Erarbeitung eines europäischen Konsens verwendet, der dem Rat bis zum Jahr 2013 vorgelegt werden soll ⁽²⁶⁾.

Aus- und Weiterbildung von Personal

Die Aus- und Weiterbildung des Personals im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sind Schlüsselaktivitäten zur Gewährleistung einer hohen Qualität der Dienste. Die Ergebnisse einer vor Kurzem durchgeführten Ad-hoc-Datenerhebung zeigen, dass spezifische Schulungsprogramme in Bezug auf die Drogenabhängigkeit in 27 Ländern verbreitet sind und sich in erster Linie an Berufsgruppen im medizinischen und Pflegebereich, Psychologen und Sozialarbeiter richten. Einige Länder haben spezialisierte Hochschulstudiengänge erarbeitet, andere Länder wiederum bieten Kurse im Rahmen eines weiterführenden Studiums oder von Weiterbildungsmaßnahmen an. Die am besten strukturierten und am weitesten entwickelten Bildungs- und Weiterbildungsaktivitäten sind im medizinischen Bereich zu finden. Drei Länder geben an, eine spezielle Ausbildung im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit anzubieten. In der Tschechischen Republik wird seit dem Jahr 1980 eine Spezialisierung auf den Bereich der medizinischen Versorgung bei Drogenabhängigkeit angeboten, im Jahr 2008 wurde dann der nichtmedizinische Beruf des „addictologist“ (zu Deutsch etwa: Suchtberater) eingeführt; in den Niederlanden gibt es seit dem Jahr 2007 ein zwei Jahre dauerndes Spezialisierungsmodul zur Suchtmedizin, und Deutschland bietet weiterführende Studiengänge zum Substanzkonsum und zur Suchtberatung sowie ein Modul zur heroingestützten Behandlung an. Nachweise für die Wirksamkeit von Ansätzen wie der medizinischen Weiterbildung sind jedoch auch weiterhin nur eingeschränkt und unvollständig verfügbar. Vor Kurzem

⁽²⁶⁾ Weitere Informationen finden Sie auf dem Best Practice Portal (Portal für bewährte Praktiken).

wurde ein eher interaktiver Ansatz, bekannt als CPD („continuing professional development“, berufliche Weiterbildung) (Horsley et al., 2010), vorgeschlagen, der die Weiterbildung von Ärzten in einem weiten Qualifikationsspektrum, einschließlich Kommunikation, Management und Gesundheitsförderung, umfasst, jedoch noch weiter überprüft werden muss.

Strafverfolgung im Drogenbereich und Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

Die Strafverfolgung im Drogenbereich ist ein wichtiger Bestandteil der nationalen und der EU-weiten Drogenstrategien und umfasst eine Vielzahl an Maßnahmen, die in erster Linie von der Polizei und polizeiähnlichen Einrichtungen (z. B. den Zollbehörden) umgesetzt werden. Ein Teilbereich solcher Maßnahmen, nämlich verdeckte Ermittlungen, wird im vorliegenden Abschnitt kurz beleuchtet. Daten zur Arbeit der Strafverfolgungsbehörden sind häufig weniger konkret und schlechter zugänglich als Daten aus anderen Bereichen der Drogengesetzgebung. Eine erwähnenswerte Ausnahme bilden hierbei die Daten zu Verstößen gegen die Drogengesetzgebung, auf die am Ende dieses Abschnitts näher eingegangen wird.

Verdeckte Ermittlungen

Die erfolgreiche Strafverfolgung hochgradig straffälliger Personen, die ein Drogendelikt begangen haben, und die Aufdeckung organisierter Drogenringe sind im aktuellen EU-Drogenaktionsplan die wichtigsten Prioritäten zur Reduzierung des Drogenangebots. Die Strafverfolgungsbehörden stellt dies vor eine große Herausforderung, da die meisten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung nur im Rahmen proaktiver Strafverfolgungsoperationen entdeckt werden (EBDD, 2009a). Dies gilt insbesondere bei schweren Verstößen im Zusammenhang mit dem intermediären und großangelegten Drogenhandel (Großabnehmer), die häufig unter einem hohen Maß an Geheimhaltung von im Verborgenen operierenden Einzelpersonen oder kriminellen Organisationen begangen werden.

Als Reaktion auf schwere Straftaten im Zusammenhang mit Drogen bauen die europäischen Strafverfolgungseinrichtungen zunehmend auf verdeckte Ermittlungstechniken, die sich sowohl auf die persönliche Überwachung als auch auf entsprechende Techniken wie Abhöranlagen oder elektronische Überwachung erstrecken. An diesen Operationen können sowohl Polizeibeamte (verdeckte Ermittler) als auch Privatpersonen beteiligt sein, die mit der Polizei zusammenarbeiten

(Informanten). Die Durchführung solcher Operationen ist in allen 27 Mitgliedstaaten offiziell zulässig.

Verdeckte Ermittlungen gegen Drogenhändlerringe dienen der Beschaffung verlässlicher Informationen bezüglich der Identitäten und Rollen der Mitglieder eines solchen Netzwerks, der Aufdeckung von Schmuggelrouten, Zielgebieten und Lagermöglichkeiten sowie des Zeitpunkts und des Ortes von Drogengeschäften. Verdeckte Ermittler und Informanten müssen häufig in diese kriminellen Netzwerke eintauchen, die sich Außenstehenden gegenüber meist abschotten und Informationen immer nur in Bruchstücken weitergeben. Die Gewinnung von Erkenntnissen konzentriert sich in erster Linie auf die Funktionsweise von Drogennetzen und die Rollen der Mitglieder solcher Netze.

Verdeckte Ermittlungen stellen eine große Herausforderung für den Rechtsstaat dar, insbesondere im Zusammenhang mit der Anstiftung zu rechtswidrigem Verhalten. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in einem Urteil aus dem Jahr 1998 (*Teixeira de Castro gegen Portugal*) Grundsätze bezüglich des Einsatzes von polizeilichen Lockspitzeln („agents provocateurs“) geschaffen. In diesem Urteil wird darauf hingewiesen, dass der Einsatz von verdeckten Ermittlern nicht das Recht auf eine faire Verhandlung einschränken darf und Strafverfolgungsbehörden daher die betreffende Person nicht soweit beeinflussen dürfen, dass sie ein Verbrechen begeht, das sie andernfalls vermutlich nicht begangen hätte. Die Strafverfolgungsbehörden müssen daher objektive Verdachtsgründe gegen die Zielperson nachweisen, bevor eine verdeckte Ermittlung durchgeführt werden darf. In den meisten Mitgliedstaaten ist es verboten, Dritte zu einer Straftat anzustiften.

Verdeckte Ermittlungen unterliegen rechtlichen und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen und müssen sowohl die Einhaltung der Rechtsstaatlichkeit als auch die Sicherheit der Ermittlungsbeamten gewährleisten. Die nationale Gesetzgebung und die flankierenden Verordnungen weichen zwar voneinander ab, bilden jedoch alle einen allgemeinen Rahmen, der in flankierenden Verordnungen näher definiert ist, die jedoch nur selten veröffentlicht werden. Andere Informationen, wie die Anzahl der pro Jahr durchgeführten Operationen, werden der Öffentlichkeit in der Regel ebenfalls nicht zugänglich gemacht. Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass im Jahr 2004 in den Niederlanden 34 verdeckte Ermittlungen durchgeführt worden sind, von denen zwölf zu strafrechtlichen Ermittlungen oder Verfahren geführt haben (Kruisbergen et al., 2011).

In den meisten EU-Mitgliedstaaten muss vor Beginn einer verdeckten Ermittlung die Genehmigung der entsprechenden Justizbehörde eingeholt werden, und die meisten Ermittlungen müssen von einer Aufsichtsbehörde, in der Regel dem Staatsanwalt oder einem Gericht, überwacht werden. 13 Mitgliedstaaten haben Bestimmungen zur Verhältnismäßigkeit und Subsidiarität erlassen, denen zufolge die Maßnahme in einem angemessenen Verhältnis zu dem untersuchten Drogendelikt stehen muss, das wiederum so schwerwiegend sein muss, dass es eine verdeckte Ermittlung rechtfertigt. Darüber hinaus muss vor Aufnahme einer verdeckten Ermittlung klar sein, dass eine andere Strafverfolgungsmaßnahme, die einen weniger starken Eingriff darstellt, nicht zum gleichen Erfolg führen würde.

Die Zuhilfenahme von Legenden, darunter falsche Papiere und die Gründung von Tarnorganisationen, die verdeckten Ermittlern eine glaubwürdige Beschäftigung und Einnahmequelle in diesem Milieu verschaffen, ist in den meisten Mitgliedstaaten rechtlich zulässig.

Bei verdeckten Ermittlungen kommen verschiedene Techniken zum Einsatz. Verdeckte Drogeneinkäufe beispielsweise zielen primär darauf ab, Drogenhändler in flagranti zu ertappen und sie beim Handel mit illegalen Drogen zu verhaften. Kontrollierte Drogenlieferungen erlauben den Transport von innerstaatlichen und grenzüberschreitenden Lieferungen illegaler Drogen mit Wissen und unter der Kontrolle der zuständigen Behörden. Diese Lieferungen können Drogen oder Grundstoffe, Waffen, Zigaretten, Geld aus illegalen Aktivitäten oder sogar Menschen betreffen. Die meisten kontrollierten Lieferungen in Europa sind Drogenlieferungen (Rat der Europäischen Union, 2009) und können, je nach einzelstaatlichem Recht, von verdeckten Ermittlern oder Informanten begleitet oder mit Hilfe technischer Überwachungsmaßnahmen überwacht werden ⁽²⁷⁾.

Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

Im Bereich der Drogenkriminalität werden in Europa routinemäßig nur Daten zu Erstberichten über Verstöße gegen die nationale Drogengesetzgebung erhoben, in der Regel bei der Polizei ⁽²⁸⁾. Diese Daten haben meist Straftaten wie Drogenkonsum und Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch oder Verstöße im Zusammenhang mit dem Angebot (Herstellung, Schmuggel und Handel) zum Gegenstand, auch wenn aus einigen Ländern auch andere Arten von Verstößen (z. B. im Zusammenhang mit Grundstoffen für Drogen) gemeldet werden.

Schulung der europäischen Polizei

Die Europäische Polizeiakademie (EPA) ist eine Agentur der Europäischen Union und bildet ein Netz nationaler Polizeiakademien und -hochschulen. Eine der Hauptaufgaben der EPA ist die Organisation von jährlich rund 100 Schulungsmaßnahmen, die sich in erster Linie an höhere Polizeibeamte richten und sich mit Schlüsselaktivitäten für die europäischen Polizeikräfte befassen. Das übergeordnete Ziel besteht darin, einen gemeinsamen europäischen Ansatz für die Polizeiarbeit zu finden.

Zur Unterstützung der eigenen Schulungsstrategien und der Strategien der EU-Mitgliedstaaten hat die EPA gemeinsame Lehrpläne für verschiedene Zielgruppen erarbeitet, darunter höhere Polizeibeamte, Untersuchungsermittler und Betreuer (Fallmanager), aber auch Vertreter von nationalen Regierungen und Polizeiakademien. Der gemeinsame Lehrplan zum Drogenhandel bietet einen Überblick über die internationale Drogensituation und die Drogengesetzgebung und enthält grundlegende Informationen zu illegalen Substanzen, zur internationalen Zusammenarbeit, zu existierenden Polizeistrategien und zu taktischen Maßnahmen in Bezug auf kriminelle Handlungen, wie verdeckte Operationen und Herausforderungen im Zusammenhang mit der Drogenkriminalität, aber auch mit der Drogenprävention und der Nachfragereduzierung.

Daten zu Verstößen gegen die Drogengesetzgebung sind ein direkter Indikator für die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden, da sie sich auf einvernehmliche Straftaten beziehen, die von den potenziellen Opfern in der Regel nicht gemeldet werden. Sie werden oft als indirekte Indikatoren für den Drogenkonsum oder Drogenhandel herangezogen, geben jedoch lediglich Aufschluss über jene Drogendelikte, die den Strafverfolgungsbehörden bekannt sind; zudem können sie aber auch Unterschiede in den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften, Prioritäten und Ressourcen widerspiegeln. Darüber hinaus bestehen zwischen den einzelnen Ländern in Europa große Unterschiede bei den Informationssystemen, insbesondere im Hinblick auf Melde- und Erfassungsmethoden. Da infolgedessen angemessene Vergleiche zwischen den Ländern unter Umständen kaum möglich sind, bietet es sich an, eher Trends zu vergleichen als absolute Zahlen.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung gestiegen. Im Jahr 2009 hat sich diese Entwicklung jedoch verlangsamt. Einem EU-Index zufolge, der auf den Daten aus 21 Mitgliedstaaten basiert, in denen 95 % der Bevölkerung der Europäischen Union im Alter zwischen

⁽²⁷⁾ Die Europäische Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung (ELDD) bietet einen Überblick über die rechtlichen Aspekte kontrollierter Lieferungen in Europa.

⁽²⁸⁾ Eine Erörterung der Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität sowie eine Definition für die Drogenkriminalität ist EBDD (2007b) zu entnehmen.

15 und 64 Jahren leben, ist die Zahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung zwischen 2004 und 2009 um schätzungsweise 21 % gestiegen. Wenn alle Berichtsländer berücksichtigt werden, belegen die Daten über den gesamten Zeitraum hinweg in 18 Ländern einen Aufwärtstrend und in elf Ländern entweder eine Stabilisierung der Situation oder insgesamt einen Rückgang ⁽²⁹⁾.

Straftaten im Zusammenhang mit dem Konsum und dem Angebot von Drogen

Das Verhältnis zwischen Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot ist gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert geblieben. In den meisten europäischen Ländern (22 Länder) machten im Jahr 2009 nach wie vor Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum oder dem Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch den größten Teil der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus: Estland, Spanien, Frankreich, Ungarn, Österreich und Schweden meldeten dabei die höchsten Zahlen (81 % bis 94 %) ⁽³⁰⁾.

Der in den letzten Jahren gemeldete Anstieg der Zahl der Drogendelikte im Zusammenhang mit dem Konsum war in der Europäischen Union im Jahr 2009 etwas geringer. Die Zahl der Drogendelikte im Zusammenhang mit dem Konsum ist zwischen 2004 und 2009 in 15 der Berichtsländer gestiegen. Lediglich Bulgarien, Deutschland, Estland, Malta, Österreich und Norwegen meldeten für diesen Zeitraum einen Rückgang. Insgesamt ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit dem Konsum in der Europäischen Union zwischen 2004 und 2009 um schätzungsweise 29 % gestiegen.

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot ist seit dem Jahr 2007 relativ stabil geblieben, für den Zeitraum 2004 bis 2009 wurde in der Europäischen Union jedoch eine Zunahme von schätzungsweise 7 % verzeichnet. Den Berichten zufolge beobachteten in diesem Zeitraum 15 Länder insgesamt eine Zunahme und drei Länder einen Rückgang der Zahl dieser Straftaten ⁽³¹⁾.

Nach Drogen aufgeschlüsselte Entwicklungen

Cannabis ist in Europa nach wie vor die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge ⁽³²⁾. In den meisten europäischen Ländern machten

im Jahr 2009 die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis zwischen 50 % und 75 % der gesamten gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus. Nur in drei Ländern entfiel der Großteil der Drogendelikte auf andere Drogen: in der Tschechischen Republik und in Lettland auf Methamphetamin (55 % bzw. 27 %) und in Malta auf Kokain (36 %).

Im Zeitraum 2004 bis 2009 ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Cannabis in elf Berichtsländern gestiegen. Auf EU-Ebene ergibt sich daraus eine Zunahme um schätzungsweise 20 % (Abbildung 4). Frankreich, Italien, Malta, Zypern und die Niederlande hingegen berichteten über eine rückläufige Entwicklung ⁽³³⁾.

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Kokain ist im Zeitraum von 2004 bis 2009 in elf der Berichtsländer gestiegen; lediglich Bulgarien, Deutschland, Italien, Österreich und Kroatien meldeten eine rückläufige Entwicklung. In der Europäischen Union stieg die Zahl dieser Straftaten im selben Zeitraum um insgesamt rund 39 %, wobei die Entwicklung in den letzten beiden Jahren stagnierte ⁽³⁴⁾.

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Heroin ist im Jahr 2009 leicht zurückgegangen. In der EU wurde im Zeitraum 2004 bis 2009 bei dieser Art von Straftaten eine Zunahme von 22 % verzeichnet. Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Heroin ist in diesem Zeitraum in elf der Berichtsländer gestiegen; lediglich Bulgarien, Deutschland, Malta, die Niederlande und Österreich meldeten eine rückläufige Entwicklung ⁽³⁵⁾.

Hinsichtlich der Zahl der in der Europäischen Union gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit Amphetaminen wurde im Jahr 2009 ein leichter Rückgang beobachtet, obwohl seit 2004 insgesamt eine Zunahme von 16 % zu verzeichnen ist. Dagegen ging die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Ecstasy im selben Zeitraum um 54 % zurück.

Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung von Drogenkonsumenten in Haftanstalten

In der Europäischen Union liegt der Anteil der wegen Drogendelikten verurteilten Straftäter zwischen 3 % und 53 %, wobei die Hälfte der Berichtsländer Anteile zwischen

⁽²⁹⁾ Siehe Abbildung DLO-1 sowie Tabelle DLO-1 im Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁰⁾ Siehe Tabelle DLO-2 im Statistical Bulletin 2011.

⁽³¹⁾ Siehe Abbildung DLO-1 sowie Tabelle DLO-5 im Statistical Bulletin 2011.

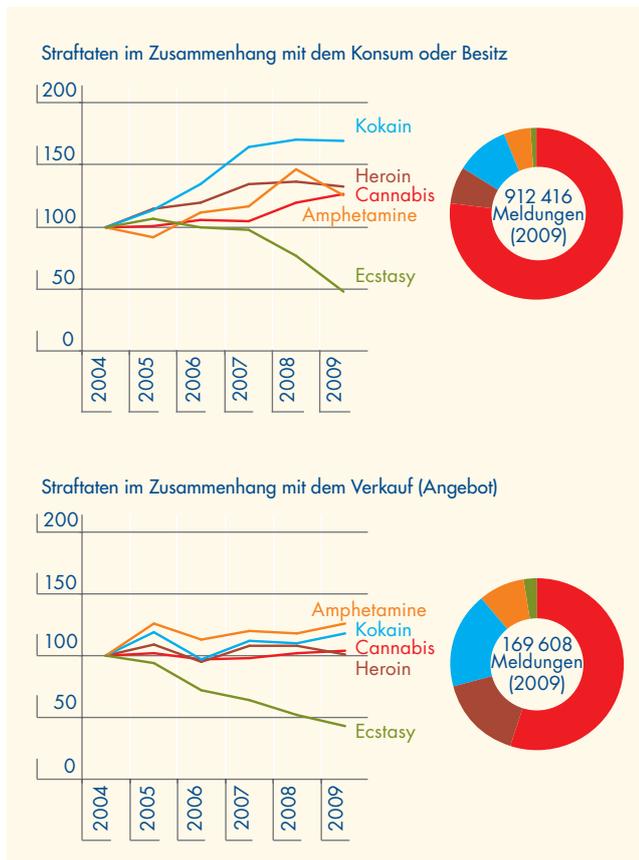
⁽³²⁾ Siehe Tabelle DLO-3 im Statistical Bulletin 2011.

⁽³³⁾ Siehe Abbildung DLO-3 sowie Tabelle DLO-6 im Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁴⁾ Siehe Abbildung DLO-3 sowie Tabelle DLO-8 im Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁵⁾ Siehe Abbildung DLO-3 sowie Tabelle DLO-7 im Statistical Bulletin 2011.

Abbildung 4: Berichte über Verstöße im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum oder dem Drogenbesitz für den Eigenverbrauch sowie mit dem Drogenangebot in den EU-Mitgliedstaaten: indizierte Entwicklungen 2004-2009 sowie Aufschlüsselung nach Art der Droge gemäß den Meldungen aus dem Jahr 2009



Anmerkung: Die Tendenzen basieren auf den verfügbaren Informationen bezüglich der Anzahl der Berichte über Verstöße im Zusammenhang mit Drogen (von strafrechtlicher und nichtstrafrechtlicher Relevanz), die von allen Mitgliedstaaten der EU gemeldet wurden; alle Datenreihen wurden auf einen Wert von 100 im Jahr 2004 indiziert und anhand der landesspezifischen Bevölkerungszahlen gewichtet, um so eine Gesamttendenz für die Europäische Union abbilden zu können. Die Aufschlüsselung nach Art der Droge bezieht sich auf die Gesamtzahl der Meldungen aus dem Jahr 2009. Weitere Informationen sind den Abbildungen DLO-4 und DLO-5 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

9 % und 25 % meldet ⁽³⁶⁾. Diese Zahlen umfassen jedoch nicht die Haftinsassen, die wegen Beschaffungsdelikten zur Suchtbefriedigung oder aufgrund anderer Straftaten im Zusammenhang mit Drogen verurteilt wurden.

Drogenkonsum unter Haftinsassen

Die Standardisierung der in Studien zum Drogenkonsum unter Haftinsassen herangezogenen Methoden ist noch immer mangelhaft (Carpentier et al., 2011).

Entwicklung von Indikatoren im Zusammenhang mit den Drogenmärkten, Drogendelikten und der Reduzierung des Drogenangebots in Europa

Eine intensivere Überwachung des Angebots illegaler Drogen in Europa ist eine der Prioritäten der aktuellen EU-Drogenstrategie und des EU-Drogenaktionsplans. Nach der Veröffentlichung eines Arbeitspapiers der Europäischen Union im Oktober 2010 zur Verbesserung der Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Drogenangebot ⁽¹⁾ wurde auf der ersten europäischen Konferenz über Drogenangebotsindikatoren, die gemeinsam von der Europäischen Kommission und der EBDD organisiert wurde, ein Prozess für die Entwicklung von Indikatoren zur Überwachung des Drogenangebots in Europa initiiert ⁽²⁾.

Der konzeptionelle Gesamtrahmen für die Überwachung des illegalen Drogenangebots in Europa umfasst drei Komponenten: Drogenmärkte, drogenbezogene Straftaten und die Reduzierung des Drogenangebots. Drei von der EBDD unterstützte Arbeitsgruppen erarbeiten im Jahr 2011 einen Fahrplan für diese Bereiche, wobei der Schwerpunkt auf den kurz-, mittel- und langfristigen Überwachungszielen liegt. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Möglichkeit der Normung, Erweiterung und Verbesserung der bestehenden Datenerhebungssysteme in jedem dieser Bereiche gelegt, und es werden zielgerichtete Forschungsmaßnahmen durchgeführt.

Im Bereich der Drogenmärkte konzentrieren sich die künftigen Aktivitäten auf die Verbesserung der Datenreihen zu Preis und Reinheit von Drogen und auf das Potenzial forensischer Daten. Die Entwicklung eines genormten europäischen Instruments zur Überwachung von Verstößen gegen die Drogengesetzgebung und die Aufstellung von Indikatoren zur innereuropäischen Drogenproduktion sind neben der Definition von Forschungsprioritäten wesentliche Faktoren im Bereich der drogenbezogenen Straftaten. Polizei- und Justizbehörden spielen bei der Überwachung der Reduzierung des Drogenangebots eine zentrale Rolle. Ausgangspunkt der Aktivitäten in diesem noch relativ unerforschten Bereich ist eine Bestandsaufnahme, die eine Übersicht über die Maßnahmen zur Angebotsreduzierung in Europa liefern soll. Die bestehenden spezialisierten Einrichtungen für die Strafverfolgung bei Drogendelikten sowie deren Rolle und Praktiken bilden die Grundlage für diese Tätigkeiten, die auch die Durchführung einer Erhebung der EBDD im Jahr 2011 umfassen.

⁽¹⁾ SEC(2010)1216 FIN (online verfügbar).

⁽²⁾ Die Schlussfolgerungen der Konferenz sind online verfügbar.

⁽³⁶⁾ Zum 1. September 2009 verbüßten in der Europäischen Union mehr als 640 000 Menschen eine Haftstrafe. Daten zu strafrechtlichen Statistiken in Europa werden vom Europarat zur Verfügung gestellt.

bezüglich der Prävalenz des Drogenkonsums unter den Haftinsassen erhebliche Unterschiede bestehen: Beispielsweise gaben in einigen Ländern nur rund 8 % der Insassen an, vor ihrem Haftantritt bereits mindestens einmal Drogen konsumiert zu haben, in anderen Ländern wiederum lag der Anteil bei bis zu 65 %. Darüber hinaus weisen Studien darauf hin, dass die schädlichsten Formen des Drogenkonsums unter Haftinsassen womöglich stärker verbreitet sind, und zwischen 5 % und 31 % der Befragten geben an, schon mindestens einmal Drogen injiziert zu haben ⁽³⁷⁾.

Die Mehrheit der Konsumenten reduziert oder beendet den Drogenkonsum bei Haftantritt, vor allem wegen der Schwierigkeiten bei der Beschaffung der Substanzen. Die Tatsache, dass illegale Drogen trotz aller ergriffenen Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ihren Weg in die meisten Haftanstalten finden, wird jedoch anerkannt. In seit dem Jahr 2006 durchgeführten Studien variieren die Schätzwerte bezüglich des Drogenkonsums durch Haftinsassen zwischen 1 % und 51 %. Die von Haftinsassen am häufigsten konsumierte Droge ist Cannabis, gefolgt von Kokain und Heroin ⁽³⁸⁾. Haftanstalten können ein mögliches Milieu für den Einstieg in den Drogenkonsum oder schädlichere Formen des Drogenkonsums sein. Eine im Jahr 2008 durchgeführte belgische Studie beispielsweise ergab, dass mehr als ein Drittel der Drogen konsumierenden Haftinsassen während ihrer Haftzeit mit dem Konsum einer neuen Droge begonnen haben, wobei Heroin als häufigste Droge angegeben wurde (Totds et al., 2009). Offenbar nutzen injizierende Drogenkonsumenten in Haftanstalten ihre Spritzbestecke häufiger gemeinsam als Drogenkonsumenten in Milieus außerhalb von Haftanstalten, was Fragen im Zusammenhang mit einer möglichen Ausbreitung von Infektionskrankheiten unter Haftinsassen aufwirft.

HIV und Virushepatitis unter injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten

Es liegen nur wenige Daten zu HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in europäischen Haftanstalten vor. Insbesondere aus den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten von Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum liegen keine Daten vor. Generell lassen sich bei den Daten aus den acht Ländern, die seit dem Jahr 2004

Angaben gemacht haben (Bulgarien, Tschechische Republik, Spanien, Ungarn, Malta, Finnland, Schweden und Kroatien) ⁽³⁹⁾ bei der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten und solchen in anderen Milieus außerhalb von Haftanstalten keine großen Unterschiede erkennen, was jedoch teilweise auf die eingeschränkte Verfügbarkeit dieser Daten zurückzuführen ist. Die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten war in sieben Ländern mit Angaben zwischen 0 % und 7,7 % relativ gering, während Spanien eine Prävalenz von 39,7 % meldete. Daten zur Prävalenz von Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) bei injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten wurden aus acht Ländern gemeldet, die Angaben zwischen 11,5 % (Ungarn) und 90,7 % (Luxemburg) machten. In der Tschechischen Republik, Luxemburg und Malta scheinen HCV-Infektionen unter Haftinsassen, die Drogen injizieren, weiter verbreitet zu sein als unter injizierenden Konsumenten in anderen Milieus. Daten zu Infektionen mit HBV (Hepatitis-B-Oberflächenantigen) unter injizierenden Drogenkonsumenten in Haftanstalten liegen aus vier Ländern vor: Bulgarien (11,6 % im Jahr 2006), Tschechische Republik (15,1 % im Jahr 2010), Ungarn (0 % im Jahr 2009) und Kroatien (0,5 % im Jahr 2007).

Gesundheit von Haftinsassen in Europa

Insbesondere Haftinsassen, die bereits vorher Drogen injiziert haben, haben häufig multiple und komplexe Gesundheitsbedürfnisse, die einen multidisziplinären Ansatz und spezielle medizinische Betreuung erforderlich machen. Haftinsassen haben das Recht auf Zugang zu der im entsprechenden Land verfügbaren medizinischen Versorgung, ohne wegen ihrer rechtlichen Situation diskriminiert zu werden ⁽⁴⁰⁾. Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sollten daher in Haftanstalten unter ähnlichen Bedingungen behandelt werden können, wie sie außerhalb der Haftanstalten angeboten werden (CPT, 2006). Dieser allgemeine Gleichheitsgrundsatz wurde mit der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit ⁽⁴¹⁾ in der Europäischen Union anerkannt, und seine Umsetzung wird im aktuellen EU-Drogenaktionsplan (2009-2012) eingefordert. Die in Haftanstalten bereitgestellten Dienste sind jedoch häufig schlechter als in der übrigen Gemeinschaft.

⁽³⁷⁾ Siehe Tabellen DUP-1, DUP-2 und DUP-105 im Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁸⁾ Siehe Tabellen DUP-3 und DUP-105 im Statistical Bulletin 2011.

⁽³⁹⁾ Siehe Tabelle INF-117 im Statistical Bulletin 2011 sowie die nationalen Reitox-Berichte aus Malta (2005) und der Tschechischen Republik (2010).

⁽⁴⁰⁾ Generalversammlung der Vereinten Nationen, Resolution A/RES/45/111, „Basic principles for the treatment of prisoners“ (Grundsätze für die Behandlung von Haftinsassen) (online verfügbar).

⁽⁴¹⁾ ABl. L 165 vom 3.7.2003, S. 31.

Unterstützung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten

In europäischen Haftanstalten kann eine Reihe von Diensten bereitgestellt werden, die im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und den damit einhergehenden Problemen stehen. Die angebotenen Dienste umfassen unter anderem Informationen über Drogen und Gesundheit, die Gesundheitsversorgung bei Infektionskrankheiten, Entgiftung und Drogentherapien mit psychosozialer Unterstützung, Maßnahmen zur Schadensminimierung und die Vorbereitung auf die Entlassung ⁽⁴²⁾.

Die meisten Länder haben agenturübergreifende Partnerschaften zwischen den Anbietern von Gesundheitsdiensten in Haftanstalten und in anderen Milieus außerhalb von Haftanstalten eingerichtet, darunter auch Nichtregierungsorganisationen, die Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung und zur Behandlung in Haftanstalten bereitstellen und die Weiterführung der medizinischen Versorgung auch nach der Haftentlassung sicherstellen. Verschiedene europäische Länder sind einen Schritt weiter gegangen und haben die gesundheitliche Versorgung in Haftanstalten in die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums aufgenommen oder die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung durch öffentliche Gesundheitsdienste organisiert, um gesundheitsbezogene Ungleichheiten zu verringern. Vorreiter auf diesem Gebiet waren Norwegen und Frankreich, gefolgt von Schweden, Italien, England und Wales sowie Slowenien. In Schottland

und Spanien werden gerade entsprechende Reformen umgesetzt.

Zwar wird die opioidgestützte Substitutionsbehandlung in der Gemeinschaft zunehmend akzeptiert, die Aufnahme dieser Behandlungsform in Haftanstalten wird jedoch nur zögerlich und in unterschiedlichem Maße umgesetzt ⁽⁴³⁾. Im Jahr 2009 haben sich Drogenkonsumenten in sechs EU-Ländern (Estland, Griechenland, Zypern, Lettland, Litauen, Slowakei) einer Substitutionsbehandlung unterzogen, konnten diese Behandlung nach ihrem Haftantritt jedoch nicht fortsetzen. Die Kontinuität der Drogenbehandlung und die Kohärenz und Zusammenarbeit zwischen der Gemeinschaft und den Haftanstalten ist von besonderer Bedeutung angesichts der hohen Zahl an Todesfällen durch eine Überdosis nach der Haftentlassung (Merrall et al., 2010).

Ein Bereich der öffentlichen Gesundheit, der in Europa zunehmend mit Sorge betrachtet wird, sind Infektionen mit Hepatitis C unter Haftinsassen. Spezielle Früherkennungsprogramme werden aus Belgien, Bulgarien, Frankreich, einigen deutschen Bundesländern, Litauen, Luxemburg, Ungarn und Finnland gemeldet. Trotz der Notwendigkeit, eine solche Infektion bereits bei Haftantritt nachzuweisen (Sutton et al., 2006) und trotz der nachweislichen Kosteneffektivität einer HCV-Behandlung in Haftanstalten (Tan et al., 2008) werden viele Insassen nicht auf HCV getestet und entsprechend behandelt.

⁽⁴²⁾ Siehe Tabelle HSR-7 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁴³⁾ Siehe Tabelle HSR-9 im Statistical Bulletin 2011.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 3 Cannabis

Einleitung

Cannabis ist die in Europa am weitesten verbreitete illegale Droge und wird sowohl aus Drittländern eingeführt als auch in Europa selbst produziert. In den meisten europäischen Ländern ist der Cannabiskonsum im Laufe der 90er-Jahre und nach der Jahrtausendwende gestiegen. Möglicherweise tritt Europa nun in eine neue Phase ein, da die Daten sowohl aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung als auch aus Schulumfragen auf eine Stabilisierung oder sogar einen Rückgang des Cannabiskonsums in vielen Ländern hindeuten. Die Konsumraten sind jedoch weiterhin hoch. Darüber hinaus hat in den letzten Jahren das Bewusstsein für die Auswirkungen des langfristigen und weit verbreiteten Konsums dieser Droge zugenommen, und auch die Zahl der Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen ist gestiegen. Eine der zentralen Fragen in der Drogendebatte in Europa lautet daher nach wie vor, wie dem Cannabiskonsum wirksam begegnet werden kann.

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Cannabis kann in den unterschiedlichsten Umgebungen angebaut werden und wächst in vielen Teilen der Welt wild. Es wird davon ausgegangen, dass die Pflanze in 172 Ländern und Gebieten angebaut wird (UNODC, 2009). Die jüngsten UNODC-Schätzungen erkennen die Schwierigkeit an, genaue Zahlen zur weltweiten Cannabisproduktion zu ermitteln; für das Jahr 2008 wurde die globale Produktion von Cannabiskraut auf 13 300 bis 66 100 Tonnen und von Cannabisharz auf 2 200 bis 9 900 Tonnen geschätzt.

Der Cannabisanbau ist in Europa weit verbreitet und nimmt offenbar weiter zu. Alle 29 europäischen Berichtsländer meldeten der EBDD den Anbau von Cannabis im eigenen Land, wobei allerdings hinsichtlich Art und Umfang erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen

Tabelle 3: Sicherstellungen, Preis und Stärke von Cannabisharz und Cannabiskraut

	Cannabisharz	Cannabiskraut	Cannabispflanzen ⁽¹⁾
Weltweit beschlagnahmte Mengen	1 261 Tonnen	6 022 Tonnen	n. v.
Beschlagnahmte Mengen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	584 Tonnen (594 Tonnen)	57 Tonnen (99 Tonnen)	1,4 Millionen Pflanzen und 42 Tonnen (1,4 Millionen Pflanzen und 42 Tonnen) ⁽²⁾
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 000)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)			
Spanne (Interquartilspanne) ⁽³⁾	3-19 (6,8-10,2)	2-70 (6,3-10,9)	n. v. n. v.
Durchschnittliche Stärke (THC-Gehalt in %)			
Spanne (Interquartilspanne) ⁽³⁾	3-17 (4,3-11,5)	1-15 (4,4-8,9)	n. v. n. v.

⁽¹⁾ Die Länder melden die beschlagnahmten Mengen entweder als Zahl der beschlagnahmten Pflanzen oder anhand des Gewichts; hier ist die Gesamtheit für beide Mengen angegeben.

⁽²⁾ Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtzahl der im Jahr 2009 beschlagnahmten Pflanzen noch höher ist als angegeben, was insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass aus den Niederlanden – einem Land, das bis 2007 relativ hohe Sicherstellungen gemeldet hat – keine aktuellen Daten vorliegen. Aufgrund der fehlenden Daten für die Jahre 2008 und 2009 können die Niederlande in den europäischen Schätzungen für das Jahr 2009 nicht berücksichtigt werden.

⁽³⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Daten.

Anmerkung: Alle Daten für 2009; n. v., entfällt.

Quellen: UNODC (2011) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

dürften. Ein erheblicher Anteil des in Europa konsumierten Cannabis stammt jedoch wahrscheinlich aus dem regionalen Handel. Albanien, Bulgarien, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, die Republik Moldau, Montenegro, Serbien und die Ukraine werden in einem aktuellen Bericht des Internationalen Suchtstoffkontrollamts (2011b) als Herkunftsländer für das in Mittel- und Osteuropa konsumierte Cannabis genannt.

Darüber hinaus wird Cannabiskraut auch aus anderen Teilen der Welt nach Europa eingeführt, insbesondere aus Afrika (z. B. Ghana, Südafrika, Ägypten) und weniger häufig aus Nord-, Mittel- und Südamerika (insbesondere Karibik), aus Nahost (Libanon) und Asien (Thailand).

Eine kürzlich durchgeführte Erhebung deutet darauf hin, dass Marokko von Afghanistan als größter Produzent von Cannabis harz abgelöst worden ist. Die Herstellung von Cannabis harz in Afghanistan beläuft sich pro Jahr auf schätzungsweise 1 200 bis 3 700 Tonnen (UNODC, 2011). Obgleich ein Teil des in Afghanistan hergestellten Cannabis harzes in Europa verkauft wird, wird Marokko weiterhin als Hauptlieferant dieser Droge für den europäischen Markt angesehen. Das in Marokko hergestellte Cannabis harz wird in erster Linie über die Iberische Halbinsel nach Europa geschmuggelt, wobei die Niederlande und Belgien eine wichtige Rolle als weitere Umschlag- und Lagerplätze einnehmen (Europol, 2011).

Sicherstellungen

Im Jahr 2009 wurden weltweit schätzungsweise 6 022 Tonnen Cannabiskraut und 1 261 Tonnen Cannabis harz sichergestellt (Tabelle 3). Dies entspricht einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um etwa 11 %. In Nordamerika wurden nach wie vor die größten Mengen Cannabiskraut beschlagnahmt (70 %), während sich die Sicherstellungen von Cannabis harz weiterhin auf West- und Mitteleuropa (48 %) konzentrierten (UNODC, 2011).

Im Jahr 2009 wurden in Europa bei schätzungsweise 354 000 Sicherstellungen rund 99 Tonnen Cannabiskraut beschlagnahmt, wobei auf die Türkei mit mehr als einem Drittel (42 Tonnen) der beschlagnahmten Menge ein Rekordhoch entfiel; weitere Sicherstellungen in Rekordhöhe meldeten Griechenland (7 Tonnen) und Portugal (5 Tonnen) ⁽⁴⁴⁾. Zwischen 2004 und 2009 hat sich die Gesamtzahl der Sicherstellungen verdoppelt, und auch die Höhe der sichergestellten Mengen an Cannabiskraut hat weiter zugenommen. Seit dem Jahr 2005 entfällt etwa

die Hälfte aller vorgenommenen Sicherstellungen (mind. 20 Tonnen pro Jahr) auf das Vereinigte Königreich.

Sowohl die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis harz als auch die beschlagnahmten Mengen sind in Europa höher als im Fall des Cannabiskrauts, der Unterschied nimmt jedoch immer weiter ab ⁽⁴⁵⁾. Im Jahr 2009 wurden bei etwa 405 000 Sicherstellungen rund 594 Tonnen Cannabis harz beschlagnahmt. Damit beläuft sich die beschlagnahmte Menge Cannabis harz nahezu auf das Sechsfache des sichergestellten Cannabiskrauts. Zwischen 2004 und 2009 stieg die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis harz stetig an, die Höhe der sichergestellten Mengen ging nach einem Höchstwert von 1 080 Tonnen im Jahr 2004 jedoch zurück. Ähnlich wie in den Vorjahren wurde auch im Jahr 2009 die Hälfte aller Sicherstellungen von Cannabis harz und etwa drei Viertel der beschlagnahmten Gesamtmenge aus Spanien gemeldet.

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabispflanzen ist seit 2004 kontinuierlich gestiegen, und im Jahr 2009 wurden schätzungsweise 29 100 Sicherstellungen getätigt. Die Länder melden die beschlagnahmten Mengen entweder als geschätzte Zahl der Pflanzen oder anhand des Gewichts. Die Zahl der beschlagnahmten Pflanzen stieg in Europa von etwa 1,7 Millionen im Jahr 2004 auf 2,5 Millionen im Zeitraum 2005-2007 ⁽⁴⁶⁾. Die verfügbaren Daten könnten für das Jahr 2008 auf einen Rückgang auf europäischer Ebene schließen lassen, doch die aktuellen Entwicklungen bei den gemeldeten Zahlen der sichergestellten Cannabispflanzen können aufgrund fehlender aktueller Daten aus den Niederlanden – einem Land, das schon immer große Mengen gemeldet hat – nicht abgebildet werden. Seit dem Jahr 2004 haben sich die Angaben zu Sicherstellungen, gemessen am Gewicht der Pflanzen, mehr als verdreifacht und lagen im Jahr 2009 bei 42 Tonnen, wobei der größte Anteil (29 Tonnen) von Spanien gemeldet wurde, gefolgt von Bulgarien (10 Tonnen).

Stärke und Preis

Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC), dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis. Sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder wurden große Unterschiede hinsichtlich der Stärke der verschiedenen Cannabisprodukte und der unterschiedlichen genetischen Varianten verzeichnet. Die Daten über die Stärke von Cannabis basieren hauptsächlich auf gerichtsmedizinischen Analysen

⁽⁴⁴⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Drogen in Europa sind den Tabellen SZR-1 bis SZR-6 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

⁽⁴⁵⁾ Aufgrund der höheren Liefermengen, der längeren Transportwege und der Notwendigkeit, internationale Grenzen zu passieren, könnte bei Cannabis harz das Risiko einer Sicherstellung höher sein als bei im Land hergestelltem Cannabiskraut.

⁽⁴⁶⁾ Diese Analyse enthält keine Daten zu den aus der Türkei gemeldeten Sicherstellungen in Höhe von 20,4 Millionen Cannabispflanzen im Jahr 2004, da für die Folgejahre keine Daten zu beschlagnahmten Mengen vorliegen.

von aus den beschlagnahmten Cannabismengen gezogenen Stichproben. Da nicht eindeutig festzustellen ist, in welchem Maße die analysierten Stichproben die Gesamtsituation auf dem Markt widerspiegeln, sind Daten über die Stärke mit Bedacht zu interpretieren.

Im Jahr 2009 meldeten die Berichtsländer durchschnittlich einen THC-Gehalt von Cannabis harz zwischen 3 % und 17 %. Die durchschnittliche Stärke von Cannabis kraut lag zwischen 1 % und 15 %. Darin eingeschlossen ist auch Sinsemilla („Nederwiet“), das Cannabis kraut mit der höchsten Stärke. Angaben zur durchschnittlichen Stärke von Sinsemilla wurden nur von drei Ländern vorgelegt: 2 % in Rumänien, 11 % in Deutschland und 15 % in den Niederlanden. Im Zeitraum 2004 bis 2009 wurden in den 15 Ländern, die ausreichende Daten vorgelegt hatten, große Unterschiede bei der durchschnittlichen Stärke von Cannabis harz festgestellt. Die Stärke von Cannabis kraut dagegen war in zehn der Berichtsländer relativ stabil oder nahm sogar ab; nur die Tschechische Republik, Estland, die Niederlande und die Slowakei meldeten eine höhere Stärke. Trenddaten zur Stärke des im eigenen Land hergestellten Cannabis krauts liegen ausschließlich aus den Niederlanden vor, wo die durchschnittliche Stärke von „Nederwiet“ seit dem im Jahr 2004 verzeichneten Höchstwert von 20 % auf 15 % im Jahr 2009 gesunken ist ⁽⁴⁷⁾.

In den 18 Ländern, die entsprechende Angaben übermittelt haben, lag der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabis harz im Jahr 2009 zwischen 3 EUR und 19 EUR pro Gramm, wobei zwölf dieser Länder Preise zwischen 7 EUR und 10 EUR meldeten. In den 20 Ländern, aus denen Angaben hierzu vorliegen, bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabis kraut zwischen 2 EUR und 70 EUR pro Gramm, wobei zwölf dieser Länder Preise zwischen 5 EUR und 10 EUR meldeten. In den meisten der 18 Länder, die für den Zeitraum 2004 bis 2009 entsprechende Daten vorgelegt haben, sind die durchschnittlichen Verkaufspreise sowohl von Cannabis harz als auch von Cannabis kraut in diesem Zeitraum stabil geblieben oder gestiegen. In Lettland, Ungarn und Polen hingegen sind die Preise für Cannabis harz gefallen.

Prävalenz und Konsummuster

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Nach vorsichtigen Schätzungen haben etwa 78 Millionen Europäer mindestens einmal (Lebenszeitprävalenz)

Cannabis konsumiert, das entspricht über einem Fünftel der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 4 zu entnehmen). Die Angaben der einzelnen Länder zur Lebenszeitprävalenz variieren zwischen 1,5 % und 32,5 %. Innerhalb dieser erheblichen Spanne melden jedoch die meisten Länder Prävalenzschätzungen zwischen 10 % und 30 % aller Erwachsenen.

Schätzungen zufolge haben etwa 22,5 Millionen Europäer in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, das entspricht durchschnittlich 6,7 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. In den Schätzungen der 30-Tage-Prävalenz werden jene Konsumenten erfasst, die Cannabis regelmäßig, wenn auch nicht unbedingt täglich oder intensiv konsumieren. Schätzungsweise haben etwa 12 Millionen Europäer in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, das entspricht etwa 3,6 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen

Cannabis wird vor allem von jungen Menschen (15 bis 34 Jahre) konsumiert, wobei die höchsten 12-Monats-Prävalenzraten in der Regel unter den 15- bis 24-Jährigen festgestellt werden. Dies gilt für nahezu alle europäischen Berichtsländer mit Ausnahme Zyperns und Portugals ⁽⁴⁸⁾.

Daten aus Erhebungen in der Bevölkerung zeigen, dass durchschnittlich 32,0 % der jungen europäischen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) mindestens einmal Cannabis probiert haben, während 12,1 % in den letzten zwölf Monaten und 6,6 % in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben. Schätzungen zufolge sind in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die Anteile der Europäer, die in den letzten zwölf Monaten (15,2 %) oder im Laufe der letzten 30 Tage (8,0 %) Cannabis konsumiert haben, noch höher. Zwischen den Prävalenzschätzungen des Cannabiskonsums der einzelnen Länder bestehen erhebliche Unterschiede im Hinblick auf alle Prävalenzzeiträume. Länder am oberen Ende der Skala melden im Zusammenhang mit der 12-Monats-Prävalenz bei jungen Erwachsenen beispielsweise bis zu 20 Mal höhere Werte als die Länder mit den niedrigsten Prävalenzraten.

Der Cannabiskonsum ist bei Männern in der Regel höher als bei Frauen. Beispielsweise reicht bei der 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen das Verhältnis zwischen Männern und Frauen von gut 6:1 in Portugal bis hin zu einem knappen Gleichverhältnis in Norwegen ⁽⁴⁹⁾.

⁽⁴⁷⁾ Daten über Stärke und Preis sind den Tabellen PPP-1 und PPP-5 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen. Definitionen zu Cannabisprodukten finden Sie im Online-Glossar.

⁽⁴⁸⁾ Siehe Abbildung GPS-1 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁴⁹⁾ Siehe Tabelle GPS-5 (Teil iii und Teil iv) im Statistical Bulletin 2011.

