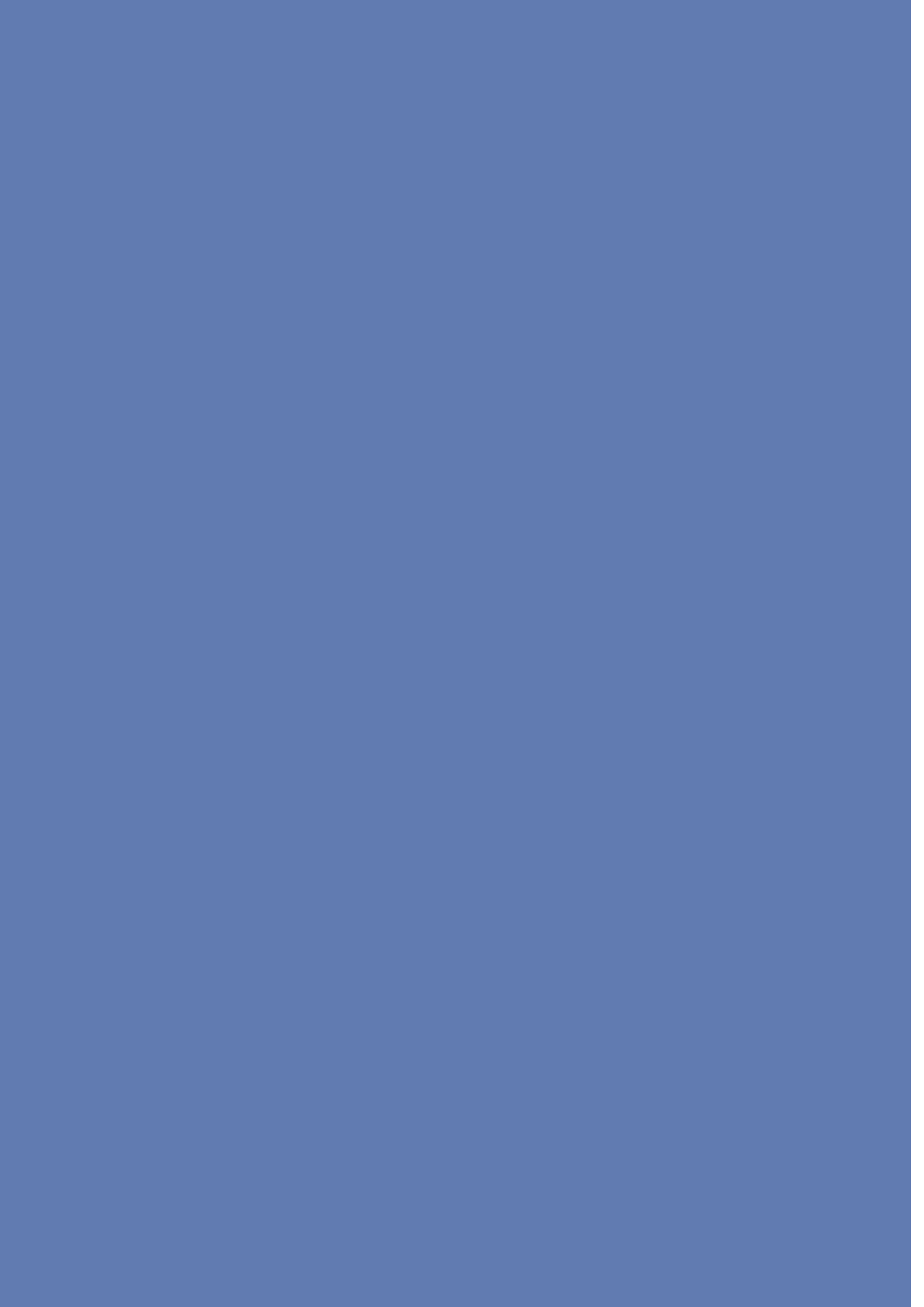




Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2009

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA





Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA

JAHRESBERICHT 2009

Rechtlicher Hinweis

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

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

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

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2009

ISBN 978-92-9168-381-9

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2009

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) 211 21 02 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkung	9
Übersicht: Ein bewegliches Ziel im Visier – die Herausforderung, eine pragmatische politische Antwort auf eine sich dauernd verändernde Drogenproblematik zu erarbeiten	11
Kapitel 1: Politische und rechtliche Entwicklungen Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene • Nationale Drogenstrategien und Aktionspläne • Öffentliche Ausgaben • Einzelstaatliche Rechtsvorschriften • Drogenspezifische Forschungsarbeiten	19
Kapitel 2: Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa Prävention • Behandlung • Schadensminimierung • Soziale Reintegration • Strafverfolgung im Drogenbereich und Verstöße gegen die Drogengesetzgebung • Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung in Haftanstalten	29
Kapitel 3: Cannabis Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Behandlung	43
Kapitel 4: Amphetamine, Ecstasy und halluzinogene Substanzen Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Amphetamine und Ecstasy in Freizeitmilieus: Konsum und Maßnahmen • Behandlung	56
Kapitel 5: Kokain und Crack Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums • Problematischer Kokainkonsum und Behandlungsnachfrage • Behandlung und Schadensminimierung	69
Kapitel 6: Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums • Injizierender Drogenkonsum • Behandlung problematischer Opioidkonsumenten	81
Kapitel 7: Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle Drogenbedingte Infektionskrankheiten • Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten • Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität • Reduzierung drogenbedingter Todesfälle	92
Kapitel 8: Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen Maßnahmen betreffend neue Drogen • „Spice“-Erzeugnisse und verwandte synthetische Cannabinoide • Das Internet als Marktplatz für psychoaktive Substanzen • Follow-up zu ausgewählten Substanzen	105
Literatur	111



Vorwort

In diesem Bericht wird eine zeitnahe, ausführliche Bewertung der Drogensituation in Europa vorgenommen. Wir danken unseren Mitarbeitern für ihr Engagement und ihre harte Arbeit, mit der sie diesen Bericht ermöglicht haben. Darüber hinaus zollen wir den einzelnen Mitgliedstaaten Anerkennung, denn die Stärke dieses Berichts liegt nicht nur in der hier in Lissabon geleisteten Arbeit, sondern auch und vor allem im Bemühen der einzelnen Staaten um ein zuverlässiges, umfassendes Informationssystem. Wir sind überzeugt, dass dieses Monitoringsystem nicht nur einen wichtigen Beitrag zu einer fundierten und durchdachten Debatte über die Drogenproblematik leistet, sondern auch den Weg für bessere und wirksamere politische Maßnahmen bereitet.

Politisches Handeln wird in zunehmendem Maße notwendig, da die Herausforderungen in diesem Bereich immer komplexer werden. Ein Thema, das sich wie ein roter Faden durch diesen Bericht zieht, betrifft die Dynamik der Drogenproblematik: Wir müssen unsere Ziele kontinuierlich auf die sich wandelnden Gegebenheiten abstimmen, mit denen wir konfrontiert sind.

Vor mittlerweile 15 Jahren begann die EBDD mit der Erhebung von Informationen und der Berichterstattung über die Drogenproblematik in Europa. Anlässlich dieses Jubiläums veranstalteten wir eine Konferenz unter dem Motto „Bestimmung des europäischen Informationsbedarfs für eine effiziente Drogenpolitik“. Diese Konferenz bot Wissenschaftlern, Fachleuten und politischen Entscheidungsträgern aus ganz Europa und anderen Teilen der Welt die Gelegenheit, nach Lissabon zu kommen, um uns bei der Erfassung und Evaluierung der vorhandenen Wissensbasis im Drogenbereich und der Ermittlung des gegenwärtigen und künftigen Informationsbedarfs zu unterstützen.

Im Verlauf der Konferenz wurde deutlich, dass Europa inzwischen über hervorragende Instrumente für die Untersuchung und das Verständnis des Drogenkonsums und der drogenspezifischen Maßnahmen verfügt. Dies eröffnet uns weitreichende Möglichkeiten, gemeinsam zu lernen und unser Wissen auszutauschen. Nirgendwo sonst arbeitet eine so große Gruppe kulturell verschiedener Länder entschlossen an dem gemeinsamen Ziel, ihr Verständnis dieses komplexen gesellschaftlichen Problems zu verbessern und entsprechende Maßnahmen zu entwickeln. Dies kommt beispielsweise in der Entwicklung des länderübergreifenden Drogenbeobachtungssystems zum Ausdruck, an dem 30 Länder mitwirken, in denen insgesamt mehr als eine halbe Milliarde Menschen leben. Eindrucksvolle Belege sind auch die EU-Drogenstrategie und der EU-Drogenaktionsplan: Diese Instrumente zielen darauf ab, über die verfügbaren Informationen Bilanz zu ziehen und sie in praktische und gemeinsame Aktionen umzusetzen. Vor allem zum jetzigen Zeitpunkt ist dies von besonderer Bedeutung, da unsere Mitgliedstaaten ihre Finanzierungsschwerpunkte bewusst auswählen müssen und mehr denn je darauf angewiesen sind, mit den getätigten Investitionen den größtmöglichen Nutzen zu erzielen. Wir sind zuversichtlich, dass wir mit unserem diesjährigen Bericht einen Beitrag zu diesem Prozess leisten. Darüber sehen wir uns in der Verpflichtung, der Ermittlung

bewährter Verfahren („Best practise“) im Drogenbereich im Rahmen unserer künftigen Arbeit mehr Raum und größere Bedeutung beizumessen.

Im Zuge der Konferenz wurde eine ganze Reihe wichtiger Fragen aufgeworfen, die in den hier vorgelegten Analysen behandelt werden. Unsere Informationssysteme müssen im Hinblick auf die Ermittlung und Nachverfolgung neuer Tendenzen und die entsprechende Berichterstattung verbessert werden. Um dies zu erreichen, ist es jedoch unverzichtbar, dass unsere Berichterstattung weiterhin in präziser und fundierter Form erfolgt, ohne Panik zu verbreiten. Ferner wurde ausdrücklich die Notwendigkeit hervorgehoben, in unseren Analysen sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite zu berücksichtigen. Im diesjährigen Bericht haben wir ein besonderes Augenmerk auf die Analyse der Angebotsindikatoren und des Drogenmarktes gelegt. Dabei sind wir mit Bedacht vorgegangen, da bisher nur unzureichende Bemühungen unternommen wurden, um die Qualität, Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit der europäischen Datenreihen in diesem Bereich zu verbessern. Diese Tatsache ist inzwischen allgemein anerkannt, und wir sind entschlossen, gemeinsam mit unseren nationalen und europäischen Partnern an der Bewältigung dieses Problems zu arbeiten.

Aus dem diesjährigen Bericht geht unter anderem hervor, dass es für die Bewertung der Drogensituation in Europa erforderlich ist, zeitgleich nationale und subregionale Besonderheiten sowie in zunehmendem Maße auch gemeinsame europäische oder sogar weltweite Trends zu erkennen und zu verstehen. Künftig müssen wir diese komplexen Zusammenhänge besser beschreiben, nicht nur um zu verstehen, welche Faktoren eine Verschärfung der Drogenproblematik fördern oder verhindern können, sondern auch als Orientierungshilfe für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen.

Abschließend bleibt anzumerken, dass die Europäische Union und die Vereinten Nationen nahezu zeitgleich Ende 2008 bzw. Anfang 2009 Neufassungen ihrer strategischen Dokumente zur Drogenpolitik vorgelegt haben. Der neue EU-Drogenaktionsplan sowie die neue politische Erklärung und der Aktionsplan der Vereinten Nationen spiegeln das internationale Engagement für die Eindämmung des Drogenkonsums und der damit verbundenen Schäden wider. Die Verwirklichung dieser Ziele stellt eine große Herausforderung dar und ist nur möglich, wenn die geplanten Aktionen umfassend umgesetzt werden. Monitoring und Evaluierung bilden in diesem Prozess Schlüsselfaktoren, da sie es uns ermöglichen, unsere Politik stets am aktuellen Stand der Dinge auszurichten und die erreichten Fortschritte nachzuvollziehen.

Marcel Reimen
Vorsitzender, EBDD-Verwaltungsrat

Wolfgang Götz
Direktor, EBDD



Danksagung

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

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirats der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union — insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ — und der Europäischen Kommission;
- dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (EZPKK), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Europol;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel des Europarates (Pompidou-Gruppe), dem United Nations Office on Drugs and Crime, dem WHO-Regionalbüro für Europa, Interpol, der Weltzollorganisation, dem Projekt ESPAD 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 folgenden Website zu entnehmen:

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



Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern Kroatien und Türkei sowie von Norwegen in Form nationaler Berichte zur Verfügung gestellt wurden. Die hier veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2007 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Die Grafiken und Tabellen in diesem Bericht beziehen sich in einigen Fällen nur auf einen Teil der EU-Länder: Die Auswahl erfolgte auf der Grundlage der Länder, die für den Bezugszeitraum Daten zur Verfügung gestellt haben.

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

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

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

Trendanalysen basieren ausschließlich auf den Ländern, die ausreichende Daten zur Verfügung stellen, um Veränderungen während des betreffenden Zeitraums zu beschreiben. Für die Analyse von Tendenzen auf dem Drogenmarkt können fehlende Daten für das Jahr 2007 durch Daten aus dem Jahr 2006 ersetzt werden; für die Analyse anderer Tendenzen können die fehlenden Daten interpoliert werden. Preistendenzen werden auf einzelstaatlicher Ebene inflationsbereinigt.

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.

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

Der Jahresbericht kann unter <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009> in 23 Sprachen heruntergeladen werden.

Das Statistical Bulletin 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) beinhaltet die vollständigen Quelltabellen, die für die statistische Analyse herangezogen wurden. Es enthält darüber hinaus weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden und mehr als 100 ergänzende statistische Grafiken.

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

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



Übersicht

Ein bewegliches Ziel im Visier – die Herausforderung, eine pragmatische politische Antwort auf eine sich dauernd verändernde Drogenproblematik zu erarbeiten

Politischer Konsens ermöglicht einen gezielteren Drogenaktionsplan

Der in diesem Bericht beleuchtete Zeitraum ist für die Drogenpolitik sowohl in Europa als auch auf internationaler Ebene von großer Bedeutung. In der Europäischen Union wurde der Drogenaktionsplan 2005 bis 2008, der fünfte seit 1990, evaluiert und sein Nachfolger für die Jahre 2009 bis 2012 erarbeitet und verabschiedet. Zwar wird vielfach auf die Unterschiede hinsichtlich der Drogenpolitik der einzelnen Mitgliedstaaten hingewiesen, jedoch ist es aus historischer Sicht beeindruckend, welche weitreichende Einigkeit inzwischen in der europäischen Debatte deutlich wird. Obwohl die Mitgliedstaaten mitunter noch immer verschiedene politische Zielsetzungen verfolgen, die in gewissem Maße den unterschiedlichen nationalen Gegebenheiten Rechnung tragen, wird in vielen Bereichen eine zunehmend fundierte und konsensorientierte Debatte geführt. Damit wurde ein EU-Aktionsplan möglich, der durchaus als pragmatisch, auf bestimmte Schwerpunkte ausgerichtet und zielorientiert beschrieben werden kann. Konkret kommt dieser Ansatz darin zum Ausdruck, dass bestimmten Aktionsbereichen wie der Prävention drogenbedingter Todesfälle, der Arbeit in Haftanstalten und der Verbesserung der Qualität von Behandlungs- und anderen Maßnahmen besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Im Anschluss an die Überprüfung der 1998 bei der Sondersitzung der Vereinten Nationen (Ungass) festgelegten Ziele wurden eine neue politische Erklärung und ein Aktionsplan der Vereinten Nationen zur Bekämpfung der weltweiten Drogenproblematik verabschiedet. Die im Vorfeld geführte Debatte erregte auf internationaler Ebene sowohl in der Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen erhebliches Interesse. Im Rahmen dieser Debatte setzte sich Europa vehement für eine ausgewogene, wissenschaftlich fundierte und humane Drogenpolitik ein. Dies trug dazu bei, dass in der abschließenden Vereinbarung die zentralen fortschrittlichen Elemente der ursprünglichen Ungass-Ziele aus dem Jahr 1998 erhalten blieben. Ungeachtet der

Tatsache, dass die Debatte im Rahmen der Vereinten Nationen zuweilen die Gemüter erhitzte und verhärtete politische und ideologische Standpunkte widerspiegelte, gab es auch Anzeichen dafür, dass ein pragmatischerer und fundierter Ansatz für die Ermittlung wirksamer Maßnahmen zunehmend an Bedeutung gewinnen könnte. So rückten beispielsweise die USA von ihrer strikten Ablehnung der Bereitstellung steriler Spritzbestecke ab, um das Risiko von durch Blut übertragbaren Infektionen einzudämmen, und trugen damit den nun verfügbaren umfassenden Evidenzdaten Rechnung, die eine Wirksamkeit dieser Maßnahmen belegen. Darüber hinaus scheinen sich die USA den jüngsten politischen Erklärungen zufolge insgesamt dem europäischen Modell anzunähern. Ein breiter Konsens wurde bei der Ungass-Sitzung auch hinsichtlich der Notwendigkeit einer weltweiten Beobachtung der Drogenproblematik erzielt, insbesondere angesichts der wachsenden Probleme in Entwicklungs- und Schwellenländern. Das für die Bewertung der Umsetzung der Ungass-Aktionspläne entwickelte Berichterstattungssystem erntete Kritik. Nach der Beendigung dieses Systems werden jedoch wichtige Tätigkeitsbereiche, insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Nachfragereduzierung, in der weltweiten Berichterstattung nicht mehr erfasst. Dieses Problem wird wahrscheinlich bei der nächsten Sitzung der Suchstoffkommission ein zentrales Thema darstellen.

Praktische Strafverfolgung kollidiert mit widersprüchlichen politischen Zielen

Die Strafverfolgung im Drogenbereich genießt im diesjährigen Jahresbericht einen hohen Stellenwert. Darüber hinaus befasst sich ein ausgewähltes Thema mit dem Strafmaß und anderen Konsequenzen für Personen, die wegen Verstößen gegen die Drogengesetzgebung belangt werden. Die Zahl der in Europa gemeldeten Drogendelikte steigt weiter. Obwohl die einschlägigen Daten nur schwer zu interpretieren sind, wirft diese Beobachtung die Frage auf, inwieweit die Strafverfolgungspraxis mit den politischen Zielsetzungen in diesem Bereich im Einklang steht.

Insgesamt wird in der europäischen Debatte zunehmend der Standpunkt vertreten, dass Verbotsmaßnahmen vorrangig auf das Drogenangebot abzielen sollten und weniger auf den Drogenkonsum. Dementsprechend wurden in einigen Ländern die strafrechtlichen Sanktionen für Straftaten im Zusammenhang mit dem Angebot verschärft oder Mindeststrafen eingeführt. Inwieweit diese Verschiebung des Schwerpunktes weg von den Konsumenten und hin zu den Anbietern von Drogen im Rahmen der Strafverfolgung tatsächlich umgesetzt wird, ist schwer zu beurteilen. Lediglich in einigen wenigen Ländern werden im Zusammenhang mit dem Drogenangebot mehr Straftaten verzeichnet als mit dem Drogenbesitz. Insgesamt ist die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Angebot gestiegen. Allerdings hat die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Besitz oder Konsum von Drogen noch stärker zugenommen. Darüber hinaus ist europaweit hinsichtlich der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot ein eher uneinheitliches Bild zu beobachten: Die Hälfte der Berichtsländer meldet mittelfristig einen Rückgang der einschlägigen Zahlen.

Mit diesem Bericht wird ein ausgewähltes Thema vorgelegt, in dem die in Europa für Drogendelikte verhängten Sanktionen ausführlich untersucht und die Konsequenzen erläutert werden, die Verstöße gegen die Drogengesetzgebung nach sich ziehen. Für Straftaten im Zusammenhang mit dem Angebot werden häufig Freiheitsstrafen verhängt, jedoch wird mit durchschnittlich drei Jahren oder darunter in der Regel eher ein Strafmaß festgelegt, das sich im unteren Bereich der verfügbaren Skala bewegt. Dies könnte schlichtweg der Tatsache geschuldet sein, dass viele der Angeklagten am unteren Ende der Lieferkette stehen, wie beispielsweise Straßendealer oder Drogenabhängige, die Drogen verkaufen, um ihre Sucht zu finanzieren. Diese Feststellung muss sich in der Entwicklung von Leitlinien für Mindeststrafen niederschlagen, wenn diese verhindern sollen, dass Intensivstrafäter in den Drogenhandel einsteigen.

In den meisten Ländern werden für den Besitz oder Konsum von Drogen nur selten Freiheitsstrafen verhängt, wobei nur ein kleiner Prozentsatz der Angeklagten in Gerichtsverfahren zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt wird, beispielsweise aufgrund erschwerender Umstände. Dies bedeutet, dass gegen immer mehr Drogenkonsumenten, die mit dem Strafvollzugssystem in Berührung kommen, nur eine Verwaltungssanktion oder eine geringfügige Strafe verhängt wird. Ungeachtet der möglichen abschreckenden Wirkung dieser Maßnahmen stellt sich die Frage, in welchem Maße bei diesen

Kontakten mit bestimmten Gruppen von Drogenkonsumenten die Chance für andere Maßnahmen zur Nachfragereduzierung ungenutzt bleibt. Einige Länder haben in diesem Bereich innovative Ansätze entwickelt, insgesamt gibt es aber nur wenige solche Konzepte.

Da die Personen, die wegen Verstößen gegen die Drogengesetzgebung belangt werden, wahrscheinlich eine heterogene Gruppe bilden, ist die Bedarfsermittlung für die Entwicklung diesbezüglicher Maßnahmen von besonderer Bedeutung. Was die gesundheitsbezogenen Maßnahmen betrifft, so reichen diese von Konzepten zur Prävention, Bildung und Schadensminimierung bis hin zu Kurzinterventionen und, sofern dies gerechtfertigt ist, zur Überweisung in spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtungen und soziale Unterstützungsdienste. Die Entwicklung eines praktikablen Modells für die Gewährleistung angemessener Überweisungswege stellt eine organisatorische Herausforderung dar. In Portugal wird zur Lösung dieses Problems ein anderer Ansatz verfolgt. Der Drogenkonsum wird hier nicht mehr mit strafrechtlichen Sanktionen geahndet. Stattdessen werden Personen, die im Besitz von Drogen angetroffen werden, unmittelbar zu einer Bedarfsermittlung überwiesen. Hierfür sind spezielle Ausschüsse zuständig, die so genannten „Kommissionen zur Abkehr vom Drogenmissbrauch“. Diese Ausschüsse können zwar Geldbußen festlegen, jedoch liegt ihre Zielsetzung nicht primär in der Verhängung von Strafen. Diese Verfahrensweise findet seit mittlerweile acht Jahren Anwendung. Die ursprünglichen Befürchtungen, dieser Ansatz könnte zu einer Zunahme des Drogentourismus oder des Drogenkonsums führen, werden durch die verfügbaren Daten nicht bestätigt.

Behandlung und Gesundheit: eine Palette gezielter Maßnahmen statt einer Pauschallösung

Die in Europa für Drogenkonsumenten angebotenen Leistungen werden zunehmend diversifiziert und im Rahmen integrierter Behandlungspakete erbracht. Dies wird sowohl in den einzelnen Konzepten als auch in der Praxis deutlich. Beispielsweise werden Maßnahmen zur Schadensminimierung und Behandlung immer häufiger miteinander verknüpft und von denselben Anbietern erbracht. Obwohl die Bedeutung der sozialen Reintegration weithin anerkannt wird, ist dieser Bereich noch immer unzureichend entwickelt: Drogenkonsumenten sehen sich nach wie vor mit beträchtlichen Problemen konfrontiert, wenn es darum geht, einen Arbeitsplatz, eine angemessene Unterkunft und Freizeitbeschäftigungen außerhalb der Drogenszene zu finden.

Obwohl bei der Behandlung von Drogenkonsumenten in Europa durchaus Fortschritte erzielt wurden, gestalten sich diese dennoch uneinheitlich, und zwar sowohl hinsichtlich der Substanzen, auf die die Maßnahmen abzielen, als auch bei der geografischen Abdeckung. Die größten Fortschritte wurden im Bereich der opioidgestützten Substitutionstherapie verzeichnet: Inzwischen unterziehen sich etwa 650 000 Patienten einer solchen Behandlung, und die Tendenz ist steigend. Allerdings hat Osteuropa insgesamt nur einen geringen Anteil an dieser Gesamtzahl, und in einigen Ländern besteht die Notwendigkeit, die verfügbaren Leistungen auszuweiten. In mehreren Ländern stellte man fest, dass die Einbeziehung von Allgemeinärzten einen Beitrag zur Ausweitung des Behandlungsangebots leisten kann. Gemeinsame Behandlungskonzepte mit spezialisierten Einrichtungen sorgen nicht nur dafür, dass die Allgemeinärzte Unterstützung erhalten, sondern stellen auch die Qualität der Behandlungen sicher.

Zwar ist es in den meisten Ländern theoretisch möglich, in Haftanstalten eine Substitutionsbehandlung fortzusetzen oder einzuleiten, jedoch gestaltet sich dies in der Praxis häufig schwierig. Angesichts der Zahl der inhaftierten Drogenkonsumenten in Europa ist es dringend geboten, in diesem Milieu das Angebot aller Behandlungsformen auszuweiten. Diese Tatsache wird im EU-Drogenaktionsplan anerkannt, erfährt aber in den meisten Ländern nach wie vor nicht die erforderliche Beachtung.

Was andere Drogen als Opioide betrifft, so sind hier nicht nur die verfügbaren Leistungen, sondern auch unsere Kenntnisse über wirksame Behandlungsmaßnahmen begrenzt. Dieses Problem wurde jedoch inzwischen erkannt, und immer mehr europäische Forschungsprojekte und Pilotprogramme haben den Behandlungsbedarf der Konsumenten von Stimulanzien und Cannabis zum Gegenstand. Darüber hinaus haben die neuen Erkenntnisse im Bereich der Neurowissenschaften nicht nur unser Verständnis der biologischen Abläufe der Drogenabhängigkeit verbessert, sondern tragen auch zur Entwicklung einiger innovativer Konzepte bei. Beispielsweise wird derzeit in Europa eine groß angelegte Studie zu einer Kokain-Impfung durchgeführt. Auch die Entwicklungen im Bereich der Informationstechnologie haben Innovationen ermöglicht, wie etwa internetbasierte Behandlungsprogramme und den Einsatz von Kurzmitteilungen.

Neue Belege für den Beginn einer Phase sinkender Raten des Cannabiskonsums in Europa

Die Popularität des Cannabiskonsums hat in den 90er Jahren so drastisch zugenommen, dass inzwischen fast ein

Viertel aller erwachsenen Europäer angeben, die Droge mindestens einmal probiert zu haben. In den folgenden Jahren hat sich die Lage stabilisiert, und die jüngsten Daten untermauern eindeutig die im Vorjahresbericht vorgelegte Analyse, der zufolge beim Konsum dieser Droge insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen ist. Besonders bemerkenswert sind die neuesten Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen, die Einblicke in Tendenzen beim Drogenkonsum unter Schülern im Zeitverlauf bieten. Die hier festgestellten Muster werden sich wahrscheinlich später in den älteren Alterskohorten fortsetzen. Interessanterweise findet nun offenbar eine Umkehrung der unterschiedlichen zeitlichen Muster des Cannabiskonsums statt, die ursprünglich in den einzelnen Ländern zu beobachten waren. Beispielsweise war das Vereinigte Königreich eines der ersten Länder, die hohe Prävalenzraten verzeichneten, und zählt mittlerweile ebenfalls zu den ersten, die einen Rückgang des Konsums melden. Dieses Muster ist inzwischen auch in den meisten anderen westeuropäischen Ländern zu beobachten. In Osteuropa sind die Konsumraten in den meisten Ländern bis vor kurzem gestiegen. Doch selbst in diesen Ländern gibt es Anzeichen für eine Stabilisierung der Situation unter Jugendlichen, und wenn sich das andernorts beobachtete Muster hier ebenfalls fortsetzt, wäre anschließend ein Rückgang zu erwarten.

Selbstverständlich ist es wichtig, die Faktoren zu kennen, die die Popularität einer Droge wie Cannabis beeinflussen. Allerdings sollten einfache Kausalzusammenhänge nur mit Bedacht hergestellt werden. Unter Umständen haben die einzelstaatliche und EU-Politik diese Tendenzen teilweise beeinflusst, jedoch sind auch in den USA und Australien rückläufige Konsumraten zu beobachten. Dies legt den Schluss nahe, dass hier weiter greifende soziokulturelle Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Innerhalb Europas verzeichnet eine kleine Gruppe vor allem nord- und südeuropäischer Länder seit einiger Zeit außergewöhnlich niedrige und stabile Raten des Cannabiskonsums. Die Ermittlung der in diesen Ländern wirksamen Schutzfaktoren wäre ebenfalls von großem Interesse, jedoch müssen auch hier bei der Analyse die kulturellen, sozialen und historischen Faktoren ebenso umfassend berücksichtigt werden wie der Einfluss der Drogen- und Sozialpolitik.