Tabelle 4: Prävalenz des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten			
Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate	Letzte 30 Tage
15-64 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	78 Millionen	22,5 Millionen	12 Millionen
Europäischer Durchschnitt	23,2 %	6,7 %	3,6 %
Spanne	1,5-32,5 %	0,4-14,3 %	0,1-7,6 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarien (7,3 %) Ungarn (8,5 %)	Rumänien (0,4 %) Malta (0,8 %) Griechenland (1,7 %) Ungarn (2,3 %)	Rumänien (0,1 %) Malta (0,5 %) Griechenland, Polen (0,9 %) Schweden (1,0 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (32,5 %) Spanien (32,1 %) Italien (32,0 %) Frankreich, Vereinigtes Königreich (30,6 %)	Italien (14,3 %) Tschechische Republik (11,1 %) Spanien (10,6 %) Frankreich (8,6 %)	Spanien (7,6 %) Italien (6,9 %) Frankreich (4,8 %) Tschechische Republik (4,1 %)
15-34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	42 Millionen	16 Millionen	9 Millionen
Europäischer Durchschnitt	32,0 %	12,1 %	6,6 %
Spanne	2,9-45,5 %	0,9-21,6 %	0,3-14,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (2,9 %) Malta (4,8 %) Griechenland (10,8 %) Bulgarien (14,3 %)	Rumänien (0,9 %) Malta (1,9 %) Griechenland (3,2 %) Polen (5,3 %)	Rumänien (0,3 %) Griechenland (1,5 %) Polen (1,9 %) Schweden, Norwegen (2,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (45,5 %) Dänemark (44,5 %) Frankreich (43,6 %) Spanien (42,4 %)	Tschechische Republik (21,6 %) Italien (20,3 %) Spanien (19,4 %) Frankreich (16,7 %)	Spanien (14,1 %) Italien (9,9 %) Frankreich (9,8 %) Tschechische Republik (8,6 %)
15-24 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	19 Millionen	9,5 Millionen	5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	30,0 %	15,2 %	8,0 %
Spanne	3,7-53,8 %	1,5-29,5 %	0,5-17,2 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (3,7 %) Malta (4,9 %) Griechenland (9,0 %) Zypern (14,4 %)	Rumänien (1,5 %) Griechenland (3,6 %) Portugal (6,6 %) Slowenien, Schweden (7,3 %)	Rumänien (0,5 %) Griechenland (1,2 %) Schweden (2,2 %) Norwegen (2,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (53,8 %) Frankreich (42,0 %) Spanien (39,1 %) Dänemark (38,0 %)	Tschechische Republik (29,5 %) Spanien (23,9 %) Italien (22,3 %) Frankreich (21,7 %)	Spanien (17,2 %) Frankreich (12,7 %) Tschechische Republik (11,6 %) Italien (11,0 %)
<p>Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (336 Millionen), 15 bis 34 Jahre (132 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (63 Millionen). Die europäischen Schätzungen basieren auf Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2009/2010 (insbesondere im Zeitraum 2004 bis 2008) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt General population surveys (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2011 verfügbar.</p>			

Internationale Vergleiche

Die Angaben aus Australien, Kanada und den Vereinigten Staaten zur Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen liegen allesamt über dem europäischen Durchschnitt, wo die Werte 32,0 % bzw. 12,1 % betragen. In Kanada (2009) beispielsweise betrug die Lebenszeitprävalenz in Bezug auf den Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen 48,4 %, die 12-Monats-Prävalenz belief sich auf 21,6 %.

In den Vereinigten Staaten belegen die Ergebnisse der „National Survey on Drug Use and Health“ (Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit) (SAMHSA, 2010) eine Lebenszeitprävalenz von schätzungsweise 51,6 % unter jungen Erwachsenen (16 bis 34 Jahre, von der EBDD neu berechnet) und eine 12-Monats-Prävalenz von 24,1 %, während die entsprechenden Werte in Australien im Jahr 2007 bei den 14- bis 39-jährigen bei 46,7 % bzw. 16,2 % lagen. Für den Cannabiskonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern

melden wenige europäische Länder, wie die Tschechische Republik, Spanien, Frankreich und die Slowakei, ähnlich hohe Lebenszeitprävalenzraten wie die Vereinigten Staaten und Australien.

Cannabiskonsum unter Schülern

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), die alle vier Jahre durchgeführt wird, stellt vergleichbare Daten über den Alkohol- und Drogenkonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern in Europa zur Verfügung (Hibell et al., 2009). Im Jahr 2007 wurde die Studie in 25 EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen durchgeführt. Darüber hinaus führten Italien, die Slowakei, Schweden und das Vereinigte Königreich in den Jahren 2009 und 2010 eigene nationale Schulumfragen durch.

Den im Rahmen der ESPAD-Studie aus dem Jahr 2007 und aus den nationalen Schulumfragen von 2009 und 2010 erhobenen Daten zufolge wurde die höchste Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in der Tschechischen Republik (45 %) festgestellt, während Estland, Spanien, Frankreich, die Niederlande, die Slowakei und das Vereinigte Königreich (England) Prävalenzraten zwischen 26 % und 33 % meldeten. In 15 Ländern lagen die Lebenszeitprävalenzraten des Cannabiskonsums zwischen 13 % und 25 %. Die niedrigsten Raten (unter 10 %) wurden aus Griechenland, Zypern, Rumänien, Finnland, Schweden und Norwegen gemeldet.

Insgesamt bestehen bei Schülern hinsichtlich des Cannabiskonsums geringere geschlechtsspezifische Unterschiede als bei jungen Erwachsenen. Das Verhältnis von Jungen und Mädchen in Bezug auf den Cannabiskonsum unter Schülern reicht von nahezu 1:1 in Spanien und dem Vereinigten Königreich bis zu 2:1 oder noch größeren Unterschieden in Zypern, Griechenland, Polen und Rumänien ⁽⁵⁰⁾.

Tendenzen beim Cannabiskonsum

In den meisten europäischen Ländern ist der Cannabiskonsum im Laufe der 90er-Jahre und nach der Jahrtausendwende gestiegen, was sowohl durch Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung als auch durch Schulumfragen belegt wird. Seit dieser Zeit wird in Europa ein noch komplexeres Bild der Cannabissituation gezeichnet. Viele Länder melden bezüglich des Cannabiskonsums eine stabile Situation oder sogar eine rückläufige Entwicklung, während einige wenige Länder (Bulgarien, Estland, Finnland und Schweden) möglicherweise eine Zunahme zu verzeichnen haben.

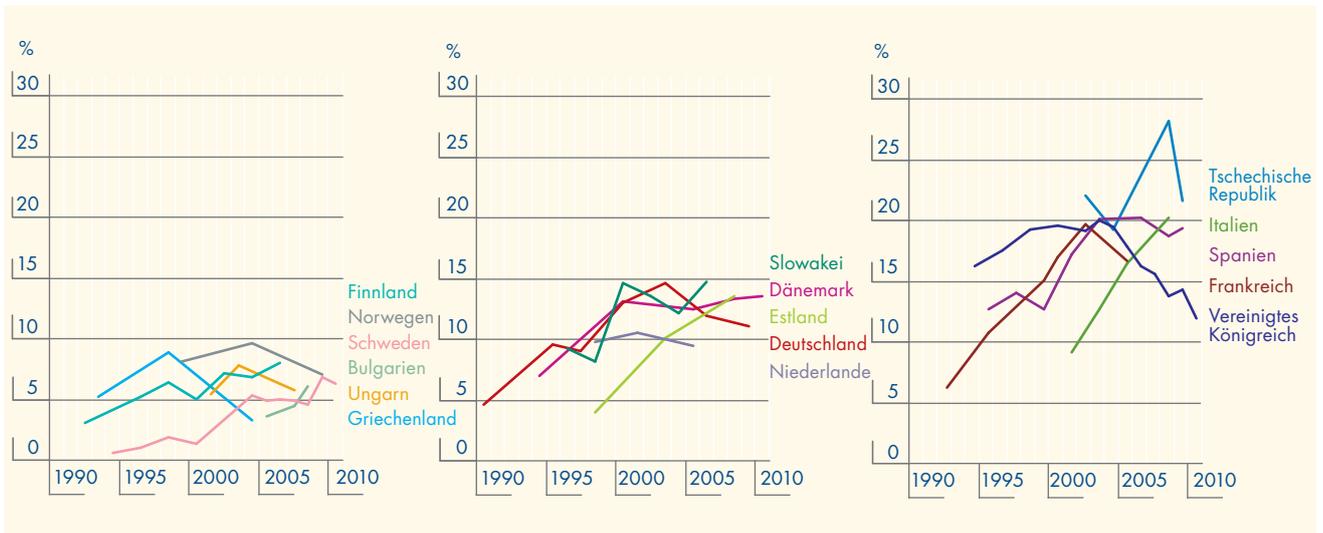
Obwohl fast alle europäischen Länder in den vergangenen Jahren Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt haben, legten nur 16 Länder ausreichende Daten zur Analyse der Entwicklung des Cannabiskonsums über einen längeren Zeitraum vor.

Die Entwicklung in diesen 16 Ländern lässt sich nach Prävalenzraten unterteilen (Abbildung 5). Eine erste Gruppe von sechs Ländern, vornehmlich in Nord- und Südosteuropa (Bulgarien, Griechenland, Ungarn, Finnland, Schweden, Norwegen), hat bezüglich der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen zwischen 15 und 34 Jahren immer niedrige Raten (unter 10 %) gemeldet. Die zweite Gruppe besteht aus fünf europäischen Ländern (Dänemark, Deutschland, Estland, Niederlande, Slowakei), die höhere Prävalenzraten gemeldet haben, die jedoch in den letzten Erhebungen bei maximal 15 % lagen. Alle Länder in dieser Gruppe, mit Ausnahme der Niederlande, haben in den 90er-Jahren und Anfang des neuen Jahrtausends einen deutlichen Anstieg beim Cannabiskonsum gemeldet. Im darauffolgenden Jahrzehnt verzeichneten diese Länder mit Ausnahme von Estland eine zunehmend stabile Situation. Die letzte Gruppe umfasst fünf Länder, die in den vergangenen zehn Jahren mindestens einmal einen Höchstwert beim Cannabiskonsum in Europa zu verzeichnen hatten und in denen die 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen im letzten Jahr bei 20 % oder mehr lagen. Hierbei handelt es sich um Länder in Süd- und Westeuropa (Frankreich, Spanien, Italien, Vereinigtes Königreich) sowie die Tschechische Republik. Die Entwicklungen in dieser Gruppe können voneinander abweichen. Während das Vereinigte Königreich und in geringerem Maße auch Frankreich in ihren jüngsten Erhebungen von einem Rückgang berichten, meldet Spanien eine relativ stabile Situation seit dem Jahr 2003. Alle drei Länder haben in den 90er-Jahren von einer Zunahme des Cannabiskonsums berichtet. Italien und die Tschechische Republik haben zunächst eine Zunahme des Cannabiskonsums gemeldet, bevor diese Länder in den letzten Jahren einen Rückgang verzeichnen konnten. Unterschiede bei den Umfragemethoden und den Antwortraten lassen jedoch noch keine Bestätigung der jüngsten Entwicklungen in diesen beiden Ländern zu.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle die besondere Situation im Vereinigten Königreich, da hier jährlich Erhebungen durchgeführt werden. Nachdem Anfang des 21. Jahrhunderts aus dem Vereinigten Königreich die höchsten Raten des Cannabiskonsums in Europa gemeldet wurden, fiel im Jahr 2010 die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums erstmals seit Beginn der Überwachung durch die EU unter den europäischen Durchschnitt.

⁽⁵⁰⁾ Siehe Tabelle EYE-20 (Teil ii und Teil iii) im Statistical Bulletin 2011.

Abbildung 5: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre); Länder mit drei oder mehr Erhebungen sind nach den jeweils höchsten Prävalenzraten gruppiert (unter 10 %, 10-15 %, mehr als 15 %)



Anmerkung: Die Tschechische Republik forscht nach den Gründen für die erheblichen Abweichungen in den verschiedenen Erhebungen, die wohl teilweise auf eine Änderung der herangezogenen Methoden zurückgeführt werden können. Die Daten dienen lediglich zu Informationszwecken, Vergleiche sollten daher mit Bedacht angestellt werden. Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-4 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2010), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

Diese Meldungen bezüglich einer Stabilisierung bzw. gar eines Rückgangs beziehen sich auf den Konsum während der letzten zwölf Monate und umfassen auch den Konsum in Freizeitmilieus. Es ist jedoch noch nicht absehbar, ob der Intensiv- bzw. der langfristige Konsum sich ebenfalls stabilisiert haben.

Hinsichtlich der Tendenzen beim Cannabiskonsum unter Schülern im Zeitverlauf wurden in Europa für den Zeitraum zwischen 1995 und 2007 ähnliche Muster ermittelt (EBDD, 2009a). Sieben vorwiegend nord- und südeuropäische Länder meldeten eine insgesamt stabile und niedrige Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums während des gesamten Zeitraums. Die meisten westeuropäischen Länder sowie Slowenien und Kroatien (elf Länder), die bis 2003 eine hohe oder stark zunehmende Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums zu verzeichnen hatten, beobachteten im Jahr 2007 eine rückläufige Entwicklung oder Stabilisierung. In den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern stellt sich die Lage etwas anders dar: Hier scheint die zwischen 1995 und 2003 beobachtete zunehmende Tendenz nun ein Ende gefunden zu haben. In dieser Region meldeten sechs Länder für den Zeitraum zwischen 2003 und 2007 eine stabile Situation, während zwei Länder eine Zunahme zu verzeichnen haben.

Die neuen Daten aus den letzten HBSC-Studien lassen in den meisten Ländern für den Zeitraum 2006 bis 2010

ebenfalls auf eine insgesamt stabile oder gar rückläufige Entwicklung des Drogenkonsums unter den Schülern im Alter zwischen 15 und 16 Jahren schließen. Ebenso wie bei den Erwachsenen konnte in England hinsichtlich der Lebenszeitprävalenzraten des Cannabiskonsums unter Schülern ein Rückgang um knapp die Hälfte von 40 % im Jahr 2002 auf 22 % im Jahr 2010 verzeichnet werden. In Deutschland hat sich die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülern ebenfalls halbiert und betrug im Jahr 2010 noch 11 % (2002: 24 %). Mehrere Länder – wie die Tschechische Republik, Griechenland, Lettland, Litauen, Rumänien und Slowenien – mussten seit 2006 jedoch Zunahmen bei den Lebenszeitprävalenzraten vermelden.

Langzeitdaten aus den in Australien und den Vereinigten Staaten durchgeführten Schulumfragen belegen beim Cannabiskonsum bis zum Jahr 2009 ebenfalls eine rückläufige Tendenz⁽⁵¹⁾. Die jüngste, im Jahr 2010 in den Vereinigten Staaten durchgeführte Schulumfrage weist jedoch auf einen möglichen Wiederanstieg des Cannabiskonsums hin, und die Schüler zeigen eine höhere 12-Monats-Prävalenz und eine geringere Ablehnung von Cannabis als in den Vorjahren (Johnston et al., 2010). Bei der Erhebung im Jahr 2010 gaben amerikanische Schüler zwischen 15 und 16 Jahren beim Cannabiskonsum eine höhere Prävalenz an als beim Rauchen von Zigaretten: 16,7 % der befragten Schüler hatten in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, dagegen hatten nur 13,6 %

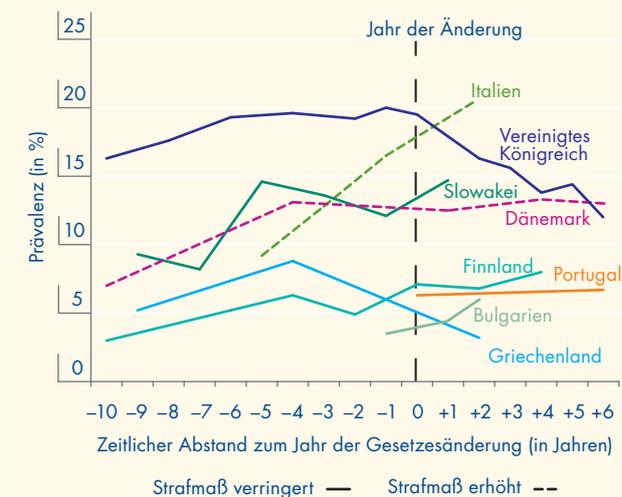
⁽⁵¹⁾ Siehe Abbildung EYE-2 (Teil vi) im Statistical Bulletin 2011.

Untersuchungen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem Cannabiskonsum und den entsprechenden Strafen

In den letzten zehn Jahren haben zahlreiche europäische Länder ihre Drogengesetzgebung bezüglich des Konsums von Cannabis überarbeitet, und in vielen dieser Länder liegen Prävalenzschätzungen zum Cannabiskonsum für die Zeit vor und nach den Gesetzesänderungen vor. Ein einfacher Vorher-Nachher-Vergleich anhand dieser Daten kann dabei helfen, zu ermitteln, ob eine deutliche Veränderung hinsichtlich der Prävalenzraten erkennbar ist. Da der Konsum von Cannabis insbesondere in den jüngeren Altersgruppen verbreitet ist, wurde die Analyse anhand der Prävalenzdaten für die Gruppe der 15- bis 34-Jährigen durchgeführt. In der grafischen Abbildung wurden die 12-Monats-Prävalenzraten des Cannabiskonsums dem zeitlichen Faktor gegenübergestellt, wobei die Zahl 0 auf der X-Achse den Zeitpunkt der Gesetzesänderung markiert. Da zwischen den einzelnen Ländern Unterschiede hinsichtlich des Zeitpunkts (Jahr) der Gesetzesänderung und des Umfangs der Erhebungsdaten bestehen, decken die Linien zur Entwicklung des Cannabiskonsums unterschiedliche Zeiträume ab.

Länder, in denen das Strafmaß für den Besitz von Cannabis erhöht wurde, sind in der Abbildung als gepunktete Linie dargestellt; Länder, in denen das Strafmaß verringert wurde, werden als durchgehende Linie angezeigt. In ihrer einfachsten Form sagt die Hypothese zu den Auswirkungen von Gesetzen aus, dass eine Gesetzesänderung auch eine Veränderung der Prävalenz zur Folge hat, wobei eine Erhöhung des Strafmaßes zu einem Rückgang, eine Verringerung des Strafmaßes hingegen zu einem Anstieg des Konsums führt. Auf der Grundlage dieser

Aussage ist anzunehmen, dass nach der Gesetzesänderung die gepunkteten Linien eine Abwärtstendenz zeigen, die durchgehenden Linien dagegen eine Aufwärtstendenz zeigen. Über diesen Zeitraum von zehn Jahren konnte in den fraglichen Ländern jedoch kein deutlicher Zusammenhang zwischen den gesetzlichen Änderungen und den Prävalenzraten des Cannabiskonsums ermittelt werden.



Anmerkung: Die Gesetzesänderungen erfolgten in den Jahren 2001 bis 2006; siehe Kapitel 1 und ELDD „Topic Overview“ (Themenübersicht) zum Drogenbesitz.

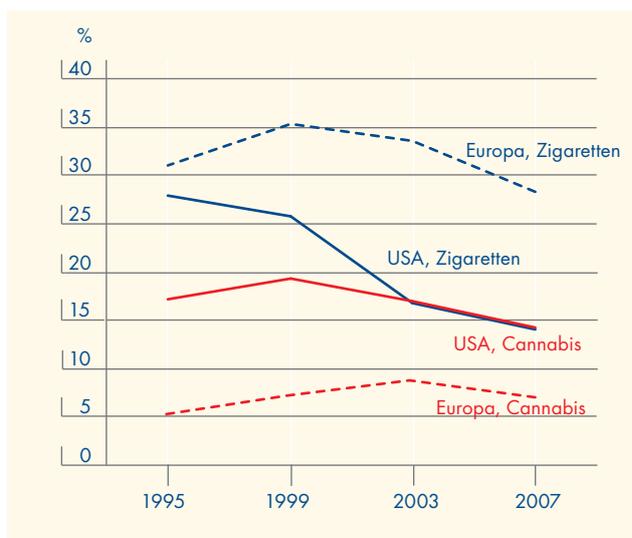
in diesem Zeitraum Zigaretten geraucht (Johnston et al., 2010).

Unter den europäischen Schülern zeigt sich ein anderes Bild: Die 30-Tage-Prävalenz des Zigarettenkonsums ist hier auch weiterhin deutlich höher als beim Konsum von Cannabis. Zwischen 2003 und 2007 ließen die ESPAD-Schulumfragen in 23 EU-Ländern insgesamt eine rückläufige Entwicklung beim Rauchen von Zigaretten in den 30 Tagen vor der Umfrage erkennen (von 33 % auf 28 %); darüber hinaus wurde hinsichtlich des Cannabiskonsums ebenfalls ein Rückgang oder zumindest eine stabile Situation gemeldet (von 9 % auf 7 %) (Abbildung 6). In Europa werden die Suchstoffe Tabak und Cannabis in der Regel vermischt und rauchend konsumiert. Ein Rückgang beim Tabakkonsum könnte sich somit auch auf die Entwicklung des Cannabiskonsums auswirken.

Muster des Cannabiskonsums

Die verfügbaren Daten belegen die unterschiedlichsten Muster des Cannabiskonsums, vom experimentellen Konsum bis hin zur Abhängigkeit. Viele haben Cannabis nur ein- oder zweimal ausprobiert, andere wiederum konsumieren

Abbildung 6: Tendenzen bei der 30-Tage-Prävalenz des Cannabis- und Zigarettenkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in 17 europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten



Anmerkung: Der (ungewichtete) europäische Durchschnitt bezieht sich auf 15- bis 16-jährige Schüler in 15 EU-Mitgliedstaaten sowie Kroatien und Norwegen. Der Schülerdurchschnitt für die Vereinigten Staaten bezieht sich auf eine Stichprobe aus rund 16 000 Schülern der 10. Klasse (15 bis 16 Jahre).
Quellen: Hibell et al. (2009), Johnston et al. (2010).

es gelegentlich oder über einen begrenzten Zeitraum. Von den 15- bis 64-Jährigen, die mindestens einmal Cannabis probiert haben, haben 70 % die Droge in den letzten zwölf Monaten nicht konsumiert ⁽⁵²⁾. Von jenen, die die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben, haben durchschnittlich fast 50 % dies auch in den letzten 30 Tagen getan, was auf einen regelmäßigeren Konsum schließen lässt. Die jeweiligen Anteile unterscheiden sich jedoch je nach Geschlecht und weichen in den verschiedenen Ländern deutlich voneinander ab.

Der Cannabiskonsum ist besonders unter bestimmten Gruppen junger Menschen sehr hoch, beispielsweise unter Personen, die regelmäßig Nachtclubs, Pubs oder Musikveranstaltungen besuchen. Jüngste in der Nachtclubszene und auf Veranstaltungen mit Tanzmusik in Belgien, der Tschechischen Republik, den Niederlanden, Litauen und dem Vereinigten Königreich durchgeführte Erhebungen haben in dieser Szene viel höhere Prävalenzraten ergeben als beim europäischen Durchschnitt unter jungen Erwachsenen. Der Cannabiskonsum tritt häufig auch zusammen mit einem starken Alkoholkonsum auf: Junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren, die häufig oder in großen Mengen Alkohol trinken, konsumieren Cannabis mit einer zwei- bis sechsmal höheren Wahrscheinlichkeit als die Allgemeinbevölkerung.

Mit den unterschiedlichen Arten von Cannabisprodukten und deren Konsum können verschiedene Risiken verbunden sein. Bei den Mustern des Cannabiskonsums, die mit dem Konsum hoher Dosen einhergehen, ist die Gefahr ungemein größer, dass die Konsumenten eine Abhängigkeit oder andere Probleme entwickeln (Chabrol et al., 2003; Swift et al., 1998). Beispiele für solche Konsummuster sind der Konsum von Cannabis mit einem sehr hohen THC-Gehalt oder in großen Mengen oder das Inhalieren der Droge über eine Wasserpfeife.

Bei den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung wird in der Regel nicht zwischen den verschiedenen Arten von Cannabis unterschieden. Im Vereinigten Königreich jedoch wurden in eine im Jahr 2009 durchgeführte Erhebung in der Allgemeinbevölkerung neue Fragen aufgenommen, mit denen die Prävalenz des Konsums von Cannabiskraut, einschließlich „Skunk“, einer Straßenbezeichnung für eine Art von Cannabis mit hoher Stärke, ermittelt werden soll. Schätzungen im Rahmen der im Zeitraum 2009 bis 2010 durchgeführten „British Crime Survey“ gehen davon aus, dass rund 12,3 % der Erwachsenen bereits einmal eine Form von Cannabis konsumiert haben, die sie als „Skunk“ identifiziert haben. Während ein ähnlich hoher Anteil von Cannabiskonsumern eine Lebenszeitprävalenz beim Konsum von Cannabiskraut (50 %) und Cannabisharz

(49 %) angibt, haben diejenigen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit Cannabiskraut (71 %) statt Cannabisharz (38 %) konsumiert (Hoare und Moon, 2010). Diese Schätzungen können zwar nicht verallgemeinert und auf andere Bevölkerungsgruppen in Europa übertragen werden, sie lassen jedoch auf eine Veränderung des Cannabiskonsums über einen längeren Zeitraum hinweg schließen.

Daten aus einer Stichprobe aus 14 europäischen Ländern, die sich auf insgesamt 65 % der erwachsenen Bevölkerung in der Europäischen Union und in Norwegen beziehen, zeigen, dass rund die Hälfte derjenigen, die in den vergangenen 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, die Droge an einem bis drei Tagen im letzten Monat konsumiert haben; rund ein Drittel hat die Droge an vier bis 19 Tagen konsumiert und ein Fünftel an 20 Tagen oder mehr. In den meisten dieser 14 Länder besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Frauen Cannabis nur gelegentlich konsumieren, wohingegen der Großteil der Konsumenten, die Cannabis täglich oder mit hoher Regelmäßigkeit konsumieren, männlich ist (Abbildung 7). Ausgehend von diesen Daten scheint die Gefahr für männliche Konsumenten, zu regelmäßigen Konsumenten zu werden, besonders hoch zu sein. Diese Tatsache sollte bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Neue Daten zum täglichen Cannabiskonsum unter Jugendlichen zeigen, dass diese Problematik auch in den Vereinigten Staaten immer mehr an Bedeutung gewinnt. Die Prävalenz des täglichen Cannabiskonsums unter 17- bis 18-jährigen Schülern ist im Jahr 2010 deutlich auf nunmehr 6 % gestiegen (Johnston et al., 2010).

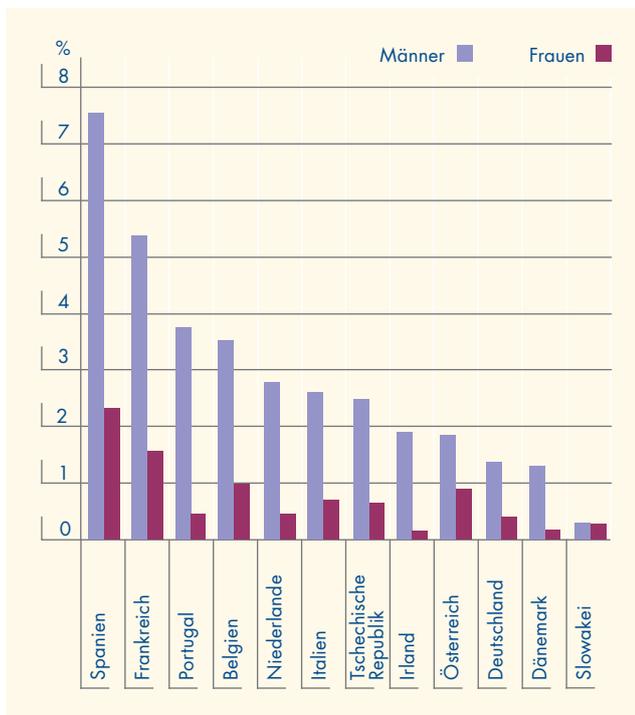
Abhängigkeit wird selbst unter jungen Konsumenten zunehmend als mögliche Folge eines regelmäßigen Cannabiskonsums erkannt, und die Zahl der Personen, die sich wegen ihres Cannabiskonsums in Behandlung begeben, nimmt in einigen europäischen Ländern immer mehr zu (siehe unten). Es wurde jedoch gemeldet, dass die Hälfte der abhängigen Cannabiskonsumern, die ihren Drogenkonsum eingestellt haben, hierfür keine Behandlung in Anspruch nehmen mussten (Cunningham, 2000). Dennoch können einige Cannabiskonsumern, insbesondere Intensivkonsumenten, auf Probleme stoßen, ohne notwendigerweise die klinischen Kriterien einer Abhängigkeit zu erfüllen.

Behandlungsnachfrage

Im Jahr 2009 wurde Cannabis bei rund 98 000 Behandlungsaufnahmen (23 % aller Behandlungen)

⁽⁵²⁾ Siehe Abbildung GPS-2 im Statistical Bulletin 2011.

Abbildung 7: Prävalenz des täglichen oder fast täglichen Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren), nach Geschlecht



Anmerkung: Diejenigen, die angaben, im Monat vor der Befragung an 20 oder mehr Tagen Cannabis konsumiert zu haben, werden in den Texten als „tägliche oder fast tägliche Konsumenten“ bezeichnet. Weitere Informationen sind der Tabelle GPS-10 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

in 26 Ländern als Primärdroge genannt. Damit steht Cannabis nach Heroin an zweiter Stelle der am häufigsten gemeldeten Drogen. Cannabis wurde außerdem von rund 93 000 Patienten (28 %) als Sekundärdroge angegeben. Der Anteil der Patienten, die Cannabis als Primärdroge angaben, lag in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Ungarn, den Niederlanden und Polen bei über 30 %, in Bulgarien, Estland, Griechenland, Litauen, Malta, Rumänien und Schweden hingegen bei unter 10 %⁽⁵³⁾.

Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz des Cannabiskonsums und der damit einhergehenden Probleme sind jedoch nicht die einzigen Faktoren, anhand deren sich die unterschiedliche länderspezifische Ausprägung des Behandlungsniveaus erklären lässt. Weitere Faktoren, wie etwa die Praktiken zur Weiterüberweisung von Patienten oder Stufe und Art der Behandlung, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Beispiele hierfür lassen sich

in Frankreich und Ungarn finden, zwei Ländern, die einen hohen Anteil an Cannabiskonsumern melden, die sich in Behandlung begeben. In Frankreich wurde ein Netz von Beratungszentren eingerichtet, die in erster Linie Anlaufstelle für junge Patienten sind⁽⁵⁴⁾. In Ungarn hingegen wird Straftätern bei Drogendelikten im Zusammenhang mit Cannabis eine Drogenbehandlung als Alternative zur Bestrafung angeboten, was zu einem Anstieg der Zahlen führen könnte.

Im Hinblick auf die Entwicklungstendenzen über die letzten zehn Jahre in den 21 Berichtsländern, aus denen Daten vorliegen, melden alle Länder mit Ausnahme Bulgariens eine Zunahme des Anteils der Patienten, die sich wegen ihres Cannabiskonsums erstmals einer Behandlung unterzogen. In den 18 Ländern, für die Daten verfügbar sind, ist die Zahl der Erstpazienten, die Cannabis als Primärdroge angeben, zwischen 2004 und 2009 von 27 000 auf 38 000 und somit um rund 40 % gestiegen⁽⁵⁵⁾. Die jüngsten Zahlen (aus den Jahren 2008 und 2009) zeigen in der Mehrzahl der Berichtsländer eine weiterhin steigende Tendenz.

Patientenprofile

In Europa begeben sich Cannabiskonsumern, die mit durchschnittlich 25 Jahren zu den jüngsten Patienten zählen, meist in ambulante Behandlung. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen geben 74 % und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen 86 % der jugendlichen Konsumenten bei Behandlungsbeginn Cannabis als Primärdroge an. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt bei den Cannabispazienten in Behandlung rund 5:1 und liegt somit höher als bei anderen Drogenpatienten. Insgesamt sind 49 % der Patienten, die Cannabis als Primärdroge nennen, tägliche Konsumenten, rund 18 % konsumieren die Droge zwei- bis sechsmal wöchentlich, 12 % konsumieren Cannabis einmal wöchentlich oder seltener und rund 22 % sind Gelegenheitskonsumenten, die die Droge teilweise noch in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn konsumiert haben. Die hier angegebenen Anteile unterscheiden sich von Land zu Land⁽⁵⁶⁾.

Behandlung

Behandlungsangebot

In Europa umfasst die Behandlung von Cannabiskonsumern zahlreiche Maßnahmen, darunter die internetbasierte Behandlung, Beratungsleistungen,

⁽⁵³⁾ Siehe Abbildung TDI-2 (Teil ii) sowie die Tabellen TDI-5 (Teil ii) und TDI-22 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁵⁴⁾ Darüber hinaus erhalten in Frankreich viele Opioidkonsumenten eine Behandlung durch einen Allgemeinarzt und werden nicht unter dem Indikator für die Behandlungsnachfrage erfasst. Dadurch kann sich der angegebene Anteil der Konsumenten anderer Drogen erhöhen.

⁽⁵⁵⁾ Siehe Abbildung TDI-1 (Teil i und Teil ii) im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁵⁶⁾ Siehe Tabellen TDI-10 (Teil ii und Teil iii), TDI-11 (Teil i), TDI-18 (Teil ii), TDI-21 (Teil ii), TDI-24, TDI-103 (Teil vii) und TDI-111 (Teil viii) im Statistical Bulletin 2011.

Gesundheitsschädigende Auswirkungen des Cannabiskonsums

Das individuelle Gesundheitsrisiko im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum ist im Allgemeinen niedriger einzuschätzen als das mit dem Konsum anderer Drogen, wie Heroin oder Kokain, verbundene Risiko. Angesichts der hohen Prävalenz des Cannabiskonsums können sich jedoch signifikante Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit ergeben.

Im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum wurden zahlreiche akute und chronische Gesundheitsprobleme ermittelt. Akute Nebenwirkungen wie Angstzustände, Panikreaktionen oder auch psychotische Symptome werden häufig vermehrt von Erstkonsumenten gemeldet. Der Konsum von Cannabis kann zudem das Risiko eines Verkehrsunfalls erhöhen.

Zu den chronischen Auswirkungen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis dokumentiert wurden, zählen neben einer Abhängigkeit auch verschiedene Atemwegserkrankungen. Die Auswirkungen von Cannabis auf die kognitiven Fähigkeiten sind ebenfalls noch nicht geklärt. Ein regelmäßiger Konsum von Cannabis im Jugendalter kann bei jungen Erwachsenen zu psychischen Problemen führen; es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für psychotische Symptome und Störungen, die mit steigender Häufigkeit des Konsums zunehmen (EBDD, 2008a, 2008b; Hall und Degenhardt, 2009; Moore et al., 2007).

strukturierte psychosoziale Maßnahmen sowie die Behandlung in Wohneinrichtungen. Darüber hinaus kommt es in diesem Bereich häufig zu Überschneidungen zwischen der selektiven und der indizierten Prävention und anderen Behandlungsmaßnahmen (siehe Kapitel 2).

Die Behandlung einer Cannabisabhängigkeit erfolgt in erster Linie in spezialisierten ambulanten Einrichtungen, und in mehr als der Hälfte der EU-Mitgliedstaaten stehen nun Dienste zur Verfügung, die speziell auf die Behandlung von Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis ausgerichtet sind. In Frankreich beispielsweise wurde ein Netzwerk aus über 300 Beratungszentren für Jugendliche geschaffen, in denen hauptsächlich jugendliche Konsumenten behandelt werden, die an durch Cannabis verursachten Problemen leiden. In Deutschland gibt es verschiedene Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenden, und rund 161 Beratungszentren haben das Programm „Realize it“ umgesetzt, in dessen Rahmen die Patienten selbständig Ziele zur Kontrolle ihres Konsums definieren müssen und sowohl individuelle als auch milieubezogene Faktoren im Zusammenhang mit ihrem Konsumverhalten angesprochen werden. Pro Jahr wird diese Behandlungsmaßnahme, die

über einen Zeitraum von zehn Wochen fünf Sitzungen vorsieht, auf rund 1 400 Cannabiskonsumenden angewandt. In Ungarn nimmt der Großteil (80 %) der Cannabispatienten präventive Beratungsdienste in Anspruch. Diese Dienste werden von akkreditierten Organisationen bereitgestellt.

Insbesondere in Deutschland und den Niederlanden wurde aktiv an der Entwicklung von Behandlungsprogrammen für Cannabiskonsumenden gearbeitet. Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum treten häufig in Verbindung mit dem Konsum anderer Substanzen oder mit psychosozialen Problemen auf, was sich auch in den verschiedenen Arten von Programmen für Cannabiskonsumenden widerspiegelt. Das Amsterdam Medical Centre beispielsweise hat eine Motivationsmaßnahme für Familien von jungen Cannabiskonsumenden entwickelt, die an Schizophrenie leiden (nationaler Reitox-Bericht der Niederlande, 2009). Eine randomisierte kontrollierte Studie zu dieser Maßnahme hat zu ersten positiven Ergebnissen geführt. Nach drei Monaten gaben die an dieser Studie teilnehmenden Jugendlichen einen Rückgang ihres Cannabiskonsums und des Verlangens nach dieser Droge an, und ihre Eltern litten den Angaben zufolge weniger unter Stress und berichteten von einem verbesserten Wohlbefinden. Situationen, in denen der Cannabiskonsum mit psychiatrischen Störungen wie Psychosen oder Depressionen einhergeht, erfordern einen gemeinsamen integrierten Ansatz von den Anbietern spezialisierter Behandlungsdienste und Einrichtungen für die psychische Gesundheit. In der Praxis erfolgt die Behandlung bei dualen Diagnosen jedoch häufig noch immer sequenziell, also in Form separater und nacheinander durchgeführter Behandlungen, und die Zusammenarbeit zwischen den Anbietern von Gesundheitsdiensten gestaltet sich weiterhin schwierig.

Eine kürzlich in Deutschland durchgeführte Studie prognostiziert insbesondere in den kommenden Jahren und bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen Anstieg bei der Zahl der Personen, die sich aufgrund von Problemen, die in direktem Zusammenhang mit ihrem Cannabiskonsum stehen, in Behandlung begeben. Aktuelle Schätzungen bezüglich des Anteils der Drogenkonsumenten in Deutschland, die sich an eine Drogenberatungsstelle wenden, zufolge erreichen spezialisierte Dienste zur Behandlung von Suchterkrankungen zwar zwischen 45 % und 60 % der Konsumenten mit einer Opioidabhängigkeit, jedoch nur rund 4 % bis 8 % der Cannabiskonsumenden, die einer Behandlung bedürfen. In einigen Fällen könnten internetbasierte Maßnahmen, die mittlerweile in drei Mitgliedstaaten angeboten werden, eine weitere

Behandlungsmöglichkeit für Cannabiskonsumenten darstellen, die zwar Unterstützung suchen, sich jedoch nicht an die herkömmlichen Behandlungsdienste wenden möchten.

Jüngste Studien über die Behandlung von Cannabiskonsumenten

Im Vergleich zu anderen illegalen Drogen ist die Zahl der Evaluierungsstudien bezüglich der Behandlung von Cannabiskonsumenten trotz steigenden Bedarfs noch immer gering. Die Forschungsarbeit in diesem Bereich nimmt jedoch in Europa immer weiter zu, und aktuell werden Studien in Deutschland, Dänemark, Spanien, Frankreich und den Niederlanden durchgeführt.

Viele dieser Studien bestätigen, dass psychosoziale Maßnahmen eine positive Wirkung auf Cannabiskonsumenten haben können. Dies trifft beispielsweise auf die multidimensionale Familientherapie zu – eine ganzheitliche, familienbasierte ambulante Behandlung für jugendliche Drogenkonsumenten, die Verhaltensauffälligkeiten aufweisen (Liddle et al., 2009) –, bei der ein Rückgang der Konsumraten erfolgreich nachgewiesen werden konnte. Die Schlussfolgerungen

aus einem Vergleich mit anderen Behandlungsformen im Rahmen einer länderübergreifenden, an mehreren Standorten durchgeführten Studie waren jedoch nicht aussagekräftig. Die EBDD hat daraufhin eine Metaanalyse der in Europa und den Vereinigten Staaten durchgeführten Studien vorgenommen.

Weitere psychosoziale Maßnahmen, die gegenwärtig einer genaueren Betrachtung unterzogen werden, umfassen Psychoedukation (auf der Grundlage von Elementen der Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung), Rückfallprävention, Kurzinterventionen, Kontingenzmanagementmaßnahmen sowie verschiedene Formen der kognitiven Verhaltenstherapie.

Forschungsaktivitäten werden auch zu pharmakologischen Substanzen durchgeführt, die möglicherweise zur Unterstützung psychosozialer Behandlungsmaßnahmen herangezogen werden könnten (Vandrey und Haney, 2009). In diesem Bereich werden aktuell drei wesentliche Forschungsaktivitäten durchgeführt, die die Möglichkeit eines Einsatzes von Medikamenten zur Linderung von Entzugserscheinungen bei Cannabiskonsumenten oder zur Minderung des Verlangens und des Konsums dieser Droge untersuchen (Marshall, K., et al., 2011).

Medizinische Verwendung von Cannabis in den Vereinigten Staaten

Seit 1996 haben 15 Bundesstaaten der USA sowie der District of Columbia Gesetze erlassen, die den Besitz einer festgeschriebenen Menge Cannabis für den Eigenverbrauch zu medizinischen Zwecken erlauben. Der Patient muss dabei in fast allen Bundesstaaten eine schriftliche Empfehlung eines Arztes vorlegen, lediglich in Kalifornien und Maine wird eine solche Empfehlung auch in mündlicher Form anerkannt. Alle Staaten mit Ausnahme von Washington haben vertrauliche Register mit Identitätsnachweisen der entsprechenden Patienten geschaffen, und in zahlreichen Staaten ist die Erfassung in einem solchen Register zwingend vorgeschrieben. Zwar legt jeder Staat die jeweiligen Bedingungen selbst fest, doch erlauben die meisten Staaten den Konsum von Cannabis zur Behandlung von chronischen, starken oder andauernden Schmerzen.

Fast alle Staaten haben das sogenannte „Caregiver“-Pflegermodell eingeführt, in dessen Rahmen einer im Vorfeld benannten Person gestattet wird, eine begrenzte Menge Cannabis anzubauen, die der Patient zur Schmerzlinderung konsumieren darf. Je nach Recht des jeweiligen Staates dürfen die Patienten einen oder zwei „Caregiver“ benennen, die wiederum Cannabis für bis zu fünf Personen anbauen dürfen. Die hierbei erlaubten Mengen an konsumierbarem

Cannabiskraut liegen zwischen einer Unze (rund 28 Gramm) in Alaska, Montana und Nevada und 24 Unzen (rund 672 Gramm) in Oregon und Washington, und die Zahl der Pflanzen ist auf sechs bis 24 beschränkt, wobei immer einige Pflanzen noch nicht in der Blüte stehen sollten. Die Bereitstellung von Cannabis zu medizinischen Zwecken durch gemeinnützige Abgabestellen oder staatliche Behandlungszentren ist in rund der Hälfte der US-amerikanischen Bundesstaaten gestattet. Mit Ausnahme der Gerichtsbarkeiten von New Jersey und Washington D.C. dürfen die Patienten medizinisches Cannabis für den Eigenverbrauch selbst anbauen.

Das US-Bundesrecht hingegen klassifiziert Cannabis als gefährliche Substanz ohne jeglichen medizinischen Nutzen. Daher können die Bundesbehörden Konsumenten und Anbieter von Cannabis gleichermaßen strafrechtlich verfolgen. Im Oktober 2009 jedoch verschickte der stellvertretende Generalstaatsanwalt ein Memo an die Bundesbehörden, in dem er darauf hinwies, dass der strafrechtlichen Verfolgung von Konsumenten und Anbietern von medizinischem Cannabis keine Priorität einzuräumen sei, sofern das Recht des entsprechenden Bundesstaats eine solche medizinische Verwendung vorsieht.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 4

Amphetamine, Ecstasy, halluzinogene Substanzen, GHB und Ketamin

Einleitung

In Europa gehören Amphetamine (ein Oberbegriff für Amphetamin und Methamphetamin) und Ecstasy nach Cannabis zu den am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. In vielen Ländern stehen entweder Ecstasy oder Amphetamine nach Cannabis an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen. Darüber hinaus stellt der Amphetaminkonsum in einigen Ländern einen wichtigen Aspekt der Drogenproblematik dar, da Amphetaminkonsumenten einen erheblichen Anteil der Behandlungsbedürftigen ausmachen.

Amphetamin und Methamphetamin sind Stimulanzien, die auf das zentrale Nervensystem wirken. Von diesen beiden Drogen ist Amphetamin die in Europa wesentlich weiter verbreitete Substanz, während sich der signifikante Methamphetaminkonsum in Europa bisher auf die Tschechische Republik und die Slowakei beschränkte. In jüngster Zeit meldeten jedoch einige Länder im Norden Europas eine erhöhte Präsenz dieser Droge auf ihren nationalen Amphetaminmärkten.

Ecstasy gehört zu den synthetischen Substanzen, die chemisch mit dem Amphetamin verwandt sind, sich

in ihrer Wirkung jedoch in gewisser Weise davon unterscheiden. Die bekannteste Droge der Ecstasy-Gruppe ist 3,4-Methylenedioxy-methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen (MDA, MDEA). Die Popularität dieser Droge stand ursprünglich in Zusammenhang mit der Tanzmusikszene. Obwohl die Droge sich in diesem Milieu auch weiterhin großer Beliebtheit erfreut, gingen der Konsum und die Verfügbarkeit von Ecstasy in den letzten Jahren in vielen europäischen Ländern allmählich zurück.

Die in Europa bekannteste halluzinogene Substanz ist Lysergsäurediethylamid (LSD). Der Konsum dieser Droge war niedrig und blieb über geraume Zeit recht stabil. Seit einigen Jahren gibt es jedoch Anzeichen für ein zunehmendes Interesse junger Menschen an natürlichen halluzinogenen Substanzen, wie sie beispielsweise in halluzinogenen Pilzen enthalten sind. Seit Mitte der 90er-Jahre wurde für bestimmte Freizeitmilieus und bestimmte Subgruppen von Drogenkonsumenten in Europa der Freizeitkonsum von Ketamin und Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) gemeldet – Anästhetika, die seit 30 Jahren in der Human- und Veterinärmedizin

Tabelle 5: Sicherstellungen, Preis und Reinheit von Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy und LSD

	Amphetamin	Methamphetamin	Ecstasy	LSD
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	33	31	5,4	0,1
Beschlagnahmte Mengen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei) ⁽¹⁾	5,3 Tonnen (6,5 Tonnen)	500 Kilogramm (600 Kilogramm)	Tabletten 1,9 Millionen (2,4 Millionen)	Einheiten 59 700 (59 700)
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR) Spanne (Interquartilspanne) ⁽²⁾	Gramm 8-42 (10-23)	Gramm 9-71	Tabletten 3-16 (4-9)	Dosis 4-29 (7-11)
Durchschnittliche Reinheit bzw. MDMA-Gehalt Spanne (Interquartilspanne) ⁽²⁾	1-29 % (6-21 %)	10-76 % (25-64 %)	3-108 mg (26-63 mg)	n. v.

⁽¹⁾ Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtzahl der im Jahr 2009 beschlagnahmten Mengen an Amphetamin, Ecstasy und LSD noch höher ist als angegeben, was insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass aus den Niederlanden – einem Land, das bis 2007 relativ hohe Sicherstellungen gemeldet hat – keine aktuellen Daten vorliegen. Aufgrund der fehlenden Daten für die Jahre 2008 und 2009 können die Niederlande in den europäischen Schätzungen für das Jahr 2009 nicht berücksichtigt werden.

⁽²⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Daten.

Anmerkung: Alle Daten für 2009; n. v., keine Daten verfügbar.

Quellen: UNODC (2011) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

eingesetzt werden. In einigen europäischen Ländern bietet der illegale Konsum dieser Substanzen den Behandlungsdiensten Anlass zur Sorge.

Angebot und Verfügbarkeit

Drogengrundstoffe

Bei Amphetamin, Methamphetamin und Ecstasy handelt es sich um synthetische Drogen, für deren Herstellung chemische Grundstoffe erforderlich sind. Einblicke in die Herstellung dieser Substanzen können den Berichten über Sicherstellungen kontrollierter chemischer Substanzen, die vom legalen Handel abgezweigt werden und für die Herstellung dieser Drogen erforderlich sind, entnommen werden.

Das Internationale Suchtstoffkontrollamt (INCB) meldet, dass die weltweiten Sicherstellungen von 1-Phenyl-2-propanon (P-2-P, BMK), das für die illegale Herstellung sowohl von Amphetamin als auch von Methamphetamin verwendet werden kann, im Jahr 2009 auf 4 900 Liter gesunken sei (gegenüber 5 620 Litern im Jahr 2008). China (2 275 Liter im Jahr 2009) und Russland (1 731 Liter im Jahr 2009) vermeldeten dabei erneut die höchsten sichergestellten Mengen. In der Europäischen Union ist die Menge des sichergestellten P-2-P von 62 Litern im Jahr 2008 deutlich gestiegen und belief sich im Jahr 2009 auf insgesamt 635 Liter. Darüber hinaus wurde im Jahr 2009 eine starke Zunahme der weltweiten Sicherstellungen von zwei zentralen Grundstoffen für die Herstellung von Methamphetamin verzeichnet: So wurden in diesem Berichtsjahr 42 Tonnen Ephedrin (gegenüber 18 Tonnen im Jahr 2008 und 22,6 Tonnen im Jahr 2007) und 7,2 Tonnen Pseudoephedrin (gegenüber 5,1 Tonnen im Jahr 2008) beschlagnahmt; die beschlagnahmte Menge an Pseudoephedrin lag damit jedoch noch immer weit unter den 25 Tonnen, die im Jahr 2007 sichergestellt wurden. Dabei entfielen 0,5 Tonnen des sichergestellten Ephedrins – und damit fast doppelt so viel wie im Vorjahr – und 67 Kilogramm Pseudoephedrin auf die EU-Mitgliedstaaten.