Im Gegensatz zu den Daten über den Cannabiskonsum insgesamt ergibt sich aus der jüngsten Analyse der Muster des problematischen Cannabiskonsums in Europa ein eher uneinheitliches und wenig ermutigendes Bild. Diese Analyse ist allerdings nur bedingt aussagekräftig, da derzeit kaum verlässliche Messgrößen für den Sucht- oder problematischen Konsum verfügbar sind. Zwar wurden

Auf einen Blick – Schätzungen des Drogenkonsums in Europa

Die hier vorgelegten Schätzungen beziehen sich auf die erwachsene Bevölkerung (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) und basieren auf den jüngsten verfügbaren Daten. Die vollständigen Datenreihen sowie Angaben zur Methodik sind dem Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Cannabis

Lebenszeitprävalenz: mindestens 74 Millionen (22 % der europäischen Erwachsenen).

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 22,5 Millionen europäische Erwachsene oder ein Drittel der Personen mit Cannabiserfahrung.

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

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate:

Gesamtspanne: 0,4 % bis 14,6 %.

Kokain

Lebenszeitprävalenz: etwa 13 Millionen (3,9 % der europäischen Erwachsenen).

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

Prävalenz während der letzten 30 Tage: etwa 1,5 Millionen.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate:

Gesamtspanne: 0,0 % bis 3,1 %.

Ecstasy

Lebenszeitprävalenz: etwa 10 Millionen (3,1 % der europäischen Erwachsenen).

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 2,5 Millionen oder ein Viertel der Personen mit Ecstasy-Erfahrung.

Prävalenz während der letzten 30 Tage: weniger als 1 Million.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate:

Gesamtspanne: 0,1 % bis 3,5 %.

Amphetamine

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

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

Prävalenz während der letzten 30 Tage: weniger als 1 Million.

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate:

Gesamtspanne: 0,0 % bis 1,3 %.

Opioide

Problematische Opioidkonsumenten: schätzungsweise zwischen 1,2 Millionen und 1,5 Millionen Europäer.

4 % aller Todesfälle unter Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren waren drogeninduzierte Todesfälle, wobei in etwa drei Viertel der Fälle Opioiden nachgewiesen wurden.

Hauptdroge in über 50 % aller Drogentherapienachfragen.

Etwa 650 000 Opioidkonsumenten haben im Jahr 2007 eine Substitutionsbehandlung erhalten.

diesbezüglich bereits einige Fortschritte erzielt, jedoch ist man derzeit noch von indirekten Variablen abhängig. Bei der Zahl der neuen Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Cannabis, die über mehrere Jahre hinweg kontinuierlich gestiegen ist, zeichnet sich gegenwärtig möglicherweise eine Stabilisierung ab. Allerdings ist nach wie vor unklar, inwieweit diese Entwicklung auf die Konsummuster oder die Kapazitäten der Leistungsanbieter zurückzuführen ist. Derzeit wird der beste Verhaltensindikator des problematischen Cannabiskonsums durch Extrapolation von Schätzungen der Zahl der täglichen Cannabiskonsumenten gewonnen. Tendenzen beim täglichen Konsum sind schwer zu beurteilen, jedoch weisen die verfügbaren Daten nicht auf eine insgesamt rückläufige Entwicklung hin. Die EBDD geht davon aus, dass schätzungsweise zwischen 2 % und 2,5 % der jungen Erwachsenen täglich oder fast täglich Cannabis konsumieren, wobei unter jungen Männern wesentlich höhere Raten zu verzeichnen sind. Dieses Konsumverhalten stellt für eine große Bevölkerungsgruppe ein Risiko dar und ist Beleg für die Notwendigkeit, den Bedarf dieser Gruppe an Hilfsdiensten besser verstehen zu lernen.

Heroin und Kokain: keine deutlichen Anzeichen für eine Entschärfung des Problems

Hinsichtlich des Konsums von Heroin und Kokain, den beiden Substanzen, die weiterhin im Zentrum der Drogenproblematik in Europa stehen, gibt es kaum Anzeichen für eine Verbesserung der Situation. Allerdings ist es in diesem Bereich problematisch, einen eindeutigen Überblick zu gewinnen, da die aus unterschiedlichen Indikatoren gewonnenen Informationen nur schwer in Einklang zu bringen sind. Dies gilt insbesondere für Kokain: Hier sind den jüngsten Daten zufolge sowohl die geschätzte Herstellung als auch die in der Europäischen Union beschlagnahmten Mengen zurückgegangen, während in den meisten Ländern zugleich eine sinkende Reinheit der Droge im Straßenhandel festzustellen war. Im Vereinigten Königreich mit seinem großen Kokainmarkt hat die Reinheit in der letzten Zeit erheblich abgenommen. Diese Daten könnten auf eine rückläufige Verfügbarkeit von Kokain hindeuten. Allerdings wird diese Schlussfolgerung durch andere Daten infrage gestellt. Die Zahl der Sicherstellungen dieser Droge nimmt nach wie vor zu, die Preise sinken und es gibt Anzeichen für eine teilweise Verlagerung auf neue Handelsrouten durch Osteuropa, durch die unter Umständen die Bemühungen um eine Eindämmung des Drogenhandels untergraben wurden. In Europa wird Kokain nach wie vor in erster Linie in den westlichen Ländern konsumiert, die eine insgesamt stabile oder weiter steigende Tendenz verzeichnen. Es gibt

jedoch Belege dafür, dass sich die Droge auch in anderen Ländern weiter verbreitet. Die Zahl der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum steigt ebenfalls. Die verfügbaren Forschungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Konsumraten in den traditionellen Gebieten nach wie vor hoch sind und nicht zurückgehen, während sie in anderen Gebieten weiterhin steigen. Aber es häufen sich auch die Anzeichen dafür, dass die Anbieter in einigen größeren Märkten möglicherweise Schwierigkeiten haben, die Nachfrage der Konsumenten zu bedienen. In letzter Zeit wurde über einen Rückgang der weltweiten Kokainherstellung berichtet, und es bleibt abzuwarten, ob künftig konkretere Belege für eine rückläufige Verfügbarkeit dieser Droge ermittelt werden können.

Die drogenbedingte Morbidität und Mortalität in Europa ist noch immer größtenteils auf den Konsum von Heroin zurückzuführen. Der Konsum dieser Droge war seit Mitte bis Ende der 90er Jahre insgesamt rückläufig. Heute ist die Lage jedoch eher uneinheitlich und gibt in einigen Gebieten Anlass zur Sorge. Nachdem die Zahl der neuen Behandlungsnachfragen zunächst spürbar gesunken war, ist sie seit 2002 gestiegen, und gegenwärtig melden zahlreiche Länder eine Zunahme sowohl der Zahl als auch des Anteils der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden. Die Daten über drogenbedingte Todesfälle, die zumeist mit dem Konsum von Heroin in Verbindung gebracht werden, liefern ebenfalls keine Hinweise auf ein Wiedereinsetzen der vor 2004 beobachteten fallenden Tendenz. Eine zunehmende Tendenz ist auch den Daten über die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung und der Sicherstellungen zu entnehmen. Beunruhigend ist die Tatsache, dass in einigen wenigen Ländern Heroinprobleme in bestimmten Gruppen junger Menschen beobachtet wurden. Dies legt den Schluss nahe, dass sich die Droge auf neue Bevölkerungsgruppen ausbreitet. Insgesamt ist es enttäuschend, dass die zuvor festgestellte rückläufige Tendenz bei den Problemen im Zusammenhang mit dem Heroinkonsum durch die aktuellen Daten nicht mehr erhärtet wird. Zwar gibt es derzeit noch keine Belege für eine Wiederholung der in der Vergangenheit beobachteten epidemischen Verbreitung des Heroinkonsums, jedoch sind beträchtliche gesundheitliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Droge zu beobachten. Jegliche Anzeichen für eine Verschärfung der Situation geben Anlass zu ernsthafter Sorge, insbesondere da für Europa nun eine wirtschaftlich schwierige Phase beginnt.

Polyvalenter Drogenkonsum in Kombination mit Alkoholproblemen – die prägenden Elemente der Drogenproblematik in Europa

Bei der Drogenprävention geht man seit langer Zeit davon aus, dass Problemen im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum am besten holistisch und im Rahmen einer gesunden Lebensführung und durchdachter Entscheidungen begegnet werden kann. Die Debatte über den Drogenkonsum konzentriert sich hingegen zumeist auf bestimmte Substanzen. Es drängt sich der Schluss auf, dass diese eindimensionale Perspektive immer weniger zum Verständnis der sich wandelnden Muster des Substanzkonsums in Europa beitragen kann. Drogenkonsumenten beschränken ihren Konsum nur sehr selten auf eine einzige Substanz. In Europa sind heutzutage polyvalente Konsummuster die Regel, und die meisten derzeit zu beobachtenden Probleme sind auf den gleichzeitigen Konsum unterschiedlicher Substanzen zurückzuführen oder werden dadurch verschärft. Demzufolge muss eine umfassende und stärker integrierte Perspektive eingenommen werden, die mehrere Substanzen berücksichtigt und ein besseres Verständnis der Lage sowie die Konzeption und Evaluierung geeigneter Maßnahmen ermöglicht. Gleiches gilt für den Drogenmarkt. Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots einer bestimmten Droge sind eindeutig wenig sinnvoll, wenn sie dazu führen, dass die Konsumenten einfach zu einer anderen, womöglich noch schädlicheren Droge greifen.

Mit dem diesjährigen Bericht wird ein ausgewähltes Thema zum polyvalenten Drogenkonsum vorgelegt. Darin wird untersucht, wie sich der Konsum mehrerer Substanzen auf unterschiedliche Gruppen von Drogenkonsumenten auswirkt. Die Ergebnisse sind beunruhigend. Bei jungen Menschen kann der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen das Risiko akuter Probleme erhöhen und dazu führen, dass die Betroffenen in ihrem späteren Leben einen chronischen Drogenkonsum entwickeln. Bei älteren, regelmäßigen Drogenkonsumenten ist der polyvalente Drogenkonsum eine der Hauptursachen für Überdosierungen, erschwert die Drogenbehandlung und geht mit Gewalt- und Straftaten einher. Darüber hinaus steht den Konsumenten in Europa ein immer breiteres Angebot an Drogen zur Verfügung. Im diesjährigen Bericht wird auf die wachsende Palette weitgehend unkontrollierter auf den Cannabismarkt abzielende Substanzen, Innovationen bei der Herstellung synthetischer Drogen und die wachsende Besorgnis über den Missbrauch verschreibungspflichtiger Arzneimittel hingewiesen. Darüber hinaus wurde erkannt, dass der gleichzeitige Konsum von Alkohol für die Problematik des Substanzkonsums in Europa eine wesentliche Rolle spielt.

Dies manifestiert sich in sämtlichen Altersgruppen. Bei Schülern besteht den jüngsten Daten zufolge ein enger Zusammenhang zwischen „Komasaufen“ und Drogenkonsum. Darüber hinaus geht das „Komasaufen“ häufig Hand in Hand mit dem Freizeitkonsum von Drogen. Somit erhöht sich das Risiko negativer Folgen für junge Erwachsene. Unter chronischen Drogenkonsumenten ist der Alkoholkonsum so stark verbreitet, dass er häufig nicht einmal mehr Erwähnung findet, und für die Drogenbehandlungsdienste stellt die Befriedigung der Bedürfnisse alkoholabhängiger Drogenkonsumenten ein zunehmend wichtiges Thema dar. Besonders schwerwiegende Folgen können Alkoholprobleme für Opioidabhängige haben, da bei diesen die Leberfunktion unter Umständen bereits durch eine Hepatitis-Infektion eingeschränkt ist und ein erhöhtes Risiko einer Überdosierung besteht.

Innovationen und Verfügbarkeit von Grundstoffen: interagierende Faktoren, die sich zunehmend auf den Markt für synthetische Drogen auswirken

Hinsichtlich der Verfügbarkeit und des Konsums synthetischer Drogen in Europa herrscht den Beobachtungen der EBDD zufolge eine zunehmend komplexe und instabile Situation. Der illegale Markt und seine Anbieter verfügen im Hinblick auf Herstellungsverfahren, neue Erzeugnisse und Vermarktungswege über ein enormes Innovationspotenzial und sind in der Lage, rasch auf Kontrollmaßnahmen zu reagieren. Eine beunruhigende Entwicklung stellt zudem die immer größere Raffinesse bei der Vermarktung „legaler Alternativen“ zu illegalen Drogen dar.

Die Instabilität des Marktes wird beispielsweise an den jüngsten Entwicklungen im Bereich der Verfügbarkeit von Ecstasy deutlich. Bis 2007 enthielten die meisten in Europa analysierten Ecstasy-Tabletten 3,4-Methylenedioxy-Methamphetamin (MDMA) oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz. Die Anfang 2009 über das Frühwarnsystem erfassten Daten deuten jedoch darauf hin, dass sich hier in einigen Mitgliedstaaten, wie beispielsweise in Dänemark und den Niederlanden, Änderungen vollziehen könnten. In bis zu 50 % aller in diesen Ländern analysierten Tabletten wurde weder MDMA noch eine andere analoge Substanz nachgewiesen. Stattdessen enthielten die Tabletten 1-(3-Chlorphenyl)piperazin (mCPP), entweder alleine oder in Kombination mit einer anderen psychoaktiven Substanz. Zwar ist mCPP in den Übereinkommen der Vereinten Nationen nicht aufgeführt, jedoch unterliegt es in einigen EU-Mitgliedstaaten Kontrollmaßnahmen. Die Gründe für die sich derzeit im Markt vollziehenden Veränderungen sind nicht zweifelsfrei

auszumachen. Eine mögliche Erklärung könnte allerdings in einer Verknappung des Angebots von 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-propanon (PMK), einem der wichtigsten Grundstoffe für die Herstellung von MDMA, liegen. Noch kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob diese Entwicklung eine vorübergehende Abweichung darstellt oder eine bedeutendere Verschiebung im Ecstasy-Markt einläutet. Über das EU-Frühwarnsystem wird mCPP seit 2005 beobachtet. Die EBDD und Europol verfolgen die Entwicklungen in diesem Bereich aufmerksam und werden im Jahr 2010 einen Bericht über diesen Markt vorlegen.

Veränderungen im Ecstasy-Markt können darauf hindeuten, dass die Bemühungen um eine Eindämmung der Abzweigung chemischer Grundstoffe zunehmend Früchte tragen. Diese Bemühungen können auch bedeutende Auswirkungen auf die Verfügbarkeit und den Konsum anderer Substanzen haben. Beispielsweise gibt es verschiedene Anzeichen dafür, dass Methamphetamin in einigen nordeuropäischen Ländern Amphetamin ersetzen könnte. Auch hier spielen offenbar Marktfaktoren und chemische Grundstoffe eine wichtige Rolle: Die Herstellung von Methamphetamin erfolgt derzeit offensichtlich in Litauen, das aufgrund seiner geografischen Lage gut für die Einfuhr von Grundstoffen, in diesem Falle von 1-Phenyl-2-Propanon (BMK), aus Drittländern geeignet ist. Die Lage in den skandinavischen Ländern gibt ebenfalls Anlass zu der Befürchtung, dass sich der Methamphetaminkonsum über die Grenzen der Tschechischen Republik hinaus verbreiten könnte. Hier stellt der Methamphetaminkonsum bereits seit Langem ein Problem dar, jedoch erfolgt die Herstellung gewöhnlich in geringem Umfang und nur für den persönlichen Konsum oder für den Konsum im Land selbst. Inzwischen berichten aber auch mehrere mitteleuropäische Staaten über einen gewissen Methamphetaminkonsum, während Europol meldet, dass in anderen Teilen Europas einige größere Herstellungsstätten aufgedeckt und ausgehoben wurden. Zudem häufen sich die Hinweise darauf, dass der Methamphetaminkonsum in einigen Nachbarländern der Europäischen Union rasch zunimmt. Bisher konnte sich die Droge im westeuropäischen Markt für Stimulanzien nicht durchsetzen – hier dominieren nach wie vor Kokain oder Amphetamin. Ungeachtet dessen müssen die Entwicklungen in diesem Bereich aufmerksam verfolgt werden, da die Herstellung von Methamphetamin relativ einfach ist und die Droge erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben kann. Wie schnell sich diesbezügliche Probleme entwickeln können zeigt die Slowakei, wo der Methamphetaminkonsum einer kürzlich vorgelegten Fallstudie zufolge drastisch gestiegen ist.

Das Internet und die Vermarktung von Drogen: Gibt „Spice“ einen Vorgeschmack auf künftige Szenarien?

Es gibt nur wenige Bereiche des modernen Lebens, in denen die in der Informationstechnologie erzielten Fortschritte noch keine Veränderungen herbeigeführt haben. Das Internet bietet inzwischen nicht nur eine unerschöpfliche Informationsquelle, sondern auch einen riesigen virtuellen Marktplatz für den Handel mit Waren und Dienstleistungen. Somit ist es nicht überraschend, dass sich dieses Medium nun auch auf die Drogenproblematik auswirkt. In diesem Jahr hat die EBDD erstmals eine Untersuchung zu internetbasierten Behandlungskonzepten durchgeführt, und offenbar bergen diese Ansätze im Hinblick auf bestimmte Formen der Prävention, Behandlung und Schadensminimierung ein erhebliches Potenzial. Weniger erfreulich ist die Tatsache, dass diese virtuelle und globale Welt offenbar schwer zu kontrollieren ist und das Internet missbraucht werden kann, um den Konsum psychoaktiver Substanzen zu steigern. Anlass zur Sorge gibt nicht nur die Online-Vermarktung von Alkohol und Arzneimitteln, sondern auch das Auftreten einer Reihe angeblich „legaler“ Alternativen zu kontrollierten psychoaktiven Substanzen.

Die EBDD überwacht mittlerweile regelmäßig die von Online-Händlern angebotenen psychoaktiven Substanzen. Dieser Markt ist in den letzten Jahren gewachsen und umfasst inzwischen eine breite Palette pflanzlicher Erzeugnisse, insbesondere Kräutermischungen, sowie Produkte, die synthetische Verbindungen enthalten. Die neuen Substanzen, die auf dem Internet-Markt gehandelt werden, reichen von Drogen, die in einigen Teilen der Welt traditionell konsumiert werden, bis hin zu in Labors hergestellten experimentellen Chemikalien, für die bisher keine Erfahrungswerte für den menschlichen Konsum vorliegen. Zu den weiteren Innovationen zählen die Entwicklung unterschiedlicher Marken und die Verwendung verkaufsfördernder Verpackungen. Ein bemerkenswertes Beispiel hierfür sind die Kräutermischungen, die unter der Bezeichnung „Spice“ vermarktet werden.

Dieses Erzeugnis wird unter mehreren Markennamen vertrieben, wobei sich nicht nur die Verpackungen, sondern auch die angegebenen Inhaltsstoffe unterscheiden. Allerdings wurden bei gerichtsmedizinischen Analysen in der Regel nicht die auf der Verpackung angegebenen pflanzlichen Substanzen festgestellt. Stattdessen wurden in einigen Stichproben synthetische Cannabinoide nachgewiesen, die den Mischungen zugesetzt worden waren. Diese Substanzen waren nicht als Inhaltsstoffe angegeben und wurden somit unwissentlich konsumiert. Bei den nachgewiesenen Cannabinoiden handelt es sich um relativ unbekannte synthetische Verbindungen, einige sind extrem stark, und über ihre Wirkung auf den Menschen ist nur wenig bekannt.

Versuche, die Drogenkontrolle durch das Angebot nicht kontrollierter Substanzen zu umgehen, sind nichts Neues. Neu sind hingegen die breite Palette von Substanzen, die derzeit entwickelt werden, die aggressive Vermarktung von Erzeugnissen mit vorsätzlich falsch deklarierten Inhaltsstoffen, die zunehmende Nutzung des Internet und die Geschwindigkeit, in der dieser Markt auf Kontrollmaßnahmen reagiert. Zudem kann uns „Spice“ einen Vorgeschmack auf die anstehenden Probleme geben. Die Fähigkeit erfahrener Chemiker, die häufig außerhalb des europäischen Rechtssystems ansässig sind, für wenig Geld organische Synthesen durchzuführen, eröffnet möglicherweise den Zugang zu einer beträchtlichen Anzahl psychoaktiver Substanzen. Dadurch können ganz neue chemische Gruppen ins Spiel kommen, die viele analoge Substanzen umfassen. Diese Substanzen sind unter Umständen schwer nachzuweisen, was in der Folge dazu führen kann, dass die auf einzelnen Verbindungen beruhenden Kontrollmaßnahmen mit beträchtlichen Problemen konfrontiert werden. Da einige dieser Substanzen möglicherweise auch zu legalen Zwecken genutzt oder zu angeblich legalen Zwecken vertrieben werden, fallen sie zuweilen sowohl unter die Drogenkontrolle als auch unter das Handelsrecht.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 1

Politische und rechtliche Entwicklungen

Einleitung

Im vergangenen Jahr wurden auf europäischer und internationaler Ebene zwei neue Dokumente zur Drogenpolitik erarbeitet. Im Dezember 2008 legte die Europäische Union ihren neuen Drogenaktionsplan 2009-2012 vor. Einige Monate später folgten die neue politische Erklärung und der Aktionsplan der Vereinten Nationen zur Bekämpfung der globalen Drogenproblematik. In diesem Kapitel werden der Inhalt der neuen Dokumente zur Drogenpolitik und die Rolle der Organisationen beleuchtet, die bei ihrer Ausarbeitung als Vertreter der Zivilgesellschaft fungierten.

Die internationalen politischen Debatten hatten unter anderem den Drogenhandel zum Gegenstand, und an dieser Stelle werden die jüngsten Rechtsvorschriften über Mindeststrafen für den Drogenhandel in Europa untersucht. Die Schadensminimierung war ebenfalls ein zentrales Thema der politischen Debatte. Daher wird in diesem Kapitel auch der Rechtsstatus zweier wichtiger Maßnahmen in diesem Bereich behandelt, namentlich des Nadel- und Spritzenaustauschs und der Substitutionsbehandlung.

Darüber hinaus werden die in jüngster Zeit verabschiedeten und evaluierten nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne, neue Daten und Tendenzen im Zusammenhang mit den öffentlichen Ausgaben im Drogensektor sowie die Entwicklungen im Bereich der drogenspezifischen Forschungsarbeiten in Europa beleuchtet.

Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene

Neue politische Erklärung und Aktionsplan der Vereinten Nationen

Bei einer hochrangigen Tagung im Rahmen der diesjährigen Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) wurden eine neue politische Erklärung und ein Aktionsplan⁽¹⁾ verabschiedet. Vorangegangen war eine

einjährige Phase der Reflexion im Rahmen der 10-Jahres-Überprüfung der im Hinblick auf die Verwirklichung der 1998 bei der 20. Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen (Ungass) zur Drogenproblematik festgelegten Zielsetzungen erzielten Fortschritte.

Die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten spielten bei der Überprüfung der Ungass-Ziele eine führende Rolle. Die aus dem Überprüfungsverfahren resultierende Position Europas im Rahmen der UN-Drogenpolitik wurde in einem vom Rat der Europäischen Union ausgearbeiteten gemeinsamen Positionspapier dargelegt. In diesem Dokument wurden die Bedeutung der öffentlichen Gesundheit als oberster Grundsatz des internationalen Drogenkontrollsystems und die Notwendigkeit betont, im Drogenbereich für eine systemweite Kohärenz innerhalb der UN-Einrichtungen (einschließlich INCB, UNODC, Unaid und WHO) zu sorgen. Darüber hinaus wurde gefordert, eine Reihe von Schlüsselementen und Prioritäten in die neue politische Erklärung der UN aufzunehmen. Hierzu zählte unter anderem die Notwendigkeit einer umfassenden, integrierten und ausgewogenen Drogenpolitik, in deren Rahmen der Nachfragereduzierung mehr Gewicht beigemessen wird und auch die Schadensminimierung Berücksichtigung findet. Die EU wies nachdrücklich darauf hin, dass die Achtung der internationalen Menschenrechtsbestimmungen, einschließlich des Rechts auf Gesundheit, ein Schlüsselement der neuen Drogenpolitik darstellen und die Gestaltung der Drogenpolitik auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen basieren muss. Darüber hinaus wurde von Seiten der EU vorgebracht, dass bei der Bekämpfung der Drogenherstellung die Unterstützung der „alternativen Entwicklung“ nicht von einer Reduzierung des Anbaus illegaler Kulturen abhängig gemacht werden darf.

Das neue UN-Dokument gleicht inhaltlich den im Jahr 1998 verabschiedeten ursprünglichen Ungass-Erklärungen und Aktionsplänen. Es umfasst viele der von der Europäischen Union eingebrachten Elemente. So werden beispielsweise im Aktionsplan die gegenwärtigen

(1) *Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem* [Politische Erklärung und Aktionsplan über die internationale Zusammenarbeit im Hinblick auf eine integrierte und ausgewogene Strategie zur Bekämpfung der globalen Drogenproblematik].

Probleme im Bereich der Drogenpolitik untersucht und die Aktionen aufgeführt, deren Durchführung die Mitgliedstaaten der UN für die nächsten zehn Jahre zugesagt haben. Im Hinblick auf die Nachfragereduzierung werden unter anderem die folgenden zentralen Aktionen und Ziele genannt: verstärkte Achtung der Menschenrechte, verbesserte Zugänglichkeit von Hilfsdiensten und gezieltere Ausrichtung der Maßnahmen auf gefährdete Gruppen. Darüber hinaus werden eine stärkere Ausgewogenheit der Drogenpolitik zugunsten der Nachfragereduzierung, die Durchführung evidenzbasierter Maßnahmen sowie Mechanismen zur Überwachung und Qualitätssicherung gefordert. Allerdings wird in diesem UN-Dokument die Bedeutung der Schadensminimierung, eines in Europa unter wissenschaftlicher Aufsicht verfolgten Ansatzes, nicht ausdrücklich anerkannt.

Der weltweite illegale Drogenmarkt

Bei der Sitzung der Suchtstoffkommission des Jahres 2009 wurden die Ergebnisse einer von der Europäischen Kommission finanzierten neuen Studie über den weltweiten illegalen Drogenmarkt vorgestellt (!). Im Rahmen dieser Studie wurde kein Hinweis darauf ermittelt, dass sich die Drogenproblematik zwischen 1998 und 2007 entschärfte hätte. Zwar waren in einigen Ländern rückläufige Tendenzen zu beobachten, jedoch verzeichneten andere eine zum Teil erhebliche Verschlechterung der Situation.

Der Studie zufolge sind die illegalen Drogenmärkte weder vertikal integriert, noch werden sie von einigen großen Händlern oder Kartellen beherrscht. Zwar belaufen sich die Erlöse aus dem Verkauf illegaler Drogen Schätzungen zufolge auf mehr als 100 Mrd. EUR, jedoch erzielen die meisten im Drogenhandel tätigen Akteure ein eher bescheidenes Einkommen. Einige wenige Einzelpersonen verdienen ein Vermögen, auf diese entfällt jedoch nur ein geringer Teil der insgesamt erwirtschafteten Gewinne.

Aus der Studie geht hervor, dass hinsichtlich der nationalen Drogenpolitik der einzelnen Länder eine Konvergenz zu beobachten ist, wobei der Nachfragereduzierung verstärkt Bedeutung beigemessen wird und die Schadensminimierung breitere Akzeptanz findet. Die politischen Maßnahmen gegen Drogenhändler und Schmuggler wurden verschärft.

Im Rahmen der Studie wurde ferner festgestellt, dass die Durchsetzung des Drogenverbots gravierende negative Folgen nach sich gezogen hat, die unbeabsichtigt waren und größtenteils hätten vermieden werden können (z. B. die geografische Verschiebung von Herstellung und Handel).

(!) Europäische Kommission, „Report on global illicit drug markets“ [Bericht über den weltweiten illegalen Drogenmarkt], 2009 [verfügbar unter http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_de.htm].

EU-Drogenaktionspläne

Im September 2008 legte die Europäische Kommission ihre abschließende Evaluierung des EU-Drogenaktionsplans (2005-2008) (²) vor. Im Rahmen dieser Evaluierung wurden die Durchführung der Aktionen und die Verwirklichung der im Aktionsplan festgelegten Ziele überprüft. Darüber hinaus wurden die Auswirkungen des Aktionsplans auf die nationale Drogenpolitik der EU-Mitgliedstaaten und die jüngsten Entwicklungen im Bereich der Drogensituation in Europa untersucht.

Im Zuge der Evaluierung stellte man fest, dass zwar nicht alle Aktionen vollständig umgesetzt und nicht alle Zielsetzungen erreicht, aber in nahezu allen Bereichen des Aktionsplans Fortschritte erzielt wurden. Darüber hinaus wurde die Tatsache, dass fast sämtliche nationalen Dokumente zur Drogenpolitik Zielsetzungen beinhalten, die sich an die Ziele des EU-Aktionsplans anlehnen, als Beleg für eine zunehmende Konvergenz zwischen den europäischen Ländern im Bereich der Drogenpolitik bewertet. Ferner wurde festgestellt, dass sich die Drogensituation in Europa in den letzten Jahren weitgehend stabilisiert hat, jedoch konnte keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit der EU-Aktionsplan zu dieser Entwicklung beigetragen hat.

Insgesamt kam man zu dem Schluss, dass der EU-Drogenaktionsplan ungeachtet einiger operativer Mängel in drei unterschiedlichen Bereichen einen Mehrwert geschaffen hat: bei der Verpflichtung der Mitgliedstaaten sowie der Einrichtungen und Organe der EU zur Verwirklichung der gemeinsamen Zielsetzungen, bei der Schaffung eines Rahmens für die Koordinierung und die Entwicklung eines kohärenten Ansatzes im Drogenbereich und als politisches Modell auf internationaler Ebene.