Mit der Herstellung von MDMA werden in erster Linie zwei Grundstoffe in Verbindung gebracht: 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P, PMK) und Safrol. Während im Jahr 2008 überhaupt kein PMK sichergestellt wurde, könnte die im Jahr 2009 beschlagnahmte Menge (40 Liter) an PMK darauf hindeuten, dass die Verfügbarkeit dieser Substanz auch weiterhin gering ist. Im Vergleich hierzu wurden in den Vorjahren deutlich höhere Mengen sichergestellt (8 816 Liter im Jahr 2006 und 2 297 Liter im Jahr 2007). Die weltweiten Sicherstellungen von Safrol, das bei der

Herstellung von MDMA in Europa zunehmend als Ersatz für PMK dienen könnte, sanken von dem im Jahr 2007 erreichten Höchstwert von 45 986 Litern auf 1 048 Liter im Jahr 2009⁽⁵⁷⁾. Alle Sicherstellungen von PMK und die meisten Sicherstellungen von Safrol im Jahr 2009 erfolgten auf dem Gebiet der Europäischen Union.

Das „Projekt Prism“ ist eine internationale Initiative, die Maßnahmen zur Verhinderung der Abzweigung chemischer Grundstoffe für die illegale Herstellung synthetischer Drogen koordiniert und sich dabei zum einen auf ein System stützt, in dem vor der legalen Ausfuhr von Grundstoffen Meldungen erfolgen, und zum anderen auf die Meldung von abgefangenen Lieferungen und Sicherstellungen im Falle verdächtiger Transaktionen zurückgreift. Informationen über die Tätigkeiten in diesem Bereich werden dem Internationalen Suchtstoffkontrollamt gemeldet (INCB, 2011b). Eine weitere Initiative, die das Internationale Suchtstoffkontrollamt erst vor Kurzem auf den Weg gebracht hat, ist die Veröffentlichung einer Reihe von Leitlinien zur Unterstützung der nationalen Regierungen bei der Einführung freiwilliger Kontrollmaßnahmen in Zusammenarbeit mit den industriellen Herstellern chemischer Stoffe. Ziel dieser Leitlinien ist es, die Abzweigung chemischer Grundstoffe für die Herstellung illegaler Drogen zu verhindern (INCB, 2009).

Amphetamin

Die weltweite Produktion von Amphetamin erfolgt weiterhin vorwiegend in Europa, auf das mehr als 80 % aller im Jahr 2009 gemeldeten Amphetamin-Labors entfielen (UNODC, 2011). Die weltweiten Sicherstellungen von Amphetamin sind im Jahr 2009 auf etwa 33 Tonnen gestiegen (Tabelle 5). In West- und Mitteleuropa wurden auch im Jahr 2009 wieder große Mengen an Amphetamin sichergestellt, wobei das UNODC im Vergleich zum Jahr 2008 (7,9 Tonnen) einen Rückgang um 20 % vermeldete. Die deutlichste Zunahme in Bezug auf sichergestelltes Amphetamin wurde aus Saudi-Arabien, Jordanien und Syrien gemeldet. Insgesamt wurden im Jahr 2009 in den UNODC-Regionen im Nahen und Mittleren Osten sowie in Südwestasien rund 25 Tonnen Amphetamin sichergestellt, wobei es sich hauptsächlich um „Captagon“-Tabletten handelte (UNODC, 2011).

Der größte Teil des in Europa sichergestellten Amphetamins wird (nach hergestellten Mengen in absteigender Reihenfolge) in den Niederlanden, Polen, Belgien, Bulgarien und der Türkei hergestellt. Europol zufolge wurden im Jahr 2009 in der Europäischen Union 19 Herstellungs-, Tablettier- oder Lagerstätten von Amphetamin aufgedeckt.

⁽⁵⁷⁾ Siehe Kasten „Diversifizierung des Angebots von Grundstoffen für die Herstellung synthetischer Drogen in Europa“.

Diversifizierung des Angebots von Grundstoffen für die Herstellung synthetischer Drogen in Europa

Synthetische Drogen, einschließlich Ecstasy (MDMA, MDEA, MDA) und Amphetamin, werden in Europa aus eingeführten chemischen Grundstoffen illegal hergestellt. Als Reaktion auf die zunehmende Effizienz der internationalen Kontrollmaßnahmen sind einige illegale Hersteller nun dazu übergegangen, diese Grundstoffe aus sogenannten „pre-precursors“, also Vorstoffen für die Gewinnung von Drogengrundstoffen, selbst synthetisch herzustellen und sie nicht mehr über Dritte zu beziehen.

Darüber hinaus tarnen die Hersteller traditionelle Grundstoffe vor der Einfuhr und zeichnen sie als andere, nicht kontrollierte Substanzen aus (Europol, 2007, INCB, 2011a).

Die jüngsten Schwankungen auf dem europäischen Markt für Ecstasy spiegeln diese Phänomene wider. Nach der Umsetzung erfolgreicher Maßnahmen zur Verringerung der Abzweigung des MDMA-Grundstoffs PMK (!) für den illegalen Markt scheinen nun verschiedene Vorstoffe, einschließlich Safrol, als Ausgangsstoffe für die Synthese von MDMA herangezogen zu werden.

PMK wird international kontrolliert, und zwar sowohl nach dem UN-Übereinkommen von 1988 als auch im Rahmen der europäischen Gesetzgebung. Der legale internationale Handel mit PMK ist wenig ausgeprägt und auf wenige Länder beschränkt. Safrol wird aus stark safrolhaltigen ätherischen

Ölen extrahiert, die aus verschiedenen Pflanzenarten in Südamerika und Südostasien gewonnen werden (TNI, 2009). Safrol selbst ist eine gelistete chemische Substanz, der Handel mit safrolhaltigen Ölen wird jedoch nicht kontrolliert. Safrol kommt international auch häufig bei der Herstellung von Parfüm und Insektiziden zum Einsatz, was den internationalen Kontrollmaßnahmen ebenfalls entgegenstehen könnte.

Aus Berichten der Niederlande – dem Land, das am ehesten mit der Herstellung von Ecstasy in Verbindung gebracht wird – geht hervor, dass viele Hersteller von Ecstasy eher auf Safrol als auf PMK als Ausgangsmaterial zurückgegriffen haben. Dem Internationalen Suchtstoffkontrollamt wurden zwischen November 2009 und Oktober 2010 rund 40 legale Lieferungen von Safrol in einer Menge von insgesamt 101 840 Litern gemeldet. Die Zahl der Berichte über verdächtige Lieferungen ist im Vergleich zu den geschätzten Mengen an Ecstasy, das unter Verwendung von Safrol hergestellt wird, jedoch weiterhin gering (INCB, 2011a). Im Zeitraum 2009 bis 2010 wurden um die 1 050 Liter an Safrol und stark safrolhaltigen Ölen sichergestellt, der Großteil davon in Litauen; Lettland meldete im Jahr 2008 eine beschlagnahmte Menge von 1 841 Litern (INCB, 2011a).

(!) 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-propanon.

In Europa wurden 2009 ⁽⁵⁸⁾ bei schätzungsweise 34 200 Sicherstellungen 5,8 Tonnen Amphetaminpulver und 3 Millionen Amphetamintabletten ⁽⁵⁹⁾ beschlagnahmt. Die Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin schwankte in den letzten fünf Jahren deutlich, in den Jahren 2008 und 2009 wurde sogar ein Rückgang gemeldet. Während die Zahl der in Europa beschlagnahmten Amphetamintabletten zwischen 2004 und 2009 aufgrund einer geringeren Zahl an Sicherstellungen in der Türkei deutlich gesunken ist, ist die Menge des beschlagnahmten Amphetaminpulvers in den meisten europäischen Ländern stabil geblieben oder sogar gestiegen ⁽⁶⁰⁾. Hierbei handelt es sich jedoch nur um eine vorläufige Einschätzung, da aus den Niederlanden, die im Jahr 2007 (das letzte Jahr, für das Daten vorliegen) insgesamt eine beschlagnahmte Menge von 2,8 Tonnen Amphetaminpulver gemeldet haben, noch keine aktuellen Daten vorliegen.

Hinsichtlich der Reinheit der analysierten Stichproben des 2009 in Europa sichergestellten Amphetamins wurden erneut große Unterschiede festgestellt – die

Reinheitsgrade variierten von weniger als 8 % in Bulgarien, Ungarn, Österreich, Portugal, Slowenien, der Slowakei und Kroatien bis zu mehr als 20 % in Ländern, in denen Amphetamin den Meldungen zufolge hergestellt wird oder in denen die Konsumraten relativ hoch sind (Estland, Litauen, Niederlande, Polen, Finnland und Norwegen) ⁽⁶¹⁾. Im Laufe der letzten fünf Jahre ist die Reinheit des Amphetamins in 17 der 18 Länder, die ausreichende Daten für eine Trendanalyse vorgelegt haben, gesunken.

In mehr als der Hälfte der 14 Berichtsländer, die Daten vorgelegt haben, bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Amphetamin im Jahr 2009 zwischen 10 EUR und 23 EUR pro Gramm. Die Verkaufspreise von Amphetamin sind in allen 17 Ländern, die für die Jahre 2004 bis 2009 Daten gemeldet haben, stabil geblieben oder gesunken; eine Ausnahme bilden die Niederlande, wo die Preise gestiegen sind, sowie Slowenien, das für das Jahr 2009 einen deutlichen Anstieg meldete ⁽⁶²⁾.

⁽⁵⁸⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten der Niederlande für die Jahre 2008 und 2009 noch nicht vorliegen.

⁽⁵⁹⁾ Der Großteil (94 %) der beschlagnahmten Amphetamintabletten wurde in der Türkei sichergestellt und war als „Captagon“ gekennzeichnet. Captagon ist einer der eingetragenen Handelsnamen für Fenetyllin, ein synthetisches Stimulans, das auf das zentrale Nervensystem wirkt. Tabletten, die auf dem illegalen Markt als Captagon-Tabletten gehandelt werden, enthalten häufig eine Mischung aus Amphetamin und Koffein.

⁽⁶⁰⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Drogen in Europa sind den Tabellen SZR-11 bis SZR-18 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

⁽⁶¹⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über die Reinheit von Drogen in Europa sind der Tabelle PPP-8 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen. Angaben zu den indizierten Entwicklungen auf EU-Ebene sind der Abbildung PPP-2 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

⁽⁶²⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über die Preise von Drogen in Europa sind der Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Methamphetamin

Die Zahl der weltweit gemeldeten aufgedeckten Methamphetamin-Labors ist im Jahr 2009 um 22 % gestiegen. Wie schon im Vorjahr wurde der deutlichste Anstieg in Nordamerika, insbesondere in den Vereinigten Staaten, verzeichnet, doch auch in Ost- und Südostasien hat die Zahl der geheimen Labors weiter zugenommen. Darüber hinaus wurde für Lateinamerika und Afrika eine Zunahme der Aktivitäten im Zusammenhang mit der Herstellung von Methamphetamin gemeldet. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 31 Tonnen Methamphetamin sichergestellt, was im Vergleich zum Jahr 2008 einem deutlichen Anstieg um 22 Tonnen entspricht. Die größten Mengen wurden in Nordamerika (44 %) sichergestellt, wobei auf Mexiko im Jahr 2009 eine Rekordmenge von 6,1 Tonnen entfiel (UNODC, 2011).

In Europa ist die illegale Herstellung von Methamphetamin weitgehend auf die Tschechische Republik beschränkt, wo im Jahr 2009 etwa 342 Herstellungsstätten, hauptsächlich kleine „Küchenlabors“, aufgedeckt wurden (2008: 434 Herstellungsstätten). Darüber hinaus wird die Droge auch in der Slowakei hergestellt, wo die hergestellte Menge im Jahr 2009 gestiegen ist, sowie in Deutschland, Litauen und Polen.

Im Jahr 2009 wurden in Europa den Berichten zufolge bei schätzungsweise 7 400 Sicherstellungen etwa 600 kg Methamphetamin beschlagnahmt. Sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die Menge des beschlagnahmten Methamphetamins hat sich zwischen 2004 und 2009 stetig erhöht; ein deutlicher Anstieg wurde zwischen 2008 und 2009 verzeichnet. Die sichergestellte Menge hat sich im Zeitraum 2008 bis 2009 fast verdoppelt, was insbesondere auf die Zunahme bei den in Schweden und Norwegen beschlagnahmten Mengen zurückzuführen ist – zwei der Länder in Europa, in denen die größten Mengen an Methamphetamin beschlagnahmt werden und in denen diese Droge Amphetamin als Droge teilweise ersetzen könnte. Die Türkei meldete im Jahr 2009 erstmals Sicherstellungen von Methamphetamin und belegt in Bezug auf die beschlagnahmten Mengen den dritten Platz: Die in der Türkei beschlagnahmten verhältnismäßig umfangreichen Methamphetaminlieferungen befanden sich den Berichten zufolge im Transit von Iran nach Ost- und Südostasien.

Die Reinheitsgrade von Methamphetamin wichen im Jahr 2009 in den 17 Ländern, die diesbezügliche Daten vorgelegt haben, erheblich voneinander ab: Die mittlere Reinheit lag in Bulgarien und Estland bei unter 15 %, in der Tschechischen Republik, den Niederlanden, der Slowakei und Kroatien hingegen bei mehr als 65 %.

Hinsichtlich der Reinheit von Methamphetamin ist kein allgemeiner Entwicklungstrend zu beobachten. Die Verkaufspreise von Methamphetamin variierten im Jahr 2009 in den sechs Ländern, die Daten zu den Preisen vorgelegt haben, ebenfalls deutlich und reichten von 10 EUR pro Gramm in Bulgarien, Litauen und Slowenien bis zu rund 70 EUR pro Gramm in Deutschland und der Slowakei.

Ecstasy

Die gemeldete Zahl der aufgedeckten Labors zur Herstellung von Ecstasy blieb mit 52 auch im Jahr 2009 relativ konstant. Die meisten dieser Labors befanden sich in Australien (19), Indonesien (18) und Kanada (12). Die Herstellung dieser Droge hat sich offenbar geografisch weiter verbreitet, da nun vermehrt Ecstasy im näheren Umfeld der Konsumentenmärkte in Ost- und Südostasien, Nordamerika sowie Ozeanien produziert wird. Dennoch ist anzunehmen, dass ein hoher Anteil von Ecstasy nach wie vor in Westeuropa hergestellt wird.

Die Zahl der weltweiten Sicherstellungen von Ecstasy belief sich im Jahr 2009 auf 5,4 Tonnen (UNODC, 2011), wobei 63 % aller Sicherstellungen auf die Vereinigten Staaten entfielen.

Nach einer relativ stabilen Lage zwischen 2004 und 2006 ist die Zahl der in Europa gemeldeten Sicherstellungen von Ecstasy zurückgegangen; die beschlagnahmten Mengen sind in den meisten europäischen Ländern seit 2004 insgesamt gesunken. Die europäischen Länder berichteten über mehr als 11 000 Sicherstellungen im Jahr 2009, bei denen mehr als 2,4 Millionen Ecstasy-Tabletten beschlagnahmt wurden. Hierbei handelt es sich jedoch nur um eine Einschätzung, die unter den tatsächlichen Werten liegt, da aus den Niederlanden, die im Jahr 2007 (das letzte Jahr, für das Daten vorliegen) insgesamt eine beschlagnahmte Menge von 8,4 Millionen Ecstasy-Tabletten gemeldet haben, noch keine aktuellen Daten vorliegen.

Die 18 Länder, die entsprechende Daten zur Verfügung gestellt haben, meldeten bei den im Jahr 2009 analysierten Ecstasy-Tabletten einen durchschnittlichen MDMA-Gehalt zwischen 3 mg und 108 mg. Darüber hinaus berichteten einige Länder (Belgien, Bulgarien, Deutschland, Italien, Niederlande, Türkei) über hochdosierte Ecstasy-Tabletten mit einem MDMA-Gehalt von über 130 mg. Im Zeitraum 2004 bis 2009 sank der MDMA-Gehalt von Ecstasy-Tabletten in allen 14 Ländern, die ausreichende Daten vorgelegt haben.

In den letzten Jahren hat sich die Zusammensetzung illegaler Tabletten in Europa verändert: Enthielten

zuvor noch die meisten der analysierten Tabletten als einzige psychoaktive Substanz MDMA oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz (MDEA, MDA), sind die Bestandteile mittlerweile sehr viel komplexer, und der Anteil MDMA-ähnlicher Substanzen ist geringer. Diese Verschiebung verlief insbesondere im Jahr 2009 in rasanter Geschwindigkeit, und lediglich Italien (58 %), die Niederlande (63 %) und Malta (100 %) meldeten MDMA-ähnliche Substanzen noch als wichtigsten Bestandteil in einem Großteil der analysierten Tabletten.

Amphetamine sind, zuweilen auch zusammen mit MDMA-ähnlichen Substanzen, ein relativ verbreiteter Bestandteil der in Griechenland, Spanien, Ungarn, Polen, Slowenien und Kroatien analysierten Tabletten. Die meisten der anderen Berichtsländer geben an, dass Piperazine und insbesondere mCPP, allein oder in Kombination mit anderen Substanzen, in einem hohen Anteil der analysierten Tabletten gefunden wurden.

Die Ecstasy-Preise sind im Vergleich zur Situation Anfang der 90er-Jahre, als die Droge erstmals in großem Maßstab angeboten wurde, erheblich gesunken. Während den Berichten zufolge in einigen Ländern Tabletten für nur 1 EUR verkauft werden, melden die meisten Länder durchschnittliche Verkaufspreise zwischen 4 EUR und 9 EUR pro Tablette. Die verfügbaren Daten für den Zeitraum 2004 bis 2009 sprechen dafür, dass der Verkaufspreis von Ecstasy in Europa insgesamt stabil geblieben oder sogar weiter gefallen ist. Im Jahr 2009 meldeten die Niederlande, in denen die Preise für diese Droge am niedrigsten sind, jedoch eine Erhöhung der Verkaufspreise.

Halluzinogene und andere Substanzen

Im Zusammenhang mit LSD wird in Europa nur ein marginaler Konsum und Handel beobachtet. Die Zahl der Sicherstellungen von LSD ist zwischen 2004 und 2009 gestiegen, während die beschlagnahmten Mengen nach einem Höchststand im Jahr 2005 durch eine im Vereinigten Königreich erzielte Rekordmenge von 1,8 Millionen Einheiten sich in eben diesem Zeitraum in einem wesentlich geringeren Bereich bewegen⁽⁶³⁾. Die Verkaufspreise für LSD sind in den meisten Berichtsländern seit 2004 stabil; Belgien hingegen verzeichnete einen Anstieg der Preise, während Lettland, Österreich und Kroatien niedrigere Preise meldeten. Im Jahr 2009 lagen die Preise in den meisten der elf Berichtsländer durchschnittlich zwischen 7 EUR und 11 EUR pro Einheit.

Im Jahr 2009 haben nur vier oder fünf Länder (abhängig von der Art der Droge) über Sicherstellungen

von halluzinogenen Pilzen, Ketamin, GHB und GBL berichtet. Es ist nicht ganz klar, in welchem Maße die gemeldeten Sicherstellungen den Konsum dieser Substanzen widerspiegeln oder warum genau sich die Strafverfolgungsbehörden nicht systematisch mit diesen Substanzen befassen.

Prävalenz und Konsummuster

In einigen wenigen Ländern betrifft der – oftmals injizierende – Konsum von Amphetamin oder Methamphetamin einen erheblichen Anteil aller problematischen Drogenkonsumenten und der Patienten, die sich wegen Drogenproblemen in Behandlung begeben. Anders als bei diesen chronischen Drogenkonsumenten besteht ein allgemeinerer Zusammenhang zwischen dem Konsum synthetischer Drogen, häufig zusammen mit Alkohol, und dem Besuch von Nachtclubs sowie Tanzveranstaltungen. Dies führt dazu, dass signifikant höhere Konsumraten unter jungen Menschen gemeldet und in einigen Milieus oder bestimmten Subgruppen außergewöhnlich hohe Konsumraten festgestellt werden. Die Gesamtprävalenzraten halluzinogener Drogen wie Lysergsäurediethylamid (LSD) und halluzinogener Pilze schließlich sind insgesamt niedrig und in den letzten Jahren weitgehend stabil geblieben.

Amphetamine

Schätzungen der Drogenprävalenz zufolge haben in Europa rund 12,5 Millionen Menschen Amphetamine probiert, und etwa 2 Millionen Europäer haben die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 6 zu entnehmen). Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) verzeichnen die Länder mit Raten zwischen 0,1 % und 14,3 % sehr unterschiedliche Werte, wobei der gewichtete europäische Durchschnitt bei etwa 5,0 % liegt. Die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums in dieser Altersgruppe reicht von 0,1 % bis 2,5 %, wobei die meisten Länder Prävalenzraten zwischen 0,5 % und 2,0 % melden. Schätzungsweise haben durchschnittlich 1,5 Millionen (1,1 %) der jungen erwachsenen Europäer in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert.

Die im Jahr 2007 durchgeführten Erhebungen zeigen, dass unter den 15- bis 16-jährigen Schülern die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums in den 26 EU-Mitgliedstaaten sowie in Norwegen und Kroatien zwischen 1 % und 8 % lag, wobei nur für Bulgarien

⁽⁶³⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten der Niederlande, die 2007 ein Drittel der insgesamt in Europa sichergestellten LSD-Mengen gemeldet hatten, für die Folgejahre nicht vorliegen.

und Lettland Prävalenzraten von mehr als 5 % gemeldet wurden. Die vier Länder, die in den Jahren 2009 und 2010 eigene nationale Schulumfragen durchgeführt haben (Italien, Slowakei, Schweden, Vereinigtes Königreich), meldeten für Amphetamine eine Lebenszeitprävalenz von 3 % oder weniger ⁽⁶⁴⁾.

Die für das Jahr 2009 von vier Ländern (Belgien, Tschechische Republik, Niederlande, Vereinigtes Königreich) vorgelegten Daten zur Prävalenz des Amphetaminkonsums in der Nachtclubszene weisen erhebliche Unterschiede auf und variieren bei der 12-Monats-Prävalenz zwischen 6 % und 24 %.

Während der letzten zehn Jahre ist die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums in den meisten europäischen Ländern recht stabil geblieben und ist in den meisten Berichtsländern, mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs und Dänemarks, mit unter 3 % relativ gering. Die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter

jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist im Vereinigten Königreich zwischen 1998 und 2009/2010 erheblich gesunken und von 6,2 % auf 1,8 % zurückgegangen; in Dänemark stieg der Wert im Jahr 2000 zunächst auf 3,1 % an, fiel im Jahr 2010 dann aber wieder auf 2 % (Abbildung 8). Im Fünfjahreszeitraum 2004 bis 2009 meldeten bezüglich der 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums bei jungen Erwachsenen lediglich Norwegen und die Tschechische Republik eine Veränderung um mehr als einen Prozentpunkt. In der Tschechischen Republik lassen Unterschiede bei den Umfragemethoden keine Bestätigung der jüngsten Entwicklungen zu. Schulumfragen lassen insgesamt auf geringfügige Änderungen im Hinblick auf die Prävalenzraten des Experimentierens mit Amphetaminen unter Schülern im Alter zwischen 15 und 16 Jahren schließen. Zwischen 2003 und 2007 meldeten die meisten Länder für diese Gruppe geringe Lebenszeitprävalenzraten und insgesamt eine stabile Situation.

Tabelle 6: Prävalenz des Amphetaminkonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten		
Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate
15-64 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	12,5 Millionen	1,5-2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,8 %	0,5 %
Spanne	0,0-11,7 %	0,0-1,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Malta (0,4 %) Zypern (0,7 %)	Rumänien, Malta, Griechenland (0,0 %) Frankreich (0,1 %) Tschechische Republik, Portugal (0,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (11,7 %) Dänemark (6,2 %) Schweden (5,0 %) Norwegen (3,8 %)	Estland (1,1 %) Vereinigtes Königreich (1,0 %) Bulgarien, Lettland (0,9 %) Schweden (0,8 %)
15-34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	6,5 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,0 %	1,1 %
Spanne	0,1-14,3 %	0,1-2,5 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Zypern (1,2 %)	Rumänien, Griechenland (0,1 %) Frankreich (0,2 %) Tschechische Republik (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (14,3 %) Dänemark (10,3 %) Lettland (6,1 %) Norwegen (6,0 %)	Estland (2,5 %) Bulgarien (2,1 %) Dänemark (2,0 %) Deutschland, Lettland (1,9 %)
<p>Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (336 Millionen), 15 bis 34 Jahre (132 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (63 Millionen). Die europäischen Schätzungen basieren auf Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2009/2010 (insbesondere im Zeitraum 2004 bis 2008) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt General population surveys (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2011 verfügbar.</p>		

⁽⁶⁴⁾ Siehe Tabelle EYE-11 im Statistical Bulletin 2011.

Problematischer Amphetaminkonsum

Nur wenige Länder können Schätzungen der Prävalenz des problematischen Amphetaminkonsums vorlegen⁽⁶⁵⁾; Daten zu Konsumenten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit diesen Drogen in Behandlung begeben, liegen jedoch aus ganz Europa vor.

Ein geringer Anteil der Patienten, die sich in Europa einer Behandlung unterziehen, gibt Amphetamin als Primärdroge an: Im Jahr 2009 waren dies rund 5 % (20 000 Patienten) der registrierten Patienten. Amphetaminkonsumenten machen jedoch vor allem in Schweden (28 %), Polen (25 %) und Finnland (17 %) einen erheblichen Anteil aller gemeldeten Behandlungsaufnahmen aus. In fünf weiteren Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Ungarn, Niederlande) stellen Amphetaminpatienten zwischen 6 % und 10 % der gemeldeten Behandlungsaufnahmen, in den übrigen Ländern liegt dieser Anteil bei unter 5 %. Darüber hinaus geben fast 20 000 Patienten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit anderen Primärdrogen in Behandlung begeben, andere Stimulanzien als Kokain als Sekundärdroge an⁽⁶⁶⁾.

Amphetaminkonsumenten sind zu Behandlungsbeginn durchschnittlich 30 Jahre alt, wobei das Verhältnis von Männern zu Frauen mit 2:1 niedriger ist als bei allen anderen illegalen Drogen. Von den Ländern, in denen die Konsumenten von Amphetamin den größten Teil der Erstpatienten stellen (Lettland, Schweden und Finnland), werden hohe Raten eines injizierenden Amphetaminkonsums gemeldet: Zwischen 59 % und 83 % der Patienten, die Amphetamin als Primärdroge angeben, injizieren die Droge⁽⁶⁷⁾.

Zwischen 2004 und 2009 blieb die Zahl der Patienten, die sich wegen des Konsums von Amphetamin in Behandlung begaben, in den meisten Ländern weitgehend stabil. Bei den Patienten, die sich erstmals einer Behandlung unterzogen, konnte ein leichter Rückgang verzeichnet werden, was in erster Linie auf rückläufige Zahlen bei den neuen Amphetaminpatienten in Finnland und Schweden zurückzuführen ist (EBDD, 2010d).

Im Gegensatz zu anderen Teilen der Welt, wo der Methamphetaminkonsum in den letzten Jahren zugenommen hat, werden in Europa offenbar nur geringe Konsumraten verzeichnet. In der Vergangenheit konzentrierte sich der Konsum dieser Droge in Europa auf die Tschechische Republik und jüngst auch auf die Slowakei. Im Jahr 2009 war die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten in der Tschechischen

Republik mit schätzungsweise 24 600 bis 25 900 (3,3 bis 3,5 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) knapp doppelt so hoch wie die geschätzte Zahl der problematischen Opioidkonsumenten. Dies stellt im Vergleich zu den Vorjahren einen deutlichen statistischen Anstieg dar. In der Slowakei lag die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten mit 5 800 bis 15 700 (1,5 bis 4,0 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) um etwa 20 % unter der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten.

Ein großer Anteil der Patienten in den beiden vorstehend genannten Ländern gibt bei Behandlungsbeginn Methamphetamin als Primärdroge an: 61 % in der Tschechischen Republik und 30 % in der Slowakei. Beide Länder melden für die letzten zehn Jahre eine Zunahme sowohl der Gesamtzahl als auch des Anteils der neuen Patienten, die sich wegen des Konsums von Methamphetamin in Behandlung begaben. Die meisten der Patienten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit Methamphetamin in Behandlung begeben, injizieren die Droge, mit Anteilen von 79 % in der Tschechischen Republik und 37 % in der Slowakei, wobei seit 2004 insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen ist. In den vorstehend genannten Ländern sind Methamphetaminpatienten bei Behandlungsbeginn durchschnittlich 25 Jahre alt⁽⁶⁸⁾.

In den letzten Jahren ist Methamphetamin auch auf den Drogenmärkten anderer Länder insbesondere im Norden Europas (Norwegen, Schweden, Lettland und in geringerem Maße auch in Finnland) in Erscheinung getreten; Methamphetamin scheint dort teilweise Amphetamin als Droge ersetzt zu haben, da die Konsumenten die beiden Drogen praktisch nicht unterscheiden können.

Ecstasy

Schätzungen der Drogenprävalenz zufolge haben in Europa rund 11 Millionen Menschen Ecstasy probiert, und etwa 2,5 Millionen Europäer haben die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 7 zu entnehmen). Der Ecstasykonsum in den letzten zwölf Monaten ist insbesondere unter jungen Erwachsenen verbreitet; hierbei werden in allen Ländern mit Ausnahme von Griechenland, Rumänien, Finnland und Schweden für Männer deutlich höhere Konsumraten gemeldet als für Frauen. Die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums

⁽⁶⁵⁾ Ein problematischer Amphetaminkonsum ist definiert als injizierender bzw. langjähriger und/oder regelmäßiger Konsum dieser Substanzen.

⁽⁶⁶⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil ii) und TDI-22 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁶⁷⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil iv) und TDI-37 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁶⁸⁾ Siehe Tabellen TDI-2 (Teil i), TDI-3 (Teil iii) und TDI-5 (Teil ii und Teil iv) im Statistical Bulletin 2011 sowie Tabelle TDI-5 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2006.

in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen reicht von 0,6 % bis 12,7 %, wobei die meisten Länder Prävalenzschätzungen zwischen 2,1 % und 5,8 % melden ⁽⁶⁹⁾.

In der Altersgruppe der 15- bis 16-jährigen Schüler betrug die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums in den meisten der im Jahr 2007 untersuchten europäischen Länder zwischen 1 % und 5 %. Nur vier Länder meldeten höhere Prävalenzraten: Bulgarien, Estland, die Slowakei (jeweils 6 %) und Lettland (7 %). Die vier Länder, die im Jahr 2009 eigene nationale Schulumfragen durchgeführt haben (Italien, Slowakei, Schweden, Vereinigtes Königreich), meldeten für Ecstasy eine Lebenszeitprävalenz von 5 % oder weniger ⁽⁷⁰⁾.

Qualitative Studien bieten einen Einblick in den Freizeitkonsum von Stimulanzien durch junge Erwachsene in Nachtclubs in Europa. Diese Studien belegen deutliche Unterschiede in den Profilen des

Drogenkonsums: Personen, die Veranstaltungen mit elektronischer Tanzmusik besuchen, geben mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Drogenkonsum an als Personen in der übrigen Nachtclubszene. Für das Jahr 2009 haben nur vier Länder (Belgien, Tschechische Republik, Niederlande, Vereinigtes Königreich) Daten zur Prävalenz des Ecstasykonsums in der Nachtclubszene vorgelegt; diese weisen jedoch erhebliche Unterschiede auf und variieren bei der 12-Monats-Prävalenz zwischen 10 % und 75 %. Darüber hinaus wurde in den untersuchten Milieus eine höhere Verbreitung von Ecstasy im Vergleich zu Amphetaminen festgestellt.

Im Zeitraum zwischen 2003 und 2009 meldete kein Land eine Zunahme des Ecstasykonsums; Estland, Spanien, Deutschland, Ungarn und das Vereinigte Königreich berichteten in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen sogar von einem Rückgang der 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums um rund 1 %. Die Werte in den einzelnen

Tabelle 7: Prävalenz des Ecstasykonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate
15-64 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	11 Millionen	2,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,2 %	0,7 %
Spanne	0,3-8,3 %	0,1-1,6 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,3 %) Griechenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Norwegen (1,0 %)	Rumänien, Schweden (0,1 %) Malta, Griechenland (0,2 %) Dänemark, Polen, Norwegen (0,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (8,3 %) Irland (5,4 %) Spanien (4,9 %) Lettland (4,7 %)	Vereinigtes Königreich, Slowakei (1,6 %) Lettland (1,5 %) Tschechische Republik (1,4 %)
15-34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7,5 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,5 %	1,4 %
Spanne	0,6-12,7 %	0,2-3,2 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien, Griechenland (0,6 %) Malta (1,4 %) Polen, Norwegen (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Rumänien, Schweden (0,2 %) Griechenland (0,4 %) Norwegen (0,6 %) Polen (0,7 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (12,7 %) Tschechische Republik (9,3 %) Irland (9,0 %) Lettland (8,5 %)	Vereinigtes Königreich (3,2 %) Tschechische Republik (2,8 %) Slowakei, Lettland, Niederlande (2,7 %)
<p>Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (336 Millionen), 15 bis 34 Jahre (132 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (63 Millionen). Die europäischen Schätzungen basieren auf Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2009/2010 (insbesondere im Zeitraum 2004 bis 2008) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt General population surveys (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2011 verfügbar.</p>		

⁽⁶⁹⁾ Siehe Tabelle GPS-7 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2011.

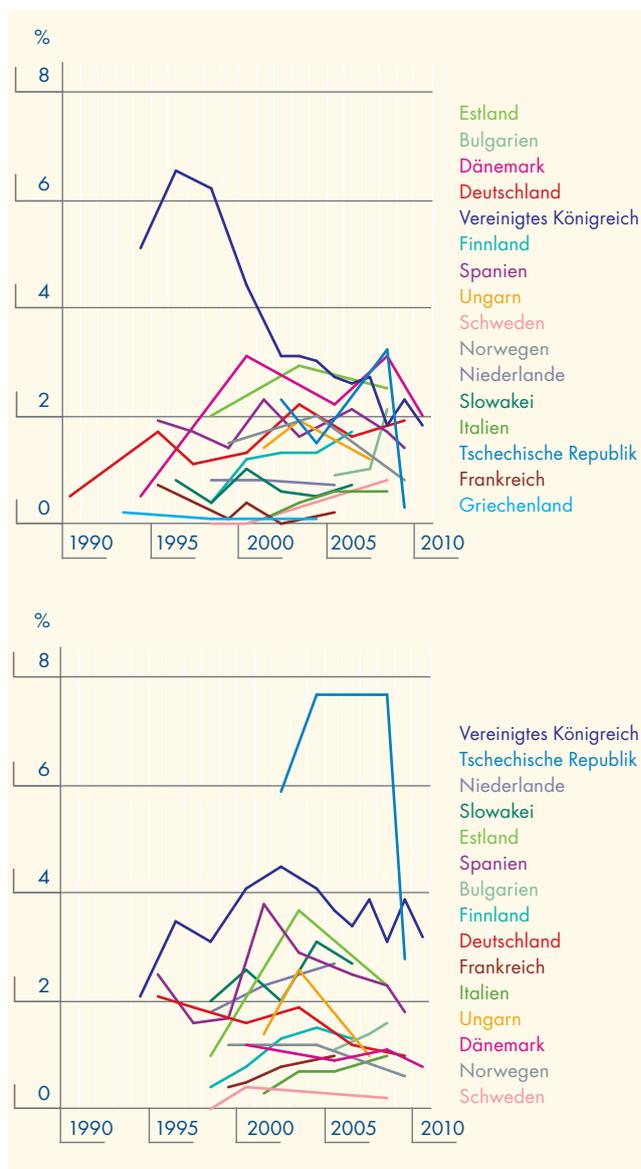
⁽⁷⁰⁾ Siehe Tabelle EYE-11 im Statistical Bulletin 2011.

Ländern weichen jedoch voneinander ab. In den Ländern, die überdurchschnittlich hohe 12-Monats-Prävalenzraten des Ecstasykonsums melden, erreichte der Konsum bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) Anfang des neuen Jahrtausends in der Regel Spitzenwerte zwischen 3 % und 5 % (Estland, Spanien, Slowakei, Vereinigtes Königreich, siehe Abbildung 8). Eine Ausnahme bildet die Tschechische Republik: Hier wurden bei der 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums im Jahr 2008 Spitzenwerte von 7,7 % erreicht, bevor die Prävalenz im Folgejahr auf 2,8 % zurückging. In diesem Land lassen Unterschiede bei den Umfragemethoden keine Bestätigung der jüngsten Entwicklungen zu.

Schulumfragen lassen insgesamt auf geringfügige Änderungen im Hinblick auf die Prävalenzraten des Experimentierens mit Ecstasy unter Schülern im Alter zwischen 15 und 16 Jahren schließen. Zwischen 2003 und 2007 meldeten die meisten Länder für diese Gruppe geringe Lebenszeitprävalenzraten des Ecstasykonsums und insgesamt eine stabile Situation; sieben Länder meldeten einen Anstieg, und in drei Ländern war eine rückläufige Entwicklung zu verzeichnen (der Mindestwert zur Kennzeichnung einer Veränderung wurde auf zwei Prozentpunkte festgesetzt). In verschiedenen Freizeitmilieus in Europa durchgeführte Studien lassen möglicherweise auf einen Rückgang der Prävalenz des Ecstasykonsums schließen. In Amsterdam ergab eine unter den Besuchern von „Coffee-Shops“ durchgeführte Studie einen deutlichen Rückgang bei den 30-Tage-Prävalenzraten des Ecstasykonsums: Lagen die Werte im Jahr 2001 noch bei 23 %, wurde im Jahr 2009 nur noch ein Wert von 6 % gemeldet. Darüber hinaus nahm über diesen Zeitraum auch die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums von 63 % auf 41 % ab. Eine belgische Studie, die in regelmäßigen Abständen in der Nachtclubszene durchgeführt wird, hat ergeben, dass Ecstasy nicht länger die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge ist. In früheren Erhebungen lag die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums immer zwischen 15 % und 20 %, im Jahr 2009 fiel dieser Wert jedoch auf 10 %.

Nur wenige Drogenkonsumenten begeben sich wegen Problemen im Zusammenhang mit Ecstasy in Behandlung. Im Jahr 2009 wurde Ecstasy von weniger als 1 % (1 300) der gemeldeten Erstpazienten als Primärdroge genannt. Mit einem Durchschnittsalter von 26 Jahren zählen Ecstasykonsumenten zu den jüngsten Patienten, die sich in Behandlung begeben, und auf jede Patientin kommen hierbei drei bis vier männliche Patienten. Ecstasykonsumenten geben häufig den gleichzeitigen Konsum anderer Substanzen an, darunter Alkohol,

Abbildung 8: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen (oben) und Ecstasy (unten) unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre)



Anmerkung: Es wurden ausschließlich Daten für Länder berücksichtigt, in denen im Zeitraum 1998 bis 2009/2010 mindestens drei Erhebungen durchgeführt wurden. Die Tschechische Republik forscht nach den Gründen für die erheblichen Abweichungen in den verschiedenen Erhebungen, die wohl teilweise auf eine Änderung der herangezogenen Methoden zurückgeführt werden können. Die Daten dienen lediglich zu Informationszwecken, Vergleiche sollten daher mit Bedacht angestellt werden. Weitere Informationen sind den Abbildungen GPS-8 und GPS-21 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

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

Kokain und in geringerem Maße auch Cannabis und Amphetamine [71].

In europäischen Studien wurde häufig von einem kombinierten Ecstasy-/Amphetamin- und Alkoholkonsum berichtet. Die Daten aus den Erhebungen in der

[71] Siehe Tabellen TDI-5, TDI-8 und TDI-37 (Teil i, Teil ii und Teil iii) im Statistical Bulletin 2011.

Allgemeinbevölkerung in neun europäischen Ländern zeigen, dass unter den Personen, die häufig und in hohem Maße Alkohol konsumieren, eine weitaus höhere Prävalenz des Amphetamin- und Ecstasykonsums gegeben ist als in der Allgemeinbevölkerung (EBDD, 2009b). Die Daten aus der ESPAD-Schülerstudie für 22 Länder ergaben, dass 86 % der 15- bis 16-jährigen Schüler, die angaben, in den vergangenen 30 Tagen Ecstasy konsumiert zu haben, auch fünf oder mehr Einheiten Alkohol bei einer Gelegenheit zu sich genommen haben (EBDD, 2009b).

Halluzinogene Substanzen, GHB und Ketamin

Die Lebenszeitprävalenz des LSD-Konsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) liegt in Europa Schätzungen zufolge zwischen 0 % und 5,5 %. Für den Konsum in den letzten zwölf Monaten wurden wesentlich niedrigere Prävalenzraten gemeldet ⁽⁷²⁾. In den wenigen Ländern, die vergleichbare Daten vorgelegt haben, sind die Prävalenzraten für den Konsum halluzinogener Pilze sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch unter Schülern höher als für den Konsum von LSD. Bei jungen Erwachsenen werden für halluzinogene Pilze Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 0,3 % und 14,1 % sowie Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz zwischen 0,2 % und 5,9 % gemeldet. Die meisten Länder melden für den Konsum halluzinogener Pilze unter 15- bis 16-jährigen Schülern Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 1 % und 4 %, wobei die Slowakei (5 %) und die Tschechische Republik (7 %) höhere Raten zu verzeichnen haben ⁽⁷³⁾.

Sowohl unter Erwachsenen als auch unter Schülern sind die Prävalenzschätzungen für den Konsum von GHB und Ketamin wesentlich niedriger als für den Konsum von Kokain und Ecstasy. Der Konsum dieser Substanzen kann jedoch in bestimmten Gruppen, Milieus und geografischen Regionen weitaus höher liegen. In Belgien, der Tschechischen Republik, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich wurden jüngst zielgerichtete Erhebungen durchgeführt, aus denen Prävalenzschätzungen zum Konsum dieser Substanzen gewonnen wurden. Aus diesen Studien ergab sich hinsichtlich des GHB-Konsums eine Lebenszeitprävalenz zwischen 3,9 % und 14,3 % und eine 30-Tage-Prävalenz von bis zu 4,6 %. Die durch diese Erhebungen gewonnenen Schätzungen bezüglich des Ketaminkonsums belaufen sich auf 2,9 % bis 62 % bei der Lebenszeitprävalenz und auf 0,3 % bis 28 % bei der 30-Tage-Prävalenz. Zwischen den einzelnen Ländern und Erhebungen lassen sich deutliche Unterschiede feststellen, und die hohe Prävalenz des Ketaminkonsums wurde einzig

und allein im Rahmen einer Erhebung eines britischen Musikmagazins im Jahr 2010 festgestellt (Winstock, 2011). In dieser Studie wurden für Ketamin deutlich höhere Konsumraten angegeben als für GHB. Eine derartig hohe Prävalenz des Ketaminkonsums könnte in der zufälligen Auswahl der Befragten sowie deren besonderen Konsumprofilen und persönlichen Einstellungen begründet liegen. Die Niederlande berichten, dass Ketamin unter den Trendsettern im Westen des Landes an Popularität gewonnen hat, die 30-Tage-Prävalenz für Ketamin lag im Jahr 2009 bei den Besuchern großer Veranstaltungen jedoch mit 1,2 % niedriger als für GHB (4,6 %). Unter den Besuchern von Coffee-Shops in Amsterdam wurde für das Jahr 2009 beim GHB-Konsum eine 30-Tage-Prävalenz von 1,5 % festgestellt, die genau der 30-Tage-Prävalenz des Amphetaminkonsums entsprach. Aus qualitativen Studien in Deutschland, Estland, Frankreich und den Niederlanden geht hervor, dass die Befragten mit dem Konsum von GHB ein hohes Risiko einer Überdosierung mit anschließender Bewusstlosigkeit oder gar Koma verbinden.

Für den Konsum von GHB und Ketamin lassen sich auch aus wiederholten Befragungen von Besuchern von Veranstaltungen oder in Freizeitmilieus keine allgemeinen Entwicklungen ableiten, und die gemeldeten Veränderungen sind in den meisten Fällen nur gering. Studien, die in Freizeitmilieus in Belgien durchgeführt wurden, berichten für GHB und Ketamin von einem Anstieg der 30-Tage-Prävalenz um 2 % bis 3 % zwischen 2008 und 2009. In der Tschechischen Republik ergaben Erhebungen in der Nachtclubszene einen Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des GHB-Konsums von 1,4 % im Jahr 2007 auf 3,9 % im Jahr 2009; beim Ketaminkonsum war im gleichen Zeitraum ein Anstieg von 2,2 % (2007) auf 2,9 % (2009) zu verzeichnen. Eine rückläufige Entwicklung der 30-Tage-Prävalenz des GHB-Konsums wurde von den Besuchern von Coffee-Shops in Amsterdam gemeldet: von 2,8 % im Jahr 2001 auf 1,5 % im Jahr 2009. Die in Amsterdam beobachteten Entwicklungen sind jedoch nicht repräsentativ und können nicht auf die Niederlande insgesamt übertragen werden. Die Erhebung des britischen Musikmagazins ergab für den GHB-Konsum ebenfalls einen Rückgang der 30-Tage-Prävalenz von 1,7 % im Jahr 2009 auf weniger als 1 % im Folgejahr; der Ketaminkonsum ging in diesem Zeitraum von 32,4 % auf 28 % zurück.

Maßnahmen in Freizeitmilieus

Trotz hoher Drogenkonsumraten in Freizeitmilieus geben nur 13 Länder an, in diesen Bereichen Maßnahmen zur Prävention oder zur Schadensminimierung umgesetzt

⁽⁷²⁾ Siehe Tabelle GPS-1 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷³⁾ ESPAD-Daten für alle Länder mit Ausnahme Spaniens. Siehe Abbildung EYE-3 (Teil v) im Statistical Bulletin 2011.

zu haben. Diese Maßnahmen konzentrieren sich auch weiterhin auf die Bereitstellung von Informationen und Beratungsleistungen. Dieser Schwerpunkt wird auch bei den Maßnahmen im Rahmen der Healthy Nightlife Toolbox verfolgt, einer von der EU finanzierten, internetbasierten Initiative zur Reduzierung der Schäden des Alkohol- und Drogenkonsums in der Nachtclubszene. Das Projekt „Safer Nightlife“ ist eine weitere Initiative, die die EU im Rahmen des Programms „Democracy, Cities & Drugs II (2008-2011)“ finanziert und die über die Bereitstellung von Informationen hinaus auch eine Verbesserung der Präventionsprogramme in der Nachtclubszene und die Schulung von Fachleuten anstrebt.

Eine vor Kurzem durchgeführte systematische Überprüfung von in Freizeitmilieus umgesetzten Strategien zur Schadensminimierung hat ergeben, dass diese Strategien nur selten evaluiert werden und ihre Wirksamkeit nicht immer eindeutig nachgewiesen ist (Akbar et al., 2011). Aus der Untersuchung ging hervor, dass Maßnahmen, deren Schwerpunkt auf der Ausbildung des Personals in Freizeitmilieus lag, am weitesten verbreitet waren. Diese Programme umfassen in der Regel Themenbereiche wie das Erkennen einer Vergiftung oder des Zeitpunkts, an dem ein Kunde nicht mehr bedient werden sollte. Im Rahmen des österreichischen Projekts „taktisch klug“ erhalten die Organisatoren von Partyveranstaltungen in der Vorbereitungsphase Unterstützung, und den Besuchern werden Beratungsleistungen angeboten, damit sie ihre Einstellung zu psychoaktiven Substanzen und ihr Risikoverhalten kritisch überdenken können. Milieubezogene Modelle mit mehreren Komponenten, die zu den Programmen gehören, deren Evaluierungsergebnisse deutlich vielversprechender sind, werden hauptsächlich aus nordeuropäischen Ländern gemeldet.