Die abschließende Evaluierung des Drogenaktionsplans fand Eingang in die Ausarbeitung seines Nachfolgedokuments, namentlich des EU-Drogenaktionsplans (2009-2012), den der Europäische Rat im Dezember 2008 billigte (³). Damit wurden seit 1990 insgesamt fünf und im Rahmen der laufenden EU-Drogenstrategie (2005-2012) zwei Drogenaktionspläne verabschiedet. Das übergeordnete Ziel des neuen Aktionsplans besteht darin, die Prävalenz des Drogenkonsums in der Bevölkerung erheblich zu reduzieren und die negativen sozialen und gesundheitlichen Folgen sowohl des Drogenkonsums als auch des Handels mit illegalen Drogen einzudämmen.

Der neue EU-Drogenaktionsplan nennt fünf zentrale Prioritäten für seine Aktionsbereiche: verbesserte

(²) 13407/08 ADD3 Cordrogue 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

(³) ABl. C 326 vom 20.12.2008, S. 7.

EU-Drogenaktionsplan (2009-2012): neue Merkmale

Im neuen EU-Drogenaktionsplan wird der Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Drogenpolitik der EU mehr Bedeutung beigemessen. Durch die Schaffung einer „Europäischen Aktion Drogen“ soll der Aktionsplan das Engagement der europäischen Zivilgesellschaft und Maßnahmen im Bereich der Drogenproblematik fördern. Darüber hinaus werden die Mitgliedstaaten im Aktionsplan aufgefordert, die Zivilgesellschaft auf allen angemessenen Ebenen der Drogenpolitik einzubeziehen.

Der Drogenaktionsplan legt größeres Augenmerk auf die Qualität der Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Behandlung, Schadensminimierung sowie Rehabilitation und sieht Aktionen vor, in deren Rahmen die Erarbeitung und der Austausch von Leitlinien, vorbildlichen Verfahren und Qualitätsstandards sowie die Erarbeitung einschlägiger Mindestqualitätsstandards und Benchmarks auf EU-Ebene vorgesehen sind. Auch Haftanstalten wird nun im Rahmen der Rubrik Nachfragereduzierung größere Bedeutung beigemessen, und die Mitgliedstaaten sind aufgefordert, für Drogenkonsumenten in Haftanstalten Leistungen anzubieten, die den außerhalb von Gefängnissen verfügbaren Leistungen vergleichbar sind, für eine Betreuung nach der Haftentlassung zu sorgen und die Überwachung drogenbedingter Probleme sowie der diesbezüglichen Leistungen in diesem Milieu insgesamt zu verbessern.

Die meisten Aktionen im Zusammenhang mit der Angebotsreduzierung zielen auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden und der justiziellen Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten ab, wobei häufig auf eine verstärkte Inanspruchnahme von Einrichtungen, Projekten und Instrumenten der EU Bezug genommen wird. Die Eindämmung der Abzweigung von und des Handels mit Grundstoffen innerhalb der und auf dem Wege über die EU ist Gegenstand von sieben unterschiedlichen Aktionen, wobei ein starker Schwerpunkt auf operativen Maßnahmen liegt.

Im Bereich der internationalen Zusammenarbeit wird das Augenmerk vermehrt auf die alternative Entwicklung gerichtet, indem in drei Aktionen eine erhöhte finanzielle und politische Unterstützung für derartige Programme gefordert wird. Darüber hinaus soll in internationalen Vereinbarungen und Programmen verstärkt dem ausgewogenen Ansatz zur Nachfrage- und Angebotsreduzierung Rechnung getragen werden.

In der Rubrik Information, Forschung und Evaluierung sieht eine neue Aktion die Ausarbeitung von Schlüsselindikatoren und Strategien für die Erhebung von Daten zur Drogenkriminalität, zum illegalen Anbau, zum Drogenmarkt und zu Maßnahmen zur Angebotsreduzierung vor. Erhöhtes Augenmerk liegt ferner auf der Förderung der Forschung im Drogenbereich und der Weiterentwicklung der Evaluierung der Drogenpolitik sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene.

Koordinierung, Zusammenarbeit und Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Verringerung der Drogennachfrage, Verringerung des Drogenangebots, Verbesserung der internationalen Zusammenarbeit und besseres Verständnis des Drogenproblems. Der neue Aktionsplan ist stärker auf bestimmte Schwerpunkte ausgerichtet als sein Vorläufer und umfasst nur etwa halb so viele Ziele (24) sowie weniger Aktionen (72). Darüber hinaus umfasst er Ziele und Aktionen, die im vorherigen Aktionsplan keine Berücksichtigung fanden⁽⁴⁾. Im Jahr 2012 wird eine externe und unabhängige Evaluierung dieses Drogenaktionsplans und der laufenden EU-Drogenstrategie vorgenommen. Anschließend folgt eine Phase der Reflexion, in der die nächsten Dokumente zur Drogenpolitik der EU ausgearbeitet werden.

Zivilgesellschaft und Gestaltung der Drogenpolitik

Die Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen (NRO) in die vorbereitenden Erörterungen über die neuen Dokumente der EU und der UN zur Drogenpolitik war ein wichtiger Schritt, um die Beteiligung der Zivilgesellschaft an der Drogenpolitik zu fördern. Im Mai 2008 wurden bei dem von der Europäischen Kommission mitgegründeten Europäischen Drogenforum der Zivilgesellschaft die ersten Ergebnisse der Evaluierung des EU-Drogenaktionsplans (2005-2008) sowie die erforderlichen und möglichen Inhalte des nächsten Aktionsplans erörtert (Europäische Kommission, 2008a). Die 26 im Forum vertretenen NRO schlugen vor, die Grundsätze der öffentlichen Gesundheit und der Menschenrechte zu einem zentralen Thema der EU-Drogenpolitik zu machen und größeres Augenmerk auf die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung zu legen. Sie forderten ferner, gefährdeten Gruppen, dem polyvalenten Drogenkonsum, Fragen der psychischen Gesundheit, der Situation in Haftanstalten und der Prävention drogenbedingter Todesfälle stärkere Bedeutung beizumessen. Zu den im Rahmen des Forums ermittelten Handlungsschwerpunkten zählen eine verbesserte Koordinierung zwischen den Regierungen und der Zivilgesellschaft, die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Nachfragereduzierung, verbesserte Datenerhebungsmechanismen und die Unterstützung der „alternativen Entwicklung“ in Drittländern.

Mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission und mehrerer EU-Mitgliedstaaten überprüfte das *Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs*, welchen Beitrag NRO zu den im Hinblick auf die Verwirklichung der bei der UNGASS 1998 festgelegten Zielsetzungen erzielten Fortschritten geleistet haben. Der Prozess „Beyond 2008“ basierte auf neun regionalen Konsultationen, zu deren Abschluss im Juli 2008 in Wien

(4) Siehe „EU-Drogenaktionsplan (2009-2012): neue Merkmale“.

ein Forum veranstaltet wurde. In der Abschlusserklärung und den drei Entschlüssen dieses Forums wurden die zahlreichen Aktivitäten von NRO hervorgehoben und ihre zunehmende Rolle in der Drogenpolitik unterstrichen ⁽⁵⁾. Die NRO forderten die Regierungen und internationalen Organisationen auf, sie regelmäßig zu konsultieren und stärker zu unterstützen. Sie richteten zahlreiche unterschiedliche Aufrufe an die Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen, die mehrere Themen zum Gegenstand hatten, darunter eine umfassende und ausgewogene Drogenpolitik auf der Grundlage der Menschenrechte, der öffentlichen Gesundheit und wissenschaftlicher Forschungsergebnisse, mehr Kapazitäten für Überwachung und Evaluierung, Entwicklung und Verbreitung bewährter Verfahren und insbesondere der UN-Leitprinzipien für eine wirksame Behandlung, Zugänglichkeit und angemessene Bereitstellung von Suchtstoffen als Schmerzmittel, alternative Sanktionen und Vorschriften im Zusammenhang mit der Drogenkriminalität und Achtung der Menschenrechte von Haftinsassen, die drogenabhängig sind oder wegen Drogendelikten verurteilt wurden.

Nationale Drogenstrategien und Aktionspläne

Neue Entwicklungen

Drogenstrategien und Aktionspläne sind inzwischen unverzichtbare Instrumente der nationalen Drogenpolitik in Europa. Mit einer Ausnahme haben alle 30 Berichtsländer solche Dokumente verabschiedet und überarbeiten diese regelmäßig.

Im Jahr 2008 verabschiedeten Griechenland, Frankreich und das Vereinigte Königreich neue Dokumente zur Drogenpolitik ⁽⁶⁾. In Griechenland wurde ergänzend zu der bereits bestehenden Drogenstrategie ein Aktionsplan (2008-2012) angenommen. Zu den Zielen des neuen Aktionsplans zählt unter anderem das Angebot von Drogenbehandlungen. Der neue französische Aktionsplan (2008-2011) hat illegale Drogen, Alkohol und Tabak zum Gegenstand. Ein zentraler Schwerpunkt des Plans liegt darin, junge Menschen von Beginn an vom Drogenkonsum abzuhalten, indem ihnen das Verbot des Drogenkonsums nachdrücklich vor Augen geführt wird und sowohl die Jugendlichen als auch ihre Eltern über die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken aufgeklärt werden. Die neue Drogenstrategie (2008-2018) und der entsprechende Aktionsplan (2008-2011) des Vereinigten

Königreichs zielen auf die Reduzierung sowohl des Angebots illegaler Drogen als auch der Nachfrage nach diesen Substanzen ab, wobei insbesondere der Schutz von Familien und die Stärkung der Gemeinschaften im Mittelpunkt stehen.

In zehn anderen Mitgliedstaaten liefen die nationalen Dokumente zur Drogenpolitik im Jahr 2008 aus. Spanien verabschiedete im Februar 2009 eine neue Drogenstrategie, und acht weitere Länder (Bulgarien, Irland, Italien, Litauen, Zypern, Portugal, Rumänien, Slowakei) waren im ersten Halbjahr 2009 mit der Fertigstellung und Verabschiedung neuer Drogenstrategien und Aktionspläne befasst. Lettland verlängerte sein Programm für den Zeitraum 2005 bis 2008 durch einen einjährigen Aktionsplan. Die Niederlande planen, 2009 ihr Weißbuch zur Drogenpolitik aus dem Jahr 1995 zu ersetzen, während in mehreren anderen Ländern mindestens eines der Dokumente zur Drogenpolitik im Laufe dieses Jahres auslaufen wird (Tschechische Republik, Luxemburg, Ungarn, Slowenien, Kroatien, Türkei).

Evaluierung

Etwa zwei Drittel der europäischen Länder geben an, die Durchführung der in ihren nationalen Dokumenten zur Drogenpolitik vorgesehenen Aktionen laufend oder regelmäßig zu überprüfen. In den meisten Fällen wird der Regierung oder dem Parlament ein Fortschrittsbericht vorgelegt, der anhand der von den an der Drogenpolitik beteiligten Dienstleistern und Ministerien erhobenen Daten erstellt wurde. Somit hat ein Großteil der Länder bereits mit der Umsetzung von Aktion 70 des EU-Drogenaktionsplans (2009-2012) begonnen, die eine regelmäßige oder kontinuierliche Evaluierung und Feinabstimmung der nationalen Drogenpolitiken durch die EU-Mitgliedstaaten vorsieht.

Ähnlich ist die Situation im Hinblick auf die abschließende Evaluierung der nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne zu bewerten: Den Berichten zufolge bereiten mehr als 20 Länder gegenwärtig eine solche Evaluierung vor oder haben sie kürzlich durchgeführt. In einigen Fällen wird der Abschlussbericht in Form einer Zusammenfassung der jährlichen Überprüfungen vorgelegt; in anderen Ländern wird der Versuch unternommen, ein besseres Verständnis des Umsetzungsprozesses, der Wirksamkeit oder der Auswirkungen der Politik zu gewinnen. Zwei (Luxemburg, Zypern) der Länder, in denen eine tiefer gehende

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56.

⁽⁶⁾ Der Begriff „nationales Dokument zur Drogenpolitik“ bezeichnet jedes von einer Regierung genehmigte amtliche Dokument, in dem die allgemeinen Grundsätze und spezifischen Maßnahmen oder Ziele im Drogenbereich festgelegt werden und das offiziell als Drogenstrategie, Aktionsplan, Programm oder anderes politisches Dokument vorgelegt wird.

Evaluierung vorgenommen wird, haben beschlossen, externe Evaluatoren aus dem Ausland hinzuzuziehen.

Der Versuch, im Zuge der Evaluierung der Drogenpolitik eine Verbindung zwischen den Ergebnissen der Drogenstrategien oder Aktionspläne und den Veränderungen in der Drogensituation herzustellen, ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Problematisch sind beispielsweise die Beurteilung der Auswirkungen umfassender Aktionspakete sowie die mangelnden Kenntnisse über zentrale Rahmenfaktoren wie Drogenmärkte, Tendenzen des Drogenkonsums und Veränderungen hinsichtlich der Lebensführung junger Menschen. Ungeachtet dessen wurde in einigen europäischen Ländern versucht, Zusammenhänge zwischen Drogenstrategien oder Aktionsplänen einerseits und Indikatoren für die Drogensituation andererseits herzustellen. Da der neue EU-Drogenaktionsplan (2009-2012) die Entwicklung von Instrumenten für die Bemessung der Wirksamkeit und der Auswirkungen drogenpolitischer Maßnahmen verlangt, ist davon auszugehen, dass dieser Ansatz künftig weitere Verbreitung finden wird. Darüber hinaus erarbeitet die EBDD gegenwärtig Leitlinien, um die Mitgliedstaaten bei der Beurteilung und Auslegung der Ergebnisse ihrer Dokumente zur Drogenpolitik zu unterstützen.

Öffentliche Ausgaben

Politische Entscheidungsträger benötigen ausführliche, zuverlässige Informationen über öffentliche Ausgaben im Drogensektor, um die tatsächliche Zuweisung von Mitteln in diesem Bereich und letztendlich das Kosten-Nutzen-Verhältnis beurteilen zu können. Die Schätzung der vom Staat für Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen aufgewendeten Mittel unter ökonomischen Gesichtspunkten ist somit ein wesentlicher Schritt im Hinblick auf das Verständnis der Auswirkungen des Drogenkonsums in ihrer gesamten Bandbreite.

Die Schätzungen der öffentlichen Ausgaben basieren auf den Haushaltsplänen und der Finanzberichterstattung. Die Schätzung der Gesamtausgaben für die Umsetzung der nationalen Drogenpolitik gestaltet sich jedoch schwierig, da zu diesem Zweck Daten für Maßnahmen auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen (d. h. lokal, regional, national) zusammengeführt werden müssen, die unter Umständen aus verschiedenen Haushaltslinien finanziert werden und häufig nicht ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnet sind.

Im Jahr 2005 beliefen sich die gesamten öffentlichen Ausgaben im Drogensektor in Europa auf schätzungsweise

34 Mrd. EUR (EBDD, 2008a). Da bei weitem nicht alle Aufwendungen gemeldet werden, ist eine Aktualisierung dieser Schätzung nicht möglich. Wie schwierig die Datenerhebung in diesem Bereich ist, zeigt die Tatsache, dass von den 23 Ländern, die Daten für 2007 übermittelt haben, ausschließlich die Tschechische Republik in der Lage war, eine Aufschlüsselung der Ausgaben nach allen Verwaltungsebenen vorzunehmen. Die meisten Länder konnten Daten über die Ausgaben der Zentralregierung vorlegen, wobei sieben Länder darüber hinaus Ausgaben der regionalen oder lokalen Behörden (Belgien, Dänemark, Estland, Österreich, Finnland, Kroatien) oder der Sozialversicherungsträger (Deutschland) meldeten.

Ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnete Ausgaben und versteckte Ausgaben

Ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnete Ausgaben sind die geplanten öffentlichen Ausgaben, die vom Staat insgesamt in diesem Bereich getätigt wurden. Die Höhe dieser Ausgaben zeigt das freiwillige Engagement des Staates im Drogenbereich und kann anhand einer eingehenden Überprüfung der öffentlichen Haushaltspläne nachvollzogen werden. Von den 23 Ländern, die Daten für 2007 vorgelegt haben, übermittelten 16 nur ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnete Ausgaben. In vielen Fällen (z. B. Estland, Frankreich, Polen, Rumänien) stand der größte Teil der ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichneten Ausgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung der nationalen Dokumente zur Drogenpolitik.

Es sind jedoch nicht alle Ausgaben im Drogensektor in den nationalen Haushaltsplänen als solche gekennzeichnet. In den meisten Ländern werden die Ausgaben für bestimmte Maßnahmen im Drogensektor im Rahmen anderer Programme und Maßnahmen getätigt (z. B. im Rahmen des Einzelplans für polizeiliche Maßnahmen insgesamt oder im Zusammenhang mit Maßnahmen, die sowohl legale als auch illegale Substanzen zum Gegenstand haben). In diesen Fällen müssen die „versteckten Ausgaben“ durch eine Kostenmodellrechnung ermittelt werden. Die Ergebnisse vorangegangener Studien belegen, dass die versteckten Ausgaben zumeist den größten Teil der nationalen Ausgaben im Zusammenhang mit der Drogenproblematik ausmachen.

Die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor können entsprechend der Klassifikation der Aufgabenbereiche des Staates (COFOG) aufgeschlüsselt werden (EBDD, 2008e). Drei Länder haben ausdrücklich als für den Drogensektor

bestimmt gekennzeichnete Ausgaben übermittelt und diese der ersten COFOG-Ebene zugeordnet (Luxemburg, Finnland, Vereinigtes Königreich nur für England), wobei ausschließlich das Vereinigte Königreich Ausgaben für die Abteilungen „Allgemeine öffentliche Verwaltung“, „Bildungswesen“ und „Soziale Sicherung“ (7) ausgewiesen hat. In diesen drei Ländern entfiel der größte Anteil der Gesamtausgaben im Drogensektor auf das „Gesundheitswesen“, gefolgt von der Abteilung „Öffentliche Ordnung und Sicherheit“ (Tabelle 1). Dagegen wurde in den Ländern, die COFOG-Daten über versteckte Ausgaben vorgelegt haben, der größte Teil der Ausgaben der Abteilung „Öffentliche Ordnung und Sicherheit“ zugewiesen, gefolgt vom „Gesundheitswesen“. Dies entspricht den Ergebnissen vorangegangener Berichte (vgl. EBDD, 2008e), die darauf schließen lassen, dass zwar die ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichneten Ausgaben größtenteils den Maßnahmen im „Gesundheitswesen“ zugeordnet werden können, jedoch der Löwenanteil der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor insgesamt auf Maßnahmen im Bereich „Öffentliche Ordnung und Sicherheit“ entfällt.

Tendenzen

In den meisten Ländern, für die kohärente Daten zur Verfügung stehen, waren die ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichneten Ausgaben zu konstanten Preisen im Jahr 2007 höher als im Jahr 2005, wobei der Zuwachs von 14 % bis 23 % (Tschechische Republik, Irland, Litauen, Luxemburg, Kroatien) bis hin zu

72 % (Zypern, Finnland) reichte. Im Vereinigten Königreich blieben die ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichneten Ausgaben in diesem Zeitraum unverändert.

Einzelstaatliche Rechtsvorschriften

Im Rahmen des in der Europäischen Union verfolgten ausgewogenen Ansatzes für die Drogenpolitik wird der Nachfrage- und der Angebotsreduzierung gleiches Gewicht beigemessen. Eine in den letzten zehn Jahren durchgeführte Untersuchung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften zeigt, dass die EU-Mitgliedstaaten ihre Rechtsvorschriften bewusst im Einklang mit dieser politischen Verpflichtung gestaltet haben. Die Länder haben Rechtsrahmen für bestimmte Maßnahmen zur Schadensminimierung geschaffen und zugleich die Strafen für den Drogenhandel verschärft. Nach Ablauf der Hälfte des oben genannten Beobachtungszeitraums erhielten diese Prozesse durch zwei Rechtsinstrumente der EU neuen Schwung. Im Jahr 2003 verabschiedete der Europäische Rat eine Empfehlung zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit. Zu den darin geforderten Maßnahmen zählten das Angebot angemessener Substitutionsbehandlungen und der Zugang zur Verteilung und zum Austausch von Injektionsmaterial (8). Darüber hinaus wurden im Rahmenbeschluss 2004/757/JI des Rates vom 25. Oktober 2004 schärfere Strafen für den Handel mit illegalen Drogen gefordert. In diesem

Tabelle 1: Ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichnete öffentliche Ausgaben und versteckte öffentliche Ausgaben im Jahr 2007 für die EU-Mitgliedstaaten, die entsprechend der COFOG (Klassifikation der Aufgabenbereiche des Staates) aufgeschlüsselte Daten übermittelt haben

COFOG-Abteilung	Luxemburg Mio. EUR (%)		Finnland (1) Mio. EUR (%)		Vereinigtes Königreich Mio. EUR (%)
	Ausdrücklich gekennzeichnet	Versteckt (2)	Ausdrücklich gekennzeichnet	Versteckt	Ausdrücklich gekennzeichnet
Allgemeine öffentliche Verwaltung	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Öffentliche Ordnung und Sicherheit	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Gesundheitswesen	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Bildung	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Soziale Sicherung	–	–	–	–	10,5 (0,8)

(1) Daten für 2006.
 (2) Vollständige Angaben zu den für die Ableitung der Schätzungen der versteckten Ausgaben herangezogenen Modellierungsverfahren werden von Luxemburg zur Verfügung gestellt.
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2008).

(7) Die COFOG-Klassifikation umfasst drei hierarchische Ebenen. Auf der ersten Ebene werden die Staatsausgaben in zehn Abteilungen aufgeschlüsselt.

(8) Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 (ABl. L 165 vom 3.7.2003, S. 31).

Abschnitt werden nun die in den letzten zehn Jahren beobachteten Tendenzen hinsichtlich der Rechtsvorschriften über Maßnahmen zur Schadensminimierung und der gegen Drogenhändler zu verhängenden Strafen beschrieben. Dabei wird aufgezeigt, dass die in diesen Bereichen auf nationaler Ebene entfaltetten Aktivitäten ihren Niederschlag in Vereinbarungen auf EU-Ebene gefunden haben, wobei jedoch einige Länder ihr Recht ausgeübt haben, über die in diesen Vereinbarungen festgelegten Mindeststandards hinauszugehen.

Opioidgestützte Substitutionsbehandlung

Seit 1998 wurden aus 18 Ländern insgesamt etwa 45 Rechtsvorschriften über die Schaffung oder Änderung des Rechtsrahmens für Substitutionsprogramme gemeldet. Mit einigen dieser Rechtstexte wurden Programme ins Leben gerufen oder im Einzelnen geregelt. Dies war in Irland (1998), Polen (1999), Deutschland (2000), der Tschechischen Republik und Portugal (2001), Griechenland und Luxemburg (2002), Belgien und Frankreich (2004), Lettland (2005) sowie Österreich und Litauen (2007) der Fall.

Zwar haben die europäischen Länder in den verabschiedeten Rechtsvorschriften und Bestimmungen viele unterschiedliche Aspekte der opioidgestützten Substitutionstherapie abgedeckt, jedoch bestand bis 2004 eine spürbare Tendenz, vor allem die erlaubten Substanzen festzulegen. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde in etwa einem Viertel der Texte die Verwendung von Substanzen wie Methadon und Buprenorphin genehmigt oder reguliert. Dagegen wurde in einem Drittel der seit 2002 gemeldeten Rechtsvorschriften der Zugang zu Programmen festgelegt oder erleichtert. Zuweilen ist die Verschreibung von Substanzen für opioidgestützte Substitutionsbehandlungen per Gesetz ausschließlich Ärzten in Behandlungszentren vorbehalten, häufig sind jedoch auch andere Ärzte befugt, diese Substanzen zu verschreiben^(*). Die zugelassenen Abgabestellen werden in der Regel ebenfalls gesetzlich festgelegt. Im Allgemeinen sind dies Apotheken oder Behandlungseinrichtungen, wobei in einigen Ländern auch die Abgabe durch Ärzte erlaubt ist.

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme werden auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene durchgeführt. Mitunter bestehen spezielle einzelstaatliche Rechtsrahmen, in denen diese Programme genehmigt werden, dies ist jedoch nicht die Regel. Zu Beginn des zehnjährigen

Beobachtungszeitraums wurden den Berichten zufolge größtenteils Gesetze verabschiedet, mit denen eine Rechtsgrundlage für derartige Maßnahmen geschaffen (Slowenien 1999, Polen 2001, Finnland 2003) oder das Recht auf Zugang zu Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen festgelegt oder erleichtert werden sollte (Belgien und Frankreich 1998, Finnland 2003). Der Schwerpunkt der Rechtsvorschriften verschob sich bald auf die Regulierung dieser Programme. So verabschiedeten Belgien, Portugal und Luxemburg in den Jahren 2000, 2001 bzw. 2003 spezielle detaillierte Gesetze oder Erlasse, in denen geregelt wurde, wer solche Programme durchführen darf und ob Ausgabeautomaten gestattet sind oder nicht. In Portugal wurde der Rechtsrahmen im Jahr 2007 auf Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Haftanstalten ausgeweitet.

Einige Länder haben Rechtsvorschriften verabschiedet, um Befürchtungen auszuräumen, dass Nadel- und Spritzenaustauschprogramme womöglich gegen Rechtsvorschriften verstoßen könnten, die die „Beihilfe“ oder „Anstiftung“ zum Drogenkonsum unter Strafe stellen. In Belgien und Deutschland wurde diesem Problem mit einer Gesetzesklausel begegnet, die bestimmte Programme ausdrücklich aus dem Geltungsbereich dieser Straftatbestände ausnimmt, wobei allerdings die Zahl der ausgegebenen Spritzen begrenzt werden kann. In einigen wenigen Ländern erhält die Polizei Anweisungen über die in der Nähe von Ausgabestellen für Nadeln und Spritzen angemessenen Strafverfolgungsmaßnahmen. Insgesamt werden in der Europäischen Union den Berichten zufolge nur selten sterile Spritzen oder Nadeln eingezogen.

Strafen für den Drogenhandel

In den letzten zehn Jahren haben die EU-Mitgliedstaaten sowohl einzeln als auch gemeinschaftlich darauf hingewiesen, dass Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel strenger bestraft werden sollten, obwohl die Straftatbestände selbst in den Rechtsvorschriften der nahezu 30 Länder unterschiedlich definiert werden. Der Straftatbestand Drogenhandel kann die Herstellung oder den Anbau, die Einfuhr und Ausfuhr, den Transport, das Angebot, den Verkauf und/oder den mit einer Handelsabsicht verbundenen Besitz umfassen. Zuweilen wird auch auf den Begriff des „gewinnorientierten“ oder „gewerbsmäßigen“ Handelns Bezug genommen.

Im Zeitraum 1999 bis 2004 haben sechs Länder Gesetze verabschiedet, mit denen die Strafen für bestimmte Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel verschärft wurden. Im Jahr 1999 schuf Irland den Straftatbestand des mit einer Handelsabsicht verbundenen

^(*) Siehe Abbildung 11, S. 89.

Besitzes einer großen Menge Drogen (im Wert von mehr als 12 000 EUR), der mit einem vorgeschriebenen Mindeststrafmaß von nicht unter zehn Jahren Haft zu ahnden ist. Im Jahr 2000 führte das Vereinigte Königreich ein Mindeststrafmaß von sieben Jahren Haft für die dritte Verurteilung wegen des Handels mit Drogen der Klasse A ein, während Griechenland im Jahr 2001 die Rechtsvorschriften über die Festlegung des Strafmaßes für Drogenhändler verschärfte und ihr Recht auf bedingte Entlassung einschränkte. In Estland wurden in den Jahren 2002 und 2004 durch Änderungen des Strafgesetzbuches die Höchststrafen für den Handel mit geringen Mengen von drei auf fünf Jahre und für den Handel mit großen Mengen von fünf auf zehn Jahre angehoben. In Dänemark verschärfte man das Strafmaß für den Drogenhandel von sechs auf zehn Jahre und für den Handel mit großen Mengen besonders gefährlicher Substanzen von zehn auf 16 Jahre. Ebenfalls im Jahr 2004 wurde in Litauen das Strafmaß für den einfachen Drogenhandel von höchstens zwei auf zwei bis acht Jahre und für den Handel mit großen Mengen von zwei bis acht Jahren auf acht bis zehn Jahre angehoben.

Im Oktober 2004 wurden im Rahmenbeschluss 2004/757/JI des Rates Mindestvorschriften über strafbare Handlungen und die Strafen im Bereich des Drogenhandels festgelegt. Seitdem haben vier weitere Länder Gesetze verabschiedet, um die Strafen für den einfachen Handel mit dem Rahmenbeschluss in Einklang zu bringen. Im Jahr 2006 hoben die Niederlande die Höchststrafe für den Handel mit großen Mengen Drogen von vier auf sechs Jahre an, während Polen die Strafen für den Besitz großer Mengen und den Verkauf an Minderjährige von höchstens fünf Jahren auf höchstens

acht Jahre an hob und zugleich ein Mindeststrafmaß von sechs Monaten einführte. In der Slowakei wurde die Strafe für den einfachen Handel von zwei bis acht Jahren auf vier bis zehn Jahre angehoben, während die Höchststrafe für den Handel mit größeren Mengen von zehn Jahren auf 15 Jahre bzw. sogar 20 Jahre verschärft wurde. In Österreich schließlich wurde die Höchststrafe für die Weitergabe von Betäubungsmitteln an andere Personen oder den Anbau bestimmter Betäubungsmittelpflanzen im Jahr 2007 auf zwölf Monate Haft angehoben. Die Strafen für schwerere Tatbestände wurden nicht geändert, allerdings wurde die Definition der großen Menge vom 25-Fachen auf das 15-Fache der Grenzmenge gesenkt.

Drogenspezifische Forschungsarbeiten

Die in den einzelnen europäischen Ländern durchgeführten Forschungsarbeiten zur Drogenproblematik wurden in einem von der EBDD im Jahr 2008 veröffentlichten ausgewählten Thema⁽¹⁰⁾ beschrieben. In diesem Jahr werden nun die in den jüngsten Reitox-Berichten enthaltenen Verweise auf nationale Forschungsarbeiten analysiert, um einen Einblick in die in letzter Zeit in den europäischen Ländern durchgeführten Forschungsarbeiten zu bieten. Darüber hinaus wird in diesem Abschnitt über eine in diesem Jahr von der Europäischen Kommission veröffentlichte Studie über drogenspezifische Forschungsarbeiten in der EU berichtet.

Forschungsprojekte in den Mitgliedstaaten

In den jüngsten nationalen Reitox-Berichten verwiesen die europäischen Länder auf mehr als 350 Forschungsprojekte, die in den Jahren 2007 und 2008 durchgeführt oder veröffentlicht wurden. Die höchste Zahl an Forschungsprojekten wurde vom Vereinigten Königreich gemeldet (mehr als 80), gefolgt von Deutschland und den Niederlanden (jeweils mehr als 30) sowie der Tschechischen Republik, Irland und Finnland (mehr als 20).

Über ein Drittel der jüngsten Studien entfiel auf Forschungsarbeiten über Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik, während ein weiteres Drittel schwerpunktmäßig die Themen Prävalenz, Inzidenz und Konsummuster zum Gegenstand hatte. Ein Fünftel befasste sich mit den Folgen des Drogenkonsums. Erheblich weniger Aufmerksamkeit genossen offenbar die folgenden Themenbereiche: Determinanten, Risiko- und Schutzfaktoren, Mechanismen und Auswirkungen des Drogenkonsums, Angebot und Märkte sowie methodische Fragen.

Europäische Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung

Die European Legal Database on Drugs (ELDD) ist die Online-Datenbank der EBDD mit Informationen über die drogenrelevanten Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten und Norwegens. Die ELDD beinhaltet die Originalfassungen von Rechtstexten, Profile der Drogengesetzgebung in den einzelnen Ländern und ausführliche Berichte über bestimmte Themen. Darüber hinaus stellt sie in „Topic overviews“ Zusammenfassungen der Rechtslage hinsichtlich ausgewählter Themen bereit, unter anderem über illegalen Drogenhandel, Substitutionsbehandlung sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme⁽¹⁾.

(1) „Topic overviews“ der ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>.

(10) Weitere Informationen über drogenspezifische Forschungsarbeiten auf EU- und nationaler Ebene sind verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>.

Die Ergebnisse dieser kurzen Analyse stützen die im neuen EU-Aktionsplan verankerte Forderung nach verstärkten Bemühungen in den Schwerpunktbereichen, die nicht ausreichend behandelt wurden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere das Drogenangebot zu nennen.

Analyse der Forschungsarbeiten in der Europäischen Union

Einer im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführten Studie mit dem Titel *Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union* [Vergleichende Untersuchung der Forschungstätigkeiten im Bereich der illegalen Drogen in der Europäischen Union] zufolge zählt das Drogenangebot zu den Bereichen, mit denen sich derzeit zu wenige Forschungsarbeiten befassen. In dieser Studie wurde festgestellt, dass in den Bereichen Prävention, Rechtsrahmen und Verbotsmaßnahmen ebenfalls nur in unzureichendem Maße Forschungsarbeiten durchgeführt werden, während epidemiologische Themen häufiger Gegenstand von Untersuchungen sind ⁽¹⁾. Darüber

hinaus wiesen die Autoren der Studie darauf hin, dass die Mitgliedstaaten zwar über umfassendes Fachwissen verfügen, jedoch eine verbesserte Vergleichbarkeit der Länder und eine erhöhte Sichtbarkeit der Forschungsarbeiten angestrebt werden sollten.

Hinsichtlich der Beteiligung an europäischen Forschungsarbeiten wurden erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt, wobei ein Großteil der internationalen Zusammenarbeit auf informeller Basis stattfindet. In der Studie wurde jedoch betont, dass drogenspezifische Forschungsarbeiten durch europäische und internationale Forschernetze erleichtert werden können. Innerhalb der EU bestehen beträchtliche Unterschiede im Hinblick auf die Forschungskapazitäten, die Qualität insgesamt und die Verfügbarkeit von Finanzmitteln. Darüber hinaus besteht erheblicher Bedarf am Aufbau von Kapazitäten und an Finanzmitteln, um eine größere Bandbreite von Politikbereichen abzudecken, die mit dem EU-Drogenaktionsplan in Zusammenhang stehen.

⁽¹⁾ Siehe http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_de.htm.

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 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 nach Möglichkeit Tendenzen, Entwicklungen und qualitätsrelevante Aspekte aufgezeigt werden. Zunächst werden Präventionsmaßnahmen untersucht, gefolgt von Maßnahmen in den Bereichen Behandlung, Schadensminimierung und soziale Reintegration. Gemeinsam bilden alle diese Maßnahmen ein umfassendes System zur Nachfragereduzierung. Sie ergänzen einander, und mitunter werden mehrere Maßnahmen zeitgleich und von denselben Einrichtungen angeboten. Dies gilt beispielsweise in zunehmendem Maße für Maßnahmen zur Behandlung und Schadensminimierung.

Die im Rahmen der Strafverfolgung im Drogenbereich entwickelten Maßnahmen werden in einem neuen Abschnitt behandelt, in dem auch die jüngsten Daten über Drogendelikte vorgestellt werden. Abschließend erfolgt eine Überprüfung der verfügbaren Daten über die Bedürfnisse von Drogenkonsumenten in Haftanstalten und die 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. Idealerweise konkurrieren die unterschiedlichen Strategien nicht, sondern ergänzen einander. Der folgende Überblick stellt schwerpunktmäßig die jüngsten Entwicklungen und neuen Ergebnisse kontrollierter Studien im Bereich der Prävention dar.

Universale Prävention

Die universale Prävention hat ganze Bevölkerungsgruppen zum Gegenstand. Sie zielt darauf ab, den Erstkonsum und das Auftreten drogenbedingter Probleme zu verhindern oder zu verzögern, indem jungen Menschen die

notwendigen Informationen und Fähigkeiten vermittelt werden, um einen Einstieg in den Drogenkonsum zu vermeiden. Die in Europa durchgeführten Präventionsmaßnahmen werden nun erstmals von der Mehrheit der Mitgliedstaaten systematisch überwacht. Die jüngsten Berichte bestätigen, dass man in allen diesen Ländern bei der schul- und gemeindebasierten universalen Prävention in erster Linie auf Maßnahmen setzt, die auf die Vermittlung von Informationen über Drogen abzielen, wie z. B. auf punktuelle Vorträge. Für die Wirksamkeit derartiger Maßnahmen liegen jedoch keine Belege vor. Allerdings berichten gegenwärtig weitere Länder (Tschechische Republik, Zypern, Österreich, Polen, Slowenien, Slowakei) über Maßnahmen, die sich auf bessere wissenschaftliche Grundlagen stützen, wie beispielsweise Präventionsprogramme nach standardisierten Protokollen.

In Europa gibt es nur wenige nachweislich wirksame Präventionsprogramme. Die Studie EU-Dap (www.eudap.net) soll hier Abhilfe schaffen. Im Rahmen dieser Studie, an der 7 000 Schüler im Alter zwischen 12 und 14 Jahren in sieben europäischen Ländern teilnehmen, wird ein Programm evaluiert, das auf dem Konzept des umfassenden sozialen Einflusses basiert und die Förderung der Lebenskompetenz mit der Änderung der normativen Einstellungen und der Vermittlung von Kenntnissen über Substanzen kombiniert. Man stellte fest, dass die Teilnehmer zwei Jahre nach Abschluss des Programms weiterhin seltener betrunken waren oder Cannabis konsumierten.

Die Ergebnisse der Studie EU-Dap sind geschlechtsspezifisch, d. h. die Wirksamkeit des Programms wurde ausschließlich hinsichtlich seiner Wirkung auf Jungen festgestellt. Es ist unklar, ob dies darauf zurückzuführen ist, dass Mädchen weniger gefährdet sind oder darauf, dass sie nicht auf das Programm angesprochen haben. Geschlechtsspezifische Auswirkungen wurden auch in Dänemark in einer kontrollierten Studie über ein Programm zur Förderung der Lebenskompetenz ermittelt. Bei den Mädchen war im Hinblick auf Mobbing und Alkoholkonsum in den letzten

7 bzw. 30 Tagen die größte Wirkung zu verzeichnen, während bei den Jungen die größte Wirkung in Bezug auf den Konsum von fünf oder mehr Einheiten Alkohol bei einer Gelegenheit und das Probieren von Cannabis erzielt wurde.

In Prag wurde eine kontrollierte Studie durchgeführt, in der ein gemeindebasiertes Programm, das eine Schulungskomponente, einen Peer-Ansatz, die Förderung der Lebenskompetenz und Elternprogramme umfasste, mit dem üblichen „Minimal-Präventionsprogramm“ an Schulen verglichen wurde (Miovský et al., 2007). Das gemeindebasierte Programm erwies sich als wirksamer im Hinblick auf die Verringerung des Alkoholkonsums und die Änderung der Haltung von Schülern im Alter zwischen 13 und 15 Jahren gegenüber dem Substanzkonsum, insbesondere in bestimmten gefährdeten Gruppen von Kindern, darunter auch bei den Kindern Alleinerziehender. Daher kam man zu dem Schluss, dass das Programm möglicherweise für die selektive Prävention geeignet ist.

Selektive und indizierte Prävention

Sowohl die selektive als auch die indizierte Prävention tragen der Tatsache Rechnung, dass der problematische Drogenkonsum vor allem gefährdete Gruppen mit geringen sozialen und persönlichen Chancen betrifft (EBDD, 2008c). 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. Die Evidenzdaten für dieses Konzept werden in einem neuen Abschnitt des Best practice portal [Portal für vorbildliche Verfahren] der EBDD vorgestellt⁽¹²⁾. 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.

Belgien und Luxemburg haben neue Daten über selektive Präventionsmaßnahmen für ethnische Gruppen vorgelegt. Für jugendliche Straftäter, die mit dem Strafvollzugssystem in Berührung gekommen sind, gibt es den Berichten zufolge nur in Österreich, Deutschland, Katalonien (Spanien) und Luxemburg systematische Maßnahmenprotokolle, während in anderen Ländern allgemeine oder punktuelle Maßnahmen durchgeführt werden. Seit 2008 wird in zehn Mitgliedstaaten das Programm FReD⁽¹³⁾ umgesetzt, ein von der EU unterstütztes systematisches Maßnahmenprotokoll für

jugendliche Straftäter. Eine erneute Evaluierung des Programms in 140 deutschen Einrichtungen zeigte, dass nur wenige seiner Teilnehmer erneut straffällig wurden oder Drogen konsumierten.

Neue Projekte im Bereich der indizierten Prävention werden lediglich aus Deutschland, den Niederlanden, der

Massenmediale Kampagnen zu bestimmten Substanzen

Die in Europa durchgeführten massenmedialen Kampagnen zu bestimmten Substanzen hatten den Cannabiskonsum (Dänemark, Irland, Frankreich, Niederlande, Vereinigtes Königreich) und in letzter Zeit auch den Kokainkonsum (Irland, Spanien, Vereinigtes Königreich) zum Gegenstand.

Fast alle diese Kampagnen warnen vor den Gefahren des Konsums der betreffenden Drogen, wobei in einigen Fällen auf Schockeffekte zurückgegriffen wird. Nur in zwei Kampagnen wird ein anderer Ansatz verfolgt. Die Kampagne des Vereinigten Königreichs und Kolumbiens mit dem Titel „Shared responsibility“ [Gemeinsame Verantwortung] hat die Verantwortlichkeit der Konsumenten für die mit der Kokainherstellung verbundenen Schäden für Umwelt und Gesellschaft zum Gegenstand. Die im Jahr 2006 durchgeführte niederländische Cannabiskampagne zielte darauf ab, die normativen Einstellungen durch reale Geschichten aus dem Leben junger Menschen zu beeinflussen, statt auf Warnungen und das Verbot des Drogenkonsums zu setzen. Bei der Evaluierung dieser Kampagne wurde eine verstärkte Ablehnung des Cannabiskonsums durch soziale Normen festgestellt, wobei keine negativen Auswirkungen auf die Bereitschaft zum Drogenkonsum und die normativen Einstellungen zu beobachten waren (Wammes et al., 2007).

Massenmediale Kampagnen, in denen die Gefahren des Drogenkonsums betont werden, führen den Evaluierungen zufolge nur selten zu Änderungen hinsichtlich des Verhaltens, der Einstellungen oder der Konsumbereitschaft. Darüber hinaus wurden Bedenken über ihre mangelhafte Wirksamkeit und möglichen negativen Folgen geäußert. Beispielsweise wurden bei einer gründlichen Evaluierung der US-amerikanischen Cannabiskampagne keinerlei Ergebnisse konstatiert. Andererseits gab es jedoch Hinweise darauf, dass die Kampagne unbeabsichtigte Auswirkungen zugunsten des Cannabiskonsums hatte und Personen, die zuvor keinerlei Interesse an dieser Droge hatten, eigenen Angaben zufolge nun bereit waren, sie zu konsumieren (Hornik et al., 2008). Über ähnliche Probleme wurde im Rahmen der Evaluierung der schottischen Kokainkampagne „Know the score“ berichtet (EBDD, 2007a).

Die Entscheidungsfindung junger Menschen ist ein komplexer Prozess, der stark von der Peer-Gruppe und der Wahrnehmung sozialer Normen beeinflusst wird. Bisher ist es offenbar nicht gelungen, dieser Komplexität in massenmedialen Kommunikationsmitteln Rechnung zu tragen.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>.

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english.

Slowakei und Schweden gemeldet, und ungeachtet der Daten, die ihre Wirksamkeit belegen, sind derartige Projekte in Europa noch immer sehr selten (EBDD, 2009b). Ein aktuelles Beispiel für ein europäisches Projekt der indizierten Prävention ist das Modell „Parent Management Training-Oregon“, das in den Niederlanden und Norwegen für die Eltern von Kindern zwischen vier und zwölf Jahren mit disruptiven Verhaltensstörungen durchgeführt wird. Auch das Modell „Komet för föräldrar“, das in fast 30 % der schwedischen Gemeinden eingesetzt wird, zielt auf die Eltern von Kindern ab, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen und Schwierigkeiten haben, positive Beziehungen zu Altersgenossen aufzubauen. Eine randomisierte kontrollierte Studie unter 159 Familien zeigte, dass die teilnehmenden Eltern erheblich besser mit Erziehungsproblemen fertig wurden und ihre Kinder weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigten.

Behandlung

Im Jahr 2007 haben sich den Berichten zufolge etwa 400 000 Drogenkonsumenten in Behandlung begeben⁽¹⁴⁾. Weniger als die Hälfte dieser Behandlungsnachfragen entfiel auf Erstpatienten. Der weitaus größte Teil der Behandlungsnachfragen (86 %) wurde in ambulanten Behandlungseinrichtungen verzeichnet. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren aus unterschiedlichen Gründen gestiegen, unter anderem aufgrund der zunehmenden Verfügbarkeit und Diversifizierung spezialisierter ambulanter Behandlungseinrichtungen.

In Europa stützt man sich bei der Behandlung von Drogenkonsumenten in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen, die opioidgestützte Substitutionstherapie und Entgiftung. Psychosoziale Maßnahmen unterstützen die Konsumenten bei der Bewältigung und Überwindung ihrer Drogenprobleme. Diese Maßnahmen umfassen Beratung, Motivationssteigerung, kognitive Verhaltenstherapie, Fallmanagement, Gruppen- und Familientherapie sowie Rückfallprävention. Psychosoziale Maßnahmen bilden die Grundlage der gemeindegestützten ambulanten und stationären Behandlung und ergänzen in der Regel die opioidgestützte Substitutionstherapie. Bei der Entgiftung handelt es sich um eine kurzfristige, medizinisch überwachte Maßnahme, die darauf abzielt, die mit einem chronischen Drogenkonsum einhergehenden Entzugserscheinungen zu mildern. In der Regel werden Entgiftungen in stationären Einrichtungen durchgeführt. Die Höhe der Anteile der unterschiedlichen Behandlungsformen in den einzelnen Ländern ist von

mehreren Faktoren abhängig, unter anderem von der Organisation des nationalen Gesundheitssystems.

Ambulante Behandlung

In der Vergangenheit wurden Drogenbehandlungen in erster Linie in stationären Einrichtungen angeboten, und die meisten Patienten waren Heroinkonsumenten. Dies änderte sich in den 80er und 90er Jahren mit der raschen Ausweitung der ambulanten Behandlung und in jüngerer Zeit mit der zunehmenden Behandlungsnachfrage von Cannabis- und Kokainkonsumenten. Darüber hinaus sind mittlerweile Probleme mit legalen Drogen oder verschreibungspflichtigen Arzneimitteln weiter verbreitet.

Im Jahr 2007 gaben nach wie vor die meisten ambulanten Patienten Opiode, vor allem Heroin, als Primärdroge an (54 %), gefolgt von Cannabis (21 %) und Kokain (18 %). Mehrere Länder berichten über einen steigenden Anteil von Patienten, die sich wegen anderer Drogen als Opioiden in Behandlung begeben. Dies gilt insbesondere für die Erstpatienten (siehe Kapitel 3 und 5).

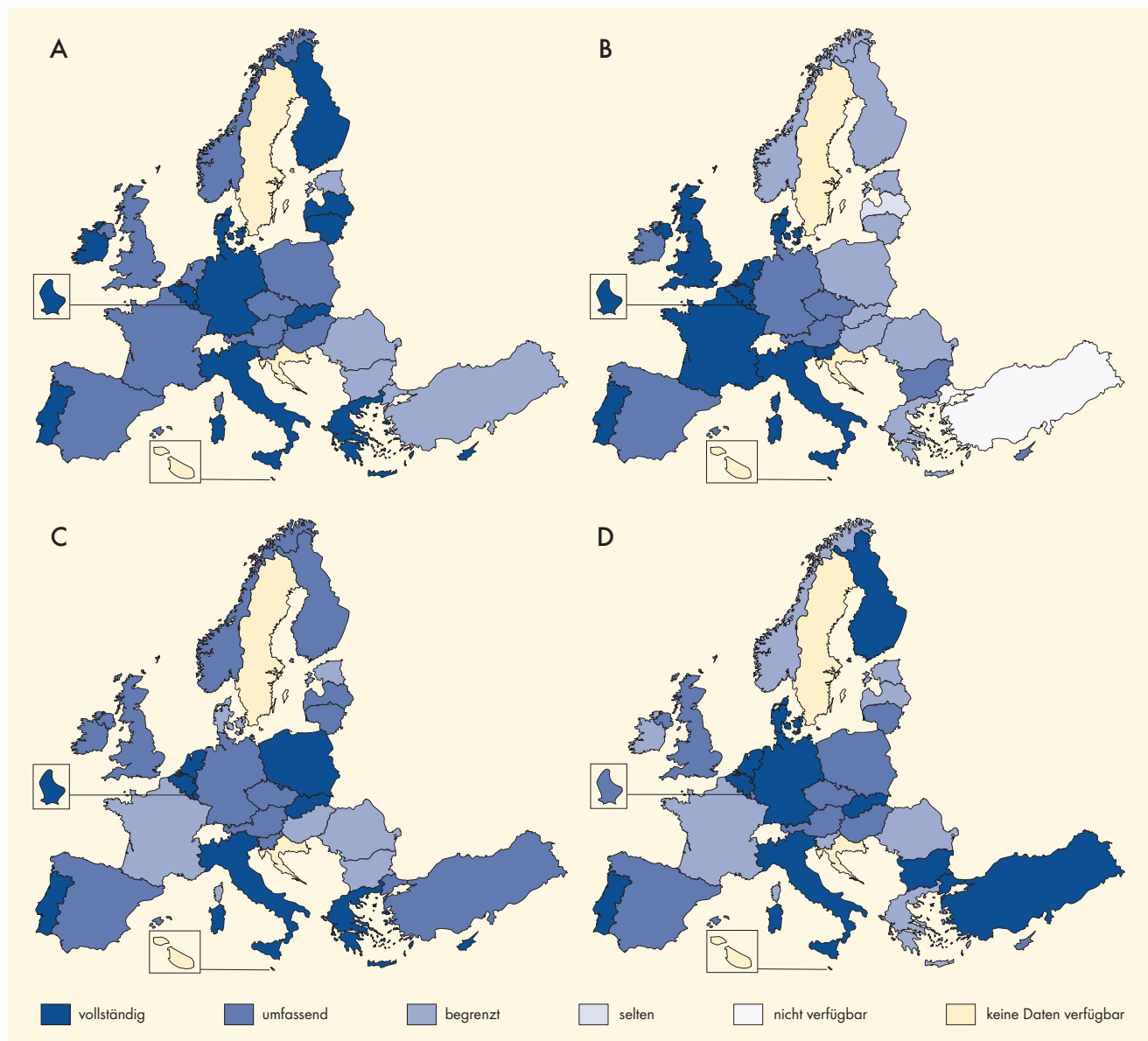
Drogenkonsumenten, die sich in ambulante Behandlung begeben, sind vorwiegend junge Männer und durchschnittlich 31 Jahre alt, wobei der Anteil der Männer nahezu viermal so hoch ist wie der der Frauen (3,7:1). Je nach Primärdroge sind unterschiedliche Alters- und Geschlechtsprofile festzustellen. Cannabispatienten sind im Durchschnitt wesentlich jünger (25) als Patienten, die Opiode (32) oder Kokain (33) als Primärdroge angeben. Unabhängig von der Primärdroge ist festzustellen, dass das Durchschnittsalter der Erstpatienten etwa zwei Jahre unter dem Durchschnittsalter aller Patienten liegt. Überdurchschnittlich hohe Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen wurden bei den Patienten verzeichnet, die sich wegen des Konsums von Kokain (5,1:1) oder Cannabis (5,5:1) in Therapie begeben⁽¹⁵⁾.

Die meisten ambulanten Drogenpatienten begeben sich aus eigenem Antrieb in Behandlung. Auf sie entfällt etwa ein Drittel aller Patienten. Etwa ein Viertel der Patienten wird aus Strafvollzugsanstalten in Behandlungseinrichtungen überwiesen. Die verbleibenden Patienten werden durch Sozial- und Gesundheitsdienste oder informelle Netze überwiesen, einschließlich ihrer Familien und Freunde. Nur selten werden Patienten aus Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen überwiesen. Die einzige Ausnahme bildet hier Finnland, wo 25 % der Patienten auf diesem Wege in eine Drogenbehandlung überwiesen werden. Ungarn stellt ebenfalls einen Sonderfall dar: Hier werden mehr als 70 % der Patienten aus

⁽¹⁴⁾ Zum Indikator Behandlungsnachfrage haben 23 Länder Daten aus ambulanten Behandlungseinrichtungen übermittelt, wobei in den meisten Ländern mehr als 70 % der Einrichtungen erfasst wurden, während 20 Länder Daten aus stationären Einrichtungen gemeldet haben, wobei in den meisten Ländern mehr als 50 % der Einrichtungen erfasst wurden.

⁽¹⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-10 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2009.

Abbildung 1: Bewertung der Verfügbarkeit der Behandlungsformen im Verhältnis zum Bedarf durch die nationalen Sachverständigen: (A) ambulante psychosoziale Behandlung, (B) Substitution, (C) stationäre psychosoziale Behandlung, (D) Entgiftung



Anmerkung: Die Verfügbarkeit ist definiert als der geschätzte Anteil der Drogenkonsumenten, die eine Behandlung benötigen und erhalten: fast alle (vollständig), die Mehrheit, aber nicht fast alle (umfassend), mehr als einige wenige, aber nicht die Mehrheit (begrenzt), nur einige wenige (selten), nicht verfügbar.

Die Daten wurden anhand eines strukturierten Fragebogens erhoben.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Strafvollzugsanstalten überwiesen⁽¹⁶⁾. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass gemäß dem ungarischen Strafgesetzbuch „für den Besitz geringer Mengen keine Strafe verhängt wird, wenn ein Drogenabhängiger nachweisen kann, dass er sich einer Drogenbehandlung unterzogen hat“.

Die ambulante psychosoziale Behandlung wird größtenteils von staatlichen Einrichtungen (16 Länder) oder von Nichtregierungsorganisationen (zehn Länder) erbracht. Den Angaben der nationalen Sachverständigen zufolge ist diese Behandlungsform in zehn Ländern für die meisten und in

weiteren 13 Ländern für fast alle Patienten verfügbar, die sich einer solchen Behandlung unterziehen möchten. In vier Ländern (Bulgarien, Estland, Rumänien, Türkei) ist jedoch eine ambulante psychosoziale Behandlung für schätzungsweise weniger als die Hälfte der Patienten verfügbar, die sich aktiv um eine solche Behandlung bemühen (siehe Abbildung 1A). Hinter diesen Daten verbergen sich möglicherweise erhebliche Abweichungen innerhalb der einzelnen Länder sowie Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit spezialisierter Behandlungsprogramme für Cannabis- oder Kokainkonsumenten.

⁽¹⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-16 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

Opioidgestützte Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung in Kombination mit psychosozialer Betreuung ist in Europa die vorherrschende Option für die Behandlung von Opioidkonsumenten. Sie erfolgt in aller Regel ambulant, wobei sie jedoch in einigen Ländern auch in stationären Behandlungseinrichtungen angeboten wird. In Österreich erhalten beispielsweise 65 % der Patienten in stationärer Langzeitbehandlung retardiertes Morphin. Substitutionsbehandlungen werden auch in Haftanstalten verstärkt angeboten ⁽¹⁷⁾.

Seit im Jahr 2007 auch Zypern die hochdosierte Buprenorphintherapie eingeführt hat, ist die opioidgestützte Substitutionsbehandlung nun in allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen verfügbar ⁽¹⁸⁾. In der Türkei wurde die Substitutionsbehandlung bislang noch nicht eingeführt, obwohl sie 2004 im Rahmen einer Verordnung über Behandlungseinrichtungen erlaubt wurde. In 16 Ländern werden Substitutionsbehandlungen in erster Linie von spezialisierten öffentlichen ambulanten Diensten durchgeführt. Allerdings spielen allgemeinärztliche Praxen, häufig im Rahmen gemeinsamer Behandlungskonzepte mit spezialisierten Einrichtungen, eine zunehmend wichtige Rolle bei der Erbringung dieser Behandlungsform und sind in einigen Ländern (Wallonische Region Belgiens, Tschechische Republik, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Norwegen) die wichtigsten Anbieter von Substitutionsbehandlungen (siehe Kapitel 6).

Im Jahr 2007 haben in Europa schätzungsweise rund 650 000 Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten ⁽¹⁹⁾. Den Angaben der nationalen Sachverständigen zufolge ist diese Behandlungsform in neun Ländern für fast alle und in weiteren sieben Ländern für die meisten Opioidkonsumenten verfügbar. Was die übrigen Länder betrifft, so geht man in zehn Ländern (Estland, Griechenland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Rumänien, Slowakei, Finnland, Norwegen) davon aus, dass Substitutionsbehandlungen für eine Minderheit der Opioidkonsumenten verfügbar sind. Die Daten über die Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen lassen eine regionale Kluft erkennen, wobei für die Länder im Osten oder Norden Europas eine geringere Verfügbarkeit gemeldet wird (Abbildung 1B).

Stationäre Behandlung

Bei der stationären Behandlung müssen die Patienten für einen Zeitraum zwischen einigen Wochen und mehreren

Monaten in einer Einrichtung verbleiben. In diesen Programmen wird in der Regel ein drogenfreier Ansatz verfolgt (d. h. es erfolgt keine Substitutionsbehandlung), um dem Patienten zu helfen, den Drogenkonsum einzustellen. Die Patienten erhalten Unterkunft sowie individuell strukturierte psychosoziale Behandlungen und nehmen an Aktivitäten teil, die ihre gesellschaftliche Rehabilitation 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.

Im Jahr 2007 haben sich den Berichten zufolge etwa 40 000 Drogenkonsumenten in stationäre Behandlung begeben, das entspricht einem Anteil von 10 % an allen Patienten, die eine Drogenbehandlung begonnen haben. Mehr als die Hälfte der stationären Patienten gab Opiode als Primärdroge an (56 %), während die übrigen Patienten zumeist Cannabis (14 %), andere Stimulanzien als Kokain (14 %) und Kokain (7 %) als Primärdroge angaben.