Internationale Studien zu Urlaubsorten in aller Welt mit ausgeprägter Partyszene haben ergeben, dass diese Milieus eng mit dem Beginn und der Eskalation eines Drogenkonsums und mit einer hohen Rückfallgefahr verbunden sein und bei der weltweiten Ausbreitung der Drogenkulturen eine wesentliche Rolle spielen könnten. Die Untersuchungsergebnisse deuten in einigen der untersuchten Orte auf besonders hohe Raten des Drogenkonsums und des Einstiegs in den Konsum hin. Eine Erhebung unter jungen Menschen zwischen 16 und 35 Jahren aus Spanien, Deutschland und dem Vereinigten Königreich, die Urlaub auf Ibiza und Mallorca machten, ergab beispielsweise in Bezug auf die Nationalität der befragten Personen und das untersuchte Milieu (Ibiza und Mallorca) deutliche Unterschiede. Die Konsumraten lagen bei den spanischen und britischen Urlaubern auf Ibiza

besonders hoch, und einer von fünf Urlaubern aus dem Vereinigten Königreich gab an, während seines Urlaubs auf der Insel mindestens eine neue Droge konsumiert zu haben (Bellis et al., 2009).

Gesundheitliche Auswirkungen des Amphetaminkonsums

Bei der medizinischen Verwendung von Amphetaminen treten zahlreiche Nebenwirkungen auf, darunter Anorexie, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen. Der illegale Konsum von Amphetaminen hat weitere negative Folgen (EBDD, 2010d), die von kurzfristigen negativen Auswirkungen wie Ruhelosigkeit, Zittern, Angstzuständen und Benommenheit über die Folgeerscheinungen nach einem Drogenrausch (Depressionen, Schlafprobleme, Selbstmordgefahr) bis hin zu den psychologischen und psychiatrischen Auswirkungen eines langfristigen Konsums (Psychosen, Selbstmordgefahr, Angstzustände und gewaltbereites Verhalten) und zu einer Abhängigkeit mit zahlreichen Entzugssymptomen reichen können.

In Australien und den Vereinigten Staaten – also in Ländern, in denen der Methamphetaminkonsum, insbesondere der inhalierende Konsum von „Crystal Meth“, einen bedeutenden Anteil am nationalen Drogenproblem hat – wurden zahlreiche Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Amphetaminkonsums durchgeführt. Obgleich der Konsum von Methamphetamin in Europa vergleichsweise gering ist, wurden die damit verbundenen gesundheitlichen Auswirkungen auch hier beobachtet. Darüber hinaus wurden auch zerebrovaskuläre Erkrankungen (Risiko eines ischämischen bzw. hämorrhagischen Infarkts) sowie akute und chronische kardiovaskuläre Störungen (akuter Anstieg von Puls und Blutdruck) ermittelt. Im Zusammenhang mit dem chronischen Konsum oder bei kardiovaskulären Vorerkrankungen kann es hierbei zu ernsthaften und potenziell tödlichen Störungen wie Myokardischämien und -infarkten kommen. Weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen umfassen eine Neurotoxizität, Beeinträchtigungen des embryonalen Wachstums infolge eines Amphetaminkonsums in der Schwangerschaft und Zahnerkrankungen.

Auch wenn der injizierende Konsum unter den Amphetaminkonsumenten in Europa nur wenig verbreitet ist, birgt diese Art des Konsums ein höheres Risiko, sich mit Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis anzustecken. Die Tschechische Republik gibt für die Konsumenten von Methamphetamin ein deutlich höheres sexuelles Risikoverhalten an, wodurch diese Gruppe anfälliger für sexuell übertragbare Infektionskrankheiten ist. Studien aus der Tschechischen Republik, Lettland und den Niederlanden zeigen erhöhte Mortalitätsraten unter abhängigen oder chronischen Amphetaminkonsumenten. Eine Schätzung der Mortalität im Zusammenhang mit Amphetaminen wird durch den polyvalenten Drogenkonsum (meist der gleichzeitige Konsum von Heroïn und Kokain) erschwert.

Behandlung

Problematischer Amphetaminkonsum

Die den Amphetaminkonsumenten in europäischen Ländern zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten entstammen häufig den historischen nationalen Begebenheiten und den jeweiligen Mustern des problematischen Amphetaminkonsums, die sich in den einzelnen Ländern erheblich unterscheiden. In den west- und südeuropäischen Ländern sind die Behandlungssysteme in erster Linie auf die Bedürfnisse von Opioidkonsumenten ausgerichtet. Trotz nur geringer Raten eines problematischen Amphetaminkonsums in diesen Ländern könnte der Mangel an entsprechenden Diensten den Zugang zu einer Behandlung für diese Konsumentengruppe erschweren; dies gilt insbesondere für sozial eher integrierte Amphetaminkonsumenten (EBDD, 2010d). Die Länder Nord- und Mitteleuropas können auf eine lange Zeit der Behandlung des Amphetaminkonsums zurückblicken, und einige der Programme richten sich daher speziell an diese Gruppe von Konsumenten und deren Bedürfnisse. In den mittel- und osteuropäischen Ländern, in denen der problematische Amphetaminkonsum ein jüngeres Phänomen ist, sind die Behandlungssysteme primär auf die problematischen Opioidkonsumenten ausgerichtet, die Bedürfnisse der Amphetaminkonsumenten werden dabei bisher kaum berücksichtigt. Einer Umfrage unter nationalen Sachverständigen aus dem Jahr 2008 zufolge gibt es in weniger als der Hälfte der europäischen Länder spezialisierte Behandlungsmöglichkeiten für die Amphetaminkonsumenten, die sich einer Behandlung unterziehen möchten.

Die ambulante psychosoziale Behandlung von Amphetaminkonsumenten stellt die häufigste Behandlungsform dar. Die Behandlung der problematischeren Konsumenten, bei denen beispielsweise die Amphetaminabhängigkeit noch durch gleichzeitig auftretende psychiatrische Störungen erschwert wird, erfolgt mitunter auch in stationären Drogendiensten, psychiatrischen Kliniken oder Krankenhäusern. In Europa werden Pharmazeutika wie Antidepressiva, Sedativa oder Antipsychotika bei der Behandlung von Entzugerscheinungen zu Beginn der Entgiftung verabreicht; die Entgiftung erfolgt in der Regel stationär in spezialisierten psychiatrischen Abteilungen. In Fällen, in denen psychopathologische Störungen aufgrund eines chronischen Amphetaminkonsums anhalten, werden manchmal auch längerfristige Behandlungen mit Antipsychotika verordnet. Beschäftigte im europäischen Gesundheitswesen berichten, dass psychiatrische Störungen bei problematischen

Amphetaminkonsumenten im Rahmen einer Therapie häufig nur schwer zu behandeln sind. In Ungarn hat das Gesundheitsministerium Anfang 2008 erstmals ein ärztliches Protokoll veröffentlicht, das die Behandlung von Amphetaminkonsumenten beschreibt. Das Protokoll umfasst Diagnose, die indizierte Struktur einer medikamentengestützten und drogenfreien Behandlung sowie weitere Therapie- und Rehabilitationsansätze.

Studien über die Behandlung einer Amphetaminabhängigkeit

Auch wenn die Tschechische Republik und das Vereinigte Königreich einen geringen Anteil von verordneten Substitutionstherapien melden, gibt es aktuell keine gesicherte Erkenntnis hinsichtlich der Wirksamkeit eines solchen Ansatzes. Mediziner analysieren jedoch aktiv verschiedene pharmakologische Therapien, die bei der Behandlung einer Amphetaminabhängigkeit sinnvoll sein könnten. Tests mit dem Stimulans Dextroamphetamin, das auf das zentrale Nervensystem wirkt, führten bei Methamphetaminpatienten zu positiven Ergebnissen hinsichtlich der Senkung des Verlangens und der Entzugerscheinungen, und die Patienten verblieben so eher in der Behandlung; der Methamphetaminkonsum konnte durch dieses Stimulans jedoch ebenso wenig gesenkt werden durch die Gabe eines Placebos (Galloway et al., 2011; Longo et al., 2010). Studien, die die Wirkung von Modafinil, einem Medikament zur Verbesserung der Wachheit, auf von Methamphetamin abhängige Probanden untersucht haben, kamen zu dem Ergebnis, dass möglicherweise die Leistung des Arbeitsgedächtnisses verbessert wird (Kalechstein et al., 2010), im Vergleich mit einem Placebo konnten jedoch keine Unterschiede hinsichtlich der Drogenkonsumraten, des Verbleibs in der Behandlung, der Verhinderung einer Depression oder der Minderung des Verlangens nach dieser Droge festgestellt werden (Heinzerling et al., 2010).

Im Rahmen einer Pilotstudie unter einigen wenigen homosexuellen Methamphetaminkonsumenten, die eine Abhängigkeit aufwiesen, wurde die Wirkung von Bupropion untersucht, einem Antidepressivum, das zur Unterstützung der Raucherentwöhnung eingesetzt wurde (Elkashef et al., 2008). Zur weiteren Unterstützung der dabei gewonnenen positiven Erkenntnisse ist jedoch eine noch umfassendere Studie erforderlich. Eine andere Pilotstudie, die sich mit der Kontrolle der Symptome von ADHS bei problematischen Amphetaminkonsumenten befasst hat, kombinierte die Gabe von Methylphenidat mit verzögerter Wirkstofffreisetzung mit dem Besuch wöchentlich stattfindender Schulungssitzungen: Im

Vergleich mit einer Placebogruppe konnte jedoch kein Unterschied festgestellt werden (Konstenius et al., 2010).

Für diesen Bereich wurde eine Reihe noch andauernder Studien angemeldet, darunter Studien über Naltrexon mit verlängerter Wirkstofffreigabe zur Behandlung einer Amphetaminabhängigkeit sowie Studien über Monoamin-Antagonisten, einen Hemmstoff des Angiotensin-konvertierenden Enzyms (ACE-Hemmer), N-Acetylcystein (NAC), Rivastigmin und Vareniclin im Zusammenhang mit einer Methamphetaminabhängigkeit.

Die psychologischen und verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Behandlung von Problemen im Zusammenhang mit Methamphetamin stehen im Zentrum einiger weniger Studien. Eine australische Studie beispielsweise strebte einen Vergleich zweier psychologischer Ansätze zur Behandlung des Methamphetaminkonsums an; die Ausstiegsrate unter den Teilnehmern war jedoch so hoch, dass keine wesentlichen Erkenntnisse gewonnen werden konnten (Smout et al., 2010). Für diesen Bereich angemeldete, noch nicht abgeschlossene Studien befassen sich mit der Wirkung der motivierenden Gesprächsführung und der Vermittlung kognitiver verhaltensbezogener Fähigkeiten zur Behandlung einer Methamphetaminabhängigkeit.

Abhängigkeit von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) und deren Behandlung

Die Abhängigkeit von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) ist ein anerkannter klinischer Befund, der bei einem plötzlichen Absetzen der Droge nach einem regelmäßigen oder chronischen Konsum mit potenziell schwerwiegenden Entzugserscheinungen einhergeht. Es ist erwiesen, dass

bei den Konsumenten in Freizeitmilieus eine physische Abhängigkeit auftreten kann, und es wurden mehrere Fälle von Entzugserscheinungen bei einem Absetzen des Konsums von GHB oder seinen Grundstoffen dokumentiert. Eine GHB-Abhängigkeit wurde auch von ehemaligen Alkoholabhängigen gemeldet (Richter et al., 2009).

Die verfügbaren Studien konzentrieren sich in erster Linie auf die Beschreibung der Entzugserscheinungen im Zusammenhang mit GHB und den damit einhergehenden Komplikationen, die in Notfällen häufig nur schwer zu erkennen sind (van Noorden et al., 2009).

Diese Symptome können unter anderem Unruhe, Panikattacken, Schlaflosigkeit, Schwitzen, Tachykardie und Bluthochdruck umfassen. Patienten, die einen Entzug machen, können auch Symptome wie eine Psychose oder Wahnvorstellungen entwickeln. Leichte Entzugserscheinungen können in ambulanten Einrichtungen behandelt werden, bei starken Entzugserscheinungen wird die stationäre Überwachung des Patienten empfohlen. Zur Behandlung der Symptome bei einem GHB-Entzug stehen bisher noch keine Standardprotokolle zur Verfügung.

Benzodiazepine und Barbiturate sind die Arzneimittel, die am häufigsten zur Behandlung akuter Probleme im Zusammenhang mit dem GHB-Konsum eingesetzt werden. In den Vereinigten Staaten wird aktuell eine kleine Studie durchgeführt, die die Wirkung des Benzodiazepins Lorazepam mit der des Barbiturats Pentobarbital zur Minderung der subjektiven Entzugserscheinungen bei einer GHB-Abhängigkeit vergleicht. In den Niederlanden werden ebenfalls Untersuchungen durchgeführt, um fundierte Leitlinien für die Behandlung einer GHB-Abhängigkeit zu erarbeiten.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 5

Kokain und Crack

Einleitung

Kokain ist in Europa nach wie vor die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge, wobei jedoch hinsichtlich der Prävalenzraten und der Entwicklungstrends große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern zu verzeichnen sind. Ein hoher Kokainkonsum ist nur in wenigen, überwiegend westeuropäischen Ländern zu verzeichnen, während sich der Kokainkonsum andernorts in Grenzen hält. Darüber hinaus können große Unterschiede bei den Kokainkonsumenten festgestellt werden: Es gibt Gelegenheitskonsumenten, regelmäßige Konsumenten, die jedoch sozial integriert sind und hauptsächlich Kokainpulver schnupfen, und eher marginalisierte und häufig abhängige Konsumenten, die Kokain injizieren oder Crack konsumieren.

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Der Anbau des Kokastrauchs, aus dem Kokain gewonnen wird, konzentriert sich nach wie vor auf drei Länder in der Andenregion: Kolumbien, Peru und Bolivien. Für das Jahr 2010 schätzt das UNODC (2011) die Größe des Anbaugebiets auf 149 000 Hektar, was im Vergleich zu 158 000 Hektar im Jahr 2009 einen Rückgang um rund 6 % bedeutet; die geringere Anbaufläche wird in erster Linie auf die Verringerung des Kokaanbaus in Kolumbien zurückgeführt, die teilweise jedoch durch Anbausteigerungen in Peru und Bolivien aufgefangen wurde. Das aus dem Anbau des Kokastrauchs auf einem Gebiet von insgesamt 149 000 Hektar resultierende

Tabelle 8: Herstellung, Sicherstellungen, Preis und Reinheit von Kokain und Crack

	Kokainpulver (Hydrochlorid)	Crack (Kokainbase) ⁽¹⁾
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	786-1 054	n. v.
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	732 ⁽²⁾	n. v.
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen)		
EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei) ⁽³⁾	49 (49)	0,09 (0,09)
Zahl der Sicherstellungen		
EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	98 500 (99 000)	7 500 (7 500)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)		
Spanne (Interquartilspanne) ⁽⁴⁾	45-104 (50,2-78,2)	55-70
Durchschnittliche Reinheit (%)		
Spanne (Interquartilspanne) ⁽⁴⁾	18-51 (25,0-38,7)	6-75

⁽¹⁾ Da nur einige wenige Länder Angaben übermittelt haben, sind die Daten mit Bedacht zu interpretieren.

⁽²⁾ Schätzungen des UNODC zufolge entspricht diese Zahl 431-562 Tonnen reinen Kokains.

⁽³⁾ Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtzahl der im Jahr 2009 beschlagnahmten Mengen an Kokain noch höher ist als angegeben, was insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass aus den Niederlanden – einem Land, das bis 2007 relativ hohe Sicherstellungen gemeldet hat – keine aktuellen Daten vorliegen. Aufgrund der fehlenden Daten für die Jahre 2008 und 2009 können die Niederlande in den europäischen Schätzungen für das Jahr 2009 nicht berücksichtigt werden.

⁽⁴⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Daten.

Anmerkung: Alle Daten für 2009; n. v., keine Daten verfügbar.

Quellen: UNODC (2011) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

Produktionspotenzial von Kokain belief sich auf 786 bis 1 054 Tonnen reines Kokain, verglichen mit geschätzten 842 bis 1 111 Tonnen im Jahr 2009 (UNODC, 2011).

Die Verarbeitung von Kokablättern zu Kokainhydrochlorid erfolgt in erster Linie in Kolumbien, Peru und Bolivien, ist jedoch auch in anderen Ländern zu beobachten. Die Bedeutung Kolumbiens für die Kokainherstellung wird durch die Daten über aufgedeckte Labors und Sicherstellungen von Kaliumpermanganat untermauert, einem chemischen Grundstoff, der bei der Synthese von Kokainhydrochlorid genutzt wird. Im Jahr 2009 wurden in Kolumbien 2 900 Kokainlabors aufgedeckt (UNODC, 2011) und insgesamt 23 Tonnen Kaliumpermanganat sichergestellt (90 % der weltweiten Sicherstellungen) (INCB, 2011a).

Kokainlieferungen nach Europa scheinen über die meisten süd- und mittelamerikanischen Länder, insbesondere jedoch über Argentinien, Brasilien, Ecuador, Mexiko und Venezuela, zu erfolgen. Häufig wird die Droge auch über die Karibik nach Europa geschmuggelt. In den letzten Jahren wurden zudem alternative Routen über Westafrika entdeckt (EBDD und Europol, 2010). Obwohl bei den Sicherstellungen von über Westafrika eingeführtem Kokain seit 2007 ein deutlicher Rückgang zu beobachten war (UNODC, 2011), ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass noch immer große Mengen dieser Droge über dieses Gebiet geschmuggelt werden (EBDD und Europol, 2010).

Spanien, die Niederlande, Portugal und zu einem gewissen Grad auch Belgien scheinen die bedeutendsten Einfuhrpunkte für Kokain zu sein, das nach Europa geschmuggelt wird. Deutschland, Frankreich und das Vereinigte Königreich werden in den Berichten häufig als wichtige Transit- oder Zielländer für Kokainlieferungen innerhalb Europas angegeben. Das Vereinigte Königreich legt Schätzungen vor, denen zufolge pro Jahr 25 bis 30 Tonnen Kokain eingeführt werden. Die jüngsten Berichte legen außerdem nahe, dass der Kokainhandel möglicherweise in Richtung Osten ausgeweitet wird (EBDD und Europol, 2010; INCB, 2011b). Die aggregierten Zahlen für zwölf mittel- und osteuropäische Länder zeigen eine Zunahme der Kokainsicherstellungen von 666 Fällen im Jahr 2004 auf 1 232 Fälle im Jahr 2009, was jedoch noch immer nur rund 1 % aller Sicherstellungen in Europa ausmacht. Die Menge des in dieser Region beschlagnahmten Kokains hat sich zwischen 2008 und 2009 mehr als verdoppelt. Dieser drastische Anstieg ist in erster Linie auf Sicherstellungen in Rekordhöhe in zwei Ländern zurückzuführen, die an der sogenannten Balkanroute liegen, über die in der Regel

Heroin geschmuggelt wird: Bulgarien mit 0,23 Tonnen beschlagnahmten Kokains und Rumänien mit 1,3 Tonnen.

Sicherstellungen

Kokain ist nach Cannabiskraut und Cannabisharz die weltweit am häufigsten gehandelte Droge. Die weltweiten Sicherstellungen von Kokain sind im Jahr 2009 mit etwa 732 Tonnen weitgehend stabil geblieben (Tabelle 8) (UNODC, 2011). Der größte Anteil der weltweit beschlagnahmten Mengen entfiel nach wie vor auf Südamerika mit 60 %, gefolgt von Nordamerika mit 18 % sowie Europa mit 8 % (UNODC, 2011).

Die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Europa hat in den letzten 20 Jahren und insbesondere seit 2004 kontinuierlich zugenommen und lag im Jahr 2009 bei schätzungsweise 99 000 Fällen. Bei den sichergestellten Mengen konnte im Jahr 2006 ein Rekordwert verzeichnet werden; danach hat sich die Menge halbiert und lag im Jahr 2009 bei schätzungsweise 49 Tonnen. Dieser Rückgang ist weitgehend auf die Entwicklung in Portugal und Spanien zurückzuführen, die einen Rückgang der beschlagnahmten Mengen meldeten⁽⁷⁴⁾, wobei unklar ist, inwiefern dies mit Änderungen bei den Handelsrouten oder -praktiken oder mit einer Prioritätenverschiebung bei den Strafverfolgungsmaßnahmen zusammenhängt. Spanien meldete im Jahr 2009 weiterhin sowohl die höchsten beschlagnahmten Kokainmengen als auch die meisten Sicherstellungen dieser Droge – jeweils etwa die Hälfte der beschlagnahmten Mengen bzw. der Sicherstellungen in Europa. Diese Einschätzung ist jedoch nur vorläufig, da für die Niederlande, die im Jahr 2007 (das letzte Jahr, für das Daten vorliegen) insgesamt eine beschlagnahmte Menge von 10 Tonnen Kokain gemeldet hatten, noch keine aktuellen Daten vorliegen.

Reinheit und Preis

Im Jahr 2009 lag die durchschnittliche Reinheit des getesteten Kokains in der Hälfte der Berichtsländer, die Daten vorgelegt haben, zwischen 25 % und 43 %, wobei Dänemark (nur auf Konsumentenebene, 18 %) und das Vereinigte Königreich (England und Wales, 20 %) geringere Werte meldeten, während Belgien (51 %), Spanien und die Niederlande (jeweils 49 %) höhere Werte ermittelten⁽⁷⁵⁾. Von den 22 Ländern, die ausreichende Daten für eine Analyse der Tendenzen bezüglich der Reinheit von Kokain im Zeitraum zwischen 2004 und 2009 zur Verfügung gestellt haben, meldeten 19 Länder eine rückläufige Entwicklung, zwei berichteten über eine stabile Situation (Deutschland, Slowakei), und nur Portugal verzeichnete einen Anstieg. Im

⁽⁷⁴⁾ Siehe Tabellen SZR-9 und SZR-10 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷⁵⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-3 und PPP-7 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Fünfjahreszeitraum 2004 bis 2009 ist die Reinheit von Kokain in der Europäischen Union Schätzungen zufolge um durchschnittlich 20 % gesunken ⁽⁷⁶⁾.

In den meisten Berichtsländern bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Kokain auf Konsumentenebene im Jahr 2009 zwischen 50 EUR und 80 EUR pro Gramm. Das Vereinigte Königreich meldete dabei mit 45 EUR den niedrigsten Durchschnittspreis, während Luxemburg mit 104 EUR den höchsten Preis verzeichnete. In fast allen Ländern, die ausreichende Daten für einen Vergleich übermittelt haben, wurden zwischen 2004 und 2009 stabile oder sinkende Verkaufspreise für Kokain verzeichnet. Im Fünfjahreszeitraum 2004 bis 2009 ist der Verkaufspreis von Kokain in der Europäischen Union Schätzungen zufolge um durchschnittlich 21 % gesunken ⁽⁷⁷⁾.

Prävalenz und Konsummuster

Kokainkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Kokain ist nach Cannabis die in Europa am häufigsten experimentell konsumierte Droge; der Konsum von Kokain ist jedoch auf einige wenige Länder mit hohen Prävalenzraten beschränkt, von denen einige sehr einwohnerstark sind. Schätzungen zufolge haben etwa 14,5 Millionen Europäer mindestens einmal Kokain konsumiert. Dies entspricht durchschnittlich 4,3 % der Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 9 zu entnehmen). Die nationalen Werte liegen zwischen 0,1 % und 10,2 %, wobei die Hälfte der 24 Berichtsländer, vor allem mittel- und osteuropäische Länder, niedrige Lebenszeitprävalenzraten unter allen Erwachsenen meldet (0,5 % bis 2,5 %).

Schätzungsweise haben rund 4 Millionen Europäer in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert, das entspricht durchschnittlich etwa 1,2 % der Bevölkerung. Die jüngsten nationalen Erhebungen vermelden Schätzungen für die 12-Monats-Prävalenz zwischen 0 % und 2,7 %. Die Prävalenzschätzung für den Kokainkonsum in den letzten 30 Tagen entspricht mit etwa 1,5 Millionen Konsumenten ungefähr 0,5 % der erwachsenen Bevölkerung.

Irland, Spanien, Italien, Zypern und das Vereinigte Königreich meldeten 12-Monats-Prävalenzraten des Kokainkonsums, die über dem europäischen Durchschnitt liegen. In all diesen Ländern lassen die Angaben zur 12-Monats-Prävalenz darauf schließen, dass Kokain das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans ist.

Kokain: Großhandelspreise und Verkaufspreise auf Konsumentenebene

Bei den Großhandelspreisen handelt es sich im Zusammenhang mit Drogengeschäften um die Preise, die für große Mengen einer bestimmten Substanz gezahlt werden, die dann innerhalb des jeweiligen Landes gehandelt werden; die Verkaufspreise auf Konsumentenebene sind die Preise, die der Drogenkonsument an den Dealer zahlt. Durch einen Vergleich dieser beiden Preise können Schätzungen bezüglich der maximalen Gewinnspannen der Drogenhändler auf dem Konsumentenmarkt angestellt werden.

Die jüngsten, von der EBDD in 14 europäischen Ländern erhobenen Daten lassen darauf schließen, dass der Großhandelspreis für ein Kilogramm Heroin im Jahr 2008 bei schätzungsweise 31 000 EUR bis 58 000 EUR lag; die meisten Länder gaben Preise um die 35 000 EUR an. Sofern diesbezügliche Daten vorgelegt wurden, belief sich die durchschnittliche Reinheit solcher Lieferungen auf nahezu 70 %.

Im Jahr 2008 schwankten die Konsumentenpreise für umgerechnet ein Kilogramm Kokain in diesen Ländern zwischen 50 000 EUR und 80 000 EUR und lagen damit um 25 % bis 83 % höher als die entsprechenden Großhandelspreise. Die Reinheit nahm mit dem Übergang vom Großhandels- auf den Konsumentenmarkt ab und betrug den Berichten zufolge je nach Land durchschnittlich nur noch 13 % bis 60 %. Um die an die Reinheit gebundenen Preisunterschiede auf Großhandels- und Konsumentenebene jedoch genauer schätzen zu können, sind zusätzliche Daten erforderlich.

Ein Überblick über die Methoden und die Verfügbarkeit von Daten ist einem 2011 veröffentlichten Bericht der EBDD über eine Pilotstudie zu den Drogenpreisen im Großhandel zu entnehmen.

Kokainkonsum unter jungen Erwachsenen

In Europa haben schätzungsweise 8 Millionen junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre), das entspricht durchschnittlich 5,9 %, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert, wobei die nationalen Werte von 0,1 % bis 13,6 % reichen. In dieser Altersgruppe beträgt der 12-Monats-Konsum von Kokain im europäischen Durchschnitt schätzungsweise 2,1 % (rund 3 Millionen) und der Konsum in den letzten 30 Tagen 0,8 % (1 Million).

⁽⁷⁶⁾ Siehe Abbildung PPP-2 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷⁷⁾ Siehe Abbildung PPP-1 im Statistical Bulletin 2011.

Tabelle 9: Prävalenz des Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate	Letzte 30 Tage
15-64 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	14,5 Millionen	4 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Spanne	0,1-10,2 %	0,0-2,7 %	0,0-1,3 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Malta (0,4 %) Litauen (0,5 %) Griechenland (0,7 %)	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Ungarn, Polen, Litauen (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumänien, Griechenland (0,0 %) Tschechische Republik, Malta, Schweden, Polen, Litauen, Estland, Finnland (0,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Spanien (10,2 %) Vereinigtes Königreich (8,8 %) Italien (7,0 %) Irland (5,3 %)	Spanien (2,7 %) Vereinigtes Königreich (2,5 %) Italien (2,1 %) Irland (1,7 %)	Spanien (1,3 %) Vereinigtes Königreich (1,1 %) Zypern, Italien (0,7 %) Österreich (0,6 %)
15-34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	8 Millionen	3 Millionen	1 Million
Europäischer Durchschnitt	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Spanne	0,1-13,6 %	0,1-4,8 %	0,0-2,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Litauen (0,7 %) Malta (0,9 %) Griechenland (1,0 %)	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Polen, Litauen (0,3 %) Ungarn (0,4 %)	Rumänien (0,0 %) Griechenland, Polen, Litauen, Norwegen (0,1 %) Tschechische Republik, Ungarn, Estland (0,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Spanien (13,6 %) Vereinigtes Königreich (13,4 %) Dänemark (8,9 %) Irland (8,2 %)	Vereinigtes Königreich (4,8 %) Spanien (4,4 %) Irland (3,1 %) Italien (2,9 %)	Vereinigtes Königreich (2,1 %) Spanien (2,0 %) Zypern (1,3 %) Italien (1,1 %)

Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (336 Millionen), 15 bis 34 Jahre (132 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (63 Millionen). Die europäischen Schätzungen basieren auf Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2009/2010 (insbesondere im Zeitraum 2004 bis 2008) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt General population surveys (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2011 verfügbar.

Besonders hoch ist der Konsum unter jungen Männern (15 bis 34 Jahre). Hier wurden in Dänemark, Spanien, Irland, Italien und dem Vereinigten Königreich 12-Monats-Prävalenzraten zwischen 4 % und 6,7 % ermittelt ⁽⁷⁸⁾. In 13 der Berichtsländer lag bei der 12-Monats-Prävalenz das Verhältnis zwischen Männern und Frauen unter jungen Erwachsenen bei mindestens 2:1 ⁽⁷⁹⁾.

Internationale Vergleiche

Insgesamt ist die geschätzte 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen in der Europäischen Union mit 2,1 % niedriger als in den entsprechenden Altersgruppen in Australien (3,4 % bei den 14- bis 39-Jährigen), Kanada (3,3 %) und den Vereinigten Staaten (4,1 % bei den 16- bis 34-Jährigen).

Spanien (4,4 %) und das Vereinigte Königreich (4,8 %) melden jedoch höhere Werte (Abbildung 9). Geringe Abweichungen zwischen den Ländern sollten mit Bedacht interpretiert werden.

Kokainkonsum unter Schülern

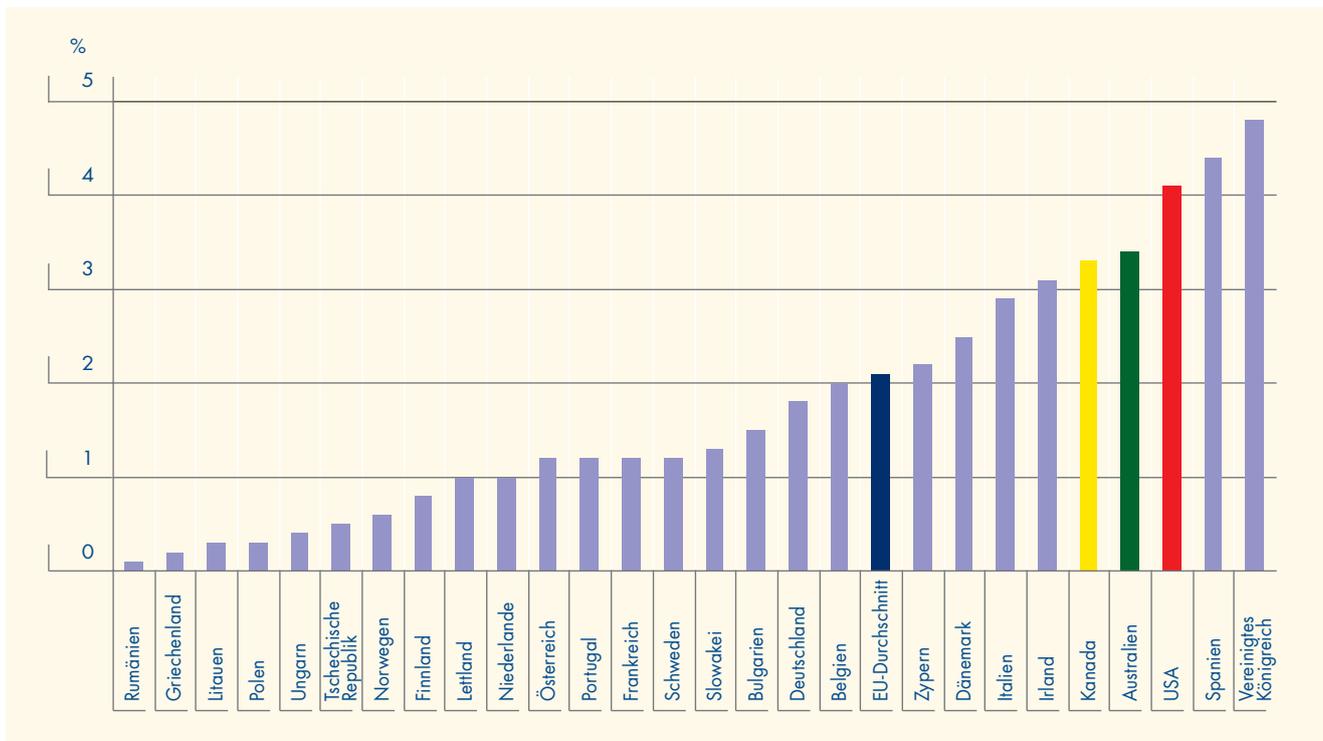
Jüngsten Umfragen zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in über der Hälfte der 29 Berichtsländer zwischen 1 % und 2 %. In den meisten der übrigen Länder sind Prävalenzraten zwischen 3 % und 4 % zu verzeichnen, während Frankreich und das Vereinigte Königreich 5 % melden. Unter den älteren Schülern (17 bis 18 Jahre) ist die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums in der Regel höher und erreicht in Spanien bis zu 8 % ⁽⁸⁰⁾.

⁽⁷⁸⁾ Siehe Abbildung GPS-13 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁷⁹⁾ Siehe Tabelle GPS-5 (Teil iii und Teil iv) im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸⁰⁾ Siehe Tabellen EYE-10 bis EYE-30 im Statistical Bulletin 2011.

Abbildung 9: 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) in Europa, Australien, Kanada und den USA



Anmerkung: Die Daten stammen aus der letzten verfügbaren Erhebung für die einzelnen Länder. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als Durchschnitt der nationalen Prävalenzraten berechnet, gewichtet nach der Bevölkerung der einzelnen Länder im Alter von 15 bis 34 Jahren (2007, Eurostat-Daten). Die Daten für die USA und Australien wurden anhand der ursprünglichen Erhebungsergebnisse für die Altersgruppen der 15- bis 34-Jährigen bzw. der 14- bis 39-Jährigen neu berechnet. Die Daten für Australien beziehen sich auf das Jahr 2007, die Daten für Kanada und die USA stammen aus dem Jahr 2009. Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-20 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

Tendenzen beim Kokainkonsum

Bei den Tendenzen des Kokainkonsums in Europa sind verschiedene Muster auszumachen. In den zwei Ländern mit den höchsten Prävalenzraten des Kokainkonsums (Spanien und Vereinigtes Königreich) nahm der Konsum dieser Droge in den späten 90er-Jahren drastisch zu. Anschließend stabilisierten sich die Prävalenzraten, wobei aber weiterhin insgesamt ein Aufwärtstrend zu beobachten war. Vier weitere Länder (Dänemark, Irland, Italien und Zypern) verzeichneten einen weniger ausgeprägten Anstieg der Prävalenz, der etwas später einsetzte. All diese Länder meldeten bei der 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren) Werte, die über dem EU-Durchschnitt (2,1 %) lagen (Abbildung 9). Vier dieser sechs Länder berichteten für die letzten zehn Jahre von einem allgemeinen Anstieg, obgleich in den jüngsten Erhebungen (Dänemark, Spanien, Italien, Vereinigtes Königreich) ein Rückgang zu verzeichnen war, der auch die in Kanada und den Vereinigten Staaten beobachtete Entwicklung widerspiegelt (Abbildung 10). Die übrigen

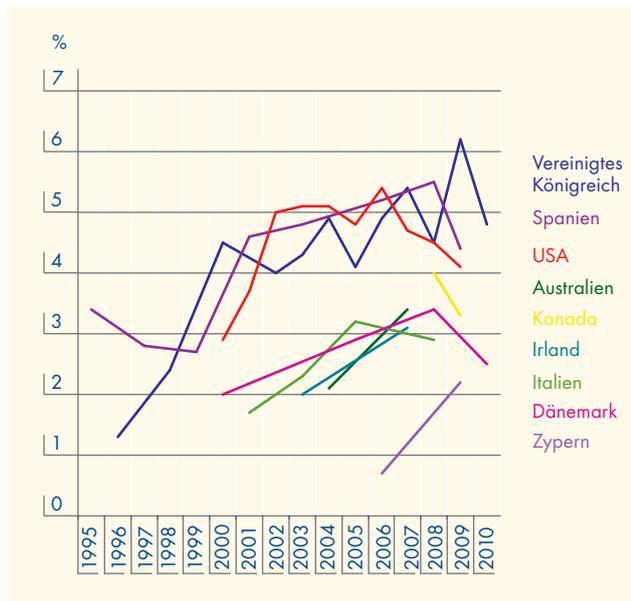
beiden Länder meldeten in ihren jüngsten Erhebungen eine Zunahme des Konsums: in Irland von 2,0 % im Jahr 2003 auf 3,1 % im Jahr 2007 und in Zypern von 0,7 % im Jahr 2006 auf 2,2 % im Jahr 2009.

In 17 weiteren Ländern, die wiederholt Umfragen durchgeführt haben, ist die Prävalenz des Kokainkonsums relativ gering und in den meisten Fällen stabil. Mögliche Ausnahmen sind Bulgarien und Schweden, die Anzeichen für eine Zunahme meldeten, und Norwegen, wo die Entwicklung rückläufig zu sein scheint. Geringfügige Änderungen bei niedrigen Prävalenzraten sollten jedoch mit Bedacht interpretiert werden. In Bulgarien stieg die 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen von 0,7 % im Jahr 2005 auf 1,5 % im Jahr 2008; in Schweden war eine Entwicklung von 0 % im Jahr 2000 auf 1,2 % im Jahr 2008 zu beobachten⁽⁸¹⁾. Norwegen hingegen meldete für den Zeitraum 2004 bis 2009 einen Rückgang von 1,8 % auf 0,8 %.

Von den vier Ländern, die in den Jahren 2009 und 2010 eigene nationale Schulumfragen durchgeführt haben (Italien, Schweden, Slowakei, Vereinigtes Königreich),

⁽⁸¹⁾ Siehe Abbildung GPS-14 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011.

Abbildung 10: 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) in den sechs EU-Mitgliedstaaten mit den höchsten Angaben, Australien, Kanada und den USA



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-14 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

meldete lediglich die Slowakei eine Veränderung (Rückgang) von mehr als einem Prozentpunkt bei der Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern. Eine kürzlich unter älteren Schülern in Deutschland durchgeführte Umfrage hat ergeben, dass in Frankfurt der Anteil der Schüler zwischen 15 und 18 Jahren, die angaben, bereits einmal Kokain konsumiert zu haben, im Jahr 2008 leicht auf 6 % gestiegen und im Folgejahr dann wieder auf 3 % gefallen ist.

Zielgerichtete Erhebungen können einen wertvollen Einblick in das Konsumverhalten junger Menschen auf Tanzveranstaltungen oder in anderen Freizeitmilieus geben. Während bei solchen Erhebungen für Kokain in der Regel relativ hohe Prävalenzraten gemeldet werden, zeigten die jüngsten Studien in einigen europäischen Ländern eine rückläufige Entwicklung. Eine unter den Besuchern von Coffee-Shops in Amsterdam durchgeführte Umfrage beispielsweise ergab bei der Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums einen deutlichen Rückgang: Lagen die Werte im Jahr 2001 noch bei 52 %, wurde im Jahr 2009 nur noch ein Wert von 34 % gemeldet. Darüber hinaus nahm über diesen Zeitraum auch die 30-Tage-Prävalenz von 19 % auf

5 % ab ⁽⁸²⁾. In den Niederlanden zeigten qualitative Trendberechnungen außerdem, dass die 20- bis 24-Jährigen heute weniger Interesse an Kokain zeigen als frühere Generationen dieser Altersgruppe. Eine belgische Studie, die seit 2003 regelmäßig in der Nachtclubszene durchgeführt wird, zeigte für Kokain im Zeitraum 2003 bis 2007 einen Anstieg der 12-Monats-Prävalenz von 11 % auf 17 %; in der Studie aus dem Jahr 2009 wurde hingegen ein Rückgang auf 13 % verzeichnet. Ähnliche Studien in der Tschechischen Republik ergaben einen Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums von 19 % im Jahr 2007 auf 23 % im Jahr 2009. Diese Ergebnisse müssen jedoch durch weitere Daten gestützt werden.

Muster des Kokainkonsums

Verschiedene Umfragen zeigen, dass in Freizeitmilieus der Kokainkonsum eng mit dem Konsum von Alkohol verbunden ist. Die Daten aus den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung in neun Ländern lassen auch darauf schließen, dass die Prävalenz des Kokainkonsums unter Alkoholkonsumenten mit einem hohen episodischen Konsum („Rauschtrinken“) ⁽⁸³⁾ zwischen zwei- und neunmal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (EBDD, 2009b). Umfragen haben außerdem ergeben, dass der Kokainkonsum mit dem Konsum anderer illegaler Drogen in Verbindung gebracht werden kann. Eine Analyse der Daten der British Crime Survey von 2009/2010 beispielsweise ergab, dass 89 % der Erwachsenen (16-59 Jahre), die in den zwölf Monaten vor der Umfrage Kokainpulver konsumiert hatten, ebenfalls andere illegale Drogen konsumiert hatten; bei den Cannabiskonsumenten lag dieser Anteil nur bei 42 % (Hoare und Moon, 2010).

In einigen europäischen Ländern wird Kokain von einer beträchtlichen Anzahl an Personen auf experimenteller Basis oder nur ein- oder zweimal konsumiert (Van der Poel et al., 2009). Unter den regelmäßigen Kokainkonsumenten können zwei große Gruppen unterschieden werden. Zu der ersten Gruppe zählen sozial stärker integrierte Konsumenten, die Kokain vorzugsweise am Wochenende, auf Partys oder zu anderen besonderen Gelegenheiten bisweilen in großen Mengen konsumieren. Viele dieser Konsumenten geben an, ihren Kokainkonsum zu kontrollieren, indem sie sich selbst Regeln setzen, beispielsweise im Hinblick auf die Menge, Häufigkeit oder Begleitumstände des Konsums (Reynaud-Maurupt und Hoareau, 2010). Einige dieser Konsumenten leiden an gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Kokainkonsum, oder

⁽⁸²⁾ Es sei darauf hingewiesen, dass die Entwicklungstrends in Amsterdam nicht auf die gesamten Niederlande übertragen werden können.

⁽⁸³⁾ Unter einem hohen episodischen Alkoholkonsum, auch bekannt als „Rauschtrinken“ oder „Komasaufen“, ist der Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken zu einer bestimmten Gelegenheit mindestens einmal pro Woche in den vergangenen zwölf Monaten zu verstehen.

sie entwickeln zwanghafte Konsummuster, die eine Behandlung unabdingbar machen. Studien lassen jedoch darauf schließen, dass ein beträchtlicher Anteil jener, die an kokainbedingten Störungen leiden, diese unter Umständen auch ohne formale Behandlung überwinden kann (Cunningham, 2000; Toneatto et al., 1999).

Die zweite Gruppe umfasst intensive Kokain- und Crackkonsumenten, die eher marginalisierten und sozial benachteiligten Gruppen angehören, sowie aktuelle und ehemalige Opioidkonsumenten, die Crack konsumieren oder Kokain injizieren (Prinzleve et al., 2004).

Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums

Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Folgen des Kokainkonsums unterschätzt werden. Dies kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass die infolge eines langfristigen Kokainkonsums auftretenden Erkrankungen häufig unspezifischer oder chronischer Natur sind (siehe Kapitel 7). Regelmäßiger Kokainkonsum, einschließlich Schnupfen der Droge, kann mit kardiovaskulären, neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie mit einem erhöhten Risiko von Unfällen und der Übertragung von Infektionskrankheiten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr in Verbindung gebracht werden (Brugal et al., 2009). Auch gibt es zunehmend Anzeichen dafür (Caiaffa et al., 2011), dass auch die gemeinsame Nutzung von Strohhalmern zum Schnupfen von Kokain möglicherweise ein erhöhtes Risiko birgt (Aaron et al., 2008). Studien in Ländern mit hohen Konsumvolumina haben ergeben, dass ein beträchtlicher Anteil der Herzprobleme bei jungen Menschen mit dem Konsum von Kokain in Verbindung gebracht werden kann (Qureshi et al., 2001). In Spanien beispielsweise scheint der Kokainkonsum auch mit einer hohen Anzahl von drogenbedingten Notfällen in Krankenhäusern in Zusammenhang zu stehen: Eine jüngst in Spanien durchgeführte Umfrage hat ergeben, dass 3 % der plötzlichen Todesfälle auf den Konsum von Kokain zurückzuführen sind (Lucena et al., 2010). In Dänemark wurde im Zusammenhang mit dem steigenden Kokainkonsum ebenfalls ein Anstieg der kokainbedingten Notfälle verzeichnet: Im Jahr 1999 wurden 50 solcher Notfälle in ein Krankenhaus eingeliefert, im Jahr 2009 waren es fast 150.

Die größten Gesundheitsrisiken für Kokainkonsumenten werden mit dem injizierenden Kokainkonsum und dem Konsum von Crack in Verbindung gebracht (einschließlich kardiovaskulärer und psychischer Erkrankungen). Diese Erkrankungen werden in der Regel durch soziale

Kokain und Alkohol

Kokainkonsumenten trinken in der Regel auch Alkohol. Demografische Erhebungen zeigen, dass der Kokain- und Alkoholkonsum, insbesondere in Form des „Rauschtrinkens“, oft miteinander verknüpft sind. Aus zwei Studien ging hervor, dass mehr als die Hälfte der kokainabhängigen Patienten in Behandlung auch eine Alkoholabhängigkeit aufwies.

Die weite Verbreitung dieser Konsumverhaltensmuster kann teilweise auf das Umfeld – beide Substanzen sind eng mit der Nachtclub- und Partyszene verknüpft –, teilweise aber auch auf pharmakologische Faktoren zurückgeführt werden. Der durch den parallelen Konsum dieser beiden Substanzen erreichte Rauschzustand wird als stärker wahrgenommen als bei dem Konsum von nur einer dieser Substanzen. Darüber hinaus kann Kokain die Wirkung von Alkohol herabsetzen und sogar einigen der im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum auftretenden Verhaltensstörungen und psychomotorischen Defekten entgegenwirken. Alkohol wird häufig konsumiert, um das Unwohlsein bei einem nachlassenden Kokainrausch zu mindern. Dabei kann die Kombination beider Substanzen zu einem erhöhten Konsum führen.

Mit einem gleichzeitigen Konsum von Alkohol und Kokain einhergehende Risiken und toxische Reaktionen, darunter eine Erhöhung der Herzfrequenz und des systolischen Blutdrucks, was wiederum zu kardiovaskulären Komplikationen führen kann, sowie eine Beeinträchtigung der kognitiven und motorischen Fähigkeiten, sind ausreichend dokumentiert. Retrospektive Studien weisen jedoch darauf hin, dass ein kombinierter Konsum entgegen der Erwartungen kein höheres Risiko für kardiovaskuläre Probleme birgt (Pennings et al., 2002). Darüber hinaus führt der kombinierte Konsum dazu, dass in der Leber eine neue Substanz, nämlich der Metabolit Cocaethylen, gebildet wird. Es wird eine anhaltende Debatte darüber geführt, ob Cocaethylen zu einer erhöhten Herzfrequenz und Kardiotoxizität führt.

Weitere Informationen sind dem EBDD-Bericht 2007a zu entnehmen.

Ausgrenzung und durch die mit dem injizierenden Drogenkonsum verbundenen Risiken, einschließlich der Übertragung von Infektionskrankheiten und Überdosierungen, verschärft (EBDD, 2007a).

Problematischer Kokainkonsum und Behandlungsnachfrage

Regelmäßige Kokainkonsumenten, Konsumenten, die Kokain über einen langen Zeitraum konsumieren, und Konsumenten, die Kokain injizieren, werden von der EBDD als problematische Kokainkonsumenten eingestuft. Schätzungen bezüglich der Höhe des betreffenden Bevölkerungsanteils bieten eine annähernde Zahl der Personen, die möglicherweise einer Behandlung bedürfen. Problematische Kokainkonsumenten, die sozial stärker integriert sind, sind in diesen Schätzungen in der Regel unterrepräsentiert.