Drogenkonsumenten, die sich in stationäre Behandlung begeben, sind durchschnittlich 30 Jahre alt, wobei jedoch Opioid- und Kokainpatienten im Durchschnitt älter sind (31 Jahre) als Patienten, die wegen des Konsums von anderen Stimulanzien als Kokain (28 Jahre) und Cannabis (26 Jahre) in Behandlung sind. Die meisten stationären Patienten sind Männer, wobei sich das Verhältnis zwischen Männern und Frauen auf insgesamt 3,6:1 beläuft. Bei Patienten, die andere Stimulanzien als Kokain als Primärdroge angeben, ist der Anteil der Männer geringer (2,2:1), während er bei den Konsumenten von Kokain (5,1:1) und Cannabis (8:1) höher ausfällt. Der Anteil der Drogenpatienten, die arbeitslos sind oder in unsicheren Wohnverhältnissen leben, ist in den meisten Ländern, in denen ein solcher Vergleich möglich ist, unter den stationären Patienten höher als unter den ambulanten Patienten ⁽²⁰⁾.

Die stationäre Behandlung wird größtenteils von Nichtregierungsorganisationen (zwölf Länder) und öffentlichen Einrichtungen (elf Länder) erbracht. Private Einrichtungen stehen in Dänemark und Luxemburg an erster und in zehn weiteren Ländern an zweiter Stelle der wichtigsten Anbieter stationärer Behandlungen. Den Angaben der nationalen Sachverständigen zufolge sind stationäre psychosoziale Behandlungen in zwölf Ländern für die meisten und in weiteren neun Ländern für fast alle Patienten verfügbar, die sich einer solchen Behandlung

⁽¹⁷⁾ Siehe „Unterstützung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten“, S. 40.

⁽¹⁸⁾ Siehe Tabellen HSR-1 und HSR-2 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁹⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2009.

⁽²⁰⁾ Siehe Tabellen TDI-10, TDI-13, TDI-15 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2009.

unterziehen möchten. In sechs Ländern (Bulgarien, Dänemark, Estland, Frankreich, Ungarn, Rumänien) ist diese Behandlungsform jedoch für schätzungsweise weniger als die Hälfte der Patienten verfügbar, die sich aktiv um eine solche Behandlung bemühen (siehe Abbildung 1C).

Entgiftung

Die Entgiftung ist in der Regel Voraussetzung für die Einleitung einer langfristigen, abstinenten stationären Behandlung. Sie wird zumeist, aber nicht ausschließlich, stationär in Krankenhäusern, spezialisierten Behandlungseinrichtungen oder Wohneinrichtungen mit medizinischen oder psychiatrischen Stationen durchgeführt.

In 21 Ländern werden Entgiftungen in erster Linie von öffentlichen Einrichtungen angeboten. In Belgien (Flandern) und den Niederlanden sind Nichtregierungsorganisationen die wichtigsten Anbieter, während in Luxemburg und Bulgarien vor allem private Einrichtungen Entgiftungen durchführen. Die nationalen Sachverständigen gehen davon aus, dass Entgiftungen in neun Ländern für die meisten und in weiteren zehn Ländern für fast alle Patienten verfügbar sind, die sich einer solchen Behandlung unterziehen möchten. In acht Ländern (Estland, Irland, Griechenland, Frankreich, Lettland, Rumänien, Slowenien, Norwegen) sind Entgiftungen für schätzungsweise weniger als die Hälfte der Patienten verfügbar, die sich aktiv um eine solche Behandlung bemühen (siehe Abbildung 1D).

Qualitätssicherung

In Europa suchen Planungsverantwortliche des Gesundheitswesens und politische Entscheidungsträger zunehmend nach Mechanismen, um eine hohe Qualität in der Drogenbehandlung sicherzustellen. Darüber hinaus räumen sie „evidenzbasierten“ Maßnahmen in der Regel Priorität ein, wenn es um die Bereitstellung von Behandlungen und die Zuweisung von Finanzmitteln geht.

Leitlinien gewinnen als Instrument für die Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung zunehmend an Bedeutung. Die Behandlungsleitlinien umfassen Empfehlungen, die auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Stellungnahmen von Sachverständigen, den Wünschen der Patienten und den Gegebenheiten der nationalen Gesundheitssysteme basieren. Sie sollen bei der Auswahl und Durchführung angemessener Drogenbehandlungsmaßnahmen helfen. In 20 der 27 Berichtsländer werden von einer hierzu ermächtigten Einrichtung nationale Leitlinien für die Drogenbehandlung erarbeitet.

Die derzeit geltenden Leitlinien haben insbesondere die pharmakologische Drogenbehandlung zum Gegenstand. Den Berichten zufolge gibt es in 18 Ländern nationale Leitlinien für die Substitutionsbehandlung und in 11 Ländern Leitlinien für die Entgiftung. Jedoch gibt nur etwa ein Drittel dieser Länder an, dass die Einhaltung dieser Leitlinien eine Voraussetzung für den Betrieb einer Behandlungseinrichtung oder für den Erhalt von Finanzmitteln darstellt.

Weniger verbreitet sind nationale Leitlinien für die psychosoziale Behandlung und soziale Reintegration. Den Berichten zufolge sind in nur sieben Mitgliedstaaten (Bulgarien, Tschechische Republik, Deutschland, Dänemark, Niederlande, Slowenien, Vereinigtes Königreich) Leitlinien für psychosoziale Maßnahmen und in fünf Mitgliedstaaten (Tschechische Republik,

Best practice portal [Portal für vorbildliche Verfahren]: neues Modul zur Behandlung

Nach der Einführung der Module zur universalen und selektiven Prävention im Jahr 2008 hat die EBDD ein neues Modul in ihr Best practice portal [Portal für vorbildliche Verfahren] aufgenommen, das sich mit der Drogenbehandlung befasst. Es beinhaltet eine Zusammenfassung der jüngsten Erkenntnisse über die Wirksamkeit der pharmakologischen und psychosozialen Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden, Stimulanzien und Cannabis. Die Erweiterung des Portals wurde durch eine von der Europäischen Kommission finanzierte Studie über die Qualität der Behandlung und den Austausch bewährter Verfahren unterstützt (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, 2008b).

Im Modul zur Behandlung werden die Ergebnisse aus Studien vorgestellt, in denen unterschiedliche Maßnahmen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit verglichen wurden. Die Wirksamkeit wird idealerweise in kontrollierten Studien oder randomisierten kontrollierten Studien ermittelt, in denen die Maßnahmen anhand bestimmter Ergebnisvariablen bewertet werden. Die einschlägigen Evidenzdaten stammen größtenteils aus in den Vereinigten Staaten durchgeführten Studien. Gegenwärtig werden auch in Europa zunehmend Studien durchgeführt, in denen einige bahnbrechende Untersuchungen über neue Wirkstoffe für die opioidgestützte Substitutionsbehandlung angestellt werden.

Das neue Modul beinhaltet darüber hinaus Links zu anderen Informationsquellen, evaluierte Maßnahmen, ein Glossar und einen kurzen Überblick über die Lücken in den gegenwärtig verfügbaren Evidenzdaten. Das Portal soll künftig um weitere Themenbereiche ergänzt werden.

Best Practice Portal der EBDD: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>.

Deutschland, Portugal, Slowenien, Vereinigtes Königreich) Leitlinien für die soziale Reintegration verfügbar. Die Tatsache, dass so wenige nationale Leitlinien vorliegen, ist vermutlich auf die begrenzte Verfügbarkeit von Evidenzdaten zurückzuführen. Demzufolge müssen in diesem Bereich mehr multizentrische randomisierte kontrollierte Studien durchgeführt werden.

Die kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiter ist für die Erbringung qualitativ hochwertiger Dienste von großer Bedeutung. Speziell auf das Personal von Drogenbehandlungseinrichtungen zugeschnittene Schulungen sowie Weiterbildungsmaßnahmen für Ärzte zum Thema Drogenbehandlung sind in der Europäischen Union weit verbreitet. In den meisten Ländern werden ähnliche Schulungsmöglichkeiten für andere Berufsgruppen angeboten, darunter für Krankenschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter und Psychologen.

Einige Länder berichten über regelmäßige Ergebnisevaluierungen aller Formen der Drogenbehandlung. Fünf Mitgliedstaaten führen Evaluierungen von Substitutions- und Entgiftungsbehandlungen durch, und nur Dänemark, Deutschland und das Vereinigte Königreich evaluieren regelmäßig die Ergebnisse psychosozialer Behandlungsmaßnahmen. Darüber hinaus berichten einige Länder über punktuelle oder unregelmäßige Evaluierungen von Behandlungsergebnissen.

Schadensminimierung

Die Prävention und Minimierung drogenbedingter Schäden stellt in allen Mitgliedstaaten sowie in der EU-Drogenstrategie ein Ziel der Gesundheitspolitik dar (Europäische Kommission, 2007). 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. Diese Maßnahmen sind den Berichten zufolge in allen Ländern mit Ausnahme der Türkei verfügbar. Ungeachtet der erheblichen Unterschiede hinsichtlich der Bandbreite und des Umfangs der Erbringung dieser Leistungen (siehe Kapitel 6 und 7) ist europaweit ein allgemeiner Trend zur Ausweitung und Konsolidierung von Maßnahmen zur Schadensminimierung zu beobachten.

Die meisten Länder bieten eine Reihe medizinischer und sozialer Leistungen an, darunter individuelle Risikoabschätzung und Beratung, Schulungen für einen sicheren Konsum, Tests und Beratung im Zusammenhang

mit Infektionskrankheiten, Impfungen sowie die Behandlung von Virushepatitis. Diese Leistungen werden häufig in niedrighwelligen Diensten erbracht. Der Schwerpunkt der Maßnahmen zur Schadensminimierung wurde 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.

Darüber hinaus war in den letzten Jahren eine Professionalisierung zu beobachten, und es werden verstärkt Kontrollen durchgeführt, um hohe Qualitätsstandards zu gewährleisten. Beispielsweise wurden in England im Zeitraum 2006 bis 2007 die in der Schadensminimierung tätigen Dienste geprüft, um festzustellen, in welchen Bereichen Verbesserungsbedarf besteht. Die Qualitätssicherung kann auch erfolgen, indem die Einhaltung bestimmter Standards in Finanzierungsvereinbarungen verankert wird. Dies ist in der Tschechischen Republik und Estland der Fall.

In 14 Ländern sind nationale Einrichtungen für die Qualitätssicherung verantwortlich, während in Ländern mit föderaler Landesstruktur auch Einrichtungen auf subnationaler Ebene zuständig sein können. Die Leitlinien werden zuweilen durch Forschungsergebnisse über die Kostenwirksamkeit untermauert, wie beispielsweise im Falle des Leitfadens des Vereinigten Königreichs für Nadel- und Spritzenaustauschprogramme (NICE, 2009). Darüber hinaus werden bei der Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität der Dienste die Patienten einbezogen und Rückmeldungen der Mitarbeiter eingeholt. Zu den Mechanismen für die Verbreitung vorbildlicher Verfahren und neuer Forschungsergebnisse in Fachkreisen zählen nationale Wissensplattformen, wie z. B. „resultaten scoren“ (Gewichtung der Ergebnisse) in den Niederlanden, und internationale Sensibilisierungskampagnen beispielsweise zum Thema Hepatitis C ⁽²¹⁾. Im Rahmen EU-finanzierter Projekte zur Entwicklung und Einführung europäischer Gesundheitsindikatoren hat das *European Network for Social Inclusion and Health* [Europäisches Netz für soziale Integration und Gesundheit] darüber hinaus in Zusammenarbeit mit der EBDD ein Datenerhebungsprotokoll für spezialisierte niedrighwellige Dienste erarbeitet, die im Bereich der Schadensminimierung tätig sind (Hedrich et al., 2008a).

Soziale Reintegration

Soziale Reintegration wird als wesentliches Element einer umfassenden Drogenstrategie anerkannt. Sie kann in jeder

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>.

Phase des Drogenkonsums sowie in unterschiedlichen Milieus umgesetzt werden und umfasst den Ausbau von Fähigkeiten, die Verbesserung der sozialen Kompetenz, Maßnahmen zur Erleichterung und Förderung der Beschäftigung sowie zur Unterstützung bei der Wohnungssuche und der Verbesserung der Wohnverhältnisse. In der Praxis werden in Reintegrationsprogrammen Berufsberatung, die Vermittlung von Praktika und Unterstützung bei der Wohnungssuche angeboten. Im Rahmen von Maßnahmen in Haftanstalten können für die Insassen als Vorbereitung auf ihre Entlassung Kontakte zu gemeindegestützten Wohnprojekten und sozialen Unterstützungsdiensten hergestellt werden, um Rückfällen und erneuter Straffälligkeit vorzubeugen (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, 2008a). Grundsätzlich sind die Ergebnisse sozialer Reintegrationsmaßnahmen häufig von einer effizienten Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und sozialen Betreuung abhängig.

Obdachlosigkeit sowie unsichere Wohnverhältnisse zählen zu den schwersten Formen der sozialen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten und betrafen etwa 10 % der Patienten, die sich 2007 in Behandlung begeben haben ⁽²²⁾. In bestimmten Gruppen von Drogenkonsumenten ist dieser Anteil wahrscheinlich wesentlich höher.

Den Berichten zufolge gibt es in allen Mitgliedstaaten Wohnprogramme, in deren Rahmen Drogenkonsumenten untergebracht werden können. Allerdings liegen kaum Daten darüber vor, in welchem Maße dem Wohnraumbedarf von Drogenkonsumenten Rechnung getragen wird. In der Slowakei beispielsweise bleiben die Unterbringungskapazitäten der Rehabilitationsdienste aufgrund der begrenzten Finanzmittel häufig hinter der Nachfrage zurück.

Mehrere Länder (z. B. Tschechische Republik, Deutschland, Irland, Niederlande, Finnland, Schweden, Vereinigtes Königreich) berichten über betreute Wohnprogramme. Im Rahmen dieser zeitlich befristeten Regelungen werden den Patienten gewöhnlich nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung Zimmer mit Frühstück oder kleine möblierte Wohnungen mit kurzfristigen Mietverträgen zur Verfügung gestellt, um ihnen zu helfen, sich an ein selbständiges Leben zu gewöhnen. In Irland beispielsweise bezahlen die Konsumenten die Miete und einen Teil der Nebenkosten, während sie von Sozialarbeitern in ihrem Mietverhältnis sowie beim Zugang zu Bildung, Ausbildung oder Beschäftigung unterstützt werden.

Da 45 % der Konsumenten, die sich in Behandlung begeben, bestenfalls die Primarschule abgeschlossen haben und etwa 40 % dieser Patienten arbeitslos sind ⁽²³⁾, ist die Unterstützung der Drogenkonsumenten bei der Suche nach einem Arbeits- oder Ausbildungsplatz für die soziale Reintegration von zentraler Bedeutung. Den Berichten zufolge werden in den meisten Mitgliedstaaten diesbezügliche Programme durchgeführt. In Ungarn, der Tschechischen Republik, Litauen, Slowenien und der Slowakei wurde die Reintegration von Drogenkonsumenten in den Arbeitsmarkt durch Projekte unterstützt, die im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative gegen Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt (EQUAL) finanziert wurden. Die meisten dieser Projekte zielen darauf ab, Drogenpatienten nach ihrer Stabilisierung bei der Suche nach einem ihren Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz zu unterstützen. Wie wertvoll dieser Ansatz ist, belegen die Ergebnisse einer schottischen Studie, bei der man feststellte, dass ehemalige Drogenkonsumenten, die bei der Beschäftigungssuche unterstützt wurden, dreimal häufiger einen Arbeitsplatz fanden (McIntosh et al., 2008).

Strafverfolgung im Drogenbereich und Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

An der Strafverfolgung von Verstößen gegen die Drogengesetzgebung sind mehrere Behörden beteiligt, die unterschiedlichen Ministerien unterstehen (z. B. Polizei, Justiz, Gesundheit). In der Praxis wird der Begriff „Strafverfolgung im Drogenbereich“ in der Regel mit einer Reihe von Maßnahmen der Polizei und polizeiähnlicher Einrichtungen (z. B. Zollbehörden) in Verbindung gebracht, die darauf abzielen, die den Drogenkonsum und den Drogenmarkt betreffende Gesetzgebung durchzusetzen. Zu den dabei erfassten Bereichen zählen der Konsum und Besitz von Drogen, Handel und Herstellung sowie die Abzweigung chemischer Stoffe und Geldwäsche.

Die Strafverfolgung im Drogenbereich bildet einen zentralen Bestandteil der Drogenbekämpfung in Europa und bindet einen großen, wenn nicht den größten Teil der Ausgaben zur Bekämpfung der Drogenproblematik. Bei einem kürzlich angestellten Vergleich der in Europa getätigten öffentlichen Ausgaben im Drogensektor wurde festgestellt, dass die Staatsausgaben für die „öffentliche Ordnung und Sicherheit“ (Polizeikräfte, Gerichte und Haftanstalten) durchschnittlich fast dreimal so hoch sein könnten wie der für die Bewältigung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Gesundheitsprobleme aufgewendete Betrag. Ein erheblicher Anteil der dem

⁽²²⁾ Siehe Tabelle TDI-15 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽²³⁾ Siehe Tabellen TDI-12 und TDI-13 im Statistical Bulletin 2009.

Bereich „öffentliche Ordnung und Sicherheit“ zugewiesenen Finanzmittel entfällt offenbar auf die Polizei (EBDD, 2008e).

Art und Intensität der Strafverfolgungsmaßnahmen sind abhängig von den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und ihrer Anwendung sowie von der finanziellen Ausstattung und den Prioritäten der beteiligten Einrichtungen. Letztere umfassen in der Regel Strafverfolgungsbehörden und spezialisierte Abteilungen („Drogendezernate“).

Anders als in anderen Bereichen der Strafverfolgung, in denen Polizeibeamte in der Regel auf von Bürgern gemeldete Gesetzesverstöße reagieren, sind die Strafverfolgungsmaßnahmen im Drogenbereich größtenteils als proaktiv zu bezeichnen, da sie zumeist auf Initiative der für die Drogenbekämpfung zuständigen Strafverfolgungsbehörden erfolgen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass viele Verstöße gegen die Drogengesetzgebung als „einernehmliche Straftaten“ gelten können, bei denen sich Täter und Opfer bereitwillig und im Verborgenen an einer ungesetzlichen Handlung beteiligen, die der Polizei unbekannt bleibt, wenn sie nicht zufällig (z. B. bei einer Fußstreife) oder durch aktive Aufdeckung entdeckt wird.

Folglich beinhaltet die Strafverfolgung im Drogenbereich eine breite Palette von Maßnahmen, die häufig die Erhebung und Verarbeitung sowie den Austausch von Informationen umfassen, wobei nicht nur Menschen, sondern auch computergestützte Systeme eine Rolle spielen, wie beispielsweise Datenbanken und spezielle Kommunikationsnetze. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen, die auf die Angebotsreduzierung⁽²⁴⁾ abzielen: Hier nehmen die Strafverfolgungsbehörden eine zentrale Aufgabe wahr, indem sie Kontakte zu Informanten pflegen und verdeckte Operationen sowie elektronische Überwachungen wie z. B. Abhörmaßnahmen durchführen.

Kontrollierte Drogenlieferungen und gezielte Operationen zur Zerschlagung oder Ausschaltung der Vertriebsstellen von Drogenhändlern zählen zu den operativen Taktiken, die von den Strafverfolgungsbehörden in Europa eingesetzt werden. Kontrollen und Durchsuchungen von Personen und Fahrzeugen an strategischen Punkten wie Häfen, Flughäfen und Landgrenzen sowie in deren Umgebung sind Teil einer allgemeineren Taktik, mit der auch andere Zielsetzungen verfolgt werden, wie z. B. die Einwanderungskontrolle.

In vielen Ländern sind die Strafverfolgungsbehörden, insbesondere die Zollbehörden, auch für die Strafverfolgung im Bereich kontrollierter chemischer

Substanzen zuständig. Diese Tätigkeit umfasst die Bearbeitung von Einfuhr- und Ausfuhranträgen sowie die Ermittlung und Untersuchung verdächtiger Transaktionen. In Ländern, in denen synthetische Drogen hergestellt werden, zählt auch die Aufdeckung geheimer Labors zur Herstellung illegaler Drogen zu den Aufgaben der Strafverfolgungsbehörden.

Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

Im Bereich der Drogenkriminalität werden in Europa routinemäßig nur Daten über Erstberichte über Drogendelikte erhoben, in der Regel bei der Polizei⁽²⁵⁾. Diese Berichte haben in der Regel Straftaten wie Drogenherstellung, Drogenschmuggel und -handel, Drogenkonsum sowie Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch zum Gegenstand.

Daten über Drogendelikte können als indirekte Indikatoren für den Drogenkonsum oder Drogenhandel oder aber als eher direkte Indikatoren für die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden herangezogen werden. Sie geben jedoch lediglich Aufschluss über jene Drogendelikte, die den Strafverfolgungsbehörden bekannt sind, und können auch die einzelstaatlichen Rechtsvorschriften, Prioritäten und Ressourcen widerspiegeln. Darüber hinaus bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede bei den Informationssystemen, insbesondere im Hinblick auf Melde- und Erfassungsmethoden. Da infolgedessen Vergleiche zwischen den Ländern unter Umständen kaum möglich sind, bietet es sich an, eher Trends zu vergleichen als absolute Zahlen.

Den Daten aus 21 Mitgliedstaaten zufolge, in denen 85 % der Bevölkerung der Europäischen Union im Alter zwischen 15 und 64 Jahren leben, ist die Zahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung zwischen 2002 und 2007 um schätzungsweise 29 % gestiegen. Die Daten belegen eine steigende Tendenz in allen Berichtsländern mit Ausnahme Bulgariens, der Tschechischen Republik, Griechenlands, Luxemburgs, Ungarns und Sloweniens, die in diesem Zeitraum allesamt eine stabile Entwicklung oder einen Rückgang verzeichneten⁽²⁶⁾.

Straftaten im Zusammenhang mit dem Konsum und dem Angebot von Drogen

Das Verhältnis zwischen Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot (Handel, Schmuggel, Herstellung) ist gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert geblieben.

⁽²⁴⁾ Eine Definition des Begriffs Angebotsreduzierung ist dem Kasten auf S. 31 des EBDD-Jahresberichts 2008 zu entnehmen.

⁽²⁵⁾ Eine Erörterung der Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität ist EBDD 2007b zu entnehmen.

⁽²⁶⁾ Siehe Abbildung DLO-1 und Tabelle DLO-1 im Statistical Bulletin 2009.

In den meisten europäischen Ländern machten im Jahr 2007 nach wie vor Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum oder dem Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch mit bis zu 91 % (Spanien) den größten Teil der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus ⁽²⁷⁾. In der Tschechischen Republik (87 %) und den Niederlanden (69 %) standen Drogendelikte jedoch überwiegend im Zusammenhang mit dem Drogenangebot (Abbildung 2). In der Tschechischen Republik wird der Besitz geringer Drogenmengen ohne Handelsabsicht mit einer Verwarnung oder Geldbuße geahndet, während in den Niederlanden Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum in der Regel nicht strafrechtlich verfolgt werden ⁽²⁸⁾.

Die Zahl der Drogendelikte im Zusammenhang mit dem Konsum ist in der Europäischen Union zwischen 2002 und 2007 in den meisten Berichtsländern gestiegen. Lediglich Bulgarien, Griechenland, die Niederlande und Slowenien meldeten für diesen Zeitraum einen Rückgang ⁽²⁹⁾. Insgesamt ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit dem Konsum in der Europäischen Union zwischen 2002 und 2007 um schätzungsweise 32 % gestiegen.

Zwar ist die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot im Zeitraum 2002 bis 2007 ebenfalls gestiegen, jedoch wurde hier in der

EBDD 2009: ausgewähltes Thema zu Strafstatistiken

Im Jahr 2009 veröffentlichte die EBDD ein neues ausgewähltes Thema zu Strafstatistiken, in dem sie die Folgen der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung in der Europäischen Union untersucht. In diesem Bericht werden die verfügbaren nationalen Statistiken von Polizeibehörden, Staatsanwälten und Gerichten beleuchtet, wobei die Straftatbestände (Besitz, Handel) und die entsprechenden Folgen (Geldbuße, Haftstrafe, Behandlung) analysiert werden. Die Schlüsselfrage lautet: Welches ist in den einzelnen Ländern die wahrscheinlichste Konsequenz für Personen, die des Drogenbesitzes oder Drogenhandels überführt werden?

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

Europäischen Union mit etwa 14 % eine wesentlich geringere Zunahme verzeichnet. Den Berichten zufolge beobachteten in diesem Zeitraum acht Länder insgesamt einen Rückgang und weitere acht Länder eine Zunahme der Zahl dieser Straftaten ⁽³⁰⁾.

Nach Drogen aufgeschlüsselte Entwicklungen

Cannabis ist in Europa nach wie vor die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge ⁽³¹⁾. In den meisten europäischen Ländern machten im Jahr 2007 die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis zwischen 36 % und 86 % der gesamten gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus. Nur in zwei Ländern entfiel der Großteil der Drogendelikte auf andere Drogen: in Litauen auf Heroin (26 %) und in der Tschechischen Republik auf Methamphetamin (59 %). In Lettland betrafen Drogendelikte zu nahezu gleichen Teilen Cannabis, Heroin und Ecstasy.

Im Fünfjahreszeitraum 2002 bis 2007 ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Cannabis in den meisten Berichtsländern gestiegen oder stabil geblieben. Auf EU-Ebene ergibt sich daraus eine Zunahme um schätzungsweise 23 %. Lediglich Bulgarien, die Tschechische Republik und Slowenien berichteten über eine rückläufige Entwicklung ⁽³²⁾.

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Kokain ist im Zeitraum von 2002 bis 2007 in allen europäischen Ländern mit Ausnahme Bulgariens und Deutschlands gestiegen. In der Europäischen Union stieg die Zahl dieser Straftaten im selben Zeitraum um insgesamt 59 % ⁽³³⁾.

Der in den Vorjahresberichten gemeldete Abwärtstrend bei den Straftaten im Zusammenhang mit Heroin in der Europäischen Union ist nun offenbar zum Stillstand gekommen, und im Zeitraum 2002 bis 2007 wurde eine Zunahme um etwa 7 % beobachtet. Allerdings verzeichneten die einzelnen Länder keine einheitlichen Tendenzen, und der Aufwärtstrend ist in erster Linie den in den letzten zwei Jahren in Belgien, Griechenland, Spanien, Frankreich, Polen und Portugal beobachteten Zunahmen sowie einer Stabilisierung in Deutschland und Österreich geschuldet ⁽³⁴⁾.

Hinsichtlich der Zahl der in der Europäischen Union gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit

⁽²⁷⁾ Siehe Tabelle DLO-2 im Statistical Bulletin 2009.

⁽²⁸⁾ Siehe die „Länderübersichten“ für die Tschechische Republik und die Niederlande auf der Website der EBDD (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Siehe Abbildung DLO-1 und Tabelle DLO-4 im Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁰⁾ Siehe Abbildung DLO-1 und Tabelle DLO-5 im Statistical Bulletin 2009.

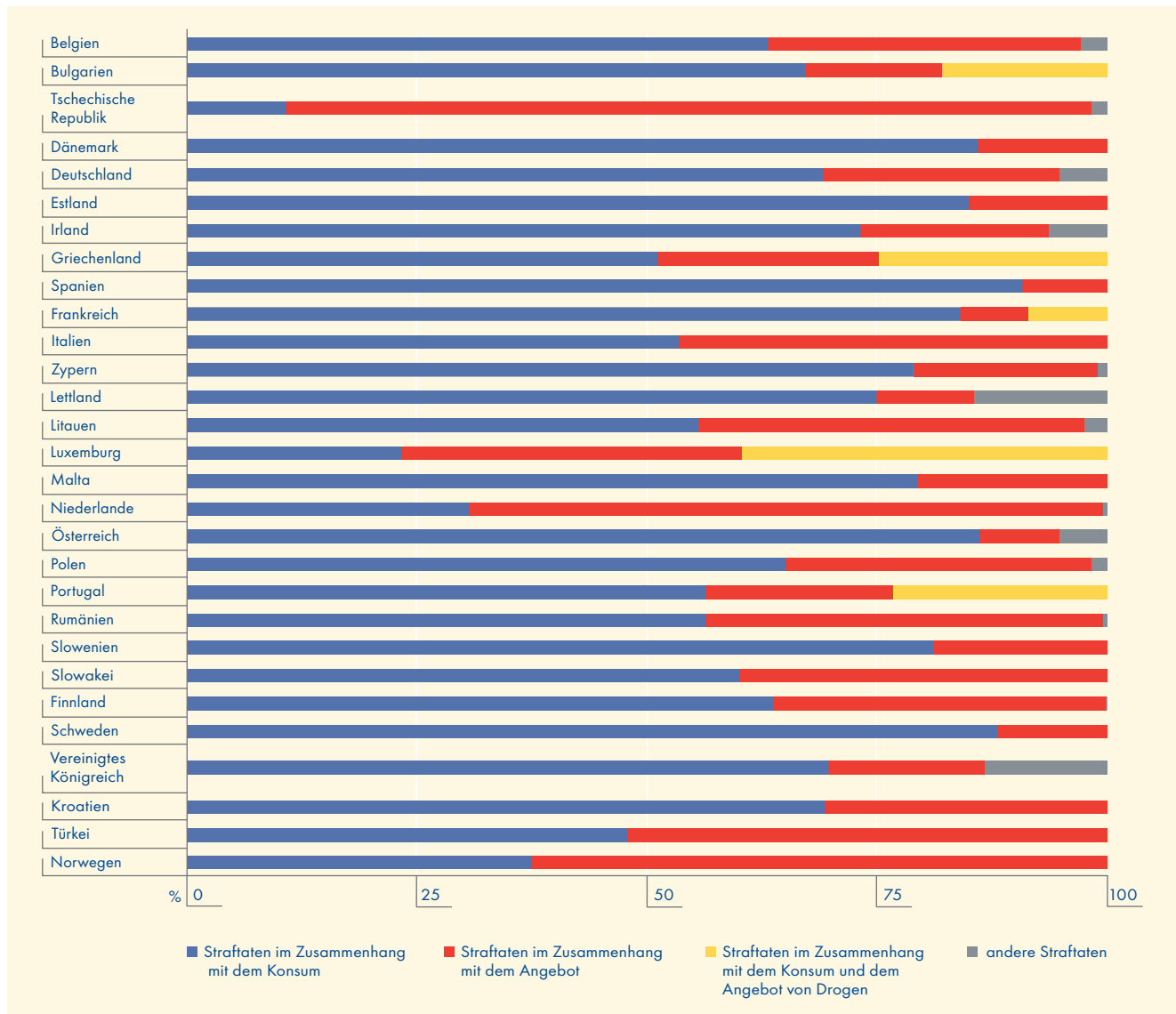
⁽³¹⁾ Siehe Tabelle DLO-3 im Statistical Bulletin 2009.