Nationale Schätzungen bezüglich problematischer Kokainkonsumenten sind lediglich für Italien verfügbar, wo die Zahl dieser Konsumenten im Jahr 2009 auf rund 178 000 (4,3 bis 4,7 Fälle je 1 000 Angehörige der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen) geschätzt wurde⁽⁸⁴⁾. Trenddaten zum problematischen Kokainkonsum und weitere Datenquellen (z. B. Daten zu Behandlungsaufnahmen) lassen eine schrittweise Zunahme des problematischen Kokainkonsums in Italien vermuten.

Der Crackkonsum, ein größtenteils urbanes Phänomen, ist bei den sozial integrierten Kokainkonsumenten wenig verbreitet und beschränkt sich in erster Linie auf marginalisierte und benachteiligte Gruppen wie Prostituierte und problematische Opioidkonsumenten (Prinzleve et al., 2004; Connolly et al., 2008). In London wird der Crackkonsum als eine der Hauptkomponenten des dortigen Drogenproblems ausgemacht. Regionale Schätzungen zum Crackkonsum liegen nur für England (Vereinigtes Königreich) vor: Dort gab es in den Jahren 2008 und 2009 schätzungsweise 189 000 problematische Crackkonsumenten, also 5,5 (5,4 bis 5,8) Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Mehrheit dieser Crackkonsumenten konsumiert den Angaben zufolge auch Opiode.

Behandlungsnachfrage

Daten bezüglich der Zahl und der Eigenschaften von Kokainkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, könnten weitere Einblicke in den problematischen Kokainkonsum bieten. Fast alle Kokainpatienten werden von ambulanten Einrichtungen gemeldet, wobei einige Kokainkonsumenten auch in Privatkliniken behandelt werden könnten, zu denen jedoch keine Daten vorliegen. Viele problematische Kokainkonsumenten bemühen sich jedoch nicht um eine Behandlung (Escot und Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt und Hoareau, 2010).

Im Jahr 2009 wurde von 17 % aller Patienten Kokain, vor allem Kokainpulver, als Hauptgrund für die Aufnahme einer Drogenbehandlung genannt. Unter den Erstpatienten ist der Anteil der Drogenkonsumenten, die Kokain als Primärdroge angeben, höher (23 %).

Hinsichtlich des Anteils und der Zahl der primären Kokainpatienten gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern: Die höchsten Anteile der Kokainkonsumenten werden aus Spanien (46 %), den Niederlanden (31 %) und Italien (28 %) gemeldet. In Belgien, Irland, Zypern und dem Vereinigten Königreich beläuft sich der Anteil der Kokainpatienten auf 11 % bis 15 % aller Drogenpatienten. In den übrigen europäischen Ländern geben höchstens 10 % der sich in Drogenbehandlung befindlichen Patienten Kokain als Primärdroge an, wobei dieser Anteil in sechs Ländern unter 1 % liegt⁽⁸⁵⁾. Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich meldeten zusammen rund 58 000 der insgesamt von 26 europäischen Berichtsländern angegebenen 72 000 Kokainpatienten.

Die Zahl der Patienten, die sich wegen des Konsums von Kokain in Behandlung begeben, steigt in Europa seit mehreren Jahren an. Anhand der Daten aus 17 Ländern, die für den Zeitraum 2004 bis 2009 Daten vorgelegt haben, ist ein Anstieg der Zahl der Kokainpatienten von 38 000 im Jahr 2004 auf rund 55 000 im Jahr 2009 zu verzeichnen. Bei den Kokainkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben, stieg die Zahl in diesem Zeitraum von etwa 21 000 um rund ein Drittel auf 27 000 Patienten (anhand der Daten aus 18 Ländern).

Patientenprofile bei einer ambulanten Behandlung

Bei den Patienten, die sich wegen des Konsums von Kokain, einschließlich Kokainpulver und Crack, als Primärdroge in ambulante Behandlung begeben, sind die Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen mit rund 5:1 und das Durchschnittsalter (etwa 32 Jahre) deutlich höher als bei den meisten anderen Drogenpatienten. Das mit 35 Jahren höchste Durchschnittsalter wird aus Frankreich, Italien und den Niederlanden gemeldet. Konsumenten, die Kokain als ihre Primärdroge nennen, geben für den erstmaligen Konsum durchschnittlich ein Einstiegsalter von 22,5 Jahren an; 86 % haben die Droge erstmals in einem Alter von unter 30 Jahren konsumiert. Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem ersten Kokainkonsum und dem ersten Behandlungseintritt beträgt ca. neun Jahre. Rund ein Drittel aller Kokainkonsumenten wird aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, und die Profile dieser Konsumenten unterscheiden sich von denen in anderen Ländern, in

⁽⁸⁴⁾ Siehe Tabelle PDU-102 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Abbildung TDI-2 sowie Tabelle TDI-5 (Teil i und Teil ii) und Abbildung TDI-24 im Statistical Bulletin 2011; die Daten für Spanien beziehen sich auf das Jahr 2008.

denen sich eine hohe Anzahl an Konsumenten einer Behandlung unterzieht: Die Konsumenten im Vereinigten Königreich sind durchschnittlich jünger (31 Jahre), das Geschlechterverhältnis ist etwas ausgewogener (ca. 3:1), und die Zeitspanne zwischen dem ersten Kokainkonsum und dem ersten Behandlungseintritt ist kürzer (ca. sieben Jahre).

Die meisten Kokainkonsumenten geben an, die Droge zu schnupfen (66 %) oder zu rauchen (29 %). Der injizierende Konsum als vorrangiger Verabreichungsweg wird nur von 3 % der Patienten angegeben, und in den Jahren 2005 bis 2009 konnte ein Rückgang bei den Injektionen beobachtet werden. Knapp die Hälfte der Kokainpatienten hat die Droge in dem Monat vor Behandlungsbeginn ein- bis sechsmal pro Woche konsumiert; rund ein Viertel hat die Droge täglich konsumiert und das verbleibende Viertel hat in diesem Zeitraum Kokain nur gelegentlich oder gar nicht konsumiert⁽⁸⁶⁾. Kokain wird häufig zusammen mit anderen Drogen, insbesondere Alkohol, Cannabis, anderen Stimulanzien oder Heroin, konsumiert. Eine im Jahr 2006 durchgeführte Analyse der Behandlungsdaten aus 14 Ländern ergab, dass etwa 63 % der primären Kokainpatienten polyvalente Drogenkonsumenten waren, die Probleme mit mindestens einer weiteren Droge angaben. Die hierbei am häufigsten von den Kokainpatienten genannte Droge war Alkohol (42 %), gefolgt von Cannabis (28 %) und Heroin (16 %) (EBDD, 2009b). Kokain wird außerdem oft als Sekundärdroge genannt⁽⁸⁷⁾ und zunehmend von Konsumenten in Italien und den Niederlanden gemeldet, die Heroin als Primärdroge angeben.

Eine Analyse der Daten zu den Behandlungsaufnahmen zeigt, dass die Problematik des Crackkonsums in Europa geografisch auf wenige Länder beschränkt ist. Im Jahr 2009 begaben sich 10 540 Patienten wegen des Konsums von Crack als Primärdroge in ambulante Behandlung; das entspricht 16 % aller Kokainpatienten und 3 % aller ambulant behandelten Drogenpatienten. Die meisten Crackpatienten (etwa 7 500) werden aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, wo sie 40 % der in Behandlung befindlichen Kokainpatienten bzw. 6 % aller Drogenpatienten in ambulanten Behandlungseinrichtungen ausmachen. Die Niederlande meldeten 1 231 Crackpatienten, was 38 % der Kokainpatienten im Land und 12 % aller Drogenpatienten entspricht⁽⁸⁸⁾. Patienten, die Crack als Primärdroge angeben, konsumieren häufig auch Heroin. Im Vereinigten Königreich beispielsweise gaben rund 31 % der primären

Crackkonsumenten Heroin als Sekundärdroge an, die Tendenz ist steigend.

Behandlung und Schadensminimierung

In der Vergangenheit konzentrierte sich die Behandlung von Drogenproblemen in Europa vorrangig auf den Opioidkonsum. Durch die zunehmende Berücksichtigung der schädlichen Auswirkungen des Kokain- und Crackkonsums im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist die Behandlung der Probleme im Zusammenhang mit diesen Drogen in vielen Ländern stärker in den Blickpunkt gerückt. Obgleich die Behandlung einer Kokainabhängigkeit in erster Linie in spezialisierten ambulanten Einrichtungen angeboten wird, stehen den Kokainkonsumenten in Dänemark, Irland, Italien, Österreich und dem Vereinigten Königreich auch andere spezialisierte Dienste zur Verfügung. Darüber hinaus werden dort in geringem Maße auch Kokainbehandlungen in Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung angeboten. Aktuell haben nur Deutschland und das Vereinigte Königreich Leitlinien für die Behandlung von kokaininduzierten Problemen verabschiedet.

Zu den primären Behandlungsmöglichkeiten einer Kokainabhängigkeit zählen psychosoziale Maßnahmen, darunter die motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapien, verhaltensgesteuertes Training zur Selbstkontrolle sowie Maßnahmen zur Rückfallprävention und Beratung. Selbsthilfegruppen wie Cocaine Anonymous können in der Therapie von Personen mit Kokainproblemen ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Formale Behandlungsmöglichkeiten könnten mit der Unterstützung, die solche Gruppen bieten, kombiniert werden.

Studien über die Behandlung einer Kokainabhängigkeit

In Deutschland haben Koerkel und Verthein (2010) die Auswirkungen eines verhaltensbezogenen Trainings zur Selbstkontrolle auf die Verringerung des Heroin- und Kokainkonsums bei Drogensüchtigen untersucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass ein solches Training den Teilnehmern dabei geholfen hat, den Konsum beider Substanzen zu verringern und unterhalb selbstgesetzter Grenzen zu halten. Schwerpunkt zweier vor Kurzem durchgeführter Studien war die Untersuchung der Wirksamkeit von Drogenbehandlungsprogrammen in England. Die „Drug Treatment Outcomes Research Study“ (Studie zur Untersuchung der Ergebnisse von Drogenbehandlungen, DTORS) (Jones, A., et al., 2009) ergab, dass mehr als die Hälfte der Kokainkonsumenten

⁽⁸⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-18 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-22 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁸⁸⁾ Siehe Tabelle TDI-115 im Statistical Bulletin 2011.

den Konsum der Droge innerhalb von drei bis fünf Monaten nach Behandlungsbeginn eingestellt hat. Nach einem Jahr in Behandlung konsumierten 60 % der Patienten die Droge nicht mehr. Ähnliche Ergebnisse wurden bei Crackkonsumenten gemeldet, die sich in zwölf kommunalen Einrichtungen in London einer Behandlung unterzogen (Marsden und Stillwell, 2010).

Gegenwärtig werden zahlreiche randomisierte Studien durchgeführt, in denen neue Arzneimittel zur Behandlung einer Kokainabhängigkeit getestet werden. Die Tests mit zwei Substanzen haben bisher vielversprechende Ergebnisse hervorgebracht. Disulfiram, eine Substanz, die den Alkoholstoffwechsel beeinflusst, hat bei der Behandlung einer Kokainabhängigkeit bereits gute Resultate gezeigt (Pani et al., 2010a) und wird nun im Rahmen einer brasilianischen Studie in Kombination mit einer kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Crackkonsumenten getestet. Vigabatrin, ein Mittel gegen Epilepsie, wurde an 103 mexikanischen Haftinsassen getestet, die auf Bewährung entlassen wurden, und hat nach kurzer Zeit bei ersten Nachuntersuchungen bereits positive Ergebnisse gezeigt. Derzeit wird das Mittel an 200 Patienten in den Vereinigten Staaten getestet. In den Niederlanden wird aktuell ein neuer Behandlungsansatz unter Verwendung von Rimonabant, einem selektiven Cannabinoid-Antagonisten, der früher als Appetitzügler zur Behandlung von Übergewicht eingesetzt wurde, getestet. Darüber hinaus werden im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie, die kürzlich in den Niederlanden angemeldet wurde, verschiedene pharmakotherapeutische Mittel (Topiramate, Dexamphetamin und Modafinil) miteinander verglichen und hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit in der Behandlung einer Crackabhängigkeit untersucht (Hicks et al., 2011).

Eine Reihe weiterer Studien hat zu kaum nennenswerten oder bedeutungslosen Ergebnissen hinsichtlich der Behandlung einer Kokainabhängigkeit geführt. Modafinil, ein Stimulans, das auf das zentrale Nervensystem wirkt, hat hinsichtlich des Kokainkonsums keine besseren Ergebnisse erbracht als das zum Vergleich verabreichte Placebo (Anderson et al., 2009). Sowohl Naltrexon (ein Opioid-Antagonist) als auch Vareniclin (ein Mittel zur Raucherentwöhnung) wurden an Patienten mit mehreren Abhängigkeiten (Kokain und Alkohol bzw. Tabak) getestet; beide zeigten jedoch keine bessere Wirkung als das Placebo. Memantin (ein Alzheimermedikament) wurde in Kombination mit Anreizen wie Gutscheinen getestet, zeigte hinsichtlich einer Reduzierung des Kokainkonsums jedoch ebenfalls keine bessere Wirkung als das Placebo.

Das Kontingenzmanagement hat sich unabhängig von der ethnischen Herkunft als wirksam erwiesen (Barry et al., 2009) und scheint in Kombination mit der Rückfallprävention eine erfolgreiche Strategie zu sein (McKay et al., 2010). Im Rahmen einer spanischen Studie wurde ermittelt, dass die Verwendung von Gutscheinen als Anreiz in Kombination mit dem „Community Reinforcement Approach“ (Gemeindenaher Verstärkeransatz, CRA) die Abstinenz bei den kokainabhängigen Konsumenten fördert (Garcia-Rodriguez et al., 2009). In einer weiteren Studie hingegen erbrachte der Einsatz von Gutscheinen nur schwache Ergebnisse hinsichtlich einer längerfristigen Abstinenz (Carpenedo et al., 2010).

Weitere erfolgreiche Maßnahmen umfassen eine beschäftigungsgestützte Verstärkung der Kokainabstinenz, wobei die Patienten über einen Zeitraum von sechs Monaten an Weiterbildungsmaßnahmen zum Aufbau ihrer beruflichen Qualifikationen teilnehmen und anschließend ein Jahr in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen werden – unter der Voraussetzung, dass sie jederzeit ohne Vorankündigung auf Kokainkonsum getestet werden können. Weitere getestete Methoden, die die Konsumenten dabei unterstützen sollen, von den Drogen loszukommen, umfassen Achtsamkeitstraining und integrative Meditationsübungen. In den Niederlanden werden aktuell Tests zur Verringerung des Verlangens mittels transkranieller Magnetstimulation (TMS) durchgeführt, einer Technik, die bereits zur Behandlung neurologischer und psychiatrischer Störungen eingesetzt wird.

Es wird weiterhin nach einem Wirkstoff für eine Kokainimpfung geforscht. Eine in den Vereinigten Staaten durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie (Martell et al., 2009) hat ein Derivat von Kokain mit einem Cholera-B-Protein kombiniert, die erzielten Ergebnisse waren jedoch nicht aussagekräftig genug, um die geplante Durchführung weiterer Feldstudien in Spanien und Italien zu rechtfertigen. Die US-amerikanische Forschungsgruppe sucht jetzt nach 300 Patienten, an denen eine modifizierte Version des Impfstoffs getestet werden kann; die Ergebnisse werden für das Jahr 2014 erwartet (Whitten, 2010). Im Rahmen einer anderen Studie wird ein Impfstoff unter Verwendung eines verbreiteten Erkältungsvirus als Trägerstoff entwickelt, der die Bildung von Antikörpern anregen soll. Allerdings wurde das Mittel bisher noch nicht an Menschen getestet.

Schadensminimierung

Der Konsum von Kokain und Crack ist bei den Maßnahmen zur Schadensminimierung ein relativ neuer Schwerpunktbereich und erfordert das Überdenken

herkömmlicher Strategien. In den meisten Mitgliedstaaten werden für injizierende Kokainkonsumenten dieselben Leistungen und Einrichtungen angeboten wie für Opioidkonsumenten. Mit dem injizierenden Kokainkonsum sind jedoch spezifische Risiken verbunden. Die Droge wird bei dieser Verabreichungsart potenziell häufiger konsumiert, oder die Konsumenten zeigen ein chaotisches Injektionsverhalten und eine höhere sexuelle Risikobereitschaft. Die Empfehlungen für einen sichereren Konsum sollten auf die Bedürfnisse dieser Gruppe zugeschnitten werden. Aufgrund der potenziellen Häufigkeit des injizierenden Konsums sollte die Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck für die injizierenden Konsumenten nicht beschränkt werden, sondern vielmehr anhand einer lokalen Bewertung der Kokainkonsummuster und der sozialen Situation der injizierenden Konsumenten erfolgen (Des Jarlais et al., 2009).

In Europa stehen für Konsumenten, die Crack rauchen, nur wenige spezifische Programme zur Schadensminimierung zur Verfügung. Obwohl solche Maßnahmen kontrovers

diskutiert werden und ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung des Risikos einer Infektion mit durch Blut übertragbaren Viren noch weiter untersucht werden muss, könnten sie dazu beitragen, das von den Konsumenten selbst gemeldete Risikoverhalten bei einem injizierenden Konsum und die gemeinsame Nutzung von Crackpfeifen zu verringern (Leonard et al., 2008). In drei Ländern (Deutschland, Spanien, Niederlande) bieten Drogenkonsumeinrichtungen die Möglichkeit zum Inhalieren verschiedener Drogen, einschließlich Kokain. Berichten zufolge geben einige niedrigschwellige Dienste in Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, den Niederlanden und Spanien vereinzelt hygienische Inhalationsgeräte, darunter auch saubere Crackpfeifen oder „Crack-Kits“ (Glaszylinder mit Mundstück, Metallschutz, Lippenbalsam und Handreinigungstücher) an Crack rauchende Drogenkonsumenten aus. Darüber hinaus stellen einige niedrigschwellige Dienste in sieben Mitgliedstaaten den Heroin- und Crackkonsumenten, die die Drogen rauchen, auch entsprechende Folien zur Verfügung.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 6

Opioidekonsum und injizierender Drogenkonsum

Einleitung

Seit den 70er-Jahren wird der Heroinkonsum, insbesondere der injizierende Konsum, in Europa in engem Zusammenhang mit den Problemen im sozialen Bereich und im Bereich der öffentlichen Gesundheit betrachtet. Noch heute ist die drogenbedingte Morbidität und Mortalität in der Europäischen Union größtenteils auf den Konsum dieser Droge zurückzuführen. Nach zwei Jahrzehnten, in denen die heroinduzierten Probleme in Europa stetig zugenommen haben, war in den späten 90er-Jahren sowie in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends ein Rückgang des Heroinkonsums und der damit verbundenen Probleme zu beobachten. Seit 2003/2004 jedoch ist diese rückläufige Entwicklung weniger deutlich, und die Indikatoren deuten eher auf eine stabile oder durchwachsene Situation hin. Darüber hinaus zeigen Berichte über den Konsum synthetischer Opioide wie Fentanyl und den injizierenden Konsum von Stimulanzien wie Kokain oder Amphetaminen, wie vielfältig der problematische Drogenkonsum in Europa ist.

Angebot und Verfügbarkeit

Auf dem illegalen Drogenmarkt Europas wird importiertes Heroin traditionell in zwei Formen angeboten: als das allgemein verfügbare braune Heroin (Heroinbase), das vor allem aus Afghanistan eingeführt wird, und als weißes Heroin (in Salzform), das in der Regel aus Südostasien stammt, wobei dieses weniger stark verbreitet ist. In einigen nordeuropäischen Ländern (z. B. Estland, Finnland, Norwegen) sind Fentanyl, ein synthetisches Opioid, sowie analoge Substanzen weit verbreitet. Darüber hinaus werden Opioide auch innerhalb Europas produziert, vor allem Produkte aus selbstangebautem Mohn (z. B. Mohnstroh, Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten), die in einigen osteuropäischen Ländern (Lettland, Litauen und Polen) hergestellt werden.

Herstellung und Handel

Das in Europa konsumierte Heroin stammt vor allem aus Afghanistan, auf das der größte Teil des weltweit

hergestellten illegalen Opiums entfällt. Darüber hinaus wird die Droge in Myanmar hergestellt, das vor allem die Märkte in Ost- und Südostasien, Pakistan und Laos beliefert, gefolgt von Mexiko und Kolumbien, die als die wichtigsten Heroinlieferanten für die Vereinigten Staaten gelten (UNODC, 2011). Es wird davon ausgegangen, dass die weltweite Opiumherstellung seit dem im Jahr 2007 verzeichneten Rekordhoch gesunken ist. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die afghanische Produktion von 6 900 Tonnen im Jahr 2009 auf etwa 3 600 Tonnen im Jahr 2010 zurückgegangen ist.

Tabelle 10: Herstellung, Sicherstellungen, Preis und Reinheit von Heroin

Herstellung und Sicherstellungen	Heroin
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	396
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	76
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen) EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	8 (24)
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	56 000 (59 000)
Preis und Reinheit in Europa ⁽¹⁾	Heroinbase („Braunes Heroin“)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm) Spanne (Interquartilsperiode) ⁽²⁾	23-135 (37,5-67,9)
Durchschnittliche Reinheit (%) Spanne (Interquartilsperiode) ⁽²⁾	13-37 (16,8-33,2)

⁽¹⁾ Da nur einige wenige Länder Daten zum Verkaufspreis und zur Reinheit von weißem Heroin (Hydrochlorid) übermittelt haben, wurden diese Informationen in der vorliegenden Tabelle nicht berücksichtigt. Die entsprechenden Daten können den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2011 entnommen werden.

⁽²⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Daten.

Anmerkung: Daten für 2009. Lediglich die Schätzungen zur weltweiten Herstellung betreffen das Jahr 2010.

Quellen: UNODC (2011) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

Der jüngsten Schätzung zufolge belief sich das weltweite Produktionspotenzial von Heroin auf 396 Tonnen (siehe Tabelle 10), was somit im Vergleich zu einer geschätzten Menge von rund 667 Tonnen im Jahr 2009 einen Rückgang darstellt (UNODC, 2011).

Heroin wird primär über zwei verschiedene Handelswege nach Europa eingeführt. Über die historisch bedeutende Balkanroute wird in Afghanistan hergestelltes Heroin über Pakistan, Iran und die Türkei in verschiedene andere, meist west- und südeuropäische Transit- bzw. Zielländer geschmuggelt. Außerdem gelangt Heroin über die sogenannte Seidenstraße über Mittelasien nach Russland. Ein geringer Teil dieses Heroins wird anschließend über Weißrussland, Polen und die Ukraine in andere Zielländer geschmuggelt; die Lieferung in die skandinavischen Länder erfolgt dabei über Litauen (INCB, 2011a, 2010). Innerhalb der Europäischen Union spielen die Niederlande und in geringerem Maße auch Belgien eine wichtige Rolle als weitere Umschlagplätze für den Weitertransport.

Sicherstellungen

Die weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Opium blieben in den Jahren 2008 und 2009 mit 657 bzw. 653 Tonnen relativ stabil. Fast 90 % der Gesamtmenge entfielen dabei auf Iran, 5 % wurden in Afghanistan sichergestellt. Bei den weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Heroin wurde im Jahr 2009 mit 76 Tonnen eine stabile Situation verzeichnet, während bei der weltweit sichergestellten Morphinmenge ein Rückgang auf 14 Tonnen festzustellen war (UNODC, 2011).

In Europa wurden im Jahr 2009 bei schätzungsweise 59 000 Sicherstellungen 24 Tonnen Heroin beschlagnahmt, zwei Drittel (16,1 Tonnen) der Gesamtmenge wurden dabei aus der Türkei gemeldet. Die meisten Sicherstellungen wurden nach wie vor aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, gefolgt von Spanien⁽⁸⁹⁾. Den Daten für die Jahre 2004 bis 2009 aus 28 Berichtsländern zufolge ist die Zahl der Sicherstellungen insgesamt gestiegen. Hinsichtlich der beschlagnahmten Mengen war in der Türkei eine andere Entwicklung zu beobachten als in der Europäischen Union, was teilweise sicher auf die verstärkte Zusammenarbeit der türkischen und europäischen Strafverfolgungsbehörden zurückgeführt werden kann. So meldete die Türkei zwischen 2004 und 2009 einen Anstieg der sichergestellten Heroinmengen auf das Doppelte, während die beschlagnahmten Mengen in der Europäischen Union in diesem Zeitraum leicht rückläufig waren, was in erster Linie auf die geringeren beschlagnahmten Mengen zurückzuführen ist, die aus Italien und dem Vereinigten Königreich, also zwei Ländern,

die in der Regel die größten Mengen in der gesamten Europäischen Union sicherstellen, gemeldet wurden.

Bei den weltweiten Sicherstellungen von Essigsäureanhydrid, das zur Herstellung von Heroin genutzt wird, war im Jahr 2009 nach einer Rekordmenge von 200 000 Litern im Jahr 2008 ein deutlicher Rückgang auf 21 000 Liter zu beobachten. Die Zahlen zur Europäischen Union vermitteln eine noch stärkere Abwärtstendenz: Nach Spitzenwerten von fast 150 800 beschlagnahmten Litern Essigsäureanhydrid im Jahr 2008 ist die Menge im Jahr 2009 auf 866 Liter gesunken. Im Jahr 2010 meldete Slowenien jedoch mit 110 Tonnen Sicherstellungen in Rekordhöhe. Das Internationale Suchtstoffkontrollamt (2011a) machte den Erfolg der Bemühungen der Europäischen Union, die Abzweigung dieses Grundstoffes zu verhindern, an den kombinierten Vorgehensweisen mehrerer EU-Mitgliedstaaten und der Türkei fest.

Reinheit und Preis

Im Jahr 2009 lag die durchschnittliche Reinheit von braunem Heroin in den meisten Berichtsländern zwischen 16 % und 32 %, wobei jedoch Frankreich (14 %) und

Starker Rückgang der Opiumproduktion in Afghanistan

Schätzungen zufolge ist die Opiumproduktion in Afghanistan mit 3 600 Tonnen im Jahr 2010 auf rund die Hälfte des Vorjahreswerts gefallen. Als Ursache für diesen deutlichen Rückgang bei der Schlafmohnernte werden schlechte Wetterbedingungen und der Befall der Pflanzen mit der Knollenfäule (einer Pilzinfektion) in den wichtigsten Provinzen für den Opiumanbau, insbesondere Helmand und Kandahar, vermutet (UNODC und MCN, 2010). Die Knollenfäule wirkte sich zwar nicht erheblich auf das Anbaugebiet, sehr wohl aber auf die hergestellte Opiummenge aus.

Dieser Ernterückgang führte außerdem zu einem drastischen Anstieg der gemeldeten Opiumpreise zur Erntezeit. Der durchschnittlich gezahlte Ab-Hof-Preis für ein Kilogramm getrocknetes Opium ist zwischen 2009 (64 USD) und 2010 (169 USD) um den Faktor 2,6 gestiegen (UNODC und MCN, 2010). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Heroinpreis in Afghanistan um den Faktor 1,4 gestiegen.

Dieser hohe Opiumpreis hat womöglich nicht lange Bestand. Ein Preisanstieg im Jahr 2004, der ebenfalls auf einen Befall der Pflanzen zurückzuführen war, hielt weniger als ein Jahr an (UNODC und MCN, 2010). Die Auswirkungen des jüngsten Rückgangs der Opiumproduktion auf die Konsumentenmärkte insbesondere in Europa müssen sorgfältig überwacht werden.

⁽⁸⁹⁾ Siehe Tabellen SZR-7 und SZR-8 im Statistical Bulletin 2011. Es ist zu beachten, dass im Falle fehlender Daten für das Jahr 2009 für die Schätzung der europäischen Gesamtwerte die entsprechenden Daten für das Jahr 2008 herangezogen werden.

Österreich (nur auf Konsumentenebene, 13 %) geringere Werte meldeten, während Malta (36 %), Rumänien (36 %) und die Türkei (37 %) höhere Werte ermittelten. Im Zeitraum 2004 bis 2009 ist die Reinheit von braunem Heroin in vier Ländern gestiegen, während in vier weiteren Ländern eine stabile Situation und in drei Ländern ein Rückgang zu beobachten war. In den drei europäischen Ländern, die diesbezüglich Daten übermittelt haben, war die durchschnittliche Reinheit von weißem Heroin in der Regel höher (25 % bis 50 %) ⁽⁹⁰⁾.

Der Verkaufspreis für braunes Heroin war in den skandinavischen Ländern nach wie vor deutlich höher als im übrigen Europa, wobei die durchschnittlichen Preise im Jahr 2009 in Schweden 135 EUR pro Gramm und in Dänemark 95 EUR pro Gramm betragen. Insgesamt bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis in der Hälfte der Berichtsländer zwischen 40 EUR und 62 EUR pro Gramm. Im Zeitraum 2004 bis 2009 ist der Verkaufspreis für braunes Heroin in sieben der 14 europäischen Länder, die Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf übermittelt haben, gesunken.

Problematischer Drogenkonsum

Die EBDD definiert einen problematischen Drogenkonsum als injizierenden bzw. langjährigen oder regelmäßigen Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen. Dabei bilden der injizierende Drogenkonsum und der Konsum von Opioiden den wesentlichen Teil des problematischen Drogenkonsums in Europa, wobei in einigen Ländern auch die Konsumenten von Amphetaminen oder Kokain eine wichtige Komponente bilden. Es ist außerdem anzumerken, dass diese problematischen Konsumenten meist als polyvalente Drogenkonsumenten beschrieben werden und die Prävalenz in städtischen Ballungsräumen und unter sozial ausgegrenzten Personen deutlich höher ist.

Aufgrund der relativ niedrigen Prävalenz und der Tatsache, dass der problematische Drogenkonsum weitgehend im Verborgenen stattfindet, müssen Schätzungen zur Zahl der problematischen Opioidkonsumenten durch statistische Extrapolation aus den verfügbaren Datenquellen (in erster Linie Daten zu Drogentherapien und zur Strafverfolgung in diesem Bereich) gewonnen werden. Insgesamt werden für den problematischen Drogenkonsum bei den 15- bis 64-Jährigen Prävalenzraten zwischen zwei und zehn Fällen je 1 000 Einwohnern in dieser Altersgruppe gemeldet. Solche Schätzungen können bestimmten Einschränkungen unterliegen und weisen ein hohes Maß an Unsicherheit auf. Beispielsweise umfassen diese Schätzungen in der Regel Konsumenten, die sich in Behandlung befinden,

wohingegen Konsumenten in Haftanstalten – insbesondere Straftäter, die eine längere Haftstrafe verbüßen – möglicherweise unterrepräsentiert sind.

Problematischer Opioidkonsum

Die meisten europäischen Länder können mittlerweile Prävalenzschätzungen zum problematischen Opioidkonsum vorlegen. Die in den jüngsten nationalen Schätzungen ermittelten Werte schwanken zwischen einem und acht Fällen je 1 000 Einwohnern im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Abbildung 11). Die höchsten gut dokumentierten Schätzungen des problematischen Opioidkonsums liegen aus Irland, Italien, Luxemburg und Malta vor, während die niedrigsten Schätzungen aus der Tschechischen Republik, den Niederlanden, Polen, der Slowakei und Finnland gemeldet werden. Lediglich die Türkei und Ungarn melden im Zusammenhang mit dem problematischen Opioidkonsum weniger als einen Fall je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

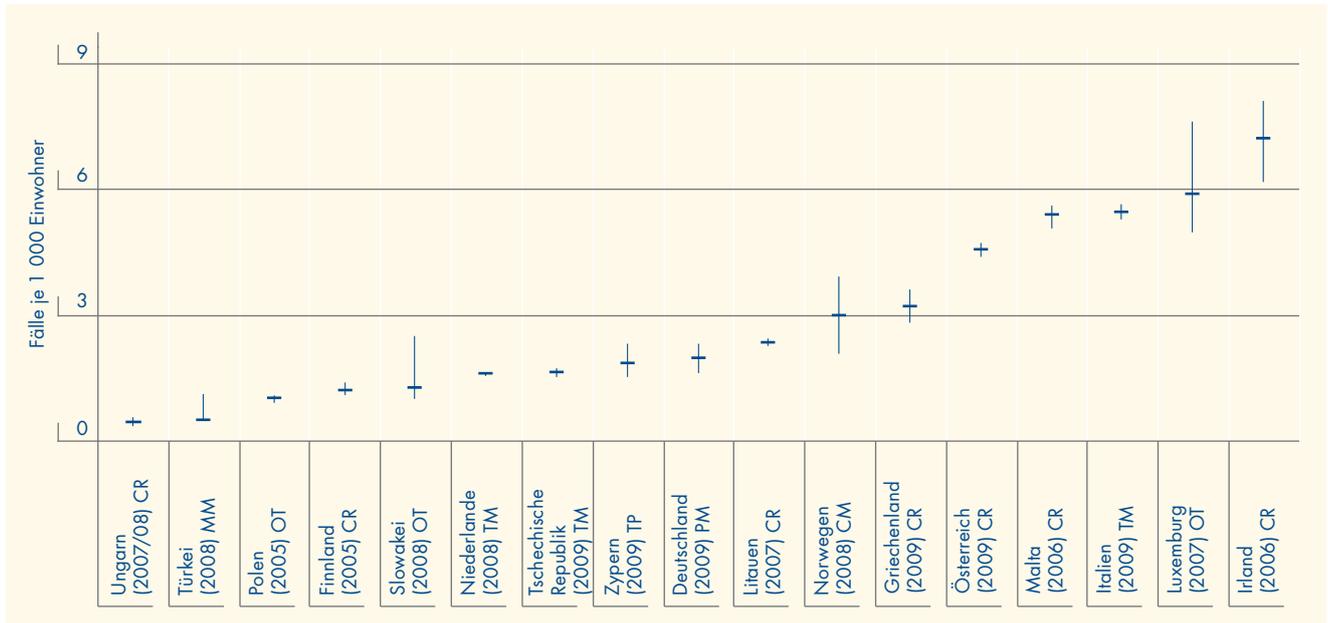
Die anhand nationaler Studien errechnete durchschnittliche Prävalenz des problematischen Opioidkonsums beläuft sich in den Ländern der Europäischen Union und in Norwegen auf schätzungsweise 3,6 bis 4,4 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Dies entspricht etwa 1,3 Millionen (1,3 bis 1,4 Millionen) problematischen Opioidkonsumenten in der EU und Norwegen im Jahr 2009. Die Schätzungen für die europäischen Nachbarländer sind vergleichsweise hoch: In Russland kommen auf 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren 16 Fälle (UNODC, 2009), in der Ukraine sind es in dieser Altersgruppe 10 bis 13 Fälle je 1 000 Einwohner (UNODC, 2010). Aus anderen Industrienationen werden für den problematischen Opioidkonsum Prävalenzraten gemeldet, die höher liegen als der europäische Durchschnitt: So berichtet Australien von 6,3 Fällen je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren (Chalmers et al., 2009), Kanada meldet 5,0 Fälle und die USA berichten von 5,8 Fällen (UNODC, 2010). Aufgrund möglicher Unterschiede hinsichtlich der Definitionen der Zielbevölkerung sind Vergleiche zwischen den Ländern mit Bedacht anzustellen.

Opioidkonsumenten, die sich in Behandlung begeben

Im Jahr 2009 gaben in 29 europäischen Ländern rund 216 000 Patienten (51 %), die sich an eine spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtung wendeten, Opioide, vor allem Heroin, als ihre Primärdroge an. Zwischen den europäischen Ländern sind jedoch erhebliche Unterschiede festzustellen: In sechs Ländern machen Opioidpatienten mehr als 80 % aus, in sieben Ländern

⁽⁹⁰⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Abbildung 11: Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Opioidkonsums (bei Einwohnern im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkung: Das Symbol bezeichnet eine Punktschätzung, ein vertikaler Balken ein Unsicherheitsintervall: ein 95%-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse. Aufgrund der verschiedenen Schätzmethoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. In den Erhebungen aus Finnland (15 bis 54 Jahre), Malta (12 bis 64 Jahre) und Polen (alle Altersgruppen) wurden nicht die Standardaltersspannen herangezogen. Diese drei Raten wurden für die Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berichtigt. Für Deutschland gibt das Intervall den niedrigsten und den höchsten Wert aller vorliegenden Schätzungen wieder, während die Punktschätzung als einfacher Durchschnitt der mittleren Schätzwerte berechnet wurde. Die Schätzmethoden werden mit folgenden Abkürzungen bezeichnet: CR = Capture-Recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator); CM = Combined Methods (kombinierte Methoden); TP = Truncated Poisson; PM = Police Multiplier (Polizei-Multiplikator); OT = Other Methods (andere Methoden). Weitere Informationen sind der Abbildung PDU-1 (Teil ii) und der Tabelle PDU-102 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

beläuft sich ihr Anteil an den Drogenpatienten auf 60 % bis 80 %, und nur zwei der restlichen 16 Länder geben an, dass die Opioidpatienten unter 20 % aller Drogenkonsumenten ausmachen, die sich in Behandlung begeben (Abbildung 12). Darüber hinaus gaben weitere 30 000 Konsumenten anderer Drogen (9 % der Drogenpatienten) Opioide als Sekundärdroge an ⁽⁹¹⁾.

Patienten, die sich wegen ihres Opioidkonsums in Behandlung begeben, sind im Durchschnitt 34 Jahre alt; das Durchschnittsalter der Frauen und der Erstpatienten liegt in den meisten Ländern etwas niedriger. In Europa liegt der Anteil der männlichen Opioidpatienten dreimal höher als der der Frauen, in den nordeuropäischen Ländern sind im Allgemeinen geringere Unterschiede zu verzeichnen. Insgesamt werden unter den Opioidpatienten höhere Arbeitslosenraten, ein niedrigeres Bildungsniveau und mehr psychische Störungen verzeichnet als unter den übrigen Patienten, die eine andere Droge als Opioide als Primärdroge angeben ⁽⁹²⁾.

Fast die Hälfte der Opioidpatienten (47 %) hat in einem Alter von unter 20 Jahren mit dem Konsum dieser Droge begonnen, und insgesamt waren die meisten Opioidkonsumenten zum Zeitpunkt des Erstkonsums jünger als 30 Jahre (88 %). Opioidpatienten geben durchschnittlich Zeitspannen von neun Jahren zwischen dem ersten Opioidkonsum und der ersten Behandlung an, wobei die weiblichen Patienten mit durchschnittlich sieben Jahren eine kürzere Zeitspanne melden ⁽⁹³⁾. Rund 40 % der Opioidkonsumenten in Europa, die sich in Behandlung begeben, geben an, die Droge in erster Linie zu injizieren, die übrigen 60 % schnupfen, inhalieren oder rauchen die Droge. Knapp zwei Drittel der Opioidpatienten (64 %) geben an, die Droge in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn täglich konsumiert zu haben ⁽⁹⁴⁾, und die meisten konsumieren zusätzlich noch eine Sekundärdroge, insbesondere Alkohol, Cannabis, Kokain oder andere Stimulanzien. Der kombinierte Konsum von Heroin und Kokain (einschließlich Crack) – separat oder als Mischung injiziert – ist unter den Patienten weit verbreitet.

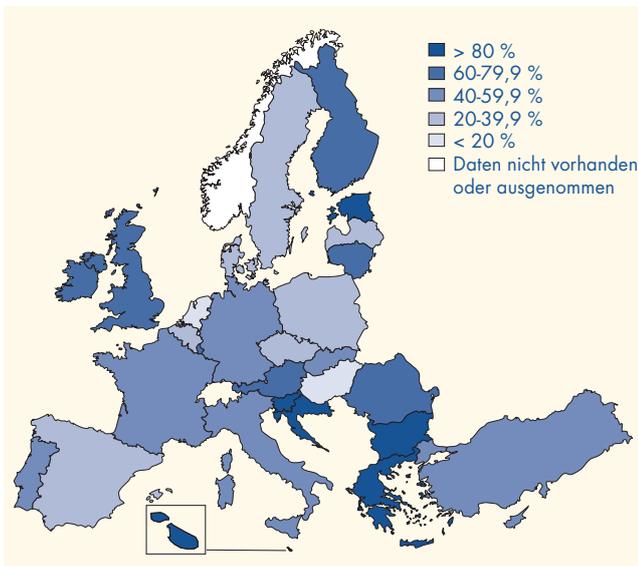
⁽⁹¹⁾ Siehe Abbildung TDI-2 (Teil ii) sowie die Tabellen TDI-5 und TDI-22 im Statistical Bulletin 2011. Die Daten stammen von Einrichtungen für die ambulante oder stationäre Behandlung.

⁽⁹²⁾ Siehe Tabellen TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 und TDI-103 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁹³⁾ Siehe Tabellen TDI-11, TDI-33, TDI-106 (Teil i) und TDI-107 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁹⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-18 und TDI-111 im Statistical Bulletin 2011.

Abbildung 12: Anteil der primären Opioidkonsumenten an allen gemeldeten Behandlungsaufnahmen im Jahr 2009 (in %)



Anmerkung: Die Daten sind als prozentualer Anteil der Patienten angegeben, bei denen die Primärdroge bekannt ist (92 % der gemeldeten Patienten). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2009 oder auf das letzte Jahr, für das Daten verfügbar sind. Die Daten zu Lettland, Litauen und Portugal beziehen sich auf Patienten, die sich erstmals in Behandlung begeben. In einigen Ländern, darunter Belgien, die Tschechische Republik, Deutschland und Frankreich, kann der Anteil der primären Opioidkonsumenten höher sein als angegeben, da viele dieser Konsumenten dort eine Behandlung durch einen Allgemeinarzt erhalten und möglicherweise nicht unter dem Indikator für die Behandlungsnachfrage erfasst werden.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Tendenzen des problematischen Opioidkonsums

Die Daten aus acht Ländern, in denen im Zeitraum 2004 bis 2009 wiederholte Prävalenzschätzungen vorgenommen wurden, lassen auf eine relativ stabile Situation schließen. Auf der Grundlage einer Stichprobe aus 17 Ländern, die für den Zeitraum 2004 bis 2009 Daten vorgelegt haben, konnte bei den gemeldeten Patienten, die sich in Europa in Behandlung begeben haben, einschließlich jener, die sich wegen ihres primären Heroinkonsums einer Behandlung unterziehen, ein allgemeiner Anstieg (von 123 000 auf 143 000) verzeichnet werden. Diese Zahlen sind jedoch weniger auf die Anzahl der Erstpazienten als vielmehr auf die Anzahl der Heroinkonsumenten zurückzuführen, die sich erneut in Behandlung begeben ⁽⁹⁵⁾. Bei den Heroinkonsumenten ist die Zahl der Erstpazienten relativ stabil geblieben (rund 32 000 Patienten bei einer Stichprobe aus 18 Ländern) ⁽⁹⁶⁾. Die Daten über drogeninduzierte Todesfälle in den Jahren 2004 bis 2009, die zumeist mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung

gebracht werden, zeigen bis zum Jahr 2008 in den meisten Berichtsländern eine stabile Situation oder eine ansteigende Tendenz. Vorläufige Daten für das Jahr 2009 deuten auf eine stabile oder sinkende Zahl der Todesfälle hin ⁽⁹⁷⁾.

Obwohl es Hinweise darauf gibt, dass die Situation insgesamt stabil ist, ändert sich das Bild des Opioidproblems in Europa. Patienten, die sich wegen ihres Opioidkonsums in Behandlung begeben, sind nun im Durchschnitt älter, und der Anteil der injizierenden Konsumenten ist gesunken, während der Anteil der Konsumenten, die andere Opioide als Heroin konsumieren, sowie der Anteil der polyvalenten Drogenkonsumenten gestiegen ist ⁽⁹⁸⁾.

Injizierender Drogenkonsum

Bei injizierenden Drogenkonsumenten ist das Risiko gesundheitlicher Probleme wie durch Blut übertragbarer Infektionen (z. B. HIV/Aids und Hepatitis) oder einer Überdosierung besonders hoch. In den meisten europäischen Ländern wird der injizierende Drogenkonsum gemeinhin mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung gebracht, in einigen wenigen Ländern jedoch auch mit dem Konsum von Amphetaminen.

Nur 14 Länder waren in der Lage, neuere Schätzungen für die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen ⁽⁹⁹⁾. Die verfügbaren Daten lassen auf deutliche Unterschiede zwischen den Ländern schließen, da die Schätzungen in den meisten Ländern zwischen weniger als einem und fünf Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren liegen, während aus Estland die außergewöhnlich hohe Zahl von 15 Fällen je 1 000 Einwohner gemeldet wurde. Insgesamt kann aus den Angaben dieser 14 Länder ein Durchschnittswert von 2,6 injizierenden Konsumenten je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren errechnet werden. Neben den aktiven injizierenden Konsumenten gibt es in Europa auch eine hohe Anzahl an ehemaligen injizierenden Konsumenten (Sweeting et al., 2008), entsprechende Zahlen liegen aus den meisten EU-Ländern jedoch nicht vor.

Rund 41 % der Konsumenten in Europa, die sich wegen primären Opioidkonsums (vor allem Heroin) in eine spezialisierte Behandlung begeben, geben an, die Droge in erster Linie zu injizieren. Die Angaben der Länder zum Anteil der injizierenden Opioidkonsumenten variieren und reichen von 8 % in den Niederlanden bis zu 99 % in

⁽⁹⁵⁾ Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-3 im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁹⁶⁾ Siehe Tabellen TDI-3 und TDI-5 in den Statistical Bulletins 2009 und 2011.

⁽⁹⁷⁾ Siehe Tabelle DRD-2 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011.

⁽⁹⁸⁾ Siehe Tabelle TDI-113 in den Statistical Bulletins 2008, 2009, 2010 und 2011 sowie Tabelle TDI-114 im Statistical Bulletin 2009. Die verfügbaren Daten sind für die Jahre 2005 und 2009 nach Art des Opioids aufgeschlüsselt. Siehe auch EBDD (2010f).

⁽⁹⁹⁾ Siehe Abbildung PDU-2 im Statistical Bulletin 2011.

Andere Opioide als Heroin

Aus Australien, Europa, Kanada und den Vereinigten Staaten wurde ein Anstieg beim illegalen Konsum von anderen Opioiden als Heroin gemeldet (SAMHSA, 2009). Die meisten dieser Substanzen werden zu medizinischen Zwecken eingesetzt, z. B. als Schmerzmittel (Morphin, Fentanyl, Codein, Oxycodon, Hydrocodon) oder als Substitutionsdroge bei der Behandlung einer Heroinabhängigkeit (Methadon, Buprenorphin). Wie auch Heroin kann der Konsum dieser Substanzen zu anderen als zu medizinischen Zwecken zahlreiche negative gesundheitliche Auswirkungen wie Abhängigkeit, Überdosierungen und mit dem injizierenden Konsum verbundene Schäden nach sich ziehen.

In Europa geben etwa 5 % (rund 20 000 Patienten) aller Patienten, die eine Behandlung aufnehmen, andere Opioide als Heroin als ihre Primärdrugs an. Dies gilt insbesondere für Estland, wo 75 % der Patienten Fentanyl als Primärdrugs angeben, sowie für Finnland, wo Buprenorphin von 58 % der Patienten bei Behandlungsbeginn als Primärdrugs angegeben wird. Weitere Länder mit einem hohen Anteil an Patienten, die Methadon, Morphin oder andere Opioide als Primärdrugs nennen, sind Dänemark, Frankreich, Österreich, die Slowakei und Schweden. Die Opioidkonsumenten, die sich wegen anderer Opioide als Heroin in Behandlung begeben,

machen in diesen Ländern zwischen 7 % und 17 % aller Drogenpatienten aus (!). Die Tschechische Republik berichtet ebenfalls, dass der Anteil der Buprenorphinkonsumenten sich im Zeitraum 2006 bis 2009 auf über 40 % aller problematischen Opioidkonsumenten belief.

Die Raten des illegalen Opioidkonsums können auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, darunter der Drogenmarkt und die bestehenden Verschreibungspraktiken. Beispielsweise kann die sinkende Verfügbarkeit von Heroin bei gleichzeitig steigenden Preisen dazu führen, dass die Konsumenten sich anderen Opioiden zuwenden, wie dies in Estland im Falle von Fentanyl (Talu et al., 2010) und in Finnland mit Buprenorphin (Aalto et al., 2007) zu beobachten war. Unangemessene Verschreibungspraktiken können den illegalen Konsum von Opioiden ebenfalls verschärfen. Die Ausweitung von Substitutionsbehandlungen bei gleichzeitig mangelnder Überwachung kann einen illegalen Markt bewirken, und die begrenzte Verfügbarkeit von Substitutionstherapieplätzen sowie die Verschreibung von zu geringen Behandlungsdosen können dazu führen, dass die Konsumenten als Selbstmedikation andere Substanzen einnehmen (Bell, 2010; Roche et al., 2011; Romelsjö et al., 2010).