⁽³²⁾ Siehe Abbildung DLO-3 und Tabelle DLO-6 im Statistical Bulletin 2009.

⁽³³⁾ Siehe Abbildung DLO-3 und Tabelle DLO-8 im Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁴⁾ Siehe Abbildung DLO-3 und Tabelle DLO-7 im Statistical Bulletin 2009.

Abbildung 2: In den Berichten über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung in Europa gemeldete Straftatbestände



Anmerkung: Weitere Informationen sind Abbildung DLO-2 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.
 Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Amphetaminen war mit einer Zunahme von schätzungsweise 59 % zwischen 2002 und 2007 weiterhin insgesamt ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. Dagegen ging die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Ecstasy im selben Zeitraum um schätzungsweise 22 % zurück ⁽³⁵⁾.

Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung in Haftanstalten

Zu einem bestimmten Stichtag verbüßten in der Europäischen Union mehr als 600 000 Menschen eine Haftstrafe ⁽³⁶⁾. Dies entspricht einer durchschnittlichen

Inhaftierungsrate von etwa 120 Haftinsassen je 100 000 Einwohner. Die nationalen Inhaftierungsraten liegen zwischen 65 und 320 Haftinsassen je 100 000 Einwohner, wobei die meisten mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten überdurchschnittlich hohe Raten melden. Jedoch liegen sowohl die nationalen Raten als auch der EU-Durchschnitt erheblich unter den aus Russland (629) und den USA (756) gemeldeten Raten ⁽³⁷⁾.

In den meisten EU-Mitgliedstaaten liegt der Anteil der wegen Drogendelikten verurteilten Straftäter an den Haftinsassen zwischen 10 % und 30 %. Der Anteil der

⁽³⁵⁾ Siehe Abbildung DLO-3 im Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁶⁾ Daten über Haftanstalten in Europa sind verfügbar beim Europarat unter http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_/List_Space_.asp.

⁽³⁷⁾ Die Zahlen für Russland und die Vereinigten Staaten von Amerika sind der Website <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> entnommen.

übrigen Haftinsassen, die wegen Eigentumsdelikten zur Suchtbefriedigung oder aufgrund anderer Straftaten im Zusammenhang mit Drogen verurteilt wurden, ist nicht bekannt. Ungeachtet der niedrigen Gesamtzahlen ist der Anteil der wegen Drogendelikten verurteilten Straftäter an den Haftinsassen in den letzten Jahren in mehreren mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten gestiegen.

Drogenkonsum unter Haftinsassen

Zwar belegen die vorliegenden Studien, dass die Prävalenz des Drogenkonsums unter Haftinsassen nach wie vor höher ist als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch herrscht noch immer ein Mangel an standardisierten Definitionen, Fragestellungen für die Forschung und Methoden für Studien über den Drogenkonsum in Haftanstalten (Vandam, 2009; Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, 2008a). Die Daten aus mehreren Studien, die seit dem Jahr 2002 vor allem in Westeuropa durchgeführt wurden, belegen, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte der Befragten angab, vor der Inhaftierung regelmäßig eine illegale Droge konsumiert zu haben. Darüber hinaus weisen Studien darauf hin, dass die schädlichsten Formen des Drogenkonsums unter Haftinsassen womöglich besonders stark verbreitet sind und ein Fünftel bis ein Drittel der Befragten angibt, mindestens einmal Drogen injiziert zu haben ⁽³⁸⁾.

Die Mehrheit der Drogenkonsumenten 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 sowohl von Gefängnisexperten als auch von politischen Entscheidungsträgern in Europa anerkannt. Den seit 2002 durchgeführten Studien zufolge geben zwischen 1 % und 50 % der Haftinsassen an, in der Haftanstalt Drogen konsumiert zu haben, wobei bis zu 27 % der Insassen während der Haftzeit regelmäßig Drogen konsumiert haben ⁽³⁹⁾. Im Rahmen einer Studie unter 1 457 Haftinsassen in sechs deutschen Haftanstalten wurde festgestellt, dass 22 % der Befragten in der Haftanstalt Drogen injiziert hatten, während bei Studien in vier anderen Ländern Raten von 10 % oder mehr ermittelt wurden ⁽⁴⁰⁾. Offenbar nutzen injizierende Drogenkonsumenten in Haftanstalten ihre Spritzbestecke häufiger gemeinsam als andere Drogenkonsumenten. Dies wirft Fragen im Zusammenhang mit einer möglichen Ausbreitung von Infektionskrankheiten unter Haftinsassen auf.

Gesundheit von Haftinsassen in Europa

Haftinsassen haben das Recht auf eine ebenso gute medizinische Versorgung wie die Allgemeinbevölkerung. 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; WHO, 2007). Dieser allgemeine Gleichheitsgrundsatz wurde mit der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 über die Prävention und Verringerung von Gesundheitsschäden in Verbindung mit Drogenabhängigkeit ⁽⁴¹⁾ in der Europäischen Union anerkannt, und seine Umsetzung wird im neuen EU-Drogenaktionsplan (2009-2012) eingefordert.

Der Erbringung von Gesundheitsdiensten für Haftinsassen wird inzwischen von politischen Entscheidungsträgern mehr Aufmerksamkeit gezollt, und es gibt Anzeichen dafür, dass die EU-Mitgliedstaaten die Leistungen für Haftinsassen verbessern. Beispielsweise berichten mehrere Länder über nationale politische Strategien und Programme für die Gesundheit in Haftanstalten. Dennoch besteht weiterhin großer Handlungsbedarf, um sicherzustellen, dass Haftinsassen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung haben, die in Niveau und Qualität den außerhalb der Haftanstalten angebotenen Gesundheitsleistungen entspricht. Darüber hinaus müssen sich Haftanstalten den Herausforderungen stellen, die mit dem Bedarf von Drogenkonsumenten an spezifischen Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten und psychiatrischer Komorbidität einhergehen.

Unterstützung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten

In europäischen Ländern werden für Haftinsassen unter anderem die folgenden Leistungen angeboten: Informationen über Drogen und Gesundheit, Screenings und Impfungen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten, Drogentherapien einschließlich Entgiftung, Substitutionsbehandlung und drogenfreien Konzepten sowie Vorbereitung auf die Entlassung. Beispiele für die fortgesetzte Ausweitung der Leistungen für Haftinsassen sind unter anderem die Einführung von Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten in der Tschechischen Republik, Polen und Schweden, ein drogenfreies Behandlungsprogramm in Zypern und die Erweiterung der dänischen „Behandlungsgarantie“ (für den Zugang zu einer Drogenbehandlung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung) auf Haftanstalten.

⁽³⁸⁾ Siehe Tabellen DUP-105 und DUP-2 im Statistical Bulletin 2009.

⁽³⁹⁾ Siehe Tabelle DUP-3 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁴⁰⁾ Siehe Tabelle DUP-4 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁴¹⁾ ABl. L 165 vom 3.7.2003, S. 31.

Die Fortsetzung von Substitutionsbehandlungen nach einer Inhaftierung ist in 26 Ländern nach Maßgabe offizieller Vorschriften gestattet, findet jedoch in fünf dieser Länder keine Anwendung. Die Aufnahme einer solchen Behandlung in Haftanstalten ist in 21 Ländern zulässig. Nach Einschätzung der Sachverständigen bestehen jedoch Unterschiede hinsichtlich der Erbringung dieser Leistungen. Substitutionsbehandlungen sind in neun Ländern in fast allen und in weiteren vier Ländern in mehr als der Hälfte der Haftanstalten verfügbar. In der Tschechischen Republik, Frankreich und Deutschland sowie im Vereinigten Königreich geht man davon aus, dass in weniger als der Hälfte der Haftanstalten Substitutionsbehandlungen angeboten werden, während sie in Ungarn, Polen, Finnland und Schweden nur in einigen wenigen Haftanstalten verfügbar sind. In neun Ländern (Bulgarien, Estland, Griechenland, Zypern, Litauen, Lettland, Slowakei, Rumänien, Türkei) schließlich wird diese Therapieform in Haftanstalten grundsätzlich nicht angeboten, obwohl in Bulgarien und Rumänien derzeit Vorbereitungen für ihre Einführung getroffen werden und in Lettland entsprechende Gesetzesänderungen im Gespräch sind.

Werden in einem Land insgesamt nur in begrenztem Maße Substitutionsbehandlungen angeboten, so spiegelt sich dies in der Regel darin wider, dass diese Behandlungsform auch in Haftanstalten nicht oder nur in sehr begrenztem Maße durchgeführt wird ⁽⁴²⁾. Als weitere Hindernisse für den Zugang zu Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten nennen die Mitgliedstaaten unter anderem einen fehlenden Rechtsrahmen für die Einführung dieser Therapieform (Finnland) und die Tatsache, dass diese Behandlung kostenpflichtig ist (Französische Gemeinschaft Belgiens). Darüber hinaus ist die Durchführung von Substitutionsbehandlungen häufig von den Gegebenheiten vor Ort und zuweilen von der Initiative des betreffenden Gefängnisarztes abhängig.

Sachverständigenschätzungen über die Verfügbarkeit und das Angebot anderer Maßnahmen zur Prävention und Schadensminimierung in Haftanstalten liegen für 26 EU-Länder, Norwegen und die Türkei vor. In 26 Ländern werden den Berichten zufolge in Haftanstalten individuelle Beratungen über Infektionskrankheiten und Bewertungen des mit dem Drogenkonsum verbundenen Risikoverhaltens angeboten. In 22 Ländern werden bei Haftantritt Tests auf Hepatitis C durchgeführt, jedoch nicht in Ungarn, Polen und der Türkei. In Ungarn wurden allerdings in den ersten neun Monaten einer Kampagne, die 2007 begann und noch nicht abgeschlossen ist, mehr als 14 % aller Haftinsassen auf den Hepatitis-C-Virus getestet. Zu den weiteren Maßnahmen zählen gezielte Hepatitis-B-Impfprogramme in Haftanstalten, drogenspezifische Schulungen zur Gesundheitsförderung für das Personal von Haftanstalten sowie Beratung und Schulungen zum sicheren Konsum. Alle diese Maßnahmen werden den Berichten zufolge in 13 Ländern angeboten, wenn auch mit unterschiedlichem Erfassungsgrad.

Ähnlich verbreitet ist ferner das Angebot von Maßnahmen zur Prävention von Überdosierungen. Zwar werden in 18 Ländern Beratungen über das Risiko von Überdosierungen vor der Haftentlassung angeboten, jedoch geht man davon aus, dass in den vergangenen zwölf Monaten in lediglich acht Ländern mehr als nur einige wenige Haftinsassen eine solche Beratung erhalten haben. In gerade einmal sieben Ländern ist speziell auf Haftanstalten zugeschnittenes Informationsmaterial über drogenbedingte Todesfälle und Nofälle verfügbar ⁽⁴³⁾.

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme werden den Berichten zufolge in Haftanstalten in Deutschland, Spanien, Luxemburg, Portugal und Rumänien angeboten und sind im Vereinigten Königreich (Schottland) geplant. Als Hindernisse für eine erfolgreiche Einführung von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in Haftanstalten wurden unter anderem der Widerstand des Gefängnispersonals und mangelndes Vertrauen genannt.

⁽⁴²⁾ Siehe Abbildung HSR-2 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁴³⁾ Siehe Tabelle HSR-7 im Statistical Bulletin 2009.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 3 Cannabis

Einleitung

In den letzten zehn Jahren hat sich die Situation im Hinblick auf den Cannabiskonsum in Europa erheblich geändert und mit ihr auch die Debatte über die möglichen angemessenen Reaktionen auf den weit verbreiteten Konsum dieser Droge. Anfang bis Mitte der 90er Jahre wiesen nur wenige Länder eine hohe Prävalenz auf, während im übrigen Europa die Konsumraten in der Regel weit unter den heutigen Werten lagen. In den meisten Ländern ist der Cannabiskonsum im Laufe der 90er Jahre und nach der Jahrtausendwende gestiegen. Dadurch gestaltet sich die Situation in Europa derzeit homogener als in der Vergangenheit, obwohl nach wie vor erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bestehen. Darüber hinaus hat in den letzten Jahren das Bewusstsein für die Auswirkungen des langfristigen und weit verbreiteten Konsums dieser Droge zugenommen, und auch die Zahl der gemeldeten Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen ist gestiegen. Möglicherweise tritt Europa nun in eine neue Phase ein, da die Daten sowohl aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung als auch aus Schulumfragen auf eine Stabilisierung oder sogar einen Rückgang des Cannabiskonsums hindeuten.

Die Konsumraten bewegen sich jedoch noch immer auf historisch hohem Niveau, und eine der zentralen Fragen in der Drogendebatte in Europa lautet nach wie vor, wie dem Cannabiskonsum wirksam begegnet werden kann.

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Cannabis kann in den unterschiedlichsten Umgebungen angebaut werden und wächst in vielen Teilen der Welt wild. Derzeit geht man davon aus, dass die Pflanze in 172 Ländern und Gebieten angebaut wird (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Aufgrund dessen ist es sehr schwierig, präzise Schätzungen der weltweiten Produktion vorzunehmen. Schätzungen des UNODC (2009) zufolge belief sich die weltweite Herstellung von Cannabiskraut im Jahr 2008 auf 13 300 bis 66 100 Tonnen.

Der Cannabisanbau ist in Europa weit verbreitet und nimmt möglicherweise weiter zu (Korf, 2008). Im Jahr 2007 berichteten 19 europäische Länder über den Anbau von Cannabis im eigenen Land, wobei allerdings hinsichtlich des Umfangs erhebliche Unterschiede

Tabelle 2: Herstellung, Sicherstellungen, Preis und Stärke von Cannabisharz und Cannabiskraut

	Cannabisharz	Cannabiskraut
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	2 200-9 900	13 300-66 100
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	1 300	5 600
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen)		
EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	853 (859)	70 (96)
Zahl der Sicherstellungen		
EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)		
Spanne (Interquartilspanne) ⁽¹⁾	3-11 (5-9)	1-12 (4-9)
Spanne der durchschnittlichen Stärke (THC-Gehalt)	2-13 %	1-10 %
<small>(¹)</small>	<small>Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise.</small>	
<small>Anmerkung:</small>	<small>Alle Daten für 2007. Lediglich die Schätzungen zur weltweiten Herstellung betreffen das Jahr 2008.</small>	
<small>Quellen:</small>	<small>Siehe UNODC World drug report [Weltdrogenbericht des UNODC] (2009) für weltweite Daten und Nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.</small>	

⁽⁴⁴⁾ Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen siehe S. 44.

zwischen den Ländern bestehen dürften. Ein erheblicher Anteil des in Europa konsumierten Cannabis stammt jedoch wahrscheinlich aus dem regionalen Handel.

Darüber hinaus wird Cannabiskraut auch aus anderen Teilen der Welt nach Europa eingeführt, unter anderem aus Afrika (z. B. Nigeria, Marokko, Ghana, Südafrika) und weniger häufig aus Südwestasien (Pakistan) sowie aus Nord-, Mittel- und Südamerika (Jamaika) (INCB, 2009a).

Die weltweite Herstellung von Cannabisharz belief sich im Jahr 2008 auf schätzungsweise 2 200 bis 9 900 Tonnen (UNODC, 2009), wobei die größte Menge Cannabisharz nach wie vor in Marokko produziert wird. Die Anbaufläche für die Herstellung von Cannabisharz ist den Berichten zufolge in Marokko von 134 000 Hektar im Jahr 2003 auf 76 400 Hektar im Jahr 2005 zurückgegangen (UNODC und Regierung Marokkos, 2007). Darüber hinaus wird auch in anderen Ländern Cannabisharz hergestellt, darunter in Afghanistan und Pakistan (UNODC, 2009). Das in Marokko hergestellte Cannabisharz wird in der Regel über die Iberische Halbinsel und die Niederlande nach Europa geschmuggelt und anschließend in andere europäische Länder weitervertrieben.

Sicherstellungen

Im Jahr 2007 wurden weltweit schätzungsweise 5 600 Tonnen Cannabiskraut und 1 300 Tonnen Cannabisharz sichergestellt. Dies entspricht einer Zunahme gegenüber dem Vorjahr um etwa 10 %. In Nordamerika wurden nach wie vor die größten Mengen Cannabiskraut beschlagnahmt (66 %), während sich die Sicherstellungen von Cannabisharz weiterhin auf West- und Mitteleuropa (66 %) konzentrierten (UNODC, 2009).

Im Jahr 2007 wurden in Europa bei schätzungsweise 241 000 Sicherstellungen 96 Tonnen Cannabiskraut beschlagnahmt⁽⁴⁵⁾. Die Zahl der Sicherstellungen hat sich zwischen 2002 und 2007 mehr als verdoppelt. Die beschlagnahmten Mengen Cannabiskraut gingen in den ersten zwei Jahren dieses Zeitraums um die Hälfte zurück und stiegen anschließend wieder an, wobei sie jedoch deutlich unter den im Jahr 2002 beschlagnahmten 130 Tonnen blieben. Die meisten Sicherstellungen von Cannabiskraut wurden aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, auf das etwa die Hälfte aller in den Jahren 2005 und 2006 vorgenommenen Sicherstellungen entfiel. Die Türkei (25,5 Tonnen) und Belgien (12,8 Tonnen) meldeten für 2007 Sicherstellungen in Rekordhöhe.

Sowohl die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz als auch die beschlagnahmten Mengen sind in Europa höher als im Falle des Cannabiskrauts⁽⁴⁶⁾. Im Jahr 2007 wurden bei etwa 325 000 Sicherstellungen 859 Tonnen Cannabisharz beschlagnahmt. Damit beläuft sich die beschlagnahmte Menge Cannabisharz nahezu auf das

Angebot und Verfügbarkeit von Drogen: Daten und Datenquellen

Systematische Routineinformationen zur Beschreibung der illegalen Drogenmärkte und des Drogenhandels sind nach wie vor nur in begrenztem Maße verfügbar. Die Schätzungen zur Herstellung von Heroin, Kokain und Cannabis werden aus Anbauschätzungen gewonnen, die wiederum auf Feldarbeit (Stichprobennahme vor Ort) und Luft- oder Satellitenüberwachung beruhen. Diese Schätzungen sind mit einigen erheblichen Einschränkungen verbunden, beispielsweise im Zusammenhang mit schwankenden Erntedaten oder der Schwierigkeit, Kulturen 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 ein eher indirekter Indikator für die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden (z. B. Prioritäten, 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. Solche Daten sind jedoch zuweilen nur begrenzt verfügbar, und ihre Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit sind unter Umständen fraglich. Ergänzend können außerdem Erkenntnisse der Strafverfolgungsbehörden herangezogen werden.

Die EBDD erhebt nationale Daten über Sicherstellungen, Reinheit und Verkaufspreise von Drogen in Europa. Weitere Daten über das Drogenangebot stammen 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, das an internationalen Maßnahmen zur Prävention der Abzweigung chemischer Grundstoffe zur Herstellung illegaler Drogen beteiligt ist.

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

⁽⁴⁵⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Cannabis in Europa sind den Tabellen SZR-1 bis SZR-6 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

⁽⁴⁶⁾ Aufgrund der höheren Liefermengen, der längeren Transportwege und der Notwendigkeit, internationale Grenzen zu passieren, könnte bei Cannabisharz das Risiko einer Sicherstellung höher sein als bei im Land hergestelltem Cannabiskraut.

Neunfache des sichergestellten Cannabiskrauts. Zwischen 2002 und 2007 stieg die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz an, während die Höhe der sichergestellten Mengen in diesem Zeitraum schwankte. Knapp über die Hälfte aller Sicherstellungen von Cannabisharz und etwa drei Viertel der im Jahr 2007 beschlagnahmten Gesamtmenge wurden aus Spanien gemeldet, während in Belgien (59 Tonnen), Portugal (43 Tonnen) und der Türkei (6 Tonnen) Rekordmengen Cannabisharz sichergestellt wurden.

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabispflanzen ist seit 2002 kontinuierlich gestiegen, und im Jahr 2007 wurden schätzungsweise 15 000 Sicherstellungen getätigt. Die Länder melden die beschlagnahmten Mengen entweder als Zahl der Pflanzen oder anhand einer Schätzung des Gewichts. Die Zahl der beschlagnahmten Pflanzen stieg von etwa 1,5 Millionen im Jahr 2002 auf 2,4 Millionen an und blieb in den beiden letzten Jahren relativ stabil. Das Gewicht der beschlagnahmten Pflanzen ist in diesem Zeitraum deutlich gestiegen und erreichte im Jahr 2007 27 Tonnen, von denen 25 Tonnen aus Spanien gemeldet wurden.

Stärke und Preis

Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC), dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis. Sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder wurden Unterschiede hinsichtlich der Stärke der verschiedenen Cannabisprodukte verzeichnet. Die Daten über die Stärke von Cannabis basieren in der Regel auf gerichtsmedizinischen Analysen 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 2007 meldeten die Berichtsländer durchschnittlich einen THC-Gehalt von Cannabisharz zwischen 2,9 % und 13,3 %. Die durchschnittliche Stärke von Cannabiskraut lag zwischen 1,2 % und 10,2 %. Eine Ausnahme bildete lediglich das in den Niederlanden im Innenanbau hergestellte Sinsemilla („Nederwiet“). In den meisten der 16 europäischen Länder, für die eine entsprechende Analyse vorgenommen werden konnte, blieb die durchschnittliche Stärke von Cannabisharz und Cannabiskraut im Zeitraum 2002 bis 2007 stabil oder ging zurück. In Portugal und Luxemburg wurde indes beim durchschnittlichen THC-Gehalt von Cannabisharz ein Aufwärtstrend verzeichnet. In fünf weiteren Ländern beobachtete man eine zunehmende Stärke von

Cannabiskraut. Angaben zur Stärke des im eigenen Land hergestellten Cannabiskrauts für mehrere Jahre liegen ausschließlich aus den Niederlanden vor, wo die durchschnittliche Stärke von Nederwiet seit dem 2004 verzeichneten Höchstwert von 20,3 % auf 16 % im Jahr 2006 zurückging und 2007 unverändert blieb ⁽⁴⁷⁾.

In den 18 Ländern, die entsprechende Angaben übermittelt haben, lag der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabisharz im Jahr 2007 zwischen 3 EUR und 11 EUR pro Gramm, wobei die Hälfte dieser Länder Preise zwischen 5 EUR und 9 EUR meldete. In den 17 Ländern, aus denen Angaben hierzu vorliegen, bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabiskraut zwischen 1 EUR und 12 EUR pro Gramm, wobei etwa die Hälfte dieser Länder Preise zwischen 4 EUR und 9 EUR meldete. In den elf Ländern, die Daten für den Zeitraum 2002 bis 2007 vorgelegt haben, sind die durchschnittlichen inflationsbereinigten Verkaufspreise für Cannabisharz in diesem Zeitraum gefallen. Die Preise für Cannabiskraut sind den verfügbaren Daten zufolge in diesem Zeitraum eher stabil geblieben.

Prävalenz und Konsummuster

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Nach vorsichtigen Schätzungen haben etwa 74 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 3 zu entnehmen). Die Angaben der einzelnen Länder zur Lebenszeitprävalenz variieren zwischen 1,5 % und 38,6 %. Innerhalb dieser erheblichen Spanne melden jedoch die meisten Länder Prävalenzschätzungen zwischen 10 % und 30 %.

Viele Länder berichten über relativ hohe 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzraten des Cannabiskonsums. Schätzungen zufolge haben etwa 22,5 Millionen Europäer in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, das entspricht durchschnittlich 6,8 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. In den Schätzungen der 30-Tage-Prävalenz werden jene Konsumenten erfasst, die Cannabis regelmäßig, wenn auch nicht unbedingt intensiv konsumieren. 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.

⁽⁴⁷⁾ Daten über Stärke und Preis sind den Tabellen PPP-1 und PPP-5 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Tabelle 3: Prävalenz des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten			
Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate	Letzte 30 Tage
15 bis 64 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	74 Millionen	22,5 Millionen	12 Millionen
Europäischer Durchschnitt	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Spanne	1,5-38,6 %	0,4-14,6 %	0,1-7,2 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarien (5,6 %) Zypern (6,6 %)	Rumänien (0,4 %) Malta (0,8 %) Griechenland (1,7 %) Bulgarien (1,9 %)	Rumänien (0,1 %) Malta (0,5 %) Schweden (0,6 %) Litauen (0,7 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (38,6 %) Italien (31,2 %) Frankreich (30,6 %) Vereinigtes Königreich (30,0 %)	Italien (14,6 %) Spanien (10,1 %) Tschechische Republik (9,3 %) Frankreich (8,6 %)	Italien (7,2 %) Spanien (7,1 %) Frankreich, Tschechische Republik (4,8 %)
15 bis 34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	41,5 Millionen	17 Millionen	9 Millionen
Europäischer Durchschnitt	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Spanne	2,9-48,0 %	0,9-20,9 %	0,3-13,4 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (2,9 %) Malta (4,8 %) Zypern (9,9 %) Griechenland (10,8 %)	Rumänien (0,9 %) Malta (1,9 %) Griechenland (3,2 %) Zypern (3,4 %)	Rumänien (0,3 %) Schweden (1,3 %) Griechenland, Litauen (1,5 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (48,0 %) Frankreich (43,6 %) Vereinigtes Königreich (40,1 %) Tschechische Republik (38,3 %)	Italien (20,9 %) Tschechische Republik (19,3 %) Spanien (18,8 %) Frankreich (16,7 %)	Spanien (13,4 %) Italien (10,4 %) Tschechische Republik, Frankreich (9,8 %)
15 bis 24 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	19 Millionen	10 Millionen	5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Spanne	3,7-43,9 %	1,5-28,2 %	0,5-16,9 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (3,7 %) Malta (4,9 %) Zypern (6,9 %) Griechenland (9,0 %)	Rumänien (1,5 %) Griechenland, Zypern (3,6 %) Schweden (6,0 %) Portugal (6,6 %)	Rumänien (0,5 %) Griechenland (1,2 %) Schweden (1,6 %) Zypern, Litauen (2,0 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (43,9 %) Frankreich (42,0 %) Dänemark (41,1 %) Deutschland (39,0 %)	Tschechische Republik (28,2 %) Spanien (24,1 %) Italien (22,6 %) Frankreich (21,7 %)	Spanien (16,9 %) Tschechische Republik (15,4 %) Frankreich (12,7 %) Italien (11,5 %)
<p>Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008 (vor allem 2004 bis 2008) und können daher keinem bestimmten Jahr zugeordnet werden. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (334 Millionen), 15 bis 34 Jahre (133 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (63 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2009 verfügbar.</p>			

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

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

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 2004 und 2007 durchgeführt wurden.

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 und legt den Schwerpunkt auf den Konsum in den letzten zwölf Monaten und in den letzten 30 Tagen (1). Für Schüler wurden für die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz 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 15- bis 16-jährigen Schülern zu ermitteln. ESPAD-Umfragen wurden in den Jahren 1995, 1999, 2003 und 2007 durchgeführt. Im Jahr 2007 wurden Daten in 35 Ländern erhoben, darunter 25 EU-Mitgliedstaaten, Norwegen und Kroatien (2).

(1) Weitere Informationen sind der Website <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview> zu entnehmen.

(2) Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der ESPAD-Erhebung 2007 ist verfügbar unter (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Der vollständige Bericht steht online auf der ESPAD-Website zur Verfügung (<http://www.espad.org>).

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 Länder mit Ausnahme Portugals (48).

Daten aus Erhebungen in der Bevölkerung zeigen, dass durchschnittlich 31,1 % der jungen europäischen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) mindestens einmal Cannabis probiert haben, während 12,5 % in den letzten zwölf Monaten und 6,8 % 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 (15,9 %) oder im Laufe der letzten 30 Tage (8,3 %) Cannabis konsumiert haben, noch höher. Zwischen den Prävalenzschätzungen des Cannabiskonsums der einzelnen Länder bestehen erhebliche Unterschiede im Hinblick auf alle Prävalenzzeiträume, wobei die Länder am oberen Ende der Skala bis zu 10 Mal höhere Werte melden als die Länder mit den niedrigsten Prävalenzraten.

Der Cannabiskonsum ist bei Männern in der Regel höher als bei Frauen (siehe EBDD, 2006a), wobei jedoch diesbezüglich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festzustellen sind. Beispielsweise reicht bei der 12-Monats-Prävalenz das Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 6,4:1 in Portugal bis hin zu 1,4:1 in Österreich.

Cannabiskonsum unter Schülern

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) (49) 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 Norwegen und Kroatien durchgeführt. Einige Länder (z. B. Spanien, Schweden und das Vereinigte Königreich) führen eigene nationale Schulumfragen durch. Die dabei erhobenen Daten, einschließlich der Daten über den Cannabiskonsum, sind mit den im Rahmen der ESPAD-Umfragen und der WHO-Gemeinschaftsstudie *Health behaviour in school-aged children* [Gesundheitsverhalten

(48) Siehe Abbildung GPS-1 im Statistical Bulletin 2009.

(49) Siehe Kasten über demografische Erhebungen auf dieser Seite.

von Schülerinnen und Schülern] (HBSC) erhobenen Daten vergleichbar.

Den Daten der ESPAD-Umfrage aus dem Jahr 2007 zufolge wurde die höchste Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in der Tschechischen Republik (45 %) festgestellt⁽⁵⁰⁾, während Estland, Frankreich, die Niederlande, die Slowakei und das Vereinigte Königreich Prävalenzraten zwischen 26 % und 32 % melden. 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 zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums nur geringe Unterschiede.

Die europaweit höchste 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern wurde in Spanien (20 %) und der Tschechischen Republik (18 %) verzeichnet⁽⁵¹⁾.

Internationale Vergleiche

Die europäischen Zahlen können mit Daten aus anderen Teilen der Welt verglichen werden. In den Vereinigten Staaten beispielsweise belegen die Ergebnisse der *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale

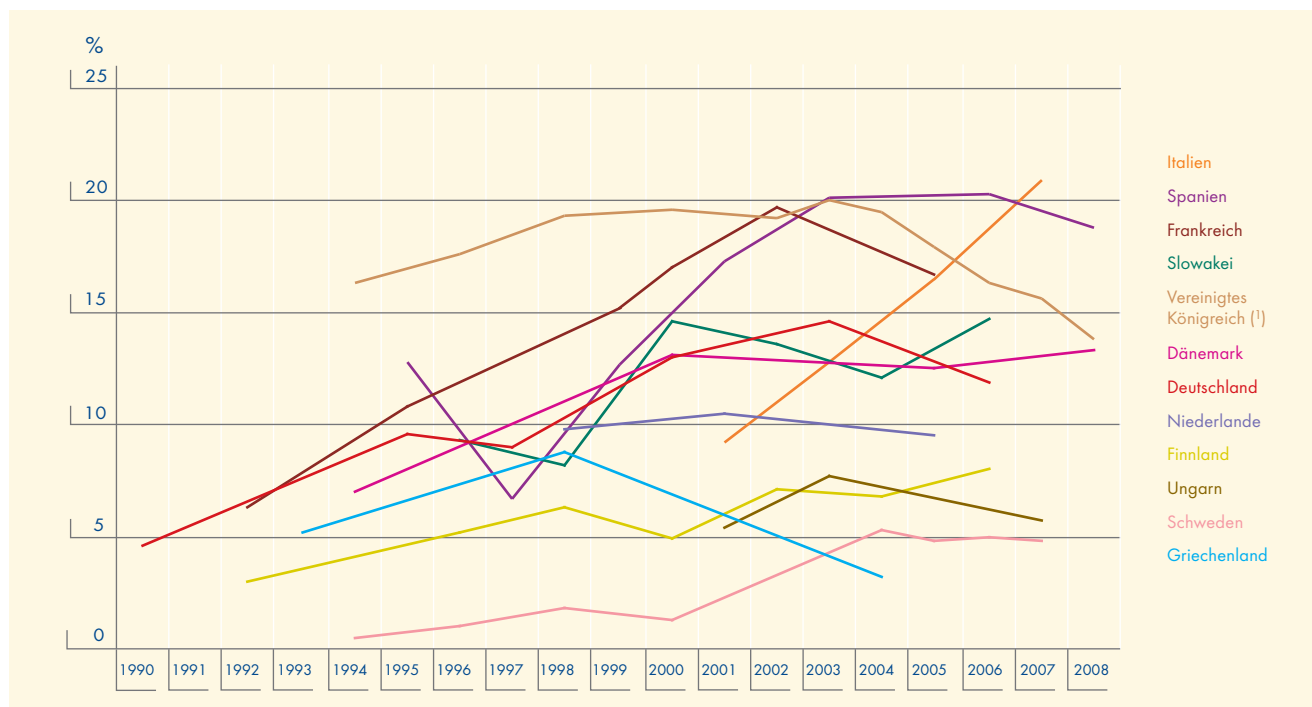
Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit] (Samhsa, 2005) eine Lebenszeitprävalenz von schätzungsweise 49 % unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre, von der EBDD neu berechnet) und eine 12-Monats-Prävalenz von 21 %. Für dieselbe Altersgruppe betrug in Kanada (2004) die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 58 % und die 12-Monats-Prävalenz 28 %, während die entsprechenden Werte in Australien (2007) bei 47 % bzw. 16 % lagen. Alle diese Angaben liegen über den entsprechenden europäischen Durchschnittswerten von 31,1 % bzw. 12,5 %.

Für den Cannabiskonsum unter Schülern melden ausschließlich Spanien und die Tschechische Republik ähnlich hohe Lebenszeitprävalenzraten wie die Vereinigten Staaten und Australien.

Tendenzen beim Cannabiskonsum

Die der EBDD übermittelten nationalen Erhebungsdaten zeigen, dass der Cannabiskonsum in fast allen EU-Ländern während der 90er Jahre spürbar angestiegen ist, insbesondere unter jungen Leuten (Abbildung 3) und Schülern. Zur Jahrhundertwende waren in den meisten europäischen Ländern erhebliche Anteile der jungen Bevölkerung ehemalige oder aktuelle Cannabiskonsumenten. Dies wird durch die Tatsache

Abbildung 3: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



(1) England und Wales.

Anmerkung: Weitere Informationen sind Abbildung GPS-4 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2008), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

(50) Siehe Abbildung EYE-1 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

(51) Siehe Abbildung EYE-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2009.

belegt, dass zwischen 1998 und 2003 die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter den 15- bis 34-Jährigen in sieben Ländern auf etwa 30 % und in weiteren zwei Ländern auf über 40 % stieg. Die entsprechenden Raten für die 12-Monats-Prävalenz in dieser Altersgruppe beliefen sich in sieben Ländern auf 15 % bis 20 %, während die 30-Tage-Prävalenz in sechs Ländern zwischen 8 % und 15 % lag.

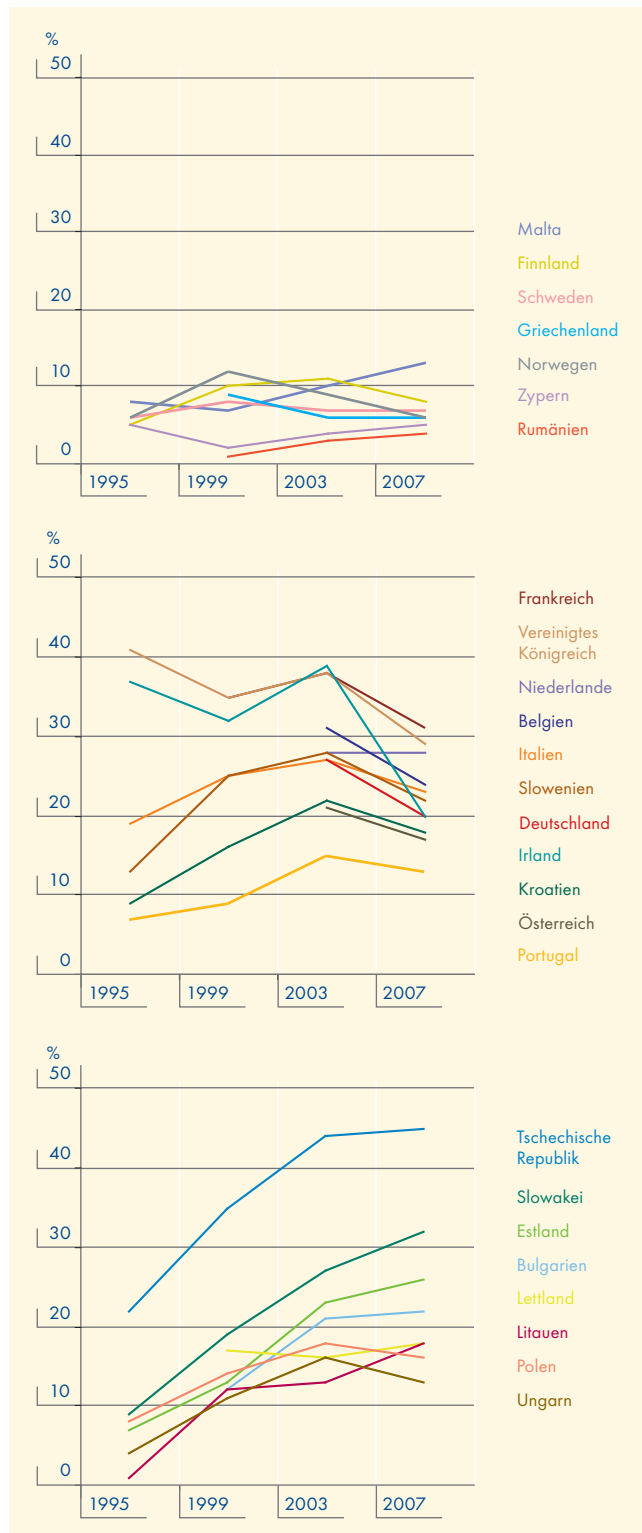
Besonders bemerkenswert ist die Entwicklung des Cannabiskonsums im Vereinigten Königreich. Anfang und Mitte der 90er Jahre fiel dieses Land durch die höchsten Prävalenzraten in Europa auf. Diese Situation hat sich nach und nach geändert, da die Raten in den anderen Ländern stiegen. Darüber hinaus ist der Cannabiskonsum im Vereinigten Königreich seit etwa 2003 kontinuierlich rückläufig, insbesondere in der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen ⁽⁵²⁾, was auf eine Verschiebung zwischen den Generationen schließen lässt. In anderen Ländern ist derzeit den Daten sowohl aus den Schulumfragen als auch aus einigen Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung eine sinkende Tendenz oder Stabilisierung zu entnehmen. Von den elf Ländern, für die der Trend zwischen 2002 und 2007 analysiert werden kann, ist in vier Ländern ein Rückgang der 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen um mindestens 15 % des Ausgangswerts und in weiteren vier Ländern eine Stabilisierung festzustellen ⁽⁵³⁾. In drei Ländern sind die Prävalenzraten um mindestens 15 % gestiegen, wobei jedoch diese zunehmende Tendenz durch andere Daten infrage gestellt wird.

Tendenzen unter Schülern

Ebenso wie bei den Erwachsenen wurde in einer Reihe von europäischen Ländern zwischen 1995 und 2003 auch unter Schülern ein zunehmender Cannabiskonsum beobachtet, der sich jedoch vor Kurzem stabilisierte oder zurückging. Nur zwei der von der EBDD beobachteten Länder, die im Jahr 2007 an den ESPAD-Schulumfragen teilgenommen haben (Litauen, Slowakei), berichten über eine Zunahme des Lebenszeitkonsums von Cannabis seit 2003 um mehr als drei Prozentpunkte, während neun Länder in diesem Zeitraum einen Rückgang in dieser Größenordnung zu verzeichnen hatten ⁽⁵⁴⁾. Die Daten aus den in den Vereinigten Staaten und Australien durchgeführten Schulumfragen belegen ebenfalls eine rückläufige Tendenz, die in Australien erstmals im Jahr 1999 zu beobachten war ⁽⁵⁵⁾.

Hinsichtlich der Tendenzen beim Cannabiskonsum unter Schülern im Zeitverlauf wurden in Europa für den Zeitraum

Abbildung 4: Unterschiedliche Muster der Tendenzen bei der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern



Quelle: ESPAD.

⁽⁵²⁾ Siehe Abbildung GPS-10 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁵³⁾ Im Falle fehlender Angaben zu bestimmten Jahren wurden Daten aus dem Vor- oder Folgejahr herangezogen.

⁽⁵⁴⁾ Im Rahmen des Projekts ESPAD gilt ein Anstieg oder Rückgang um mehr als drei Prozentpunkte als Hinweis auf eine Veränderung.

⁽⁵⁵⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil xii) im Statistical Bulletin 2009.

zwischen 1995 und 2007 unterschiedliche Muster ermittelt (Abbildung 4). Sieben vorwiegend nord- und südeuropäische Länder (Griechenland, Zypern, Malta, Rumänien, Finnland, Schweden, Norwegen) meldeten eine insgesamt stabile und niedrige Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums während des gesamten Zeitraums. Die meisten westeuropäischen Länder sowie Kroatien und Slowenien, die bis 2003 eine hohe oder stark zunehmende Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums zu verzeichnen hatten, beobachteten im Jahr 2007 eine rückläufige Entwicklung oder Stabilisierung. Von diesen elf Ländern berichteten neun über einen Rückgang um mehr als drei Prozentpunkte, während die Raten in zwei Ländern unverändert blieben. 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 melden sechs Länder eine stabile Situation, während zwei Länder eine Zunahme um mehr als drei Prozentpunkte zu verzeichnen haben ⁽⁵⁶⁾.

In einigen europäischen Ländern ging die zwischen 1995 und 2003 beobachtete Zunahme des Lebenszeitkonsums von Cannabis unter Schülern mit einem Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums einher. Seit 2003 verzeichnen viele Länder in beiden Fällen eine rückläufige Entwicklung, was auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und Tabak unter Jugendlichen schließen lässt ⁽⁵⁷⁾.

Muster des Cannabiskonsums

Die verfügbaren Daten belegen die unterschiedlichsten Muster des Cannabiskonsums. Von den 15- bis 64-Jährigen, die mindestens einmal Cannabis probiert haben, haben nur 30 % die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert ⁽⁵⁸⁾. Von jenen, die die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben, haben jedoch durchschnittlich 50 % dies auch in den letzten 30 Tagen getan. Jüngste Forschungsarbeiten belegen, dass der wiederholte Konsum dieser Droge selbst bei jüngeren Konsumenten über lange Zeiträume hinweg stabil bleiben kann (Perkonig, 2008).

Schätzungen der Muster des intensiven und langfristigen Konsums stellen im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein wichtiges Thema dar, da diese Formen des Konsums mit negativen Folgen wie Atemwegserkrankungen, schlechten

Leistungen oder Abhängigkeit verbunden sind (Hall und Solowij, 1998). Der tägliche oder fast tägliche Konsum (Konsum an 20 oder mehr Tagen in den vergangenen 30 Tagen) ist derzeit der beste verfügbare vergleichbare Indikator für den intensiven Konsum. Daten über diese Form des Cannabiskonsums in Europa wurden im Zeitraum 2007 bis 2008 im Rahmen eines von der EBDD koordinierten „Feldversuchs“ in Zusammenarbeit mit nationalen Sachverständigen und den Reitox-Knotenpunkten in 13 Ländern erhoben, in denen insgesamt 77 % der erwachsenen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) der EU leben. Auf der Grundlage dieser Daten kann berechnet werden, dass schätzungsweise mehr als 1 % der europäischen Erwachsenen, d. h. etwa 4 Millionen Menschen, täglich oder fast täglich Cannabis konsumieren. Die meisten, d. h. etwa 3 Millionen dieser Cannabiskonsumenden, sind zwischen 15 und 34 Jahre alt und machen etwa 2 % bis 2,5 % aller Europäer in dieser Altersgruppe aus ⁽⁵⁹⁾.

Anhand der wenigen verfügbaren Daten sind die Tendenzen des intensiven Cannabiskonsums schwer einzuschätzen. Von den sieben Ländern, die Daten über die jüngsten Tendenzen vorgelegt haben, meldeten vier (Spanien, Frankreich, Italien, Portugal) eine zunehmende Prävalenz des täglichen Cannabiskonsums, eines eine stabile Situation (Irland) und nur zwei eine rückläufige Entwicklung (Griechenland, Niederlande) ⁽⁶⁰⁾. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Zahl der intensiven Cannabiskonsumenden im Laufe der letzten zehn Jahre möglicherweise in Europa insgesamt gestiegen ist.

Cannabisabhängigkeit wird zunehmend als mögliche Folge eines regelmäßigen Konsums dieser Droge anerkannt, obwohl Schwere und Konsequenzen weniger gravierend erscheinen mögen als jene, die gemeinhin mit anderen psychoaktiven Substanzen (z. B. Heroin oder Kokain) in Verbindung gebracht werden. Aufgrund des relativ höheren Anteils der Bevölkerung, der regelmäßig Cannabis konsumiert, können die Auswirkungen intensiver Formen des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit insgesamt erheblich sein. Insbesondere starke Konsumenten können auch dann Probleme entwickeln, wenn sie nicht die klinischen Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllen.

Studien belegen, dass die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit weniger plötzlich vonstatten geht

⁽⁵⁶⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil xiii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁵⁷⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum polyvalenten Drogenkonsum.

⁽⁵⁸⁾ Siehe Abbildung GPS-2 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁵⁹⁾ Die europäischen Durchschnittswerte sind eine Schätzung auf der Grundlage des (nach der Bevölkerung) gewichteten Durchschnitts der Werte aller Länder, die Daten vorgelegt haben. Für Länder, die keine Daten übermittelt haben, werden die Durchschnittswerte geschätzt. Die Ergebniswerte betragen 1,2 % für alle Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) und 2,3 % für junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre). Siehe Tabelle GPS-7 im Statistical Bulletin 2008.

⁽⁶⁰⁾ Siehe Tabelle GPS-7 im Statistical Bulletin 2009.

als bei anderen Drogen (z. B. Kokain) und möglicherweise nur 10 % der Menschen, die diese Droge mindestens einmal konsumiert haben, jemals eine Abhängigkeit entwickeln (Wagner und Anthony, 2002). Den Daten aus in den Vereinigten Staaten durchgeführten Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zufolge wurde bei etwa 20 % bis 30 % der täglichen Konsumenten eine Abhängigkeit festgestellt⁽⁶¹⁾. Andere Studien legen den Schluss nahe, dass eine Cannabisabhängigkeit im Zeitverlauf relativ stabil bleiben kann (Swift et al., 2000). Dennoch nimmt vermutlich mehr als die Hälfte der abhängigen Cannabiskonsumenden, die ihren Drogenkonsum einstellen, hierfür keine Behandlung in Anspruch (Cunningham, 2000; Ellingstad et al., 2006).

Muster unter Schülern

Die ESPAD-Umfragen aus dem Jahr 2007 belegen auch, dass die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in engem Zusammenhang mit der Wahrnehmung eines geringeren Risikos und einer höheren Verfügbarkeit steht⁽⁶²⁾. Verglichen mit anderen Schülern tendieren Cannabiskonsumenden eher dazu, andere illegale Drogen sowie Alkohol und Tabak zu konsumieren⁽⁶³⁾.

Neue Daten aus den ESPAD-Umfragen lassen darüber hinaus einige Rückschlüsse auf die Muster des intensiveren Cannabiskonsums zu. In zehn europäischen Ländern gaben zwischen 5 % und 12 % der 15- bis 16-jährigen männlichen Schüler an, 40-mal oder häufiger Cannabis konsumiert zu haben. Diese Anteile waren bei den Jungen mindestens doppelt so hoch wie bei den Schülerinnen. Dies steht im Einklang mit anderen Daten, die belegen, dass vor allem unter männlichen Jugendlichen Muster eines intensiven Konsums festzustellen sind. Offenbar besteht ein Zusammenhang zwischen einem frühen Einstieg in den Drogenkonsum und der Entwicklung intensiverer und problematischerer Formen des Drogenkonsums in späteren Jahren. In den meisten der zehn Länder, die beim häufigen Konsum relativ hohe Raten verzeichnen, gaben 5 % bis 9 % der Schüler an, im Alter von 13 Jahren oder früher erstmals Cannabis konsumiert zu haben⁽⁶⁴⁾.

Behandlung

Behandlungsnachfrage

Im Jahr 2007 wurde Cannabis bei etwa 20 % der Behandlungsaufnahmen (73 000 Patienten) als

Kurze Skalen zur Beurteilung des problematischen Cannabiskonsums in Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung

Es gibt Belege dafür, dass eine Beurteilung der Cannabisabhängigkeit, einschließlich der Entzugserscheinungen, in der Allgemeinbevölkerung ebenso zuverlässig vorgenommen werden kann wie anhand von Stichproben aus behandelten Konsumenten (Mennes et al., 2009). Die EBDD entwickelt daher in Zusammenarbeit mit mehreren Ländern Verfahren für die Überwachung der intensiveren und signifikanteren Formen des langjährigen Cannabiskonsums.

In den letzten Jahren wurden unterschiedliche Methoden getestet, um in Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung Schätzungen der Prävalenz intensiver und problematischer Formen des Drogenkonsums, vor allem des Cannabiskonsums, vorzunehmen. Deutsche Sachverständige haben die einschlägige Literatur und die derzeit in diesem Bereich durchgeführten Arbeiten ausgewertet und vier kurze Cannabis-Skalen ermittelt, die in Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung in Europa getestet wurden: die *Severity of Dependence Scale* [Skala zur Bemessung der Schwere der Abhängigkeit] (SDS), der *Problematic Use of Marijuana* [problematischer Marihuanakonsum] (PUM), der *Cannabis Abuse Screening Test* [Screening-Test für den Cannabismissbrauch] (CAST) und der *Cannabis Use Disorders Identification Test* [Test zur Ermittlung von Erkrankungen infolge des Cannabiskonsums] (CUDIT) (Piontek et al., 2008). Diese Skalen umfassen vier bis zehn Punkte, und ihre psychometrischen Eigenschaften (z. B. ihre Fähigkeit, zuverlässig und gemäß dem gewünschten Konzept von Cannabisabhängigkeit oder -problemen zwischen „positiven Fällen“ und „negativen Fällen“ zu differenzieren) wurden im Allgemeinen für sehr gut befunden.

Allerdings bestehen in diesem Bereich nach wie vor einige Schwierigkeiten, da keine Einigkeit darüber herrscht, welches Konstrukt (z. B. Abhängigkeit, Missbrauch, schädlicher Konsum, Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum) bzw. welche Reihe von Konstrukten für die Beurteilung der problematischen Formen des Cannabiskonsums herangezogen werden sollten. Darüber hinaus wird die Schätzung dadurch erschwert, dass die Variablen eines Phänomens mit geringer Prävalenz „falsch positive“ Fälle und damit eine Überschätzung des problematischen Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung hervorbringen können. Abhilfe bei diesen Schwierigkeiten könnten weitere Validierungsstudien schaffen, die gegenwärtig durchgeführt werden oder geplant sind.

Primärdroge genannt. Damit steht Cannabis nach Heroin an zweiter Stelle der am häufigsten konsumierten Drogen. Allerdings bestehen hier erhebliche Unterschiede zwischen

⁽⁶¹⁾ Analyse der Daten aus nationalen demografischen Erhebungen der Vereinigten Staaten für den Zeitraum zwischen 2000 und 2006. NSDUH-Online-Analyse: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, Abfrage am 25. Februar 2008 unter Verwendung der Variablen MJDAY30A und DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil v) und (Teil vi) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶³⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum polyvalenten Drogenkonsum.

⁽⁶⁴⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil iii) und (Teil vii) im Statistical Bulletin 2009.

den einzelnen Ländern: In Bulgarien, Litauen und Slowenien wurde Cannabis von weniger als 5 % und in Dänemark, Frankreich, Ungarn, den Niederlanden und der Türkei von mehr als 30 % der Patienten als Primärdroge angegeben. Diese Abweichungen könnten auf Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz des Cannabiskonsums, des Behandlungsbedarfs, der Erbringung und Organisation der Drogenbehandlung oder der Überweisungspraxis zurückzuführen sein. So verzeichnen Frankreich und Ungarn die größten Anteile von Cannabispatienten, wobei es in Frankreich spezielle Beratungsstellen für junge Drogenkonsumenten gibt und in Ungarn Straftätern bei Drogendelikten im Zusammenhang mit Cannabis eine Drogenbehandlung als Alternative zur Bestrafung angeboten wird. In diesen beiden Ländern spielt das Strafvollzugssystem bei der Überweisung in Behandlungseinrichtungen eine zentrale Rolle, jedoch ist den Berichten der Mitgliedstaaten zu entnehmen, dass sich in Europa insgesamt die meisten Cannabiskonsumenden aus eigenem Antrieb in Behandlung begeben.

Die Patienten, die wegen des Konsums von Cannabis eine Behandlung in ambulanten Einrichtungen beantragen, geben häufig an, auch andere Drogen zu konsumieren. Auf der Grundlage der Datenerhebung in 14 Ländern ist festzustellen, dass 85 % der Cannabispatienten eine weitere Droge konsumieren, vor allem Alkohol (65 %) oder Kokain (13 %), wobei einige Patienten angeben, sowohl Alkohol als auch Kokain zu konsumieren (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Tendenzen bei den neuen Behandlungsnachfragen

In den 19 Ländern, für die Daten verfügbar sind, ist die Zahl der Erstpazienten, die Cannabis als Primärdroge angeben, zwischen 2002 und 2007 von etwa 19 000 auf 34 000 gestiegen. Dies entspricht einer Zunahme des Anteils dieser Patienten an den Erstpazienten insgesamt von 25 % auf 31 % ⁽⁶⁶⁾. Diese Tendenz wurde jedoch offenbar zwischen 2006 und 2007 unterbrochen, da die meisten Länder für diesen Zeitraum einen rückläufigen oder gleichbleibenden Anteil der Cannabispatienten an den Erstpazienten insgesamt melden. Dies könnte mit den jüngsten Tendenzen beim Cannabiskonsum in Zusammenhang stehen, jedoch auch auf Veränderungen bei den Meldeverfahren, eine Vollausslastung der Anbieter der entsprechenden Dienste oder die Inanspruchnahme anderer Dienste (z. B. der medizinischen Grundversorgung oder psychologischer Dienste) zurückzuführen sein.

Patientenprofile

In Europa sind Cannabiskonsumenden, die sich in ambulante Behandlung begeben, vorwiegend junge Männer, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen 5,5:1 beträgt, und durchschnittlich 25 Jahre alt ⁽⁶⁷⁾. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen geben 67 % und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen 78 % der ambulanten Erstpazienten Cannabis als Primärdroge an ⁽⁶⁸⁾.

Insgesamt sind 24 % der ambulanten Patienten, die Cannabis als Primärdroge nennen, Gelegenheitskonsumenten, die vermutlich häufig aus dem Strafvollzugssystem überwiesen werden. 12 % dieser Patienten konsumieren Cannabis einmal wöchentlich oder seltener und 18 % konsumieren die Droge zwei bis sechs Mal wöchentlich. Die problematischste Gruppe bilden die täglichen Cannabiskonsumenden, die 47 % der genannten Patienten ausmachen. Dabei wurden deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festgestellt. In Ungarn, Rumänien und Kroatien sind die meisten Cannabispatienten Gelegenheitskonsumenten, während in Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Malta und den Niederlanden die meisten Cannabispatienten die Droge täglich konsumieren ⁽⁶⁹⁾. Im Rahmen einer unter den Patienten spezialisierter Beratungsstellen durchgeführten französischen Studie wurde festgestellt, dass 63 % der täglichen Cannabiskonsumenden abhängig waren (Obradovic, 2008).

Viele Cannabispatienten gehen noch zur Schule und leben in stabilen Wohnverhältnissen (EBDD, 2008a). In Frankreich hingegen besuchten 34 % der Cannabispatienten eine berufsbildende Schule, gegenüber 6,8 % der Allgemeinbevölkerung (Obradovic, 2008), was auf ein niedrigeres Bildungsniveau hinweist.

Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und psychiatrischer Komorbidität stellt nach wie vor eine ungelöste und komplexe Frage dar (EBDD, 2008a). In Studien wurde jedoch festgestellt, dass für Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Schizophrenie, ein höheres Risiko besteht, einen intensiven Cannabiskonsum zu entwickeln (Henquet et al., 2005). Darüber hinaus gibt es eindeutige Belege dafür, dass Cannabiskonsum im Falle bestehender psychischer Erkrankungen negative Auswirkungen hat (ACMD, 2008). Möglicherweise haben Drogendienste relativ häufig mit Jugendlichen zu tun, die wegen Cannabisproblemen überwiesen wurden und an psychischen Problemen leiden

⁽⁶⁵⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum polyvalenten Drogenkonsum.

⁽⁶⁶⁾ Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-2 und Tabellen TDI-3 (Teil iv) und TDI-5 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-21 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁶⁸⁾ Siehe Tabelle TDI-10 (Teil iv) und (Teil vi) im Statistical Bulletin 2009.