(!) Siehe Tabelle TDI-113 im Statistical Bulletin 2011.

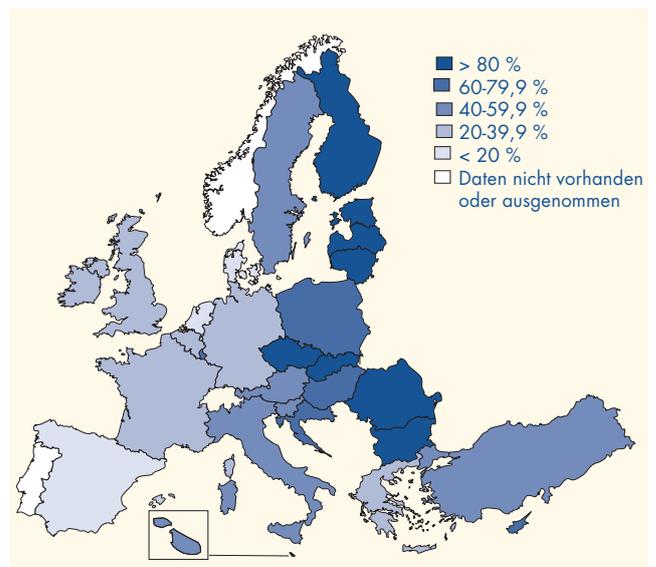
Lettland und Litauen (Abbildung 13). Diese Unterschiede können auf Faktoren wie traditionelle nationale Konsummuster bei Heroin, die Art des verfügbaren Heroins (weiß oder braun), den Preis und die Konsumentenkultur zurückgeführt werden.

Das Ziehen von Schlussfolgerungen hinsichtlich der Tendenzen bei der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums im Zeitverlauf auf der Grundlage von wiederholten Prävalenzschätzungen gestaltet sich aufgrund des Mangels an Daten und in einigen Fällen auch aufgrund des hohen Maßes an Unsicherheit bei diesen Schätzungen schwierig. Die verfügbaren Daten deuten insgesamt auf einen Anstieg des injizierenden Opioidkonsums, insbesondere des injizierenden Heroinkonsums, in Europa hin. In einigen Ländern jedoch (Griechenland, Zypern, Ungarn, Kroatien, Norwegen) scheint der Anteil der injizierenden Konsumenten relativ stabil geblieben zu sein, während die Tschechische Republik für den Zeitraum 2004 bis 2009 eine steigende Zahl injizierender Konsumenten, meist im Zusammenhang mit Methamphetamin, meldete ⁽¹⁰⁰⁾.

Die meisten europäischen Länder gaben an, dass der Anteil der injizierenden Konsumenten unter den primären Heroinkonsumenten zwischen 2004 und 2009 gesunken ist. Aus den wenigen Ländern, in denen kein Rückgang zu verzeichnen war, werden die höchsten Anteile von

Heroinkonsumenten bei den Patienten in Behandlung gemeldet.

Abbildung 13: Injizierender Konsum als primärer Verabreichungsweg bei primären Opioidkonsumenten in Behandlung im Jahr 2009



Anmerkung: Die Daten sind als prozentualer Anteil der Patienten angegeben, bei denen der Verabreichungsweg bekannt ist. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2009 oder auf das letzte Jahr, für das Daten verfügbar sind. Siehe Tabelle TDI-5 (Teil iii und Teil iv) im Statistical Bulletin 2011.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽¹⁰⁰⁾ Siehe Tabelle PDU-6 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2011.

Behandlung problematischer Opioidkonsumenten

Angebot und Erfassungsgrad

In allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien, Norwegen und der Türkei sind sowohl drogenfreie Therapien als auch Substitutionsbehandlungen für Opioidkonsumenten verfügbar. Die Behandlung von Opioidkonsumenten wird in den meisten Ländern ambulant erbracht, unter anderem von spezialisierten Zentren, Allgemeinärzten und niedrigschwelligen Diensten. In einigen wenigen Ländern übernehmen spezialisierte stationäre Einrichtungen eine wichtige Rolle bei der Behandlung einer Opioidabhängigkeit⁽¹⁰¹⁾. Eine geringe Anzahl von Ländern bietet für eine ausgewählte Gruppe chronischer Heroinkonsumenten zudem eine heroingestützte Behandlung an.

Bei Opioidkonsumenten geht der drogenfreien Behandlung im Allgemeinen eine Entgiftung voraus, in deren Rahmen sie die notwendige medikamentöse Unterstützung zur Bewältigung der körperlichen Entzugserscheinungen erhalten. Bei diesem therapeutischen Ansatz dürfen die Patienten in der Regel keinerlei Substanzen konsumieren, auch keine Substitutionsmittel. Die Patienten nehmen täglich an Aktivitäten teil und erhalten intensive psychologische Unterstützung. Zwar kann eine drogenfreie Behandlung sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen erfolgen, jedoch berichten die Mitgliedstaaten zumeist über stationäre oder Rehabilitationsprogramme, in denen häufig das Konzept der therapeutischen Gemeinschaften oder das Minnesota-Modell herangezogen werden.

Im Allgemeinen geht die Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung einher und wird in spezialisierten ambulanten Einrichtungen durchgeführt. In 14 Ländern werden Substitutionsbehandlungen auch von Allgemeinärzten angeboten, in der Regel im Rahmen gemeinsamer Behandlungskonzepte mit spezialisierten Behandlungseinrichtungen. Die Gesamtzahl der Opioidpatienten, die in der Europäischen Union sowie in Kroatien und Norwegen eine Substitutionsbehandlung erhalten, lag im Jahr 2009 bei schätzungsweise 700 000 Patienten (690 000 Patienten in den EU-Mitgliedstaaten), während diese Zahl im Jahr 2007 bei 650 000 und im Jahr 2003 bei rund 500 000 lag⁽¹⁰²⁾. Der Großteil der Substitutionsbehandlungen (rund 95 %) wird auch weiterhin in den 15 EU-Mitgliedstaaten bereitgestellt, die der EU vor 2004 beigetreten sind; die Zahlen sind in diesen Ländern zwischen 2003 und 2009 stetig gestiegen (Abbildung 14). Bei diesen Ländern war

Heroinknappheit in Europa?

Meldungen zufolge ist die Verfügbarkeit von Heroin im Vereinigten Königreich und in Irland Ende 2010 bis Anfang 2011 stark zurückgegangen. Die diesbezüglichen Zahlen stützen diese Entwicklung und weisen zwischen dem 3. Quartal 2009 und dem 3. Quartal 2010 auf eine erheblich sinkende Reinheit des im Vereinigten Königreich sichergestellten Heroins hin (UNODC, 2011).

Das Ausmaß der Heroinknappheit in anderen europäischen Ländern ist weniger deutlich, obgleich die Meldungen darauf schließen lassen, dass dieses Phänomen auch in den Niederlanden und Slowenien zu beobachten war. Weitere EU-Mitgliedstaaten, darunter Deutschland, Frankreich und die skandinavischen Länder, melden keinen oder nur einen geringfügigen Rückgang der Verfügbarkeit von Heroin.

Für die offensichtliche Heroinknappheit wurden zahlreiche Gründe angeführt. Zunächst wurde vermutet, dass die wegen der Knollenfäule im Frühjahr 2010 geringer ausgefallene Opiumproduktion in Afghanistan ausschlaggebend war. Diese Annahme ist jedoch fraglich, da die Polizeiberichte darauf hindeuten, dass das aus in Afghanistan angebautem Opium hergestellte Heroin frühestens 18 Monate nach der Ernte auf die europäischen Drogenmärkte gelangt. Eine weitere Vermutung war, dass für Westeuropa bestimmte Heroinlieferungen abgezweigt und auf dem russischen Markt gehandelt wurden, was jedoch unwahrscheinlich ist, da auch in Russland eine Heroinknappheit verzeichnet wurde. Daneben wird als weiterer Grund die Möglichkeit aufgeführt, dass die Bemühungen der Strafverfolgungsbehörden und insbesondere die Aufdeckung ganzer Netze für den Großhandel mit Heroin zwischen der Türkei und dem Vereinigten Königreich den Handel erheblich beeinträchtigt haben. In den letzten Jahren (2007, 2008) wurden in Europa außerdem Rekordmengen des Heroin-Grundstoffs Essigsäureanhydrid sichergestellt, was den Drogenmarkt ebenfalls über einen längeren Zeitraum nachhaltig beeinflusst haben könnte. Weitere Entwicklungen in Afghanistan, wie die heftigen Kämpfe im Süden des Landes, sowie das Vorgehen der Strafverfolgungsbehörden gegen Heroinlabors und Opiumlager, könnten sich ebenfalls auf das Heroinangebot in Europa auswirken.

Die kombinierte Wirkung einiger dieser Faktoren hat bei der Unterbrechung der Versorgung der europäischen Märkte mit Heroin und der damit verbundenen Knappheit auf einigen Märkten wahrscheinlich eine Rolle gespielt.

der deutlichste Anstieg in Finnland zu verzeichnen, wo sich die Anzahl der Behandlungen verdreifacht hat, sowie in Österreich und Griechenland, die eine Verdopplung der Behandlungszahlen meldeten.

In den zwölf Ländern, die der EU erst später beigetreten sind, hat sich die Zahl der Substitutionsbehandlungen von 6 400 im Jahr 2003 auf 18 000 im Jahr 2009 fast

⁽¹⁰¹⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2011.

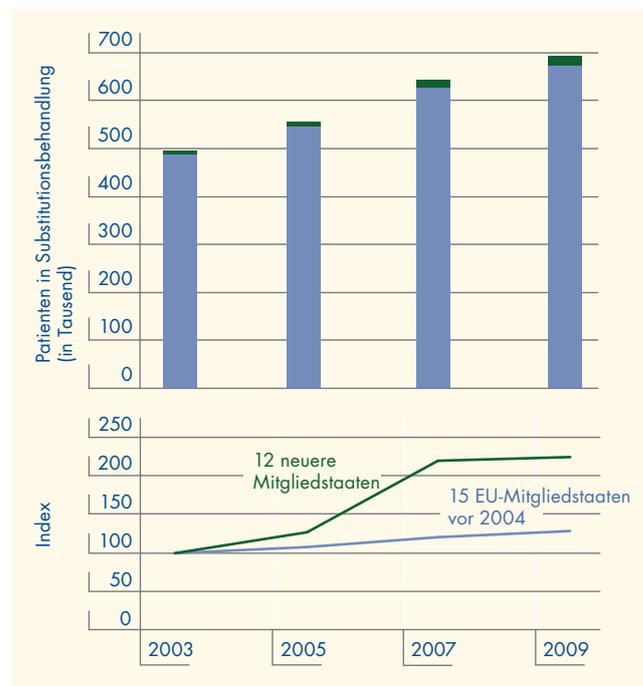
⁽¹⁰²⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2011.

verdreifacht. Relativ zum Indexjahr 2003 betrachtet kann für den Zeitraum 2005 bis 2007 ein deutlicher Anstieg verzeichnet werden; ab 2007 stiegen die Zahlen jedoch nur noch leicht an. Die Zahl der Substitutionsbehandlungen stieg in diesem Sechsjahreszeitraum proportional am stärksten in Estland (um das 16-Fache von 60 auf über 1 000 Patienten, wobei noch immer lediglich 5 % der Opioid injizierenden Konsumenten erreicht werden) und Bulgarien (um das 8-Fache); in Lettland haben sich die Zahlen verdreifacht. Die geringsten Anstiege wurden aus der Slowakei und Ungarn gemeldet, und die Zahl der Patienten in Rumänien blieb praktisch unverändert. Das wachsende Angebot an Substitutionsbehandlungen kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, darunter die aktive Auseinandersetzung mit hohen Raten des injizierenden Drogenkonsums und der damit verbundenen Fälle von HIV-Übertragungen, die Ausrichtung der nationalen Strategien an der EU-Drogenstrategie sowie die Finanzierung von Pilotprojekten durch internationale Organisationen (z. B. durch den Globalen Fonds und das UNODC).

Ein Vergleich der Anzahl der Patienten in einer Substitutionsbehandlung mit den geschätzten Zahlen problematischer Opioidkonsumenten deutet auf Unterschiede beim Erfassungsgrad in Europa hin. Von den 16 Ländern, für die verlässliche Schätzungen bezüglich der Zahl der problematischen Opioidkonsumenten vorliegen, melden acht Länder, dass mindestens 40 % der Zielgruppe eine Substitutionsbehandlung erhalten. Sieben dieser Länder sind der EU vor dem Jahr 2004 beigetreten, bei dem letzten Land mit einem hohen Erfassungsgrad handelt es sich um Malta. In den Niederlanden liegt der Erfassungsgrad bei 37 %, in der Tschechischen Republik und Ungarn bei je 32 %. Vier der fünf Länder, in denen der Erfassungsgrad bei unter 30 % liegt, sind neuere Mitgliedstaaten. Die Ausnahme in dieser Gruppe bildet Griechenland mit einem geschätzten Erfassungsgrad von 23 %⁽¹⁰³⁾.

Länder in Mittel- und Osteuropa berichten von verschiedenen Bemühungen, den Zugang, die Qualität und die Bereitstellung von Substitutionstherapien zu verbessern. Im Jahr 2010 hat Litauen klinische Leitlinien zur Behandlung einer Opioidabhängigkeit mit Methadon und Buprenorphin veröffentlicht. Die geografische Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen in Lettland steigt, da solche Behandlungen nun auch von Anbietern außerhalb der Hauptstadt Riga erbracht werden. Die Tschechische Republik hat Verordnungen über die Finanzierung der opioidgestützten Substitutionsbehandlung durch die nationale Krankenversicherung verabschiedet. Mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten für Substitutionsbehandlungen jedoch werden von Polen als Hauptgrund für die begrenzte

Abbildung 14: Patienten in opioidgestützter Substitutionsbehandlung in den 15 EU-Mitgliedstaaten, die der EU bereits vor 2004 angehörten, sowie in den 12 neueren EU-Mitgliedstaaten – Schätzwerte und indizierte Entwicklung



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung HSR-2 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.
Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

geografische Abdeckung angegeben, und Bulgarien berichtet, dass die Zahl der Therapieplätze, die durch die wichtigsten Anbieter von Substitutionsbehandlungen, nämlich durch nicht über öffentliche Mittel finanzierte Organisationen, bereitgestellt werden, dadurch deutlich beschränkt wird.

Insgesamt gehen die Schätzungen davon aus, dass rund die Hälfte aller problematischen Opioidkonsumenten in der Europäischen Union Zugang zu einer Substitutionsbehandlung hat; Australien und die Vereinigten Staaten melden ähnliche Zahlen, in Kanada ist der Anteil etwas geringer. China meldet wesentlich geringere Zahlen, während Russland diese Art der Behandlung nicht anbietet, obwohl dieses Land den Schätzungen zufolge die meisten problematischen Opioidkonsumenten hat (siehe Tabelle 11).

Methadon ist das in Europa am häufigsten verordnete Substitutionsmittel und wird bis zu drei Vierteln aller Patienten verabreicht. Buprenorphin wird bis zu einem Viertel der Substitutionspatienten in Europa verschrieben und gilt in der Tschechischen Republik, in Frankreich, Zypern, Finnland, Schweden und Kroatien als wichtigstes

⁽¹⁰³⁾ Siehe Abbildung HSR-1 im Statistical Bulletin 2011.

Tabelle 11: Vergleich der internationalen Schätzungen der Zahl der problematischen Opioidkonsumenten und der Zahl der Patienten in einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung

	Problematische Opioidkonsumenten	Patienten in opioidgestützter Substitutionsbehandlung
Europäische Union und Norwegen	1 300 000	695 000
Australien	90 000	43 000
Kanada	80 000	22 000
China	2 500 000	242 000
Russland	1 600 000	0
USA	1 200 000	660 000

Anmerkung: Daten für das Jahr 2009. Für Kanada gilt das Bezugsjahr 2003.
 Quellen: Arfken et al. (2010), Chalmers et al. (2009), Popova et al. (2006), UNODC (2010b), Yin et al. (2010).

Substitutionsmittel⁽¹⁰⁴⁾. Die Kombination aus Buprenorphin und Naloxon ist in 15 Ländern verfügbar. Behandlungen mit oralem Morphin mit langsamer Wirkstofffreisetzung (siehe unten), Codein (in Deutschland und Zypern) und Diacetylmorphin⁽¹⁰⁵⁾ (in Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) machen nur einen geringen Teil der Behandlungen insgesamt aus.

Neben den am häufigsten eingesetzten Substitutionsmitteln wird orales Morphin mit langsamer Wirkstofffreisetzung, das ursprünglich als Schmerzmittel für Krebspatienten zugelassen wurde, gegenwärtig als alternative Medikation in der Substitutionsbehandlung von Opioidkonsumenten in Bulgarien, Österreich, Slowenien und der Slowakei eingesetzt. Eine kürzlich durchgeführte Übersichtsarbeit (Jegu et al., 2011) über 13 Studien kam zu dem Schluss, dass der Anteil der in Behandlung verbleibenden Patienten bei Verabreichung dieser Substanz ausreichend hoch (80,6 % bis 95 %) zu sein scheint; im Vergleich zu Methadon wurden keine Unterschiede festgestellt. Die meisten Studien ergaben, dass die Lebensqualität durch die Verabreichung von Morphin verbessert wird und dass die Entzugserscheinungen, das Verlangen und der Konsum illegaler Drogen gesenkt werden konnten; dabei wurde jedoch kein Vergleich mit anderen Substitutionsmitteln angestellt. Die anstehende systematische Cochrane-Übersichtsarbeit könnte weitere Daten liefern.

Behandlung bei Opioidabhängigkeit: Wirksamkeit und Ergebnisse

Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung in Kombination mit psychosozialer Betreuung gilt als wirksamste Option für die Behandlung von

Heroingestützte Behandlung

Gegenwärtig erhalten rund 1 100 problematische Opioidkonsumenten in fünf EU-Mitgliedstaaten (Dänemark, Deutschland, Spanien, Niederlande, Vereinigtes Königreich) und 1 360 problematische Opioidkonsumenten in der Schweiz eine heroingestützte Behandlung. Diese Behandlungsform wird nicht als Erstbehandlung durchgeführt, sondern ist vielmehr Patienten vorbehalten, bei denen mit anderen Behandlungsansätzen, wie der Methadon-Substitutionsbehandlung, keine Erfolge verzeichnet werden konnten. Die Patienten injizieren sich die verordneten Dosen (in der Regel ca. 200 Milligramm Diamorphin pro Injektion) unter direkter Überwachung, damit auf diese Weise die Einhaltung der Regeln und die erforderliche Sicherheit gewährleistet werden kann und eine Abzweigung für den illegalen Markt verhindert wird: Hierfür müssen die Kliniken 365 Tage im Jahr mehrmals am Tag entsprechende Sprechstunden anbieten.

In den letzten 15 Jahren wurden sechs randomisierte klinische Studien durchgeführt, die die Ergebnisse und die Kostenwirksamkeit dieser Behandlungsform untersucht haben (EBDD, 2011a). An allen Studien nahmen chronisch heroinabhängige Konsumenten teil, die wiederholt mit anderen Behandlungsansätzen gescheitert waren und die willkürlich entweder eine heroingestützte Behandlung oder eine Behandlung mit oral verabreichtem Methadon erhielten. Die Studien verwendeten unterschiedliche Methoden und Ergebnisvariablen, die erzielten Ergebnisse sind daher kaum konsistent. Insgesamt erbrachten diese Studien hinsichtlich der überwachten Injektion von Heroin sowie der ergänzenden Gabe von Methadon einen Mehrwert für langfristige Opioidkonsumenten, bei denen andere Ansätze nicht erfolgreich waren. Die Patienten konsumieren weniger Drogen aus dem Straßenverkauf, und ihre körperliche und geistige Gesundheit scheint sich zu verbessern.

Die Kosten einer heroingestützten Behandlung belaufen sich Schätzungen zufolge in Deutschland pro Patient und Jahr auf 19 020 EUR und in den Niederlanden auf 20 410 EUR (angepasst an das Preisniveau von 2009). Damit ist eine solche Behandlung deutlich teurer als eine Therapie mit oral verabreichtem Methadon, die sich in Deutschland auf 3 490 EUR und in den Niederlanden auf 1 634 EUR pro Jahr beläuft. Die Kostenunterschiede zwischen einer heroingestützten Behandlung und einer Methadontherapie ergeben sich größtenteils aus den höheren Personalanforderung der spezialisierten Kliniken. Trotz der höheren Kosten hat sich die heroingestützte Behandlung als kostenwirksame Maßnahme für ausgewählte chronische Heroinkonsumenten bewährt (EBDD, 2011a).

Opioidkonsumenten. Im Vergleich zu einer Entgiftung und im Gegensatz zu einem Verzicht auf Behandlung zeigen Behandlungen mit Methadon oder hochdosiertem Buprenorphin deutlich bessere Erfolge bezüglich der Einschränkung des Drogenkonsums, der Kriminalität, des Risikoverhaltens und der Übertragung von HIV,

⁽¹⁰⁴⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁰⁵⁾ Siehe Kasten „Heroingestützte Behandlung“.

von Überdosierungen und der allgemeinen Mortalität und senken zudem den Anteil der Patienten, die die Behandlung abbrechen (WHO, 2009).

Mehrere neuere Studien untersuchen verschiedene Substanzen, die in einer Substitutionstherapie ergänzend eingesetzt werden könnten. Zwei systematische Überprüfungen haben untersucht, ob Antidepressiva die Abbruchquote bei Methadon- oder Buprenorphinpatienten verringern könnten, konnten eine solche Wirkung jedoch nicht nachweisen (Pani et al., 2010b; Stein et al., 2010). Eine weitere Studie kam zu dem Ergebnis, dass eine einzige zusätzliche Methadondosis dazu beitragen könnte, auf das Verlangen nach der Droge zurückzuführende Stimmungsschwankungen bei stabil eingestellten Methadonpatienten zu verringern (Strasser et al., 2010).

Der Opioidantagonist Naltrexon wird verabreicht, um einen Rückfall in den Opioidkonsum zu verhindern. In einer kleineren Studie wurde festgestellt, dass Naltrexonimplantate hinsichtlich der Verringerung des Verlangens sowie der Rückfallgefahr eine höhere Wirksamkeit aufwiesen als oral verabreichtes Naltrexon (Hulse et al., 2010). Eine Studie unter ehemaligen Haftinsassen ergab, dass Naltrexonimplantate den Heroin- und Benzodiazepinkonsum in ähnlichem Maß wie Methadon herabsetzen (Lobmaier et al., 2010). Buprenorphinimplantate, die entwickelt wurden, um Abzweigungen im Rahmen der Behandlung zu verhindern und es den Patienten zu erleichtern, sich an das Behandlungskonzept zu halten, wurden in den Vereinigten Staaten im Vergleich mit Placeboimplantaten getestet. Ein vorläufiges Studienergebnis zeigt geringfügig höhere Abstinenzraten bei den wirksamen Implantaten (Ling et al., 2010); der nächste Schritt ist der Vergleich dieser Implantate mit anderen Behandlungsformen (O'Connor, 2010). In Europa untersucht eine finnische Studie, ob die Gabe von Suboxon über ein elektronisches Gerät, das den Konsum überwacht, die Einhaltung des Behandlungskonzepts fördert und die Abzweigung von Drogen, die für die Anwendung zuhause abgegeben werden, verringert.

Die Analyse der Behandlungsergebnisse zeigt einige vielversprechende Resultate. Die „Drug Treatment Outcome Research Study“ (DORIS) untersuchte über einen Zeitraum von zwölf Monaten die

Behandlungsergebnisse von 1 796 Konsumenten, die von 342 Drogeneinrichtungen⁽¹⁰⁶⁾ in ganz England überwiesen wurden (Jones, A., et al., 2009). Bei der ersten Nachuntersuchung gaben 44 %, bei der zweiten Nachuntersuchung 49 % der teilnehmenden Heroinkonsumenten an, die Droge nicht mehr zu konsumieren. Auch bei den anderen untersuchten Substanzen waren ähnliche Rückgänge zu verzeichnen.

Orale Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft

Werdenden Müttern, die eine Opioidabhängigkeit aufweisen, wird für die Dauer ihrer Schwangerschaft eine methadongestützte Substitutionstherapie empfohlen. Obwohl viele Frauen bei einer vorliegenden Schwangerschaft gewillt sind, ihren Opioidkonsum einzustellen, ist ein Opioidentzug während der Schwangerschaft zu vermeiden, da eine hohe Rückfallquote hinsichtlich des Heroinkonsums besteht und ein Entzug zu Fehlgeburten oder vorzeitigen Wehen führen könnte (WHO, 2009). Die vorgeburtliche Exposition des Fötus gegenüber Methadon ist jedoch mit dem neonatalen Abstinenzsyndrom verbunden, das stationär medikamentös behandelt werden muss.

Buprenorphin ist in der Substitutionstherapie eine Alternative zu Methadon. Eine diesbezügliche Untersuchung wurde vor Kurzem im Rahmen einer Studie an 175 opioidabhängigen schwangeren Frauen durchgeführt, die an einer internationalen randomisierten kontrollierten Studie (Jones, H., et al., 2009a) an sechs Standorten in den USA, einem Standort in Kanada und einem Standort in Wien erfolgte. Die Frauen, die sich zwischen der 13. und 30. Schwangerschaftswoche für diese Studie angemeldet hatten, wurden willkürlich einer Methadon- oder einer Buprenorphinbehandlung zugewiesen, und gemeinsam mit ihren Neugeborenen bis sechs Monate nach der Geburt überwacht. Wie in anderen Studien zeigte sich, dass die Behandlung mit Buprenorphin eine höhere Abbruchquote (33 %) aufweist als die Behandlung mit Methadon (18 %), doch die Neugeborenen aus der Gruppe der mit Buprenorphin behandelten Frauen schienen zur Behandlung des neonatalen Abstinenzsyndroms weniger Morphin und einen kürzeren Aufenthalt im Krankenhaus zu benötigen. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Opioidabhängigkeit bei schwangeren Frauen, sofern sie in der Behandlung verbleiben, sowohl mit Buprenorphin als auch mit Methadon behandelt werden kann (Jones, H., et al., 2009b).

⁽¹⁰⁶⁾ Gemeindebasierte Behandlung (in erster Linie Behandlungen mit oral verabreichtem Methadon) sowie stationäre Behandlungen.



Kapitel 7

Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle

Einleitung

Der Konsum von Drogen kann zahlreiche negative Folgen haben, darunter Unfälle, psychische Störungen, Herzkrankheiten, kardiovaskuläre Probleme sowie Arbeits- und Wohnungslosigkeit. Diese schädlichen Konsequenzen sind insbesondere unter den problematischen Drogenkonsumenten verbreitet, deren allgemeiner Gesundheitszustand und deren sozioökonomische Situation weit unter denen der Allgemeinbevölkerung liegen kann.

Der Opioidkonsum und der injizierende Drogenkonsum sind zwei Formen des Konsums, die eng mit solcherlei Konsequenzen verbunden sind, insbesondere mit Überdosierungen und der Übertragung von Infektionskrankheiten. Die Zahl der in der Europäischen Union in den vergangenen zwei Jahrzehnten gemeldeten tödlichen Überdosierungen entspricht rund einem Todesfall pro Stunde aufgrund einer Überdosierung. Entsprechende Forschungsarbeiten haben außerdem gezeigt, dass in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine hohe Zahl der Drogenkonsumenten aus anderen Gründen, z. B. an Aids oder durch Selbstmord, gestorben ist (Bargagli et al., 2006; Degenhardt et al., 2009).

Die Reduzierung der drogenbedingten Mortalität und Morbidität ist ein wesentlicher Bestandteil der europäischen Drogenstrategien. Die wichtigsten Bemühungen in diesem Bereich sind Maßnahmen, die auf die am stärksten gefährdeten Gruppen abzielen und sich auf Verhaltensweisen beziehen, die direkt mit drogenbedingten Schäden im Zusammenhang stehen.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Die EBDD beobachtet systematisch Infektionen mit HIV und Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten ⁽¹⁰⁷⁾. Diese Infektionskrankheiten zählen zu den gravierendsten gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums. Darüber hinaus treten bei Drogenkonsumenten unverhältnismäßig häufig auch

andere Infektionskrankheiten auf, darunter Hepatitis A und D, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Tetanus, Botulismus, Anthrax (Milzbrand) und Infektionen mit dem humanen T-Zell-lymphotropen Virus.

HIV und Aids

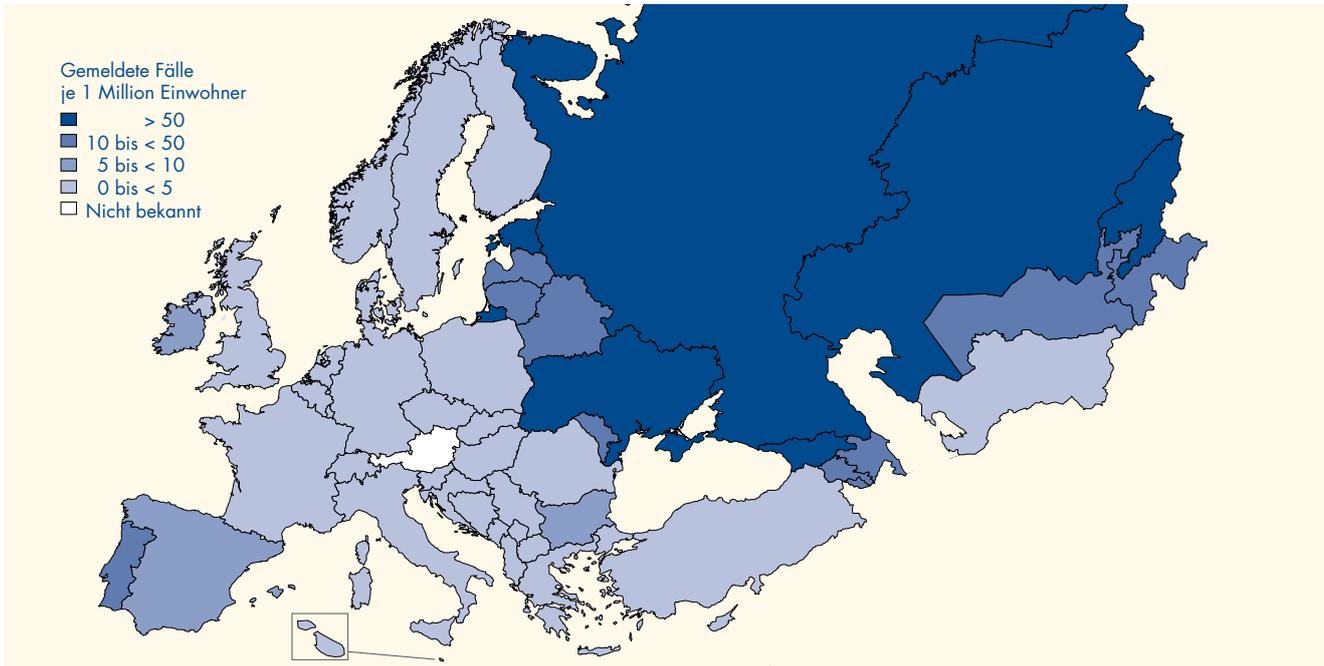
Ende 2009 war die Inzidenz der gemeldeten HIV-Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in den meisten Ländern der Europäischen Union nach wie vor niedrig, und die Gesamtsituation in der EU erscheint sowohl im weltweiten Vergleich als auch in einem breiteren europäischen Kontext relativ positiv (ECDC und WHO Europa, 2010; Wiessing et al., 2009) (Abbildung 15). Dies könnte zumindest teilweise auf die verbesserte Verfügbarkeit von Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen wie Substitutionsbehandlungen sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme zurückzuführen sein. Andere Faktoren wie der aus mehreren Ländern gemeldete Rückgang des injizierenden Drogenkonsums könnten ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt haben (EBDD, 2010g). Der durchschnittliche Anteil der neu diagnostizierten HIV-Infektionen erreichte im Jahr 2009 in den 26 EU-Mitgliedstaaten, die entsprechende Daten vorlegen konnten, mit 2,85 Fällen je 1 Million Einwohner bzw. insgesamt 1 299 neu gemeldeten Fällen einen neuen Tiefststand ⁽¹⁰⁸⁾. In einigen Teilen Europas weisen die Daten allerdings darauf hin, dass für die Übertragung von HIV im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum im Jahr 2009 noch immer hohe Raten verzeichnet wurden. Damit wird deutlich, wie wichtig es ist, für eine hohe Reichweite und Wirksamkeit lokaler Präventionsverfahren zu sorgen.

Die verfügbaren Daten zur HIV-Prävalenz in Stichproben injizierender Drogenkonsumenten in der EU zeigen im Vergleich mit der Prävalenz in den osteuropäischen Nachbarländern positive Ergebnisse ⁽¹⁰⁹⁾, auch wenn solche Ländervergleiche mit Bedacht vorgenommen werden sollten, da die in den Studien herangezogenen

⁽¹⁰⁷⁾ Ausführliche Angaben zu Methoden und Definitionen sind dem Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

⁽¹⁰⁸⁾ Aus Österreich liegen keine Daten vor. Der durchschnittliche Anteil beläuft sich in den EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, der Türkei und Norwegen auf 2,44 Fälle je 1 Million Einwohner.

⁽¹⁰⁹⁾ Siehe Tabelle INF-1 im Statistical Bulletin 2011.

Abbildung 15: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten im Jahr 2009 in Europa und Zentralasien

Anmerkung: Die farbliche Abstufung gibt den Anteil der im Jahr 2009 neu gemeldeten Fälle von HIV-Infektionen in der Risikogruppe der injizierenden Drogenkonsumenten je 1 Million Einwohner an.

Quellen: ECDC und WHO Europa, 2010. Die Daten für Russland stammen vom Federal Scientific and Methodological Centre for the Prevention and Control of AIDS/HIV infection. Information Bulletin Nr. 34, S. 35, Moskau, 2010 (in russischer Sprache).

Methoden und untersuchten Erfassungsbereiche voneinander abweichen können.

Tendenzen bei HIV-Infektionen

Die Daten über neu diagnostizierte Fälle im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum für das Jahr 2009 zeigen, dass seit dem in den Jahren 2001 und 2002 aufgrund der Epidemien in Estland, Lettland und Litauen verzeichneten Höchststand die Infektionsraten in der Europäischen Union in der Regel weiterhin rückläufig sind. Von den fünf Ländern, die im Zeitraum 2004 bis 2009 die höchsten Raten neudiagnostizierter Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten zu verzeichnen hatten (Estland, Spanien, Lettland, Litauen, Portugal), gaben drei Länder erneut eine rückläufige Entwicklung an, während die Zahl der Fälle in Estland und Litauen seit 2008 erneut gestiegen ist (Abbildung 16) ⁽¹¹⁰⁾. In Estland stieg die Zahl von 26,8 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2008 auf 63,4 Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2009, und in Litauen wurde ein Anstieg von 12,5 (2008) auf 34,9 Fälle (2009) je 1 Million Einwohner verzeichnet. In diesem Fünfjahreszeitraum (2004 bis 2009) stieg die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen bei injizierenden Konsumenten in Bulgarien ebenfalls von 0,9 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2004 auf 9,7 Fälle im Jahr 2009, und Schweden verzeichnete im

Jahr 2007 ein Rekordhoch von 6,7 Fällen je 1 Million Einwohner (61 Neudiagnosen). Dies deutet darauf hin, dass in einigen Ländern nach wie vor die Gefahr von HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten besteht.

Daten aus der Beobachtung der HIV-Prävalenz in Stichproben von injizierenden Drogenkonsumenten im Zeitverlauf stellen eine wichtige Ergänzung zu den Berichten über HIV-Fälle dar. Für den Zeitraum 2004 bis 2009 sind Prävalenzdaten aus 27 europäischen Ländern verfügbar ⁽¹¹¹⁾. In 19 Ländern ist die HIV-Prävalenz in diesem Zeitraum unverändert geblieben. In drei von fünf Ländern (Frankreich, Italien, Österreich, Polen, Portugal) war ein statistisch signifikanter Rückgang der HIV-Prävalenz auf der Grundlage nationaler Stichproben zu verzeichnen; Frankreich dagegen stützte diese Tendenzen auf die Daten aus fünf Städten. In Österreich zeigen die nationalen Stichproben keine Veränderung, während in Wien ein Rückgang der Prävalenz zu verzeichnen ist. Zwei Länder melden eine steigende HIV-Prävalenz: die Slowakei (auf der Grundlage nationaler Daten) sowie Lettland (anhand eigener Angaben zu Untersuchungen in sieben Städten). In Bulgarien ist auf nationaler Ebene eine rückläufige Entwicklung, in der Hauptstadt Sofia hingegen eine steigende Tendenz zu verzeichnen. In Italien wurde auf nationaler Ebene ein Rückgang vermeldet, während

⁽¹¹⁰⁾ Die Daten für Spanien umfassen nur geografisch eingeschränkte Gebiete (keine nationale Erfassung).

⁽¹¹¹⁾ Aus Estland, Irland und der Türkei liegen keine Trenddaten vor. Siehe Tabelle INF-108 im Statistical Bulletin 2011.

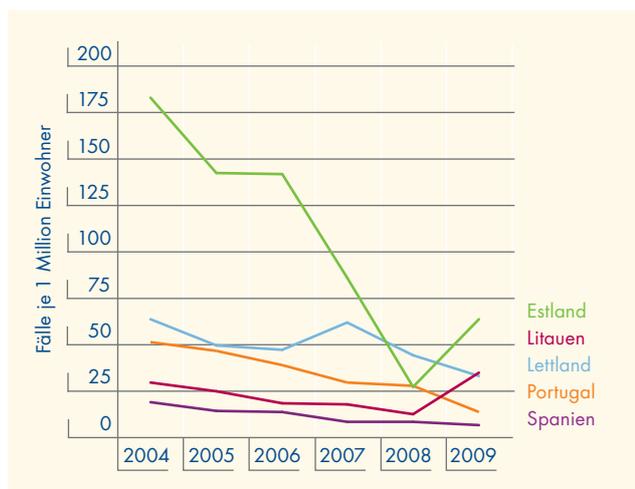
nur eine der 21 Regionen einen Anstieg zu verzeichnen hatte ⁽¹¹²⁾.

Der Vergleich der Tendenzen bei den neu gemeldeten Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum mit den Tendenzen bei der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten lässt erkennen, dass die Inzidenz der HIV-Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum in den meisten Ländern auf nationaler Ebene zurückgeht.

Trotz einer weitestgehend rückläufigen Entwicklung seit 2004 ist die für das Jahr 2009 gemeldete jährliche Rate neuer HIV-Diagnosen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum in Estland (63,4 Fälle je 1 Million Einwohner), Litauen (34,9), Lettland (32,7), Portugal (13,4) und Bulgarien (9,7) noch immer relativ hoch, was darauf schließen lässt, dass Neuinfektionen bei den injizierenden Konsumenten in diesen Ländern noch immer relativ häufig vorkommen ⁽¹¹³⁾.

Aus sechs Ländern (Estland, Spanien, Frankreich, Lettland, Litauen und Polen) liegen für den Zeitraum 2005 bis 2007 weitere Hinweise auf aktuelle Fälle der HIV-Übertragung vor, wobei unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren Prävalenzraten von mehr als 5 % gemeldet werden ⁽¹¹⁴⁾; zwei weitere Länder (Bulgarien, Zypern) melden für den Zeitraum 2004 bis 2009 eine

Abbildung 16: Tendenzen bei neu gemeldeten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in den fünf Mitgliedstaaten mit den höchsten Infektionsraten



Anmerkung: Die Daten wurden bis Ende Oktober 2009 gemeldet, siehe Abbildung INF-2 im Statistical Bulletin 2011.
 Quellen: ECDC und WHO Europa, 2010.

steigende HIV-Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten.

Aids-Inzidenz und Zugang zu HAART

Daten über die Aids-Inzidenz stellen zwar keinen geeigneten Indikator für die Übertragung von HIV dar, sind jedoch wichtige Belege für das Auftreten symptomatischer Erkrankungen. Die hohen Aids-Inzidenzraten können ein Hinweis darauf sein, dass viele mit HIV infizierte injizierende Drogenkonsumenten nicht in einem so frühen Stadium ihrer Infektion eine hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) erhalten, dass die Behandlung optimal anschlagen könnte. Eine kürzlich durchgeführte weltweite Untersuchung zeigt, dass dies in einigen europäischen Ländern durchaus noch immer der Fall sein könnte (Mathers et al., 2010).

Lettland verzeichnet mit schätzungsweise 20,8 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2009 gegenüber 26,4 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2008 trotz eines Rückgangs nun die höchste Aids-Inzidenz im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum. Relativ hohe Aids-Inzidenzraten unter injizierenden Drogenkonsumenten wurden mit 19,4, 7,3, 6,6 und 6,0 neuen Fällen je 1 Million Einwohner auch aus Estland, Spanien, Portugal und Litauen gemeldet. Was diese vier Länder betrifft, so ist die Entwicklung in Spanien und Portugal rückläufig, nicht jedoch in Estland und Litauen ⁽¹¹⁵⁾.

Hepatitis B und C

Die Virushepatitis und insbesondere Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) sind unter injizierenden Drogenkonsumenten in ganz Europa weit verbreitet. Die HCV-Antikörper-Prävalenzraten in nationalen Stichproben aus injizierenden Drogenkonsumenten lagen im Zeitraum 2008 bis 2009 zwischen 22 % und 83 %, wobei acht von zwölf Ländern Prävalenzraten von über 40 % meldeten ⁽¹¹⁶⁾. Drei Länder (Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn) berichten über Prävalenzraten unter 25 %. Allerdings stellen Infektionsraten in dieser Höhe noch immer ein erhebliches Problem für die öffentliche Gesundheit dar.

Aufgrund regionaler Unterschiede sowie der Merkmale der in der Stichprobe erfassten Gruppe werden auch innerhalb der einzelnen Länder zuweilen sehr unterschiedliche HCV-Antikörper-Prävalenzraten ermittelt. Beispielsweise reichen in Italien die regionalen Schätzungen von etwa 37 % bis 81 % (Abbildung 17).

⁽¹¹²⁾ Die Daten aus Italien beziehen sich auf Drogenkonsumenten in Behandlung, bei denen nicht bekannt ist, ob sie die Droge injizieren. Ein Rückgang der HIV-Prävalenz könnte daher auch auf einen rückläufigen injizierenden Konsum in der untersuchten Gruppe zurückgeführt werden.

⁽¹¹³⁾ Siehe Tabelle INF-104 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁴⁾ Siehe Tabelle INF-109 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁵⁾ Siehe Abbildung INF-1 sowie Tabelle INF-104 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁶⁾ Siehe Tabellen INF-2 und INF-111 im Statistical Bulletin 2011.

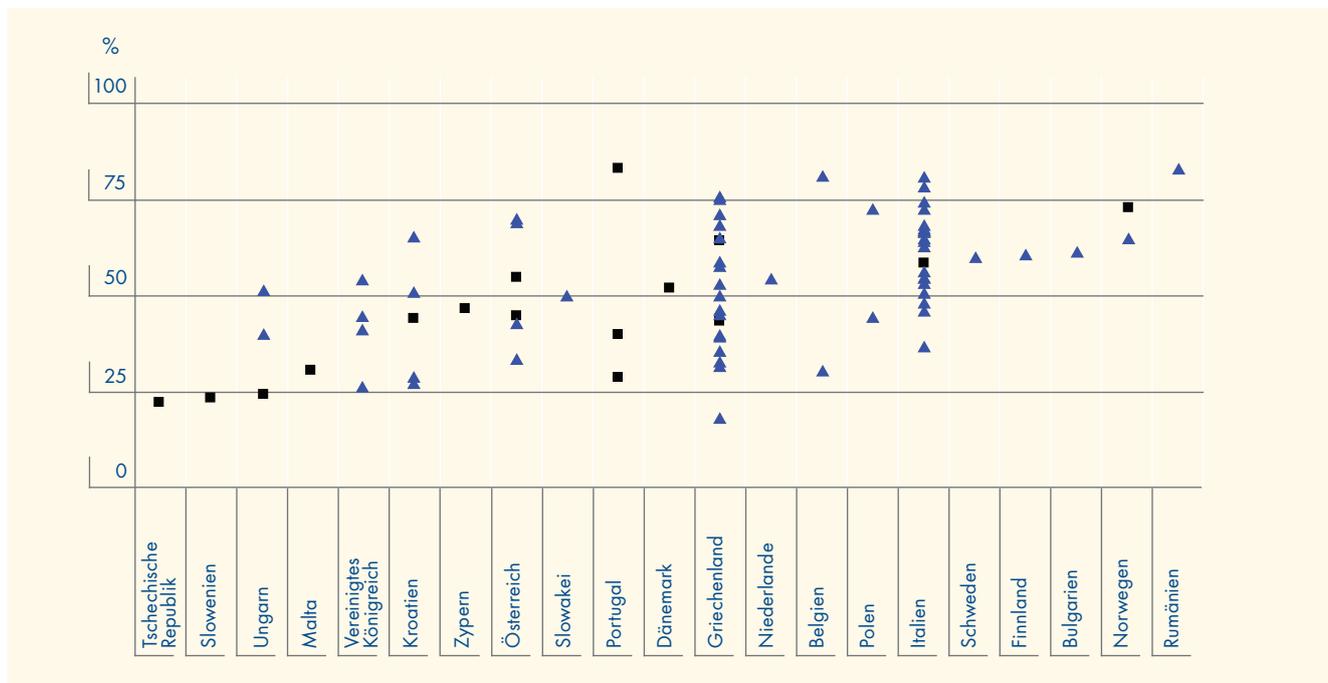
In jüngeren Studien (2008 bis 2009) wurden für injizierende Drogenkonsumenten unter 25 Jahren sowie für Drogenkonsumenten, die seit weniger als zwei Jahren injizieren, sehr unterschiedliche Prävalenzraten ermittelt. Dies deutet darauf hin, dass in den europäischen Ländern unterschiedlich hohe HCV-Inzidenzraten unter diesen Bevölkerungsgruppen zu verzeichnen sind ⁽¹¹⁷⁾. Allerdings zeigen diese Studien auch, dass das Zeitfenster für die Einleitung von Maßnahmen zur Prävention einer HCV-Infektion recht klein ist, da sich viele injizierende Drogenkonsumenten bereits zu Beginn ihres injizierenden Konsums mit dem Virus infizieren.

Zwischen 2004 und 2009 meldeten acht Länder einen Rückgang der HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten; Zypern meldete einen Anstieg der Prävalenz, und vier weitere Länder meldeten anhand verschiedener Datensätze abweichende Entwicklungen. Dennoch ist hinsichtlich der begrenzten geografischen Erfassung und/oder der Größe der untersuchten Stichproben in einigen Studien Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse geboten ⁽¹¹⁸⁾. Studien über junge injizierende Konsumenten unter 25 Jahren deuten erneut darauf hin, dass die Prävalenz in dieser Gruppe

in einigen Ländern entweder auf nationaler (Bulgarien, Slowenien, Vereinigtes Königreich) oder auf subnationaler Ebene (Kreta in Griechenland, Vorarlberg in Österreich) rückläufig sein könnte, was für sinkende Übertragungsraten sprechen könnte. Es gibt jedoch auch Meldungen zu steigenden Prävalenzraten (Zypern, Graz in Österreich). Einige dieser Erkenntnisse werden auch durch die Daten über neue injizierende Konsumenten (injizierender Konsum seit weniger als zwei Jahren) gestützt. Eine steigende HCV-Prävalenz unter neuen injizierenden Konsumenten wird aus Griechenland (Attica) gemeldet, während in Österreich (Vorarlberg) und Schweden (Stockholm) ein Rückgang der Prävalenz zu verzeichnen ist ⁽¹¹⁹⁾.

Bei der Prävalenz der Antikörper gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) bestehen zwischen den einzelnen Ländern ebenfalls große Unterschiede. Dies ist möglicherweise auf eine unterschiedliche Impfprävalenz zurückzuführen, es können jedoch auch andere Faktoren eine Rolle spielen. Der wichtigste serologische Marker für eine Infektion mit HBV ist das Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen (HBsAg), das auf eine akute Infektion hinweist. Im Zeitraum 2004 bis 2009 haben vier der 14 Länder, die Daten über die Verbreitung dieses Virus unter injizierenden

Abbildung 17: HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten



Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf die Jahre 2008 und 2009. Die schwarzen Quadrate bezeichnen Stichproben mit nationaler Erfassung, die blauen Dreiecke bezeichnen Stichproben mit subnationaler (lokaler oder regionaler) Erfassung. Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind aufgrund der verschiedenen Milieus und Erhebungsmethoden mit Vorsicht zu interpretieren; die nationalen Strategien der Stichprobenerhebung können voneinander abweichen. Die Länder sind nach aufsteigender Prävalenz auf der Grundlage der nationalen (oder, sofern nicht verfügbar, der subnationalen) Durchschnittswerte aufgeführt. Weitere Informationen sind der Abbildung INF-6 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽¹¹⁷⁾ Siehe Tabellen INF-112 und INF-113 sowie Abbildung INF-6 (Teil ii und Teil iii) im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁸⁾ Siehe Tabelle INF-111 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹¹⁹⁾ Siehe Tabellen INF-112 und INF-113 im Statistical Bulletin 2011.

Drogenkonsumenten vorgelegt haben, für die HBsAg-Prävalenz Raten von über 5 % gemeldet (Studien aus Bulgarien, Griechenland, Lettland und Rumänien) ⁽¹²⁰⁾.

Für Hepatitis B und C wurden unterschiedliche Tendenzen ermittelt, die jedoch aufgrund der geringen Datenqualität nur schwer zu interpretieren sind. Gewisse Rückschlüsse auf die Epidemiologie dieser Infektionen lassen sich jedoch dem Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen gemeldeten Fällen entnehmen, in denen Risikofaktoren bekannt sind (Wiessing et al., 2008). Im Zeitraum 2004 bis 2009 belief sich der durchschnittliche Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen HCV-Fällen in den 20 Ländern, für die Daten zur Verfügung standen, auf 63 %, der Anteil an den gemeldeten akuten HCV-Fällen, in denen die Risikokategorie bekannt ist, lag bei 38 %. Bei Hepatitis B beläuft sich der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten auf 20 % aller gemeldeten Fälle und auf 26 % der akuten Fälle. Diese Daten bestätigen, dass injizierende Drogenkonsumenten im Hinblick auf die Infektion mit der Virushepatitis in Europa auch weiterhin eine bedeutende Risikogruppe darstellen ⁽¹²¹⁾.

Sonstige Infektionskrankheiten

Neben Virusinfektionen sind injizierende Drogenkonsumenten auch anfällig für bakterielle Infektionen ⁽¹²²⁾. Der Ausbruch von Anthrax unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa (siehe EBDD, 2010a) hat ein anhaltendes Problem mit schweren Erkrankungen der injizierenden Konsumenten durch sporenbildende Bakterien aufgezeigt. Im Rahmen einer europäischen Studie wurden Daten zu gemeldeten Fällen von vier Arten von bakteriellen Infektionen (Botulismus, Tetanus, *Clostridium novyi* und Anthrax) unter injizierenden Drogenkonsumenten in den letzten zehn Jahren zusammengestellt. Zwischen 2000 und 2009 wurden aus sechs Ländern 367 Fälle gemeldet, wobei die Anteile an der Bevölkerung bei 0,03 bis 7,54 Fällen je 1 Million Einwohner lagen. Die meisten Infektionen (92 %) wurden aus drei Ländern in Nordwesteuropa gemeldet: Irland, dem Vereinigten Königreich und Norwegen. Diese geografische Verteilung ist nicht nachvollziehbar und muss daher weiter untersucht werden (Hope et al., im Druck).

Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten

Die Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten ist eines der wichtigsten Ziele

Tuberkulosefälle bei Drogenkonsumenten

Tuberkulose (TBC) ist eine durch Bakterien hervorgerufene Infektionskrankheit, die in der Regel die Lungen befällt und tödlich enden kann. Im Jahr 2008 meldeten 26 EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen insgesamt 82 605 Infektionsfälle. Dabei wurden in den folgenden Ländern mehr als 20 Fälle je 100 000 Einwohner verzeichnet: Rumänien (114,1), Litauen (66,8), Lettland (47,1), Bulgarien (41,2), Estland (33,1) und Portugal (28,7) (ECDC, 2010). In Europa tritt die Krankheit vorwiegend bei Risikogruppen wie Migranten, Obdachlosen, Drogenkonsumenten und Haftinsassen auf. Wegen ihrer Lebensführung und Marginalisierung ist das Risiko einer Infektion mit TBC bei Drogenkonsumenten unter Umständen höher als in der Allgemeinbevölkerung. Eine Infektion mit HIV stellt ein weiteres Risiko dar – die Wahrscheinlichkeit einer zusätzlichen Infektion mit TBC ist Schätzungen zufolge hierbei 20 bis 30 Mal höher als bei Personen, die keine HIV-Infektion aufweisen (WHO, 2010a).

Zur TBC-Prävalenz unter Drogenkonsumenten liegen nur wenige Daten vor. In Europa werden aus Griechenland (1,7 %), Litauen (3 %) und Portugal (1 % bis 2 %) hohe Raten einer aktiven (symptomatischen) TBC-Infektion unter Drogenkonsumenten in Behandlung gemeldet, bei systematischen Tests in Drogenbehandlungseinrichtungen in Österreich, der Slowakei und Norwegen hingegen wurden keine Infektionsfälle ermittelt.

Eine Tuberkuloseinfektion bei Drogenkonsumenten kann wirksam behandelt werden, hierfür ist jedoch eine komplexe kurative Behandlung über mindestens sechs Monate erforderlich. Die Behandlung muss unbedingt zu Ende geführt werden, da der infektiöse Organismus schnell eine Toleranz gegenüber den verabreichten Medikamenten entwickelt und auf die Behandlung nicht mehr anspricht. Bei problematischen Drogenkonsumenten, insbesondere bei solchen mit einem ungeordneten Lebensstil, kann es schwierig sein, die Behandlung bis zum Ende konsequent durchzuführen. Neue Ansätze, die eine kürzere Dauer der Behandlung vorsehen, könnten die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Abschließens der Behandlung erhöhen.

der Europäischen Union im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie Bestandteil der Drogenstrategien der meisten EU-Mitgliedstaaten. Um die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten einzudämmen, greifen die Länder auf die folgenden Maßnahmen zurück, wobei diese in unterschiedlichen Kombinationen zur Anwendung kommen: Überwachung, Impfung gegen und Behandlung von Infektionskrankheiten, Drogenbehandlung, insbesondere die opioidgestützte Substitutionstherapie, Ausgabe steriler Spritzbestecke sowie gemeindegestützte Maßnahmen, in deren Rahmen Informationen, Aufklärung und verhaltensorientierte

⁽¹²⁰⁾ Siehe Tabelle INF-114 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²¹⁾ Siehe Tabellen INF-105 und INF-106 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²²⁾ Siehe Kasten „Tuberkulosefälle bei Drogenkonsumenten“.

Interventionen angeboten werden und die häufig durch aufsuchende Dienste oder niedrigschwellige Einrichtungen erbracht werden. Die vorstehenden Maßnahmen wurden zusammen mit der antiretroviralen Therapie und der Diagnose und Behandlung von Tuberkulose von UN-Agenturen als grundlegende Maßnahmen zur Prävention von HIV sowie zur Behandlung und Betreuung von injizierenden Drogenkonsumenten genannt (WHO, UNODC und UNAIDS, 2009).

Maßnahmen

Die Wirksamkeit der opioidgestützten Substitutionsbehandlung hinsichtlich der Verringerung des Infektionsrisikos mit dem HI-Virus und des von den Konsumenten selbst angegebenen Risikoverhaltens bei einem injizierenden Konsum wurde durch verschiedene Studien und Untersuchungen belegt. Inzwischen wird immer deutlicher, dass die Kombination einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung mit Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen hinsichtlich der Reduzierung der HIV- oder HCV-Inzidenz und des Risikoverhaltens bei einem injizierenden Konsum eine höhere Wirksamkeit aufweist als der separate Einsatz dieser Ansätze (ECDC und EBDD, 2011).

Dank der jüngsten Verbesserungen bei der Behandlung von Hepatitis C verstärken viele Länder nun ihre Bemühungen bezüglich der Verhinderung, Erkennung und Behandlung von Hepatitis unter Drogenkonsumenten. Die Europäische Union unterstützt verschiedene Initiativen

Prävention von Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten: gemeinsame Leitlinien des ECDC und der EBDD

2011 haben das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die EBDD gemeinsame Leitlinien für die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumenten herausgegeben. Diese Leitlinien bieten einen umfassenden Überblick über die Wirksamkeit von Maßnahmen, einschließlich der Bereitstellung sauberer Spritzen und Spritzbestecke, von Drogenbehandlungen einschließlich der opioidgestützten Substitutionstherapie, von Impfungen, Tests und der Behandlung von Infektionen bei Drogenkonsumenten. Die Leitlinien analysieren Modelle zur Bereitstellung von Diensten sowie die für diese Gruppe relevantesten Informationen und Botschaften.

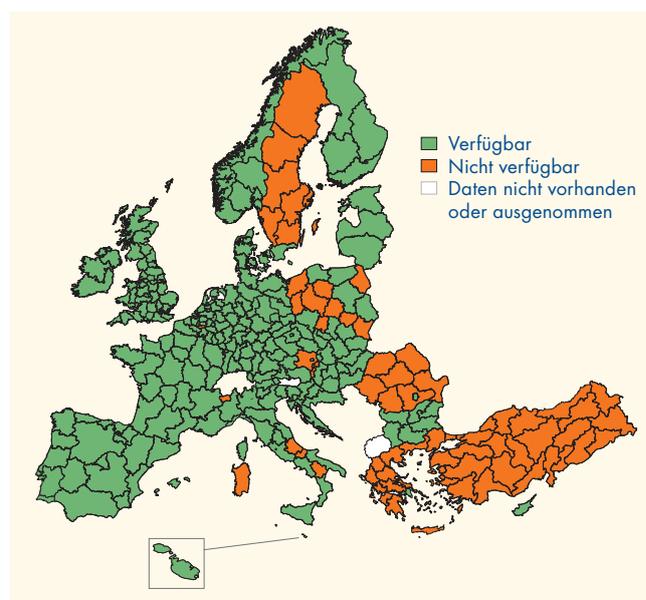
Diese Publikation ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder online auf der Website der EBDD verfügbar.

zur Verbesserung der Prävention von Hepatitis C unter Drogenkonsumenten. Diese Initiativen umfassen unter anderem die Ausarbeitung nationaler Vorgaben und Leitlinien zur HCV-Prävention in der EU (Zurhold, 2011), die Zusammenstellung von Beispielen für Maßnahmen zur Sensibilisierung, Prävention, Behandlung und Betreuung (Korrelationsprojekt und EHRN, 2010) sowie die Entwicklung von Schulungsmaterialien für politische Entscheidungsträger, medizinische Fachkräfte und lokale Anbieter von Diensten (z. B. Hunt und Morris, 2011).

Die kostenlose Bereitstellung sauberer Spritzen durch spezialisierte Einrichtungen oder Apotheken ist in allen Ländern mit Ausnahme der Türkei verbreitet. Trotz einer beträchtlichen Ausweitung dieser Maßnahme in den letzten 20 Jahren lassen die Daten zur geografischen Abdeckung auf eine ungleiche Verteilung schließen: Mehrere Länder in Mittel- und Osteuropa sowie Schweden melden in einigen Gebieten eine mangelnde Verfügbarkeit solcher Programme (siehe Abbildung 18).

Aktuelle Daten zur Anzahl der im Rahmen von speziellen Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen ausgegebenen Spritzen stehen mit Ausnahme von drei Ländern zur Verfügung; aus weiteren zwei Ländern liegen unvollständige Daten vor ⁽¹²³⁾. Sie zeigen, dass im

Abbildung 18: Geografische Verfügbarkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen auf regionaler Ebene



Anmerkung: Die Regionen sind gemäß der Ebene 2 der Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik (NUTS) gekennzeichnet. Weitere Informationen hierzu sind auf der Eurostat-Website zu finden.

Quelle: Siehe Tabelle HSR-4 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²³⁾ Siehe Tabelle HSR-5 im Statistical Bulletin 2011. Aus Dänemark, Deutschland und Italien lagen für den Zeitraum 2007 bis 2009 keine Informationen zur Zahl der ausgegebenen Spritzen vor. Die Daten aus den Niederlanden beziehen sich lediglich auf Amsterdam und Rotterdam, und in den Daten aus dem Vereinigten Königreich ist England nicht erfasst.

Rahmen dieser Programme rund 50 Millionen Spritzen pro Jahr ausgegeben werden. Dies entspricht einem Jahresdurchschnitt von 94 Spritzen pro geschätztem injizierendem Konsumenten in den Ländern, die entsprechende Daten vorgelegt haben.

Die Zahl der pro Jahr und pro injizierendem Konsumenten durchschnittlich ausgegebenen Spritzen kann für 13 europäische Länder geschätzt werden ⁽¹²⁴⁾. In sieben dieser Länder liegt die durchschnittliche Zahl der im Rahmen spezieller Programme ausgegebenen Spritzen bei weniger als 100 je injizierendem Konsumenten, in vier Ländern kommen auf einen Konsumenten 100 bis 200 Spritzen, und Luxemburg und Norwegen melden die Ausgabe von mehr als 200 Spritzen pro injizierendem Konsumenten ⁽¹²⁵⁾. Zur Vorbeugung gegen HIV schätzen die UN-Agenturen die jährliche Ausgabe von 100 Spritzen pro injizierendem Drogenkonsumenten als niedrig und die Ausgabe von 200 Spritzen pro Konsument als hoch ein (WHO, UNODC und UNAIDS, 2009).

In den letzten vier Berichtsjahren (2005 bis 2009) ist die Gesamtzahl der im Rahmen von Spritzenaustauschprogrammen ausgegebenen Spritzen um 32 % gestiegen. Eine subregionale Analyse der Entwicklungstendenzen bei der Bereitstellung von Spritzen zeigt, dass diese Zunahme sich insbesondere auf die neueren Mitgliedstaaten konzentriert, während in den Mitgliedstaaten, die der EU vor 2004 beigetreten sind, ein weniger deutlicher Anstieg zu verzeichnen war.

Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität

Der Drogenkonsum zählt in Europa zu den häufigsten Ursachen für Gesundheitsprobleme und Todesfälle unter jungen Menschen, und auch ein beträchtlicher Anteil von Todesfällen bei Erwachsenen kann darauf zurückgeführt werden. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass 10 % bis 23 % der Todesfälle in der Altersgruppe der 15- bis 49-Jährigen mit dem Opioidkonsum in Verbindung zu bringen sind (Bargagli et al., 2006; Bloor et al., 2008).

Neben den Todesfällen durch den unmittelbaren Konsum schließt die Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auch Todesfälle ein, die mittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind. Die Todesursachen umfassen Überdosierungen (drogeninduzierte Todesfälle), HIV/Aids, Verkehrsunfälle (insbesondere

in Kombination mit Alkohol), Gewalt, Selbstmorde und chronische Gesundheitsprobleme infolge eines wiederholten Konsums (z. B. kardiovaskuläre Probleme bei Kokainkonsumenten) ⁽¹²⁶⁾.

Drogeninduzierte Todesfälle

Die jüngsten Schätzungen geben für das Jahr 2009 rund 7 630 drogeninduzierte Todesfälle in den EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen an, was im Vergleich zu den 7 730 Fällen im Vorjahr auf eine stabile Situation hinweist ⁽¹²⁷⁾. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um eher vorsichtige Schätzungen handelt, da in den nationalen Daten womöglich nicht alle drogeninduzierten Todesfälle erfasst sind oder ein gewisser Anteil der insgesamt aufgetretenen Todesfälle nicht mit dem Konsum von Drogen in Verbindung gebracht wurde. Nur einige wenige Länder haben das Ausmaß von zu niedrig angesetzten Werten in ihren nationalen Schätzungen bewertet.

Zwischen 1995 und 2008 meldeten die EU-Mitgliedstaaten und Norwegen jährlich 6 300 bis 8 400 drogeninduzierte Todesfälle. 2008, dem letzten Jahr, für das Daten aus fast allen Ländern vorliegen, entfiel mehr als die Hälfte aller gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle auf Deutschland und das Vereinigte Königreich, die zusammen mit Spanien und Italien zwei Drittel (5 075) der Todesfälle insgesamt meldeten.

Im Jahr 2009 lag die durchschnittliche Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in der EU bei geschätzten 21 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren; die meisten Länder meldeten Raten zwischen vier und 59 Todesfällen je 1 Million Einwohner (Abbildung 19). In 13 von 28 europäischen Ländern wurden Raten von über 20 Todesfällen je 1 Million Einwohner und in sieben Ländern Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner verzeichnet. Unter den Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren waren 4 % aller Todesfälle auf Überdosierungen zurückzuführen ⁽¹²⁸⁾.

Faktoren wie die Prävalenz und Muster des Drogenkonsums (injizierender Konsum, polyvalenter Konsum), das Alter und die Komorbidität der Drogenkonsumenten, die Verfügbarkeit von Behandlungs- und Notfalldiensten sowie die Qualität der Datenerhebung und der Berichterstattung können die Gesamtzahl der gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle beeinflussen. Infolge der erzielten Verbesserungen

⁽¹²⁴⁾ Siehe Abbildung HSR-3 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹²⁵⁾ Die Zahlen umfassen keine Apothekenverkäufe, die für Drogenkonsumenten in mehreren Ländern eine wichtige Bezugsquelle für sterile Spritzen darstellen können.

⁽¹²⁶⁾ Siehe „Drogenbedingte Mortalität: ein komplexer Begriff“ im Jahresbericht 2008.

⁽¹²⁷⁾ Die Schätzung für Europa basiert für 17 der 27 Mitgliedstaaten sowie für Norwegen auf den für das Jahr 2009 vorgelegten Daten, für neun Länder auf den für 2008 vorgelegten Daten und für ein Land auf Prognosedaten. Belgien ist in dieser Schätzung nicht berücksichtigt, da keine Daten vorliegen. Weitere Informationen sind der Tabelle DRD-2 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

⁽¹²⁸⁾ Siehe Abbildung DRD-7 (Teil i) sowie die Tabellen DRD-5 (Teil ii) und DRD-107 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011.

hinsichtlich der Zuverlässigkeit der europäischen Daten ist nun eine bessere Beschreibung der europäischen und nationalen Entwicklungen möglich, und die meisten Länder haben inzwischen der Definition der EBDD entsprechende Falldefinitionen eingeführt ⁽¹²⁹⁾. Dennoch sind angesichts der zwischen den einzelnen Ländern zu beobachtenden Unterschiede in der Berichterstattung sowie bei den Datenquellen Vergleiche mit Bedacht anzustellen.

Opioidbedingte Todesfälle

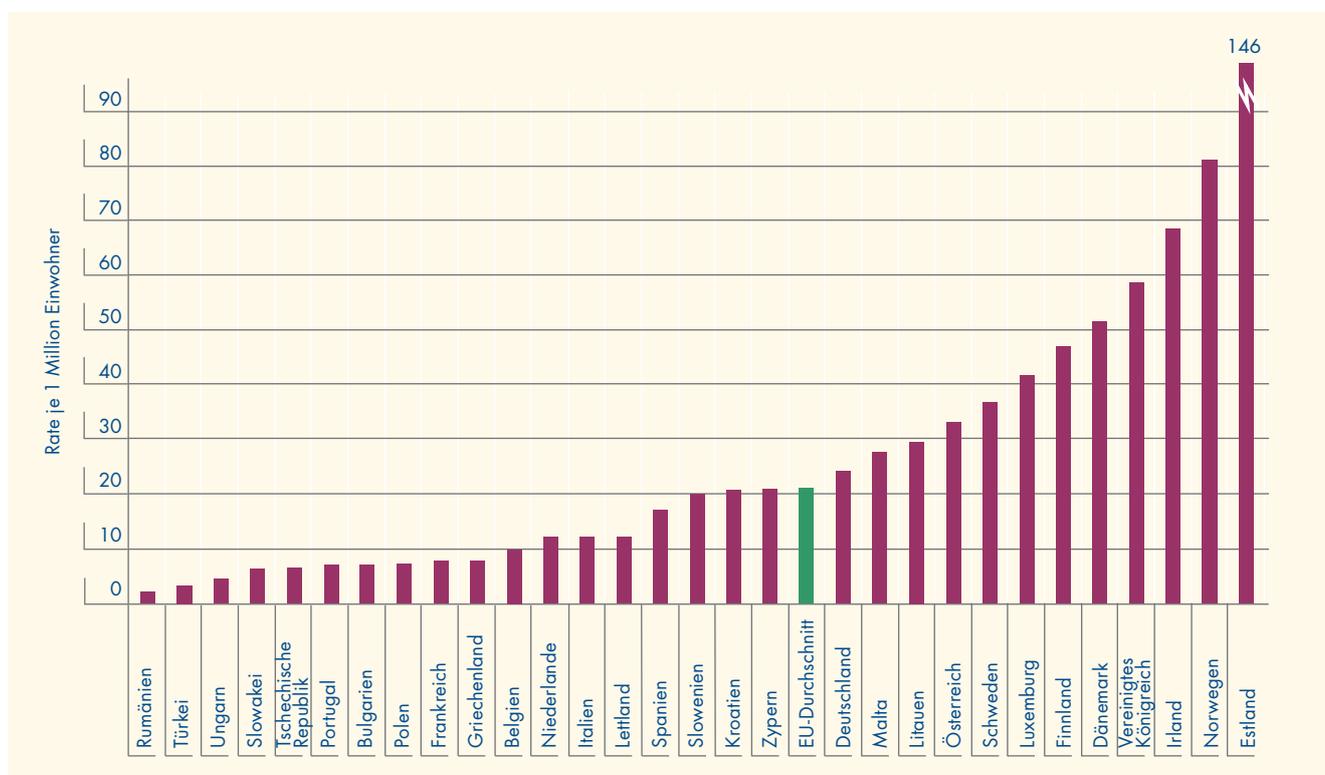
Heroin

Bei den meisten in Europa gemeldeten drogeninduzierten Todesfällen spielen Opiode, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, eine Rolle. In den 22 Ländern, die für die Jahre 2008 oder 2009 Daten übermittelt haben, entfiel ein Großteil dieser Todesfälle auf Opiode, wobei fünf Länder Anteile von über 90 % und weitere zwölf Länder Anteile zwischen 80 % und 90 % meldeten. Häufig werden in der toxikologischen Analyse neben Heroin auch andere Substanzen nachgewiesen, zumeist

Alkohol, Benzodiazepine, andere Opiode und, in einigen Ländern, Kokain. Dies legt den Schluss nahe, dass ein erheblicher Teil aller drogeninduzierten Todesfälle in Zusammenhang mit dem polyvalenten Drogenkonsum steht. Verdeutlicht wird diese Annahme durch eine Analyse der Toxikologie der zwischen 2000 und 2007 in Schottland erfassten drogeninduzierten Todesfälle. Hierbei wurde festgestellt, dass insbesondere bei älteren männlichen Konsumenten häufig eine Kombination aus Heroin und Alkohol nachgewiesen werden konnte. Bei den Männern über 35 Jahren, deren Tod auf den Konsum von Heroin zurückgeführt wird, wurde in 53 % der Fälle Alkohol als weitere Substanz nachgewiesen, bei den Männern unter 35 Jahren lag der Anteil bei 36 % (Bird und Robertson, 2011; siehe auch GROS, 2010).

In Europa sind die meisten gemeldeten Opfer tödlicher Heroin-Überdosierungen (81 %) Männer. Im Durchschnitt kommen auf ein weibliches vier männliche Opfer (die angegebenen Werte schwanken zwischen 1,4:1 in Polen bis 31:1 in Rumänien) ⁽¹³⁰⁾. Im Vergleich zu den Mitgliedstaaten, die bereits vor 2004 der EU

Abbildung 19: Geschätzte Mortalitätsraten unter allen Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) aufgrund drogeninduzierter Todesfälle



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung DRD-7 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.
 Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽¹²⁹⁾ Ausführliche methodische Informationen sind dem Statistical Bulletin 2011 und den Seiten zu den Schlüsselindikatoren zu drogenbedingten Todesfällen zu entnehmen.

⁽¹³⁰⁾ Da es sich bei den meisten der an die EBDD gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle um Überdosierungen von Opioiden (vor allem Heroin) handelt, werden die allgemeinen Merkmale der gemeldeten Fälle für die Darstellung und Analyse der heroinderbedingten Todesfälle herangezogen. Siehe Abbildung DRD-1 im Statistical Bulletin 2011.

angehört haben, sowie zu Norwegen werden in den Mitgliedstaaten, die der EU erst später beigetreten sind, die meisten drogeninduzierten Todesfälle bei Männern und jüngeren Konsumenten gemeldet. Die Anteile variieren in Europa, wobei insbesondere aus den südeuropäischen Ländern (Griechenland, Italien, Rumänien, Zypern, Ungarn und Kroatien) sowie aus Estland, Lettland und Litauen höhere Anteile männlicher Konsumenten gemeldet werden. Dänemark, die Niederlande, Schweden und Norwegen dagegen melden mehr Fälle bei älteren Konsumenten. Das Durchschnittsalter der Todesopfer, die an einer Heroin-Überdosierung sterben, liegt in der Mehrzahl der Länder bei Mitte 30 und steigt in vielen Ländern, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass sich die Zahl der jungen Heroinkonsumenten möglicherweise stabilisiert oder sinkt und eine Verschiebung hin zu älteren problematischen Opioidkonsumenten stattfindet. Insgesamt sind 12 % der Opfer der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen unter 25 Jahre alt ⁽¹³¹⁾.

Mit tödlichen und nichttödlichen Heroin-Überdosierungen werden verschiedene Faktoren in Verbindung gebracht, unter anderem der injizierende Konsum sowie der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen, insbesondere von Alkohol, Benzodiazepinen und einigen Antidepressiva. Ebenfalls in Zusammenhang mit Überdosierungen gebracht werden ein exzessiver kurzfristiger Drogenkonsum („Binge“-Konsum), Komorbidität, Wohnungslosigkeit, eine schlechte psychische Verfassung (z. B. Depressionen oder die absichtliche Herbeiführung einer Vergiftung), die Tatsache, dass keine Behandlung erfolgt, Erfahrungen mit früheren Überdosierungen und Einsamkeit zum Zeitpunkt der Überdosierung (Rome et al., 2008). Darüber hinaus wurde in einer Reihe von Langzeitstudien festgestellt, dass das Risiko von Überdosierungen unmittelbar nach der Entlassung aus einer Haftanstalt oder Drogenbehandlung besonders hoch ist (WHO, 2010a).

Andere Opioide

Neben Heroin wird in den toxikologischen Berichten eine ganze Reihe weiterer Opioide, einschließlich Methadon ⁽¹³²⁾ und Buprenorphin, aufgeführt. Todesfälle aufgrund von Vergiftungen mit Buprenorphin sind eher selten und werden nur von wenigen Ländern gemeldet, obwohl diese Substanz in Europa zunehmend in der Substitutionsbehandlung eingesetzt wird. In Finnland jedoch wird bei den meisten gerichtsmedizinischen Untersuchungen noch immer das Opioid Buprenorphin nachgewiesen. Dabei wurde die Droge allerdings in der Regel in Kombination mit anderen Substanzen eingenommen. Zu diesem Ergebnis kam ein vor Kurzem

Methadon und Mortalität

Angesichts der rund 700 000 Opioidkonsumenten, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen, rücken Substanzen wie Methadon im Zusammenhang mit drogeninduzierten Todesfällen in jüngerer Zeit verstärkt in den Blickpunkt. Methadon wird häufig in toxikologischen Berichten zu drogeninduzierten Todesfällen angeführt und in einigen Fällen sogar als Todesursache genannt. Dennoch weisen die aktuell verfügbaren Forschungsergebnisse stark darauf hin, dass Methadon bei einer gut eingestellten und überwachten opioidgestützten Substitutionsbehandlung verschiedene Vorteile mit sich bringt und in Kombination mit psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen die Patienten vor einem Behandlungsabbruch bewahren, den illegalen Konsum von Opioiden reduzieren und die Mortalität senken kann.

Beobachtungsstudien zufolge ist die Mortalitätsrate bei Opioidkonsumenten in Methadonbehandlung um rund zwei Drittel niedriger als die Mortalitätsrate bei Opioidkonsumenten, die sich keiner Behandlung unterziehen. Die Dauer der Behandlung ist ein bedeutender Faktor, und jüngste Studien zeigen, dass die Chance, die Gesamtmortalität bei Opioidkonsumenten zu senken, bei einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung bei über 85 % liegt, sofern die Patienten für mindestens zwölf Monate in der Behandlung verbleiben (Cornish et al., 2010). Die Überlebenschance steigt mit der Behandlungsdauer (Kimber et al., 2010). Darüber hinaus scheint die Therapie mit Methadon das Risiko einer HIV-Infektion im Vergleich mit einem Entzug oder einer nicht aufgenommenen Behandlung um rund 50 % zu senken (Mattick et al., 2009). Im Hinblick auf die Untersuchung von methadoninduzierten Todesfällen in der betreffenden Zielgruppe kam eine vor Kurzem in Schottland und England durchgeführte Studie zu dem Schluss, dass nach der Einführung einer überwachten Methadondosierung ein deutlicher Rückgang der Todesfälle durch Methadon zu beobachten war. Nach einer Ausweitung der Behandlung ist die Zahl der auf eine Überdosierung von Methadon zurückzuführenden Todesfälle zwischen 1993 und 2008 proportional zur Menge des verschriebenen Methadons mindestens um das Vierfache gesunken (Strang et al., 2010).

in Finnland veröffentlichter Bericht über die bei Tod durch unbeabsichtigte Vergiftung nachgewiesenen Drogen; dabei wurden in fast allen (38 von 40) Fällen Benzodiazepine nachgewiesen und Buprenorphin als primäre Todesursache festgestellt. In 22 von 40 Fällen wurde zudem Alkohol als eine weitere bedeutende Substanz ermittelt, die zum Tod geführt hat (Salasuo et al., 2009). In Estland standen die meisten der 2009 gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle wie auch schon in den Vorjahren in Zusammenhang mit dem Konsum von 3-Methylfentanyl.

⁽¹³¹⁾ Siehe Abbildungen DRD-2 und DRD-3 sowie Tabelle DRD-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹³²⁾ Siehe Kasten „Methadon und Mortalität“.

Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen

Auf eine Kokainvergiftung durch Überdosierung zurückzuführende Todesfälle sind offenbar recht selten (EBDD, 2010a). Da Überdosierungen dieser Droge jedoch schwerer zu definieren und zu ermitteln sind als Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden, können die gemeldeten Zahlen möglicherweise zu niedrig sein (siehe Kapitel 5).

Im Jahr 2009 wurden den Berichten zufolge in 21 Ländern etwa 900 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain verzeichnet. Mangels Vergleichbarkeit der verfügbaren Daten ist es jedoch schwierig, eine gesamteuropäische Tendenz festzustellen. Die jüngsten Daten für Spanien und das Vereinigte Königreich, also für die zwei Länder mit den höchsten Prävalenzraten des Kokainkonsums, weisen auf einen Rückgang der Todesfälle im Zusammenhang mit dieser Droge hin: In Spanien sank der Anteil der gemeldeten kokaininduzierten Todesfälle (ohne Opiate) von 25,1 % im Jahr 2007 auf 19,3 % im Jahr 2008, im Vereinigten Königreich nahm der Anteil zwischen 2008 und 2009 von 12,7 % auf 9,6 % ab. Kokain ist in den seltensten Fällen die einzige Substanz, die für drogeninduzierte Todesfälle ursächlich ist.

Eine kürzlich auf internationaler Ebene durchgeführte Übersichtsarbeit zur Mortalität bei Kokainkonsumenten kam zu dem Schluss, dass hinsichtlich der erhöhten Mortalität bei problematischen oder abhängigen Kokainkonsumenten nur begrenzt Daten verfügbar sind (Degenhardt et al., 2011). Die Arbeit umfasste die Ergebnisse aus drei europäischen Follow-up-Studien: einer französischen Studie mit Personen, die wegen eines Drogendelikts im Zusammenhang mit Kokain inhaftiert waren, einer niederländischen Studie mit injizierenden Drogenkonsumenten, die über niedrigschwellige Dienste als Teilnehmer rekrutiert worden waren, sowie einer italienischen Studie mit abhängigen Kokainkonsumenten in Behandlung. Die in diesen Studien ermittelten Bruttomortalitätsraten bewegten sich zwischen 0,54 und 4,6 Fällen je 100 Personenjahre. Eine vor Kurzem in Dänemark durchgeführte Kohortenstudie unter der Beteiligung von Kokainkonsumenten in Behandlung ergab ein erhöhtes Mortalitätsrisiko von 6,4 im Vergleich zu den gleichen Alters- und Geschlechtsgruppen in der Allgemeinbevölkerung (Arendt et al., 2011).

Todesfälle, bei denen Ecstasy (MDMA) nachgewiesen wurde, werden nur selten gemeldet, wobei die Droge in vielen Fällen nicht als unmittelbare Todesursache ermittelt wurde⁽¹³³⁾. Todesfälle, die möglicherweise im Zusammenhang mit Cathinonen standen, wurden im Jahr 2009 aus England (Mephedron) und Finnland (MDPV) gemeldet (siehe Kapitel 8).

Tendenzen bei drogeninduzierten Todesfällen

In Europa wurde in den 80er- und frühen 90er-Jahren eine drastische Zunahme der drogeninduzierten Todesfälle beobachtet, die mit der Verbreitung des Heroinkonsums und des injizierenden Drogenkonsums einherging. Seitdem bewegt sich die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle auf hohem Niveau⁽¹³⁴⁾. Für den Zeitraum 2000 bis 2003 meldeten die meisten EU-Mitgliedstaaten eine rückläufige Entwicklung bei der Zahl der Todesfälle, gefolgt von einem Anstieg zwischen 2003 und 2008. Die verfügbaren vorläufigen Daten lassen darauf schließen, dass im Jahr 2009 eine ebenso hohe oder eine nur leicht geringere Zahl zu verzeichnen war wie im Vorjahr. Von den Ländern, für die ein Vergleich möglich ist, meldeten einige der größten Länder, darunter Deutschland, Italien und das Vereinigte Königreich, eine rückläufige Tendenz.

Die Gründe für die anhaltend hohen oder gar steigenden Zahlen der gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle in einigen Ländern sind schwer auszumachen, insbesondere in Anbetracht der Hinweise auf einen Rückgang des injizierenden Drogenkonsums und der Zunahme der Zahl der Opioidkonsumenten, die Dienste zur Behandlung und Schadensminimierung in Anspruch nehmen. Unter anderem sind die folgenden möglichen Erklärungen zu nennen: steigende Raten des polyvalenten Drogenkonsums (EBDD, 2009b) oder hochriskanter Verhaltensweisen, ein Anstieg der Zahl der rückfälligen Opioidkonsumenten, die nach ihrer Entlassung aus der Haft oder einer Behandlung bekanntermaßen besonders gefährdet sind, sowie ein höheres Durchschnittsalter bei der Kohorte der stärker gefährdeten Drogenkonsumenten.

Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum

Neben drogeninduzierten Todesfällen schließt die Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auch Todesfälle ein, die mittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind, beispielsweise durch die Übertragung von Infektionskrankheiten, kardiovaskuläre Probleme oder Unfälle. Die Zahl der Todesfälle, die in mittelbarem Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stehen, ist schwer zu bemessen, ihre Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit können jedoch erheblich sein. Diese drogenbedingten Todesfälle betreffen in erster Linie problematische Drogenkonsumenten, zuweilen jedoch auch Gelegenheitskonsumenten (z. B. Verkehrsunfälle).

Für die Schätzung der drogenbedingten Gesamtmortalität können unterschiedliche Verfahren herangezogen werden:

⁽¹³³⁾ Daten über Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen als Heroin sind der Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

⁽¹³⁴⁾ Siehe Abbildungen DRD-8 und DRD-11 im Statistical Bulletin 2011.

Ein Ansatz besteht in der Zusammenführung der Daten aus Kohortenstudien zur Mortalität mit Schätzungen der Prävalenz des Drogenkonsums. In einem anderen Ansatz wird der Anteil der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum anhand der vorhandenen allgemeinen Todesursachenstatistiken geschätzt.

Kohortenstudien zur Mortalität

Im Rahmen von Kohortenstudien zur Mortalität werden Gruppen problematischer Drogenkonsumenten im Zeitverlauf beobachtet, wobei durch die Herstellung von Verknüpfungen zu Todesursachenregistern versucht wird, die Ursachen aller in diesen Gruppen verzeichneten Todesfälle zu ermitteln. Diese Studien erlauben die Bestimmung der allgemeinen und ursachenspezifischen Mortalität in der Kohorte sowie die Schätzung, inwieweit die Mortalität in der Gruppe die Mortalitätsraten in der Allgemeinbevölkerung übersteigt ⁽¹³⁵⁾.

In Abhängigkeit von den untersuchten Rekrutierungsmilieus (z. B. Drogenbehandlungseinrichtungen) und den Einschlusskriterien (z. B. injizierende Drogenkonsumenten, Heroinkonsumenten) weisen die meisten Kohortenstudien unter problematischen Drogenkonsumenten jährliche Mortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus. Diese Mortalitätsraten liegen grob geschätzt 10 bis 20 Mal höher als in der gleichen Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung. Hinsichtlich der relativen Bedeutung der Todesursachen sind Unterschiede sowohl zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Ländern als auch im Zeitverlauf festzustellen. Als Hauptursache sind jedoch im Allgemeinen Überdosierungen auszumachen, auf die in Ländern mit niedrigen HIV-/Aids-Prävalenzen bis zu 50 % bis 60 % der Todesfälle unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa entfallen. Neben HIV/Aids und anderen Krankheiten werden häufig auch Selbstmord, Unfälle und Alkoholmissbrauch als Todesursachen angeführt.

Mittelbar mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehende Todesfälle

Anhand vorliegender Daten von Eurostat und des Berichts über die Überwachung der HIV- und Aidsraten in Europa („HIV/AIDS surveillance“) schätzt die EBDD, dass in der Europäischen Union im Jahr 2007 rund 2 100 Menschen an einer HIV-/Aids-Erkrankung gestorben sind, die in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stand ⁽¹³⁶⁾, wobei 90 % der Todesfälle auf Spanien, Frankreich, Italien und Portugal entfielen.

Zu den weiteren Ursachen für Todesfälle unter Drogenkonsumenten zählen chronische Krankheiten wie Lebererkrankungen, die häufig infolge von Hepatitis-C-Infektionen (HCV) auftreten und durch schweren Alkoholkonsum und eine HIV-Koinfektion noch verschlimmert werden können. Seltener sind die Todesfälle auf andere Infektionskrankheiten zurückzuführen. Anderen Ursachen für Todesfälle unter Drogenkonsumenten, wie Selbstmord, Traumata, aber auch Mord, wird weit weniger Aufmerksamkeit beigemessen, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass sie erhebliche Auswirkungen auf die Mortalität haben.

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

15 europäische Länder berichten, dass ihre nationalen Drogenstrategien die Reduzierung drogeninduzierter Todesfälle zum Schwerpunkt haben, entsprechende Strategien auf regionaler Ebene umgesetzt sind oder dass spezifische Aktionspläne für die Prävention drogenbedingter Todesfälle vorhanden sind. In einigen der übrigen Länder (Estland, Frankreich, Österreich) führte der jüngste Anstieg drogenbedingter Todesfälle (teilweise bei jüngeren Menschen und sozial integrierten Konsumenten) zu einem stärkeren Bewusstsein für die Notwendigkeit verbesserter Maßnahmen in diesem Bereich.

Eine Behandlung kann das Mortalitätsrisiko von Drogenkonsumenten erheblich verringern, obgleich mit dem Eintritt in eine Behandlung oder dem Ausscheiden aus einer Behandlung neue Risiken im Zusammenhang mit der

Ausgewähltes Thema zur Mortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum – ein umfassender Ansatz und die Folgen für die öffentliche Gesundheit („Mortality related to drug use – a comprehensive approach and public health implications“)

Ein in diesem Jahr von der EBDD veröffentlichtes ausgewähltes Thema stellt die Ergebnisse der jüngsten Langzeitstudien zu problematischen Drogenkonsumenten in Europa hinsichtlich der drogeninduzierten Mortalität vor. Der Bericht untersucht die allgemeine und ursachenspezifische Mortalität und nennt im Rahmen von Forschungen ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren. Die Folgen für die öffentliche Gesundheit werden ebenfalls erörtert.

Diese Publikation ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder online auf der Website der EBDD verfügbar.

⁽¹³⁵⁾ Weitere Informationen zu den Kohortenstudien zur Mortalität finden Sie auf der Website der EBDD unter Key indicators (Schlüsselindikatoren).

⁽¹³⁶⁾ Siehe Tabelle DRD-5 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2011.

Drogentoleranzrate hinzukommen. Studien zeigen, dass das Risiko von drogeninduzierten Todesfällen bei einem Rückfall nach einer Behandlung oder in den Wochen nach einer Haftentlassung erheblich erhöht ist.

Aufgrund seines pharmakologischen Sicherheitsprofils wird Buprenorphin in einigen Ländern ⁽¹³⁷⁾ als Substitutionsmittel bei der Opioidbehandlung empfohlen, und in mindestens der Hälfte der Länder ⁽¹³⁸⁾ hat eine Kombination aus Buprenorphin und Naloxon eine Marktzulassung erhalten.

Während in einigen europäischen Ländern Fortschritte hinsichtlich der Verringerung der Unterschiede bei der Behandlung in der allgemeinen Bevölkerung und von Haftinsassen erzielt werden konnten ⁽¹³⁹⁾, wurde die Unterbrechung einer begonnenen Behandlung aus verschiedenen Gründen, z. B. durch eine Verhaftung, Inhaftierung oder Entlassung, als wesentlicher Risikofaktor für eine Überdosierung ermittelt (Dolan et al., 2005). Das WHO-Regionalbüro für Europa (2010c) hat daher im Jahr 2010 Empfehlungen bezüglich der Prävention von Überdosierungen in Haftanstalten und einer verbesserten Fortführung der Betreuung nach der Haftentlassung veröffentlicht.

Neben der Verbesserung des Zugangs zu Drogenbehandlungsprogrammen wurden auch weitere Maßnahmen zur Reduzierung des Risikos von Überdosierungen bei Drogenkonsumenten untersucht. Diese Maßnahmen beziehen sich auf persönliche, situative und drogenbezogene Faktoren. Informationsmaterial bezüglich des Risikos einer Überdosierung werden häufig in mehreren Sprachen erstellt, damit auch Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund erreicht werden können. Die Materialien werden in den meisten Ländern durch spezialisierte Drogenhilfsdienste und über Webseiten verbreitet, seit Kurzem wird jedoch auch eine Bereitstellung per Telefon oder E-Mail praktiziert. In 27 Ländern stehen Beratungsleistungen für Konsumenten und Schulungen für einen sichereren Konsum zur Verfügung, die von Drogenbetreuern oder gleichrangigen Ausbildern bereitgestellt werden, häufig jedoch nur eingeschränkt und sporadisch erfolgen ⁽¹⁴⁰⁾.

Eine geringe Zahl von Ländern meldet weitere Maßnahmen, darunter die weitere Betreuung von Personen, die wegen eines drogenbedingten Notfalls behandelt wurden (Belgien, Dänemark, Luxemburg, Niederlande, Österreich), Frühwarnsysteme zur Sensibilisierung der Konsumenten für gefährliche Substanzen (Belgien, Tschechische Republik, Frankreich, Ungarn, Portugal, Kroatien) sowie verbesserte Kontrollen

zur Vermeidung der mehrfachen Verschreibung von Substitutionsdrogen (Luxemburg, Vereinigtes Königreich). In überwachten Drogenkonsumeinrichtungen, wie sie in Deutschland, Spanien, Luxemburg, den Niederlanden und Norwegen zur Verfügung stehen, können Ärzte im Falle einer Überdosierung sofort geeignete Maßnahmen ergreifen, wodurch das Risiko gesundheitlicher Auswirkungen bei nichttödlichen Überdosierungen verringert werden kann. Die Wirksamkeit überwachter Drogenkonsumräume hinsichtlich der Verringerung der drogeninduzierten Todesfälle in der Gemeinschaft wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen, darunter eine kürzlich in Vancouver durchgeführte Studie, die in der untersuchten Gemeinschaft nach der Eröffnung einer Einrichtung für den überwachten Drogenkonsum durch Injektion einen Rückgang der Todesfälle infolge einer Überdosierung um 35 % ergab (Marshall, B., et al., 2011). Diese Ergebnisse stützen die Resultate aus früheren Studien, die im Rahmen einer Monografie zur Schadensminimierung bewertet wurden (EBDD, 2010b).

Eine Maßnahme, die viele durch eine Überdosierung von Opioiden bedingte Todesfälle verhindern könnte, sind Schulungen zu Überdosierungen in Kombination mit einer Notfalldosis Naloxon, die an die Teilnehmer ausgegeben wird – ein Mittel, das die Wirkung von Opioiden umkehrt und häufig in Krankenhäusern und in der Notfallmedizin zum Einsatz kommt. Einige europäische Länder melden gemeindebasierte Programme, in deren Rahmen Naloxon an Drogenkonsumenten ausgegeben wird, bei denen das Risiko einer Überdosierung besteht. Die Verschreibung von Naloxon wird durch Pflichtschulungen zur Erkennung einer Überdosierung ergänzt, in denen grundlegende Techniken zur Lebensrettung (z. B. Mund-zu-Mund-Beatmung, stabile Seitenlage) und zur Verabreichung von Naloxon im Notfall vermittelt werden. Diese Maßnahme zielt auf Drogenkonsumenten und ihre Familien sowie Freunde ab und soll sie in die Lage versetzen, im Falle einer Überdosierung bis zum Eintreffen des Notarztes wirksame Maßnahmen zu ergreifen.

Die Ausgabe von Naloxon an Drogenkonsumenten wird aus Italien (dort wird die Substanz von 40 % der Drogenagenturen bereitgestellt), Deutschland und dem Vereinigten Königreich (England und Wales) gemeldet. Bulgarien, Dänemark und Portugal berichten von der Einführung neuer Initiativen. In Schottland wurde die Ausgabe einer Notfalldosis Naloxon an alle gefährdeten Personen, die gerade aus der Haft entlassen wurden, im Jahr 2010 auf nationaler Ebene eingeführt, und die Regierung unterstützt zudem ein nationales

⁽¹³⁷⁾ Siehe Leitlinien für die Drogenbehandlung auf dem Best Practice Portal (Portal für bewährte Praktiken).

⁽¹³⁸⁾ Siehe Tabelle HSR-1 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹³⁹⁾ Siehe Kapitel 2 sowie Tabelle HSR-9 im Statistical Bulletin 2011.

⁽¹⁴⁰⁾ Siehe Tabelle HSR-8 im Statistical Bulletin 2011.

Naloxon-Programm für Personen, bei denen die Gefahr einer Opioid-Überdosierung besteht, sowie für Menschen, die mit diesen Konsumenten in Kontakt stehen. Die Wirksamkeit der Ausgabe einer Notfalldosis Naloxon an ehemalige Haftinsassen hinsichtlich der Reduzierung der

Anzahl von drogeninduzierten Todesfällen in den ersten Wochen nach der Haftentlassung wird gegenwärtig in England im Rahmen der N-Alive-Projektstudie untersucht, die eine randomisierte kontrollierte Studie unter 5 600 Haftinsassen vorsieht.



Kapitel 8

Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen

Einleitung

Die Bereitstellung zeitnaher und objektiver Informationen zu neuen Drogen und sich abzeichnenden Tendenzen ist angesichts der zunehmend dynamischen und sich schnell verändernden Natur der Drogenproblematik in Europa von zunehmender Bedeutung. Der Markt für neue Drogen zeichnet sich durch die hohe Geschwindigkeit aus, mit der die Lieferanten auf neue Drogenkontrollen reagieren und Alternativen zu beschränkten Produkten bereitstellen. Verschiedene Informationsquellen und neuartige Indikatoren, einschließlich Internetüberwachung und Abwasseranalysen, können dabei helfen, ein besseres Bild der Tendenzen bei der Entwicklung der Drogensituation in Europa zu erhalten. Das folgende Kapitel enthält eine detaillierte Beschreibung der neuen psychoaktiven Substanzen, die im Rahmen des Frühwarnsystems ermittelt wurden, sowie eine weiterführende Betrachtung der Risikobewertung im Zusammenhang mit Mephedron. Außerdem werden das Phänomen der „Legal Highs“ sowie verschiedene nationale Reaktionen auf den freien Handel mit diesen neuen Substanzen näher beleuchtet.

Maßnahmen betreffend neue Drogen

Das Frühwarnsystem der Europäischen Union wurde als ein Schnellreaktionsmechanismus für das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen in der Drogenszene entwickelt. Das System wird gegenwärtig im Rahmen der Bewertung der Funktionsweise des Rahmenbeschlusses des Rates 2005/387/JI⁽¹⁴¹⁾ durch die Europäische Kommission überprüft.

Neue psychoaktive Substanzen

Zwischen 1997 und 2010 wurden über das europäische Frühwarnsystem offiziell mehr als 150 neue psychoaktive Substanzen gemeldet, die jetzt überwacht werden. In diesem Zeitraum ist die Frequenz, in der neue Substanzen auf den Markt gelangen, weiter gestiegen, und insbesondere in den letzten beiden Jahren wurden mit 24 (2009) bzw. 41 (2010)

neu gemeldeten Substanzen Rekordzahlen verzeichnet⁽¹⁴²⁾. Viele dieser neuen Substanzen wurden im Zuge von Überprüfungen von Produkten ermittelt, die über das Internet und spezialisierte Shops wie „Smart-Shops“ oder „Head-Shops“ vertrieben werden.

Bei den meisten der 41 im Jahr 2010 ermittelten neuen psychoaktiven Substanzen handelt es sich um synthetische Cathinone oder synthetische Cannabinoide. Bei den synthetischen Cathinonen wurden im Jahr 2010 15 neue Derivate entdeckt, was diese Substanz nach den Phenethylaminen zur zweitgrößten Gruppe der Drogen macht, die über das Frühwarnsystem überwacht werden. Die Liste der neu gemeldeten Substanzen umfasst darüber hinaus verschiedene Gruppen von chemischen Stoffen, darunter auch ein synthetisches Derivat von Kokain, einen natürlichen Grundstoff und zahlreiche weitere synthetische psychoaktive Substanzen. Derivative von Phencyclidin (PCP) und Ketamin, zwei verbreiteten Drogen, die aktuell oder in der Vergangenheit in der Human- oder Veterinärmedizin zum Einsatz kamen, wurden erstmals im Jahr 2010 gemeldet.

Das Auftreten neuer Drogen, die auf Arzneimitteln basieren, die bekanntermaßen ein Missbrauchspotenzial aufweisen, ist ein Beispiel dafür, dass die Aufsichtsbehörden im Bereich Arzneimittel- und Drogenkontrolle mit einer abgestimmten Antwort auf die neuen Entwicklungen auf dem illegalen Markt reagieren müssen. Dieses Thema stellt weniger ein akutes Problem, sondern vielmehr eine potenzielle Gefahr dar; in Anbetracht der Geschwindigkeit, mit der in diesem Bereich neue Entwicklungen beobachtet werden, ist es jedoch wichtig, künftige Herausforderungen frühzeitig zu erkennen.

Risikobewertung

Mephedron (4-Methylmethcathinon) war das erste Cathinonderivat, das im Jahr 2010 offiziell einer Risikobewertung unterzogen wurde. Darüber hinaus ist Mephedron die erste Substanz, deren Risiko anhand der neuen zu diesem Zweck veröffentlichten operativen

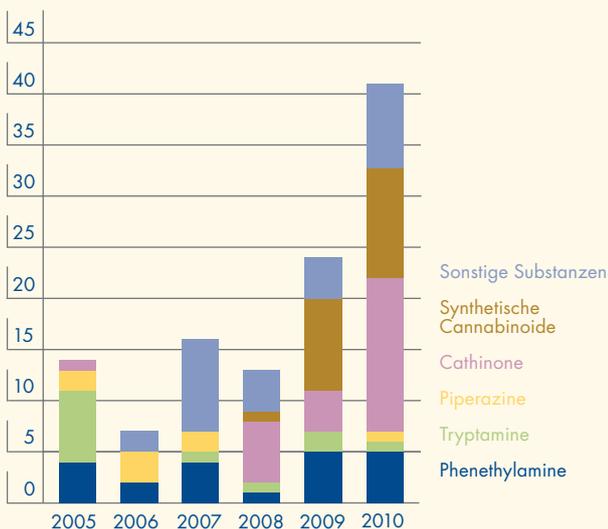
⁽¹⁴¹⁾ Beschluss 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen. ABl. L 127 vom 20.5.2005.

⁽¹⁴²⁾ Siehe Kasten „Hauptgruppen der über das europäische Frühwarnsystem überwachten neuen psychoaktiven Substanzen“.

Hauptgruppen der über das europäische Frühwarnsystem überwachten neuen psychoaktiven Substanzen

Neue psychoaktive Substanzen, die auf den Drogenmarkt in Europa gelangen, entstammen traditionell einer geringen Zahl chemischer Familien, wobei die Phenethylamine und Tryptamine am häufigsten über das Frühwarnsystem gemeldet werden. In den letzten fünf Jahren ist die Zahl der neuen Substanzen, die anderen chemischen Familien entstammen, jedoch stetig gestiegen (siehe Abbildung).

Phenethylamine umfassen eine Vielzahl von Substanzen, die eine stimulierende, entactogenische oder halluzinogene Wirkung aufweisen können. Beispiele hierfür sind die synthetischen Substanzen Amphetamin, Methamphetamin



Anmerkung: Anzahl der gemäß Beschluss 2005/387/JI des Rates über das europäische Frühwarnsystem gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen.

und MDMA (3,4-Methylenedioxy-methamphetamin) sowie Mescaline, eine natürlich vorkommende Substanz.

Tryptamine umfassen verschiedene Substanzen, die in erster Linie eine halluzinogene Wirkung aufweisen. Die wichtigsten Vertreter dieser Gruppe sind die natürlich vorkommenden Verbindungen Dimethyltryptamin (DMT), Psilocin und Psilocybin (kommen in halluzinogenen Pilzen vor) sowie das halbsynthetische Lysergsäurediethylamid (LSD).

Piperazine sind vertreten durch mCPP (1-(3-Chlorophenyl)-Piperazin) und BZP (1-Benzylpiperazin), die beide stimulierend auf das zentrale Nervensystem wirken.

Cathinone haben ebenfalls eine stimulierende Wirkung. Die wichtigsten Cathinonderivate sind das halbsynthetische Methcathinon sowie die synthetisch hergestellten Verbindungen Mephedron, Methylon und MDPV (3,4-Methylenedioxypropylvaleron).

Synthetische Cannabinoide sind in ihrer Funktionsweise dem Wirkstoff Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC), dem Wirkstoff in Cannabis, ähnlich. Ebenso wie THC können sie eine halluzinogene, beruhigende oder bewusstseinsdämpfende Wirkung haben. Nachgewiesen wurden diese synthetischen Cannabinoide in pflanzlichen Räuchermischungen wie „Spice“ (siehe EBDD, 2009d).

Andere über das Frühwarnsystem gemeldete Substanzen sind verschiedene aus Pflanzen gewonnene oder synthetisch hergestellte psychoaktive Substanzen (z. B. Indane, Benzodifuranyle, narkotische Analgetika, synthetische Kokainderivate, Ketamine und Phencyclidinderivate), die keiner der vorstehend genannten Familien eindeutig zugerechnet werden können. Diese Substanzen umfassen auch einige wenige Arzneimittel und Derivate.

Weitere Informationen zu ausgewählten neuen psychoaktiven Substanzen sind den Drogenprofilen auf der Website der EBDD zu entnehmen.

Leitlinien⁽¹⁴³⁾ bewertet wurde. Die Risikobewertung wurde durch verschiedene Herausforderungen wie die eingeschränkte Datenverfügbarkeit oder die fehlende Ähnlichkeit von Mephedron zu bereits bewerteten Verbindungen erschwert. Dennoch wurden erstmals toxikologische Daten zur Früherkennung aus einer Erkundungsstudie an einer Gruppe von Mephedronkonsumenten berücksichtigt, so dass die Untersuchungsergebnisse fundierter und beweiskräftiger waren als die früherer Risikobewertungen.

Ausgehend von den Ergebnissen des Risikobewertungsberichts (EBDD, 2010e) beschloss der Europäische Rat im Dezember 2010, Mephedron

in ganz Europa Kontrollmaßnahmen zu unterstellen und entsprechende strafrechtliche Sanktionen einzuführen⁽¹⁴⁴⁾. Zu diesem Zeitpunkt hatten 18 europäische Länder⁽¹⁴⁵⁾ bereits Kontrollmaßnahmen für Mephedron eingeführt. Die übrigen EU-Mitgliedstaaten haben ein Jahr Zeit, um die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen.

Follow-up zu Mephedron

Einige wenige Quellen, in erster Linie Online-Erhebungen unter Clubbesuchern und Studien über den Online-Verkauf dieser Droge, ermöglichen in gewissem Maße eine

⁽¹⁴³⁾ Siehe Kasten „Leitlinien für die Risikobewertung“.

⁽¹⁴⁴⁾ Beschluss 2010/759/EU des Rates über Kontrollmaßnahmen für 4-Methylmethcathinon (Mephedron), ABl. L 322 vom 8.12.2010, S. 44.

⁽¹⁴⁵⁾ Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Irland, Frankreich, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Österreich, Polen, Rumänien, Schweden, Vereinigtes Königreich, Kroatien, Norwegen.

Leitlinien für die Risikobewertung

Die im Jahr 2008 verabschiedeten operativen Leitlinien für die Risikobewertung neuer psychoaktiver Substanzen wurden erstmals im Jahr 2010 im Zusammenhang mit Mephedron angewendet (EBDD, 2010c). Die Leitlinien bilden den konzeptionellen Rahmen für die Durchführung einer wissenschaftlich fundierten, nachweisgestützten und zeitnahen Bewertung bei knappen Informationsquellen. Die wichtigsten Bereiche sind in diesem Zusammenhang gesundheitliche und soziale Risiken, Herstellung und Handel, organisierte Kriminalität sowie mögliche Auswirkungen von Kontrollmaßnahmen.

In den Leitlinien sind alle Faktoren berücksichtigt, die gemäß den UN-Übereinkommen von 1961 und 1971 die internationale Überwachung einer Substanz rechtfertigen.

Darüber hinaus führen die Leitlinien ein neues halbquantitatives Bewertungssystem auf der Grundlage von Beurteilungen von Sachverständigen ein. Sie berücksichtigen die duale Definition von Risiko, also zum einen die Möglichkeit eines Schadenseintritts (in der Regel als „Risiko“ bezeichnet) und zum anderen die Schwere eines solchen Schadens (in der Regel als „Gefährdung“ bezeichnet). Außerdem werden die Prävalenz des Konsums, die möglichen Nutzen und Risiken der betreffenden Substanz unabhängig von ihrem Rechtsstatus in den Mitgliedstaaten untersucht und ein Vergleich mit bereits länger bekannten Drogen angestellt.

2010 hat die Weltgesundheitsorganisation zudem ihre Leitlinien für die Überprüfung psychoaktiver Substanzen im Hinblick auf die internationale Überwachung verabschiedet (WHO, 2010b).

kontinuierliche Beobachtung der Verfügbarkeit und des Konsums von Mephedron in Europa. Online-Befragungen der Leser eines britischen Lifestylemagazins für die Dance-Szene ergaben für Mephedron eine Lebenszeitprävalenz von rund 40 % (2 295 Teilnehmer, Dick und Torrance, 2010) im Jahr 2010 und von 61 % (2 560 Teilnehmer, Winstock, 2011) im Jahr 2011, die 30-Tage-Prävalenz hingegen ging in diesem Zeitraum von 33 % auf 25 % zurück. Allerdings können diese Erhebungen nicht als repräsentativ für die breitere Masse der Clubbesucher angesehen werden.

Im Rahmen von sechs von der EBDD durchgeführten Online-Studien (Überblicken) zwischen Dezember 2009 und Februar 2011 wurde die Verfügbarkeit von Mephedron im Internet untersucht. In der ersten Jahreshälfte 2010 konnte Mephedron bei vielen Online-Anbietern sowohl in kleineren Verbrauchsmengen als auch in Großhandlungsmengen legal bezogen werden. Die in englischer Sprache durchgeführten EBDD-Überblicke zu Online-Shops für den Verkauf von Drogen ergaben, dass zu Spitzenzeiten (März 2010) 77 Händler Mephedron über das Internet anboten. Seit dieser Zeit ist die Anzahl der Mephedron anbietenden Online-Shops zurückgegangen, was darauf zurückzuführen ist, dass die europäischen Länder im April 2010 damit begonnen haben, diese Substanz zu überwachen. Obwohl Mephedron Anfang 2011 in der Mehrheit der Mitgliedstaaten unter die überwachten Substanzen fiel, ergab ein in mehreren Sprachen durchgeführter Überblick der EBDD, dass die Droge zu diesem Zeitpunkt auch weiterhin über das Internet vertrieben wurde: Insgesamt wurden 23 Webseiten ermittelt, die Mephedron an Kunden in der Europäischen Union

abgaben. Von den ursprünglich 77 Online-Shops (Stand: März 2010) wurden ein Jahr später nur noch 15 Shops betrieben, und nur zwei von ihnen verkauften weiterhin Mephedron. Die übrigen 13 Shops boten andere, häufig als „Material für die chemische Forschung“ bezeichnete Produkte als legale Alternative zu Mephedron an⁽¹⁴⁶⁾. Der im Jahr 2011 von der EBDD durchgeführte Überblick ergab außerdem einen 2010 einsetzenden deutlichen Rückgang der Zahl der offensichtlich im Vereinigten Königreich ansässigen Online-Shops, die Mephedron vertreiben. 2011 meldeten die Vereinigten Staaten mit sechs Shops die meisten Online-Shops für den Verkauf von Mephedron, gefolgt von der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich (je drei Shops). Im gleichen Zeitraum stieg der Preis von Mephedron von 10 bis 12 EUR pro Gramm im Jahr 2010 auf 20 bis 25 EUR pro Gramm im Jahr 2011.

Auf Mephedron zurückzuführende Vergiftungen und Todesfälle werden über das europäische Frühwarnsystem auch weiterhin sorgfältig überwacht. In Irland und dem Vereinigten Königreich wurden nichttödliche gesundheitsschädigende Auswirkungen des Mephedronkonsums gemeldet. Berichten zufolge wurden im Jahr 2010 in England 65 Todesfälle auf eine mögliche Beteiligung von Mephedron zurückgeführt, und in 46 der untersuchten Fälle wurde diese Droge tatsächlich nachgewiesen. Die toxikologische Bestätigung einer Substanz in einer Stichprobe bedeutet jedoch nicht notwendigerweise, dass sie todesursächlich war oder den Tod zumindest mitverursacht hat. Berichte über Todesfälle im Zusammenhang mit Mephedron sind daher mit Bedacht zu interpretieren.

⁽¹⁴⁶⁾ Zu diesen Produkten zählten MDAI (5,6-Methylenedioxy-2-aminoindan), 5-IAI (5-Iodo-2-aminoindan), MDAT (6,7-Methylenedioxy-2-aminotetralin), 5-APB (5-(2-Aminopropyl)benzofuran, vertrieben als „Benzo Fury“), 6-APB (6-(2-Aminopropyl)benzofuran), Naphyron (Naphthylpyrovaleron, vertrieben als NRG-1), 4-MEC (4-Methylethcathinon, vertrieben als NRG-2) sowie Methoxetamin (2-(3-Methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanon).

Follow-up zu weiteren Substanzen

In Europa ist für Substanzen, die einer Risikobewertung unterzogen wurden, einschließlich jener Substanzen, die anschließend kontrolliert werden, keine routinemäßige Überwachung vorgesehen. Die verfügbaren Informationen zu solchen Substanzen stammen in erster Linie aus Sicherstellungen von Drogen oder aus Berichten bezüglich der gesundheitsschädigenden Auswirkungen von überwachten Substanzen, die über das Frühwarnsystem gemeldet wurden. Mehrere Mitgliedstaaten berichten, dass die Piperazine BZP und mCPP in den Jahren 2009 und 2010 weiterhin verbreitet waren. mCPP wurde im Rahmen von Pillentestprogrammen häufig als Bestandteil von Tabletten ermittelt, die als Ecstasy verkauft wurden, beispielsweise in den Niederlanden. Finnland meldete im Jahr 2010, dass MDPV⁽¹⁴⁷⁾ in den toxikologischen Stichproben von 13 Obduktionen nachgewiesen wurde, und drei Länder gaben an, dass zwei Phenethylamine, nämlich PMA und PMMA⁽¹⁴⁸⁾, wieder auftraten. In den Niederlanden enthielt als Amphetamin angebotenes Pulver bis zu 10 % PMA, und unter der Bezeichnung Ecstasy gehandelte Tabletten wiesen einen hohen PMMA-Gehalt auf. In Norwegen wurden große Mengen an PMMA sichergestellt, und in Österreich wurden in einer als Amphetamin verkauften Mischung 50 % PMMA nachgewiesen. Alle Länder berichten von Gesundheitsproblemen und Todesfällen im Zusammenhang mit PMA und PMMA, zwei hochtoxischen Substanzen, die bereits in der Vergangenheit mit tödlichen Überdosierungen in Verbindung gebracht wurden.

„Legal Highs“

Seit den 80er-Jahren werden neue psychoaktive Substanzen als „Designerdrogen“ bezeichnet, in den letzten Jahren gewinnt jedoch auch der Begriff „Legal Highs“ immer mehr an Popularität. „Legal Highs“ umfassen eine Vielzahl an nicht reglementierten psychoaktiven Verbindungen oder Produkten daraus, die – in der Regel über das Internet sowie über „Smart-Shops“ oder „Head-Shops“ – als legale Alternative zu bekannten überwachten Drogen vertrieben werden. Als „Legal Highs“ werden zahlreiche synthetisch hergestellte oder aus Pflanzen gewonnene Substanzen und Produkte – unter anderem als „Herbal Highs“, „Partypillen“ oder „Material für die chemische Forschung“ – vertrieben, die häufig speziell dazu entwickelt wurden, bestehende Drogenkontrollen zu umgehen. Der Begriff an sich ist

„Nicht ganz so legale ‚Legal Highs‘“

„Legal Highs“ ist eine Sammelbezeichnung für psychoaktive Substanzen, die nicht im Rahmen der Drogengesetzgebung überwacht werden. Die Bezeichnung solcher Substanzen als „legal“ kann für die Konsumenten falsch und irreführend sein, da viele von ihnen von den Rechtsvorschriften zu Arzneimitteln oder zur Lebensmittelsicherheit erfasst werden.

Gemäß der europäischen Richtlinie über die allgemeine Produktsicherheit (GPSD) dürfen Hersteller nur sichere Produkte in Verkehr bringen. Bei normaler oder vernünftigerweise vorhersehbarer Verwendung sollte ein Produkt keine oder nur geringe, mit seiner Verwendung zu vereinbarende und unter Wahrung eines hohen Schutzniveaus für die Gesundheit und Sicherheit von Personen vertretbare Gefahren bergen, insbesondere im Hinblick auf die Eigenschaften des Produkts, seine Etikettierung, gegebenenfalls Warnhinweise und seine Gebrauchs- und Bedienungsanleitung. Möglicherweise als Reaktion auf diese Bestimmungen nehmen immer mehr Online-Shops Gesundheitswarnungen in die Produktbeschreibungen auf. Darüber hinaus sind die Händler verpflichtet, die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten zu informieren, wenn von einem Produkt eine ernste Gefahr ausgeht, und entsprechende Präventionsmaßnahmen zu unterbreiten. Verstöße gegen diese Vorgaben können mit einer Freiheitsstrafe geahndet werden.

In Europa ist der Verkauf einer neuartigen Droge nicht „legaler“ als der Verkauf eines anderen noch nicht getesteten und falsch gekennzeichneten Produkts. Ein Beispiel für eine Maßnahme zur Verhinderung des Verkaufs von „Legal Highs“ auf der Grundlage von Verbraucherschutzvorschriften ist die Sicherstellung von „Spice“ und Mephedron bei Lieferanten in Italien und dem Vereinigten Königreich aufgrund einer fehlerhaften Kennzeichnung. Des Weiteren wurden im Jahr 2010 in Polen 1 200 „Head-Shops“ durch die Gesundheitsaufsichtsbehörde geschlossen.

weiterhin problematisch⁽¹⁴⁹⁾, auch wenn er mittlerweile regelmäßig verwendet wird.

Prävalenz und Online-Verfügbarkeit

In Europa befassen sich wenige Studien mit der Prävalenz von „Legal Highs“ als Ganzes oder von einzelnen Substanzen in dieser Gruppe. Eine polnische Studie aus dem Jahr 2008 unter 1 400 18-jährigen Schülern ergab, dass 3,5 % von ihnen bereits mindestens einmal „Legal Highs“ konsumiert hatten; bei einer Fortführungsstudie (2010) unter 1 260 Schülern wurde ein Anstieg auf 11,4 % gemeldet. Die 12-Monats-Prävalenz bei „Legal Highs“ lag im Jahr 2008 bei 2,6 % und stieg im Jahr 2010 auf 7,2 %. Die 30-Tage-Prävalenz hingegen ist im gleichen Zeitraum

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-Methylenedioxypropylvaleron, ein Derivat von Pyrovaleron, das gemäß Liste IV des UN-Übereinkommens von 1971 überwacht wird.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (para-Methoxyamphetamin) ist seit dem Jahr 1986 in Liste I des UN-Übereinkommens von 1971 aufgeführt, und PMMA (para-Methoxymethylamphetamin) wird seit 2002 auf EU-Ebene überwacht; siehe EBDD (2003).

⁽¹⁴⁹⁾ Siehe Kasten „Nicht ganz so legale ‚Legal Highs‘“.

von 1,5 % auf 1,1 % gesunken. Weitere Studien zur Prävalenz von „Legal Highs“ werden für das Jahr 2011 aus der Tschechischen Republik, aus Irland und aus Spanien erwartet.

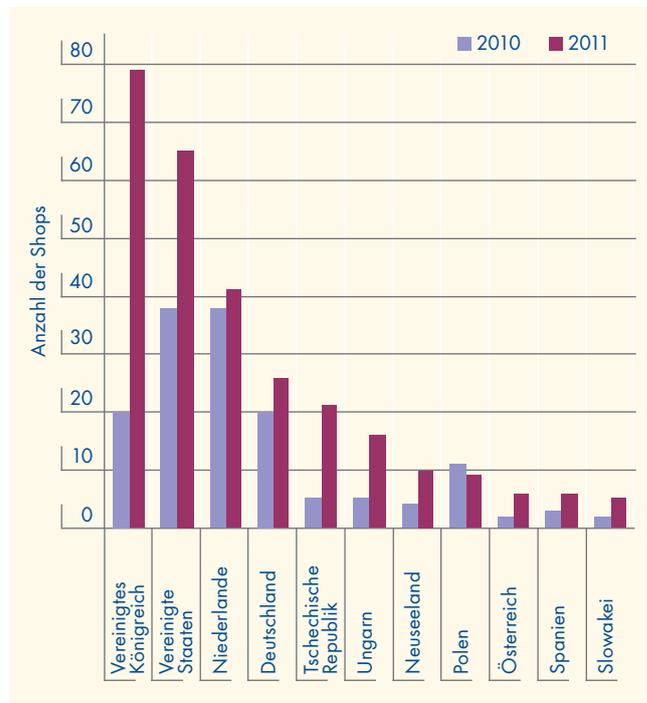
Die EBDD überwacht die Online-Verfügbarkeit von „Legal Highs“ durch regelmäßig durchgeführte zielgerichtete Internet-Überblicke; die neuesten Überblicke werden dabei in 18 der 23 EU-Amtssprachen ⁽¹⁵⁰⁾ erstellt, die von 97 % der Gesamtbevölkerung in der EU als Muttersprache gesprochen werden, sowie auf Russisch und Ukrainisch. Neben einer Suche nach dem Begriff „Legal Highs“ werden in diesen Studien auch „Herbal Highs“ (Kräuterstimulanzien) wie „Spice“, Kratom und der Azteken- oder Göttersalbei sowie GBL (Gamma-Butyrolacton) und halluzinogene Pilze erfasst. In dem im Jahr 2011 erstellten Überblick über die Situation im Internet wurden 314 Shops ermittelt, die „Legal Highs“ vertreiben und diese Produkte in mindestens einen EU-Mitgliedstaat verschicken würden. Zwar lässt sich das Land, in dem ein Online-Shop seinen Sitz hat, nur schwer feststellen, anhand von Attributen wie den Kontaktinformationen, der länderspezifischen Domäne, der Währung und den Versandinformationen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das Vereinigte Königreich in diesem Zusammenhang am stärksten vertreten ist (Abbildung 20). Englisch war die mit 83 % am häufigsten verwendete Sprache bei den im Jahr 2011 überprüften Online-Shops. Kratom und Aztekensalbei wurden in 92 bzw. 72 Shops angeboten und waren damit die beiden am häufigsten vertretenen „Legal Highs“.

„Spice“-ähnliche Produkte wurden im Jahr 2009 von 55 und im Jahr 2010 noch von 21 Online-Shops angeboten; im Jahr 2011 ging dieser Wert weiter zurück, und nur noch zwölf der überprüften Anbieter hatten diese Produkte im Angebot. 2011 lag der Preis für ein 3-Gramm-Päckchen eines „Spice“-ähnlichen Produkts bei 12 bis 18 EUR, 2009 waren es noch 20 bis 30 EUR. Der Rückgang des Angebots und der gleichzeitig aufgetretene Preisabfall lassen auf Konkurrenz durch andere neue Drogen schließen.

Kontrolle und polizeiliche Überwachung des freien Handels mit neuen Drogen

Die rasche Ausbreitung neuer Substanzen auf dem Markt erfordert ein Umdenken der Mitgliedstaaten und die Überarbeitung einiger Standardmaßnahmen im Zusammenhang mit der Drogenproblematik. Im Jahr 2010 haben sowohl Irland als auch Polen innerhalb kurzer Zeit Rechtsvorschriften zur Begrenzung des freien Verkaufs

Abbildung 20: Im Rahmen der 2010 und 2011 durchgeführten Internet-Überblicke ermittelte Länder, in denen Online-Shops, die „Legal Highs“ anbieten, ihren mutmaßlichen Sitz haben



Anmerkung: In der Abbildung wurden nur Mitgliedstaaten berücksichtigt, in denen sowohl 2010 als auch 2011 mindestens zwei Online-Shops ermittelt wurden. Im Jahr 2011 wurden bei einer Untersuchung in rumänischer Sprache erstmals 13 Online-Shops mit Sitz in Rumänien ermittelt.

psychoaktiver Substanzen verabschiedet, die nicht im Rahmen der Arzneimittelgesetzgebung überwacht wurden. Beide Länder mussten dafür eine sorgfältige rechtliche Definition solcher Substanzen ausarbeiten. Im irischen Recht sind diese Substanzen als psychoaktive Substanzen definiert, die nicht speziell unter die bestehende Gesetzgebung fallen und die sich stimulierend oder beruhigend auf das zentrale Nervensystem auswirken, was zu Halluzinationen, einer Abhängigkeit oder signifikanten Auswirkungen auf die motorischen Funktionen, das Denkvermögen oder das Verhalten führt. Arznei- und Lebensmittel, veterinärmedizinische Mittel, alkoholische Getränke und Tabak sind hiervon ausgenommen. Die polnische Gesetzgebung nimmt Bezug auf „Ersatzdrogen“, unter denen der Definition zufolge Substanzen oder Pflanzen zu verstehen sind, die anstelle einer kontrollierten Droge oder mit dem gleichen Zweck konsumiert werden und deren Herstellung oder Inverkehrbringen nicht in gesonderten Bestimmungen geregelt ist. Dabei wird nicht spezifisch darauf verwiesen, ob die jeweilige Droge als schädlich angesehen werden sollte oder nicht.

⁽¹⁵⁰⁾ Bulgarisch, Tschechisch, Dänisch, Deutsch, Griechisch, Englisch, Spanisch, Französisch, Italienisch, Lettisch, Ungarisch, Maltesisch, Niederländisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Slowakisch und Schwedisch.

Das irische Recht wird von der Polizei durchgesetzt. Hochrangige Polizeibeamte dürfen einem Händler ein Verbot aussprechen; hält dieser sich nicht an die Vorgaben, kann ihm der weitere Verkauf gerichtlich untersagt werden. Verkauf, Vermarktung und Nichteinhaltung eines gerichtlichen Verkaufsverbots können mit einem Freiheitsentzug von bis zu fünf Jahren geahndet werden. Im Gegensatz dazu werden die Gesetze in Polen von der staatlichen Gesundheitsbehörde durchgesetzt. Die Herstellung oder das Inverkehrbringen von Ersatzdrogen ist mit einer empfindlichen Geldstrafe belegt, auf die Vermarktung solcher Mittel steht ein Jahr Gefängnis. Sofern ein berechtigter Verdacht besteht, dass eine Ersatzdroge eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen könnte, dürfen die staatlichen Gesundheitsinspektoren den Handel mit dem betreffenden Mittel für bis zu 18 Monate untersagen, um in dieser Zeit dessen Sicherheit zu bewerten. Wenn das Mittel dabei für schädlich befunden wird, trägt der Händler die Kosten der Bewertung. Die Inspektoren haben zudem das Recht, die Räumlichkeiten eines Händlers bis zu drei Monate zu schließen. In beiden Ländern steht der Konsum solcher Mittel nicht unter Strafe.

Polizeiliche Überwachung neu unter die Kontrollen fallender psychoaktiver Substanzen

Im Jahr 2010 wurden den Polizeikräften im Vereinigten Königreich detaillierte Anweisungen zur polizeilichen Überwachung psychoaktiver Substanzen, die mittlerweile kontrolliert werden, insbesondere synthetische Cannabinoide, Piperazine und Cathinone sowie GBL und 1,4-Butanediol, zur Verfügung gestellt (ACPO, 2010). Diese Leitlinien enthalten Informationen zum Erscheinungsbild, den Konsummustern, den Wirkungen und den Risiken der Drogen sowie zum Umgang mit ihnen. Empfohlen wird ein konsistenter Ansatz auf nationaler Ebene zur polizeilichen Überwachung des Besitzes von und des Handels mit solchen Substanzen. Die Notwendigkeit einer forensischen Analyse zur korrekten Identifizierung und die erforderlichen Nachweisverfahren werden ebenfalls anerkannt. Der Schwerpunkt liegt auf einem gemeinsamen Ansatz der Polizei und der lokalen Behörden zur polizeilichen Überwachung sogenannter „Head-Shops“. Polizeikontrollen in „Head-Shops“ zum Zwecke der Informationssammlung und der Bereitstellung von Informationen für die Inhaber, die dann die Möglichkeit haben, kontrollierte Substanzen zu übergeben, werden unterstützt. Hierbei soll ein standardisiertes Schreiben zum Einsatz kommen, in dem die Inhaber des betreffenden Shops aufgefordert werden, die bestehenden Gesetze zu beachten.

Abwasseranalyse

Die Abwasseranalyse ist eine sich rasch entwickelnde Wissenschaftsdisziplin, mit der die Entwicklung des illegalen Drogenkonsums in der Bevölkerung eingeschätzt werden soll.

Fortschritte in der analytischen Chemie haben es möglich gemacht, Urinausscheidungen im Abwasser auch in geringen Konzentrationen auf illegale Drogen und deren Hauptmetabolite zu untersuchen. Dieses Verfahren ist mit einer stark verdünnten Urinprobe einer ganzen Gemeinschaft (statt einer individuellen Urinprobe eines einzelnen Konsumenten) gleichzusetzen. Unter bestimmten Annahmen ist es möglich, anhand des Metabolitgehalts im Abwasser eine Schätzung des Konsums der betreffenden Droge in einer Gemeinschaft anzustellen.

Haben die ersten Untersuchungen sich noch auf den Nachweis von Kokain und dessen Metaboliten im Abwasser konzentriert, konnten in den neueren Studien Schätzungen

zum Konsum von Cannabis, Amphetamin, Methamphetamin, Heroin und Methadon vorgenommen werden. Die Verfahren zum Nachweis weniger verbreiteter Drogen wie Ketamin oder neuer psychoaktiver Substanzen zeigen vielversprechende Ergebnisse.

Dieser Arbeitsbereich entwickelt sich derzeit fächerübergreifend und bezieht verschiedene Disziplinen ein, die wichtige Beiträge zur weiteren Entwicklung dieses Verfahrens liefern, darunter die analytische Chemie, die Physiologie, die Biochemie, die Abwassertechnik und die klassische Drogenepidemiologie. Auf einer EBDD-Sachverständigenitzung zur Abwasseranalyse im Jahr 2011 wurde festgestellt, dass sich mindestens 18 Forschungsgruppen aus 13 europäischen Ländern mit diesem Bereich befassen. Die Erarbeitung einer einheitlichen Vorgehensweise bei der Stichprobenahme und der entsprechenden Instrumente sowie die Entwicklung eines Verhaltenskodex in diesem Bereich sind die wichtigsten Punkte der aktuellen Forschungsagenda.



Literatur ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P., und Salaspuro, M. (2007), „Buprenorphine misuse in Finland“, *Substance Use & Misuse* 42, S. 1027-1028.
- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S., et al. (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), S. 931-934.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, London.
- AIHW (2008), *2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings*, Drug statistics series No 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B., und Humphris, G. (2011), „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings“, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, S. 1186-1202.
- Allen, D., Coombes, L., und Foxcroft, D. R. (2007), „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study“, *Health Education Research* 22, S. 547-560.
- Anderson, A. L., Reid, M. S., Li, S. H., Holmes, T., Shemanski, L., et al. (2009), „Modafinil for the treatment of cocaine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1-2), S. 133-139.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., und Jensen, S. O. (2011), „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 114, S. 134-139.
- Arfken, C. L., Johanson, C. E., di Menza, S., und Schuster, C. R. (2010), „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), S. 96-104.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., et al. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, S. 198-202.
- Barry, D., Sullivan, B., und Petry, N. M. (2009), „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients“, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), S. 168-174.
- Bell, J. (2010), „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective“, *Addiction* 105, S. 1531-1537.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., und Schnitzer, S. (2009), „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands“, *European Addiction Research* 15, S. 78-86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K. A., White, W., Gossop, M., Taylor, A., und Perkins, A. (2010), *Research for Recovery: A Review of the Drugs Evidence Base*, Scottish Government Social Research (online verfügbar).
- Bird, S. M., und Robertson, J. R. (2011), „Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000–2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era“, *Addiction Research and Theory* 19, S. 170-178.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H., und McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study“, *BMJ* 337, S. 478.
- Bröring, G., und Schatz, E. (Hrsg.) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (online verfügbar).
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J., et al. (2009), „Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, S. 171-178.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (online verfügbar).
- Caiaffa, W. T., Zocchetto, K. F., Osmani, M. L., Martínez, P. L., Radulich, G., Latorre, L., et al. (2011), „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?“, *Addiction* 106(1), S. 143-151.

⁽¹⁵¹⁾ Die Hyperlinks zu den online verfügbaren Veröffentlichungen können der PDF-Version des Jahresberichts auf der Website der EBDD (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>) entnommen werden.

- Carpenido, C. M., Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Rosenwasser, B. J., und Thompson, D. L. (2010), „Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence“, *American Journal of Health Behavior* 34(6), S. 776-787.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A., und Hedrich, D. (2011), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges“, *The Howard Journal of Criminal Justice* (im Druck).
- Chabrol, H., Roura, C., und Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, S. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M., und McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Forschungspapier des Australian National Council on Drugs (ANCD) (online verfügbar).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M., et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (online verfügbar).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P., und Hickman, M. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database“, *BMJ* 341, S. 5 475.
- Correlation Project und Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), Vilnius.
- CPT (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe), *Die Standards des CPT – „Inhaltliche“ Abschnitte der Jahresberichte des CPT*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2006 (online verfügbar).
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, S. 211-213.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M., und Linskey, M. (2009), „Illicit drug use“, in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati et al. (Hrsg.), Weltgesundheitsorganisation, Genf (online verfügbar).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C., und Hickman, M. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed“, *The Lancet* 376, S. 285-301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G., und Hall, W. D. (2011), „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies“, *Drug and Alcohol Dependence* 113, S. 88-95.
- Dennis, M., und Scott, C.K. (2007), „Managing addiction as a chronic condition“, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), S. 45-55.
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28, S. 421-447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C., und Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States“, *Addiction* 104(9), S. 1441-1446.
- Dick, D., und Torrance, C. (2010), „Mixmag Drugs Survey“, *Mixmag* 225, S. 44-53.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., und Wodak, A. D. (2005), „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100, S. 820-828.
- EBDD (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).
- EBDD (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issues, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2007b), *Drogen und Kriminalität – ein komplexer Zusammenhang*, Drogen im Blickpunkt, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monographs, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights Nr. 8, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issues, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009a), *Jahresbericht 2009: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issues, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Thematic papers, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).
- EBDD (2009d), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, Thematic papers, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).

- EBDD (2010a), *Jahresbericht 2010: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monographs, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).
- EBDD (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Selected issues, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Selected issues, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issues, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Selected issues, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD und Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, gemeinsame EBDD-Europol-Veröffentlichungsreihe, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm.
- ECDC und EBDD (2011), *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm.
- ECDC und WHO-Regionalbüro für Europa (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm.
- Elkashef, A. M., Rawson, R. A., Anderson, A. L., Li, S. H., Holmes, T., et al. (2008), „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence“, *Neuropsychopharmacology* 33(5), S. 1162-1170.
- Escot, S., und Suderie, G. (2009), „Usages problématiques de cocaine, quelles interventions pour quelles“, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Europäische Kommission (2011), *European Economic Forecast: Spring 2011*, European Economy 1/2011, Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen, Europäische Kommission.
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte: Rechtssache *Teixeira de Castro v. Portugal*, Urteil vom 9. Juni 1998, Slg. 1998-VI, Randnr. 38 und 39.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007*, Europol-Beitrag im Rahmen der Sachverständigenkonsultationen für die UNGASS-Bewertung.
- Europol (2011), *Bewertung der Bedrohungslage im Bereich der organisierten Kriminalität 2011 (Organised Crime Threat Assessment 2011, OCTA) in der EU*, Europol, Den Haag.
- Fletcher, A., Bonell, C., und Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies“, *Journal of Adolescent Health* 42(3), S. 209-220.
- Galloway, G. P., Buscemi, R., Coyle, J. R., Flower, K., Siegrist, J. D., et al. (2011), „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction“, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), S. 276-282.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L., et al. (2009), „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial“, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), S. 131-138.
- Gregoire, T., und Snively, C. (2001), „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women“, *Drug Education* 31(3), S. 221-237.
- Gripenberg, J., Wallin, E., und Andréasson, S. (2007), „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises“, *Substance Use and Misuse* 42 (12-13), S. 1883-1898.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (online verfügbar).
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., und McKendry, R. (2003), „Continuity of care: a multidisciplinary review“, *BMJ* 327, S. 1219-1221.
- Hall, W., und Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, *The Lancet* 374, S. 1383-1391.
- Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A., et al. (2010), „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1-3), S. 20-29.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., et al. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*,

Schwedischer Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN), Stockholm.

Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A., et al. (2011), „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs“, *Molecular Therapy* 19, S. 612-619.

Hoare, J., und Moon, D. (Hrsg.) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey“, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (online verfügbar).

Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F., und Goldberg, D. (2011), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation“, *American Journal of Public Health* (im Druck).

Horsley, T., Grimshaw, J., und Campbell, C. (2010), „Maintaining the competence of Europe’s workforce“, *BMJ* 341, S. 4687.

Hughes, C. A., und Stevens, A. (2010), „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?“, *The British Journal of Criminology* 50, S. 999-1022.

Hulse, G. K., Ngo, H. T., und Tait, R. J. (2010), „Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone“, *Biological Psychiatry* 68(3), S. 296-302.

Hunt, N., und Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Schulungsmodul, Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), Vilnius.

Hunt, N., Albert, E., und Montañés Sánchez, V. (2010), „User involvement and user organising in harm reduction“, in: EBDD (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

INCB (Internationales Suchtstoffkontrollamt) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Vereinte Nationen, New York.

INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Vereinte Nationen, New York (online verfügbar).

INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Vereinte Nationen, New York (online verfügbar).

INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Vereinte Nationen, New York (online verfügbar).

Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J. L., und Lapeyre-Mestre, M. (2011), „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), S. 832-843.

Johnston, L. D., O’Malley, P. M., Bachman, J. G., und Schulenberg, J. E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (online verfügbar).

Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V., und D’Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, London (online verfügbar).

Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M., et al. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (NIDA) (online verfügbar).

Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M., et al. (2009b), „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure“, *New England Journal of Medicine* 363, S. 2320-2331.

Kalechstein, A. D., De La Garza, R., und Newton, T. F. (2010), „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment“, *American Journal on Addictions* 19(4), S. 340-344.

Kaskutas, L., Ammon, L., und Weisner, C. (2004), „A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives“, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, S. 111-133.

Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., et al. (2010), „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment“, *BMJ* 341, S. 3172.

King, K., Meehan, B., Trim, R., und Chassin, L. (2006), „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment“, *Addiction* 101, S. 1730-1740.

Koerkel, J., und Verthein, U. (2010), „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain“, *Suchttherapie* 11 (1), S. 31-34.

Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O., und Franck, J. (2010), „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study“, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), S. 130-133.

Kruisbergen, E. W., De Jong, D., und Kleemans, E.R. (2011), „Undercover policing: assumptions and empirical evidence“, *The British Journal of Criminology* 51, S. 394-412.

Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T., und Whiteside, H. O. (2008), „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program“, *Evaluation and the Health Professions* 31, S. 226-239.

Laudet, A., Becker, J., und White, W. (2009), „Don’t wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission“, *Substance Use and Misuse* 44, S. 227-252.

Lawless, M., und Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.

Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., et al. (2008), „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing

- of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed", *International Journal of Drug Policy* 19, S. 255-264.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., und Greenbaum, P. E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), S. 12-25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K. M., Patkar, A., et al. (2010), „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial", *JAMA* 304(14), S. 1576-1583.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (online verfügbar).
- Lobmaier, P. P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T., und Waal, H. (2010), „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release", *European Addiction Research* 16(3), S. 139-145.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., und White, J.M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence", *Addiction* 105(1), S. 146-154.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G., und Basso, C. (2010), „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain", *European Heart Journal* 31(3), S. 318-329.
- Marsden, J., und Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (online verfügbar).
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G., und Kerr, T. (2011), „Reduction of overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study", *The Lancet* 377, S. 1429-1437.
- Marshall, K. S., Gowing, L., und Ali, L. (2011), „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D., et al. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial", *Archives of General Psychiatry* 66(10), S. 1116-1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., et al. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage", *The Lancet* 375, S. 1014-1028.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., und Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, S. CD002209.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M. S., et al. (2010), „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), S. 111-120.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., et al. (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison", *Addiction* 105, S. 1545-1554.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M., und Vuchinich, R. (2005), „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment", *American Journal of Public Health* 95, S. 1259-1265.
- Moore, T. (2008), „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia", *Drug and Alcohol Review* 27, S. 404-413.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., et al. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review", *The Lancet* 370, S. 319-328.
- O'Connor, P. G. (2010), „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges", *JAMA* 304(14), S. 1612-1614.
- OECD (2006), „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach", *OECD Economic Studies* 43, S. 115-154.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S., und Davoli, M. (2010a), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, S. CD007024.
- Pani, P. P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L., und Davoli, M. (2010b), „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, S. CD008373.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P., und Wolff, F. A. (2002), „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine", *Addiction* 97(7), S. 773-783.
- Popova, S., Rehm, J., und Fischer, B. (2006), „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada", *Public Health* 120(4), S. 320-328.
- Prieto, L. (2010), „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?", *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, S. 9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research* 10, S. 147-155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R., und Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey", *Circulation* 103, S. 502-506.

- Rat der Europäischen Union (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (online verfügbar).
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures“, *Addiction* 101, S. 315-322.
- Reynaud-Maurupt, C., und Hoareau, E. (2010), „Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers ‚cachés‘“, *Trends*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (online verfügbar).
- Richter, C., Romanowski, A., und Kienast, T. (2009), „Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit“, *Psychiatrische Praxis* 36(7), S. 345-347.
- Roche, A., McCabe, S., und Smyth, B. (2011), „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence“, *European Addiction Research* 14, S. 219-225.
- Rome, A., Shaw, A., und Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I., et al. (2010), „Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?“, *Addiction* 105, S. 1625-1632.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M., und Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysasiakirjoista* [Drogenbezogene Todesfälle in Finnland im Jahr 2007. Disziplinenübergreifende Studie forensischer Dokumente zur Todesursache], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (online verfügbar).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (online verfügbar).
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., und White, J. M. (2010), „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy“, *Substance Abuse* 31(2), S. 98-107.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Kettavong, M., Cioe, P. A., Friedmann, P. D., et al. (2010), „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), S. 157-166.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M., und Bird, S.M. (2010), „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland“, *BMJ* 341, S. 4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G. A., Meier, N., Stohler, R., und Dursteler-Macfarland, K. M. (2010), „Effects of a single 50 % extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower- versus higher-dose methadone patients“, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), S. 450-454.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J., und Gill, O. N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, S. 170 (online verfügbar).
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E., und Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, *Statistical Methods in Medical Research* 18, S. 381-395.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P., und Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area“, *Addiction* 93, S. 1149-1160.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M., et al. (2010), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention“, *Journal of Drug Policy* 21(1), S. 56-63.
- Tan, J. A., Joseph, T. A., und Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving“, *Hepatology (Baltimore, Md.)* 48(5), S. 1387-1395.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (online verfügbar).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V. S., Huyck, V. C., Saliez, V., und Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Brüssel.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., und Rubel, E. (1999), „Natural recovery from cocaine dependence“, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, S. 259-268.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien.
- UNODC (2011), *World drug report 2011*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien.
- UNODC und MCN (Regierung Afghanistans, Ministerium für Drogenbekämpfung) (2010), *Afghan opium survey 2010*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien (online verfügbar).

- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., et al. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands“, *International Journal of Drug Policy* 20, S. 143-151.
- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G., und Vergouwen, T. A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known“, *General Hospital Psychiatry* 31(4), S. 394-396.
- Vandrey, R., und Haney, M. (2009), „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?“, *CNS Drugs* 23(7), S. 543-553.
- Whitten, L. (2010), „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response“, *NIDA Notes* 23(3) (online verfügbar).
- WHO (1986), *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, Weltgesundheitsorganisation, Genf (online verfügbar).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- WHO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- WHO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Weltgesundheitsorganisation, Genf (online verfügbar).
- WHO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.
- WHO, UNODC und UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., und Cowan, S.A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability“, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (online verfügbar).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A., und Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users“, *American Journal of Public Health* 99, S. 1049-1052.
- Winstock, A. (2011), „The 2011 Mixmag drugs survey“, *Mixmag* (März), S. 49-59.
- Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S. G., Wang, C., Cao, X., Luo, W., und Wu, Z. (2010), „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges“, *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, S. ii29-37.
- Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Bericht zu WP 2 des im Rahmen des Aktionsprogramms „Drogenprävention und -aufklärung“ geförderten Projekts „Identification and optimisation of evidence-based HCV prevention in Europe for young drug users at risk“, ZIS, Hamburg (online verfügbar).

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht 2011: Stand der Drogenproblematik in Europa

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2011

2011 — 123 S. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-468-7

doi:10.2810/43013

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bei den Vertretungen und Delegationen der Europäischen Union.
Die entsprechenden Kontaktdaten finden sich unter <http://ec.europa.eu> oder können per Fax unter der Nummer +352 2929-42758 angefragt werden.

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements (wie z. B. das Amtsblatt der Europäischen Union oder die Sammlungen der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union):

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/eu_bookshop/index_de.htm).

Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine der dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Die EBDD, die 1993 gegründet wurde und ihren Sitz in Lissabon hat, ist die zentrale Informationsstelle zur Drogen- und Drogensuchtproblematik in Europa.

Die EBDD sammelt, analysiert und verbreitet sachliche, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik. Dabei vermittelt sie ihren Zielgruppen einen fundierten Einblick in die Drogenproblematik auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle sind eine wichtige Informationsquelle für ein breites Publikum wie politische Entscheidungsträger und ihre Berater, Fachkräfte und Forscher im Drogenbereich sowie ganz allgemein für die Medien und die Öffentlichkeit.

Mit dem Jahresbericht bietet die EBDD einen jährlichen Überblick über die Drogenproblematik in der EU und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren.



■ Amt für Veröffentlichungen

ISBN 978-92-9168-468-7



9 789291 684687