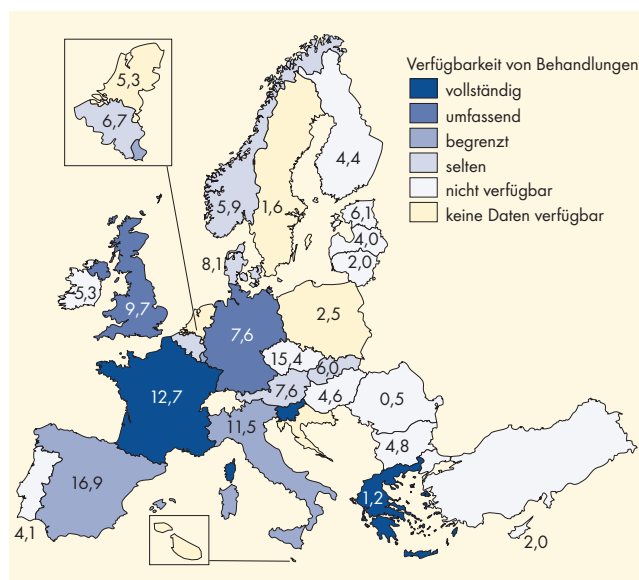
⁽⁶⁹⁾ Siehe Tabellen TDI-18 (Teil i) und TDI-111 (Teil viii) im Statistical Bulletin 2009.

(Schroder et al., 2008). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese Jugendlichen sich nicht bei allgemeinen psychologischen Diensten um eine angemessene Behandlung bemühen oder diese Einrichtungen keine solche Behandlung anbieten (Zachrisson et al., 2006).

Behandlungsangebot

Spezielle Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten können gezielt auf diese Gruppe zugeschnittene Dienste anbieten und zudem das Risiko verringern, dass diese jungen Menschen gemeinsam mit problematischeren und älteren Drogenkonsumenten

Abbildung 5: Verfügbarkeit spezifischer Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums (in Prozent) unter 15- bis 24-Jährigen



Anmerkung: Die Verfügbarkeit ist definiert als der geschätzte Anteil der Cannabiskonsumenten, die eine Behandlung benötigen und erhalten: fast alle (vollständig), die Mehrheit, aber nicht fast alle (umfassend), mehr als einige wenige, aber nicht die Mehrheit (begrenzt), nur einige wenige (selten), nicht verfügbar.

Die Daten über die Verfügbarkeit spezifischer Behandlungsprogramme wurden von den nationalen Sachverständigen bereitgestellt und danach ausgewertet, in welchem Maße die Behandlungskapazitäten dem Bedarf der Cannabiskonsumenten, die sich aktiv um eine Behandlung bemühen, entspricht. Im Rahmen spezifischer Programme können eine strukturierte Behandlung für problematische Cannabiskonsumenten, Hilfe für die Angehörigen sowie Beratungen für nicht problematische Cannabiskonsumenten oder für junge Straftäter angeboten werden. Derartige Programme gibt es den Berichten zufolge in den Niederlanden, wobei jedoch keine Angaben über ihre Verfügbarkeit vorliegen. Die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 24-Jährigen lässt Rückschlüsse auf den Anteil der jungen Menschen zu, die mit solchen Programmen in Berührung kommen könnten. Sie gibt jedoch keinen Aufschluss über den Behandlungsbedarf oder das Ausmaß des problematischen Cannabiskonsums in einem Land.

Weitere Informationen zur Prävalenz sind Tabelle GPS-16 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

behandelt werden. Im Jahr 2008 erhob die EBDD Daten über die Verfügbarkeit solcher Programme in Europa. Den Berichten der nationalen Sachverständigen zufolge werden in 13 von 25 Berichtsländern spezielle Programme für Cannabiskonsumenten angeboten (Abbildung 5), wobei allerdings hinsichtlich der Verfügbarkeit der Dienste Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen waren. Man geht davon aus, dass in Frankreich, Griechenland und Slowenien fast alle Cannabiskonsumenten, die eine spezielle Behandlung in Anspruch nehmen möchten, diese auch erhalten, während dieser Anteil in Deutschland und im Vereinigten Königreich auf über 50 % geschätzt wird und in den übrigen acht Ländern nur eine Minderheit Zugang zu einer solchen Behandlung hat. Von den zwölf Ländern, in denen es keine speziellen Programme für Cannabiskonsumenten gibt, planen Bulgarien, die Tschechische Republik, Estland, Zypern, Rumänien und die Türkei, sie in den nächsten drei Jahren einzuführen.

Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten in Europa

In Griechenland gibt es bei OKANA Abteilungen für Jugendliche, die ein Frühinterventionsprogramm für Fälle experimentellen oder gelegentlichen Cannabiskonsums und eine stärker strukturierte Behandlung für intensive und problematische Konsumenten anbieten. Die Behandlung basiert im Wesentlichen auf systemischer und Familientherapie.

In Frankreich gibt es landesweit etwa 275 spezielle Beratungsstellen, die Informationen über Prävention, Kurzinterventionen sowie Hilfe für jugendliche Drogenkonsumenten (vor allem Cannabiskonsumenten), jugendliche Straftäter und deren Angehörige anbieten. Wird ein problematischer Drogenkonsum (d. h. eine Abhängigkeit) oder eine schwere Komorbidität diagnostiziert, werden die Patienten an spezialisierte Dienste überwiesen.

In Österreich werden in mehreren Beratungsstellen (z. B. bei ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) spezielle Konzepte für junge Cannabiskonsumenten umgesetzt, die darauf abzielen, diese von anderen Patienten, vor allem von Opioidkonsumenten, fernzuhalten und ihre Verwandten und Freunde in den Beratungs- oder Behandlungsprozess einzubinden.

In Deutschland wurde das internetbasierte Cannabis-Ausstiegsprogramm „Quit the shit“⁽⁷⁰⁾ auf zwölf Drogenberatungseinrichtungen in sieben Bundesländern übertragen. FReD (siehe Kapitel 2) bietet den aus den Strafvollzugsanstalten überwiesenen Patienten eine auf motivierender Gesprächsführung basierende Beratung an.

⁽⁷⁰⁾ Siehe Kasten „Internetbasierte Behandlung“, S. 54.

Internetbasierte Behandlung

Die internetbasierte Behandlung gibt es in der Europäischen Union seit dem Jahr 2004, sie wird jedoch noch immer nur in begrenztem Umfang angeboten. Eine vor Kurzem durchgeführte Studie bietet Einblicke in den gegenwärtigen Stand der Entwicklung dieser Interventionsform in der Europäischen Union (EBDD, 2009a). Internetbasierte Behandlungen können definiert werden als „speziell erarbeitete oder angepasste, strukturierte und geplante Behandlungsmaßnahmen, die über das World Wide Web angeboten und kommuniziert werden“. Maßnahmen zur internetbasierten Behandlung cannabisbedingter Störungen werden in Deutschland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich durchgeführt, wobei solche Maßnahmen in den Niederlanden auch für die Konsumenten von Kokain und „Partydrogen“ („Club Drugs“ wie z. B. Ecstasy) angeboten werden.

Internetbasierte Behandlungen werden von in den Bereichen Behandlung oder Prävention tätigen Organisationen entwickelt und sollen den Konsumenten helfen, ihren Substanzkonsum einzuschätzen und zu reduzieren. Im Rahmen der Maßnahmen werden Informationen, Wissenstests oder Spiele zu Drogen und Drogensucht sowie Selbsttests zum Drogenkonsum angeboten. Ihnen allen gemeinsam ist die Verfügbarkeit einer strukturierten Behandlungsmaßnahme, entweder in Form eines im Vorfeld auf die Nutzer zugeschnittenen Selbsthilfeprogramms ohne Beraterkontakte oder als strukturiertes Programm mit geplanten Kontakten. Letztere können über persönliche Chats oder Message Boards erfolgen. Zuweilen wird auch die Kontaktaufnahme zu anderen Konsumenten über ein Forum und damit die Möglichkeit angeboten, virtuelle Selbsthilfegruppen zu bilden.

Noch immer sind keine wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit derartiger Maßnahmen verfügbar, jedoch weisen die Ergebnisse aus ersten randomisierten kontrollierten Studien darauf hin, dass damit möglicherweise positive Ergebnisse erzielt werden können. Vorläufige Evaluierungsergebnisse zu der in Deutschland durchgeführten Maßnahme „Quit the shit“ für Cannabiskonsumenten haben gezeigt, dass 32 % der Teilnehmer angaben, nach Abschluss des Programms keine Drogen mehr zu konsumieren, und dass insbesondere Konsumenten erreicht wurden, die sich erstmals um eine Behandlung bemüht hatten. Dank ihrer niedrigen Zugangsschwelle können diese Maßnahmen Drogenkonsumenten erreichen, die zögern, andere Dienste in Anspruch zu nehmen. Andererseits könnte die Gefahr bestehen, dass auf diese Maßnahmen auch Personen mit schwerwiegenden Problemen wie Drogenabhängigkeit oder anderen psychischen Problemen zugreifen, für deren Behandlung internetbasierte Maßnahmen nicht geeignet sind.

Candis, ein Therapieprogramm für Patienten mit cannabisbedingten Störungen, basiert auf motivationssteigernden, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und psychosozialen Problemlösekomponenten und wird derzeit in Dresden umgesetzt. Bei einer Evaluierung dieses Programms kam man zu einem positiven Ergebnis, und anhand der Erkenntnisse aus einer laufenden Fortführungsstudie in zehn weiteren Suchtzentren soll darüber entschieden werden, ob das Programm in weiteren Städten durchgeführt werden soll.

Darüber hinaus führen Belgien, Deutschland, Frankreich, die Niederlande und die Schweiz gemeinsam ein internationales Forschungsprojekt mit dem Titel Incant durch, in dessen Rahmen die Wirksamkeit einer ganzheitlichen, familienbasierten Behandlung für problematische Cannabiskonsumenten untersucht wird.

Die wissenschaftliche Literatur lässt den Schluss zu, dass bei Cannabispatienten mehrere Formen der Psychotherapie wirksam sind, darunter die Motivationstherapie und die kognitive Verhaltenstherapie, wobei sich jedoch keine Form der Psychotherapie als wirksamer erwiesen hat als andere (Nordstrom und Levin, 2007). Für bestimmte problematische Cannabiskonsumenten sind möglicherweise auch Kurzinterventionen geeignet, die beispielsweise von Sozialdiensten für Jugendliche, Allgemeinärzten und Schulen angeboten werden.

Eine vor Kurzem durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie unter 326 jugendlichen intensiven Cannabiskonsumenten ergab, dass weder drei noch sechs Monate nach der betreffenden Intervention hinsichtlich der Ausstiegsquoten Unterschiede zwischen den Konsumenten, die eine auf motivierender Gesprächsführung basierende Beratung erhalten hatten, und jenen, die lediglich eine allgemeine Beratung oder Information über den Drogenkonsum erhalten hatten, ermittelt werden konnten (McCambridge et al., 2008). Allerdings konnten nach drei Monaten im Hinblick auf die Einstellung des Cannabiskonsums Effekte festgestellt werden, die den einzelnen Therapeuten zuzuschreiben bzw. auf die Interaktion zwischen Therapeut und Patient im Rahmen der Intervention zurückzuführen waren. Diese Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig es ist, die Anbieter von Interventionen für jugendliche Cannabiskonsumenten zu schulen. Dies gilt insbesondere für Anbieter außerhalb spezialisierter Dienste.



Kapitel 4

Amphetamine, Ecstasy und halluzinogene Substanzen

Einleitung

In Europa gehören Amphetamine (ein Oberbegriff für Amphetamin und Methamphetamin) und Ecstasy nach Cannabis zu den am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. Zwar könnte der Kokainkonsum in absoluten Werten höher sein, da jedoch Kokain schwerpunktmäßig in einigen wenigen Ländern konsumiert wird, stehen in vielen Ländern 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 auf die Tschechische Republik und die Slowakei zu beschränken scheint.

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

Die in Europa bekannteste halluzinogene Substanz ist Lysergsäurediethylamid (LSD). Der Konsum dieser Droge war niedrig und blieb über geraume Zeit recht stabil. Seit

Tabelle 4: Herstellung, Sicherstellungen, Preis und Reinheit von Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy und LSD

	Amphetamin	Methamphetamin	Ecstasy	LSD
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	230-640 ⁽¹⁾		72-137	n. v.
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	23,6	18,2	7,9	0,9
Beschlagnahmte Mengen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	7,9 Tonnen (8,1 Tonnen)	340 Kilogramm (340 Kilogramm)	Tabletten 21 Millionen (22 Millionen)	Einheiten 68 000 (68 000)
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR) Spanne (Interquartilspanne) ⁽²⁾	Gramm 5-30 (12-23)	Gramm 8-51	Tabletten 3-19 (4-8)	Dosis 4-30 (7-12)
Spanne der durchschnittlichen Reinheit	4-40 %	3-66 %	(21-90 mg)	-

⁽¹⁾ Zur weltweiten Herstellung von Amphetamin und Methamphetamin sind nur aggregierte Schätzungen verfügbar.

⁽²⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise.

Anmerkung: Alle Daten für 2007; n. v., keine Daten verfügbar.

Quellen: Siehe UNODC World drug report [Weltrogenbericht des UNODC] (2009) für weltweite Daten und Nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

einigen Jahren gibt es jedoch Anzeichen für ein zunehmendes Interesse junger Menschen an natürlichen halluzinogenen Substanzen, wie sie beispielsweise in halluzinogenen Pilzen enthalten sind.

Angebot und Verfügbarkeit

Grundstoffe für synthetische Drogen

Die Bemühungen im Rahmen der Strafverfolgung haben auch die für die Herstellung illegaler Drogen erforderlichen kontrollierten chemischen Substanzen zum Gegenstand. In diesem Bereich ist die internationale Zusammenarbeit besonders wichtig. Das Project Prism ist eine internationale Initiative, die die Abzweigung chemischer Grundstoffe für die illegale Herstellung synthetischer Drogen verhindern soll ⁽⁷¹⁾ 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 International Narcotics Control Board [Internationales Suchtstoffkontrollamt] gemeldet.

Den Berichten des INCB zufolge wurde im Jahr 2007 eine starke Zunahme der weltweiten Sicherstellungen von zwei zentralen Grundstoffen für die Herstellung von Methamphetamin verzeichnet: So wurden 22 Tonnen Ephedrin (gegenüber 10,2 Tonnen im Jahr 2006) und 25 Tonnen Pseudoephedrin (gegenüber 0,7 Tonnen im Jahr 2006) beschlagnahmt. Auf die EU-Mitgliedstaaten (vor allem Schweden und Bulgarien) entfielen 0,6 Tonnen Ephedrin, d. h. das Doppelte der 2006 beschlagnahmten Menge, und mehr als 7 Tonnen Pseudoephedrin (vor allem Frankreich).

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, gingen dagegen im Jahr 2007 auf 834 Liter (gegenüber 2 600 Litern im Jahr 2006) zurück. Insgesamt wurden in der EU 582 Liter P-2-P beschlagnahmt, gegenüber 2 005 Litern im Jahr 2006.

Die weltweiten Sicherstellungen von 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-Propanon (3,4-MDP-2-P, PMK), das für die Herstellung von MDMA verwendet wird, sind im Jahr 2007 weiter auf 2 300 Liter zurückgegangen, gegenüber 8 800 Litern im Jahr 2006. Die weltweiten Sicherstellungen von Safrol, das bei der Herstellung von MDMA als Ersatz für 3,4-MDP-2-P dienen kann, stiegen hingegen im Jahr 2007 rasant an und erreichten eine

Was ist ein Grundstoff?

Im Drogenbereich bezeichnet der Terminus „Grundstoff“ Substanzen, die nicht nur für legale Zwecke, sondern auch zur illegalen Herstellung von Drogen eingesetzt werden können. Diese Substanzen werden zuweilen auch als „chemische Ausgangsstoffe“ bezeichnet.

Die Rechtsgrundlage für die internationale Kontrolle von „Grundstoffen“ bildet Artikel 12 des Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Substanzen von 1988. Das Übereinkommen umfasst zwei Tabellen, in denen 23 „häufig zur unerlaubten Herstellung von Suchtstoffen oder psychotropen Substanzen verwendete Stoffe“ aufgeführt sind, deren Abzweigung zu illegalen Zwecken verhindert werden soll.

Artikel 12 wurde durch mehrere Rechtsvorschriften in europäisches Recht umgesetzt: zunächst durch die Verordnung (EWG) Nr. 3677/90 des Rates gegen die Abzweigung dieser Stoffe zu illegalen Zwecken und anschließend durch Verordnungen zur Regulierung des Handels mit diesen Substanzen innerhalb der EU [Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Rates] sowie zwischen EU-Mitgliedstaaten und Drittländern [Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates] und zur Festlegung von Erlaubnisverfahren und Vorschriften für die Überwachung [Verordnung (EG) Nr. 1277/2005 des Rates].

Kategorie 1 dieser EU-Verordnungen umfasst vor allem Substanzen, die für die Herstellung synthetischer Drogen unverzichtbar sind, wie beispielsweise Ephedrin und Pseudoephedrin (für Methamphetamin), 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-Propanon (PMK), Isosafrol und Safrol (für Ecstasy) und 1-Phenyl-2-Propanon (P2P, BMK) (für Amphetamin und Methamphetamin). Zu Kategorie 2 zählen wichtige Grundstoffe wie Kaliumpermanganat und Essigsäureanhydrid, die häufig für die Herstellung von Kokain bzw. Heroin genutzt werden. Kategorie 3 schließlich umfasst weiter verbreitete Grundstoffe wie Salzsäure und Schwefelsäure (für Heroin und Kokain) sowie Lösungsmittel wie Aceton (für Kokain und MDMA) und Toluol (für Methamphetamin und MDMA).

Menge von 46 000 Litern (gegenüber 62 Litern im Jahr 2006), wobei jedoch nur 8 Liter in der EU beschlagnahmt wurden.

Amphetamin

Die weltweite Produktion von Amphetamin erfolgt weiterhin vorwiegend in Europa, auf das 81 % aller im Jahr 2007 gemeldeten Amphetamin-Labors entfielen (UNODC, 2009), ist aber auch in anderen Teilen der Welt zu beobachten, insbesondere in Nordamerika ⁽⁷²⁾. Weltweit wurden im Jahr 2007 fast 24 Tonnen Amphetamine sichergestellt, zwei Drittel davon im Nahen und Mittleren Osten, wo in

⁽⁷¹⁾ Siehe Kasten „Was ist ein Grundstoff?“ auf dieser Seite.

⁽⁷²⁾ Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen. Siehe S. 44.

Südosteuropa hergestellte „Captagon“-Tabletten ⁽⁷³⁾ beschlagnahmt wurden (siehe Tabelle 4). Auf West- und Mitteleuropa entfielen 36 % der weltweiten Sicherstellungen; hierin zeigt sich die Rolle der Europäer sowohl als wichtigste Hersteller als auch als Hauptkonsumenten dieser Droge (CND, 2008; UNODC, 2009).

Der größte Teil des in Europa sichergestellten Amphetamins wird (nach hergestellten Mengen in absteigender Reihenfolge) in den Niederlanden, Polen und Belgien sowie in geringerem Umfang in Estland und Litauen hergestellt. Im Jahr 2007 wurden in der Europäischen Union 29 Herstellungs-, Tablettier- oder Lagerstätten von Amphetaminen aufgedeckt und Europol gemeldet.

In Europa wurden 2007 bei schätzungsweise 40 000 Sicherstellungen 8,1 Tonnen Amphetaminpulver beschlagnahmt ⁽⁷⁴⁾. Im Zeitraum 2002 bis 2007 ist die Zahl der Sicherstellungen kontinuierlich gestiegen. Die Menge der beschlagnahmten Amphetamine schwankte, wobei jedoch insgesamt eine zunehmende Tendenz zu beobachten war und im Jahr 2007 erneut ein Rekordhoch erreicht wurde ⁽⁷⁵⁾.

Hinsichtlich der Reinheit der analysierten Stichproben des 2007 in Europa sichergestellten Amphetamins wurden so große Unterschiede festgestellt, dass jede Aussage über Durchschnittswerte mit Bedacht zu treffen ist. Dennoch ist festzustellen, dass die durchschnittliche Reinheit der Stichproben von weniger als 10 % in Dänemark, Deutschland und Frankreich sowie im Vereinigten Königreich bis hin zu mehr als 30 % in den Niederlanden, Polen und einigen baltischen und skandinavischen Ländern reicht. Im Laufe der letzten fünf Jahre ist die Reinheit des Amphetamins in den meisten der 20 Länder, die ausreichende Daten für eine Trendanalyse vorgelegt haben, stabil geblieben oder gesunken.

Im Jahr 2007 lag der durchschnittliche Verkaufspreis von Amphetamin in mehr als der Hälfte der 17 Berichtsländer zwischen 10 EUR und 20 EUR pro Gramm. Von den elf Ländern, für die ein Vergleich der Daten aus den Jahren 2007 und 2006 angestellt werden konnte, verzeichneten Spanien, Frankreich und Österreich steigende Verkaufspreise, während die übrigen Länder stabile oder sinkende Preise meldeten.

Methamphetamin

Methamphetamin wird vorwiegend in Ost- und Südostasien sowie in Nordamerika hergestellt, wobei aus Lateinamerika und Ozeanien diesbezüglich zunehmende

Methamphetaminherstellung in Europa: gemeinsame Veröffentlichung von EBDD und Europol

Im Jahr 2009 begannen die EBDD und Europol mit der Herausgabe einer Reihe gemeinsamer Veröffentlichungen über das Drogenangebot in Europa. Der erste Bericht dieser Reihe bietet einen umfassenden Überblick über Themen im Zusammenhang mit der Herstellung von und dem Handel mit Methamphetamin in Europa sowie über die diesbezüglichen Maßnahmen auf europäischer und internationaler Ebene (!).

Künftig sollen im Rahmen dieser Serie auch Berichte über das Angebot anderer synthetischer Drogen in Europa, einschließlich Amphetamin und Ecstasy, veröffentlicht werden.

(!) Verfügbar unter: <http://emcdda.europa.eu/publications>.

Aktivitäten gemeldet werden. Im Jahr 2007 wurden 18,2 Tonnen Methamphetamin sichergestellt. Damit setzte sich die seit 2004 zu beobachtende stabile Tendenz fort. Die größten Mengen dieser Droge wurden in Ost- und Südostasien sichergestellt (56 %), gefolgt von Nordamerika. Nur 2 % des sichergestellten Methamphetamins stammten aus Europa (UNODC, 2009).

In Europa ist die illegale Herstellung von Methamphetamin weitgehend auf die Tschechische Republik beschränkt, wo im Jahr 2007 etwa 390 kleine „Küchenlabors“ aufgedeckt wurden. Darüber hinaus wird die Droge auch in der Slowakei und in Litauen hergestellt.

Im Jahr 2007 wurden in Europa den Berichten zufolge bei schätzungsweise 4 500 Sicherstellungen etwa 340 kg Methamphetamin beschlagnahmt. Sowohl die meisten Sicherstellungen als auch die größten beschlagnahmten Mengen Methamphetamin entfallen auf Norwegen. Zwischen 2005 und 2007 wurde in Europa ein Anstieg sowohl der Zahl der Sicherstellungen als auch der Menge des beschlagnahmten Methamphetamins verzeichnet, wobei jedoch beide Werte im Vergleich zu anderen Drogen nach wie vor niedrig sind.

Ecstasy

Schätzungen des UNODC (2009) zufolge belief sich die weltweite Herstellung von Ecstasy im Jahr 2007 auf 72 bis 137 Tonnen. Die Herstellung hat sich offenbar weiter verbreitet, da nun vermehrt Ecstasy im näheren Umfeld der Verbrauchermärkte in Nordamerika, Ost- und Südostasien

⁽⁷³⁾ Captagon ist einer der eingetragenen Handelsnamen für Fenetyllin, ein synthetisches Stimulans, das auf das zentrale Nervensystem wirkt. Allerdings werden in den mit diesem Logo auf dem illegalen Markt gehandelten Tabletten gemeinhin sowohl Amphetamin als auch Koffein festgestellt.

⁽⁷⁴⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2007 noch nicht vorliegen.

⁽⁷⁵⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten zu den europäischen Sicherstellungen sind den Tabellen SZR-11 bis SZR-18 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

sowie Ozeanien produziert wird. Dennoch wird Ecstasy nach wie vor größtenteils in Europa hergestellt, wobei die Produktion in erster Linie in den Niederlanden und Belgien sowie in geringerem Umfang in Deutschland, dem Vereinigten Königreich und Polen erfolgt.

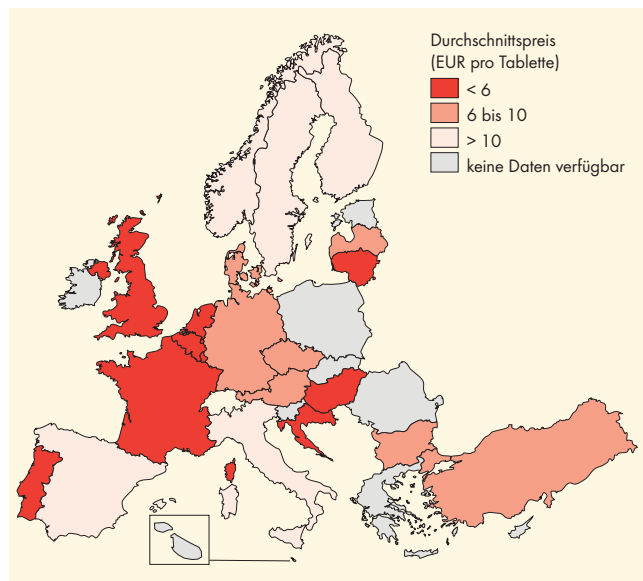
Weltweit wurden im Jahr 2007 insgesamt 7,9 Tonnen Ecstasy sichergestellt, wobei in den meisten Regionen eine steigende Tendenz zu beobachten war. Auf West- und Mitteleuropa entfielen 36 % und auf Südosteuropa 2 % der weltweiten Sicherstellungen (UNODC, 2009). Die europäischen Länder berichteten über mehr als 24 000 Sicherstellungen, bei denen im Jahr 2007 schätzungsweise 22 Millionen Ecstasy-Tabletten beschlagnahmt wurden. Der größte Teil des sichergestellten Ecstasy entfiel auf die Niederlande, wo mit 8,4 Millionen Tabletten das Doppelte der 2006 gemeldeten Menge sichergestellt wurde. Nur zwei weitere europäische Länder meldeten im Jahr 2007 Sicherstellungen in annähernd dieser Höhe: In Frankreich und Deutschland wurde jeweils etwa 1 Million Tabletten beschlagnahmt. Im Jahr 2006 hatte das Vereinigte Königreich ebenfalls über die Sicherstellung von mehr als 6 Millionen Tabletten berichtet, jedoch liegen für dieses Land die Daten für 2007 noch nicht vor.

Was den Zeitraum 2002 bis 2007 betrifft, so ist in Europa die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy im Jahr 2003 drastisch gefallen, seitdem jedoch Jahr für Jahr leicht gestiegen. Im selben Zeitraum sank die beschlagnahmte Menge bis 2005, stieg jedoch seitdem wieder an und hat inzwischen offenbar fast den Stand des Jahres 2002 erreicht.

Insgesamt enthielten die meisten der im Jahr 2007 in Europa analysierten Ecstasy-Tabletten als einzige psychoaktive Substanz MDMA oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz (MDEA, MDA), wobei dies in 17 Ländern auf mehr als 70 % aller analysierten Ecstasy-Tabletten zutraf. Geringere Anteile von Ecstasy-Tabletten, in denen MDMA oder eine andere analoge Substanz nachgewiesen wurde, meldeten unter anderem Bulgarien (47 %), Zypern (44 %) und Österreich (61 %). In Luxemburg (83 %) und Zypern (53 %) enthielten die meisten analysierten Tabletten keine kontrollierte Substanz. In der Türkei wurden in nur 23 % der analysierten Tabletten MDMA-ähnliche Substanzen nachgewiesen.

Die elf Länder, die entsprechende Daten zur Verfügung gestellt haben, meldeten einen typischen MDMA-Gehalt der im Jahr 2007 analysierten Ecstasy-Tabletten zwischen 19 mg und 75 mg. Darüber hinaus berichteten einige Länder (Bulgarien, Frankreich, Niederlande, Slowakei, Norwegen) über hochdosierte Ecstasy-Tabletten mit einem

Abbildung 6: Verkaufspreis von Ecstasy-Tabletten



Anmerkung: Länder, die lediglich einen Mindest- und Höchstbetrag übermittelt haben, wurden einbezogen, sofern diese Werte in eine der Skalen fallen. Siehe Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2009.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

MDMA-Gehalt von über 130 mg. Hinsichtlich der Reinheit von Ecstasy-Tabletten sind keine klaren Tendenzen auszumachen.

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 weniger als 2 EUR verkauft werden, melden die meisten Länder durchschnittliche Verkaufspreise zwischen 4 EUR und 10 EUR pro Tablette (Abbildung 6). Die verfügbaren Daten für den Zeitraum 2002 bis 2007 sprechen dafür, dass der inflationsbereinigte Verkaufspreis weiter gefallen ist.

Halluzinogene Substanzen

Im Zusammenhang mit LSD wird in Europa nach wie vor nur ein marginaler Konsum und Handel beobachtet. Die verfügbaren Daten weisen für den Zeitraum 2002 bis 2007 auf einen Rückgang der beschlagnahmten Mengen hin, während die Zahl der Sicherstellungen zwischen 2003 und 2007 leicht gestiegen ist. Die (inflationsbereinigten) Verkaufspreise für LSD sind seit 2003 leicht gesunken und lagen im Jahr 2007 in den meisten Berichtsländern durchschnittlich zwischen 5 EUR und 12 EUR pro Einheit.

Halluzinogene Pilze, die in vielen europäischen Ländern wild wachsen und über das Internet bezogen werden können, wurden von elf der 28 Länder erwähnt, die für das Jahr 2007 Daten über Sicherstellungen bereitgestellt

haben. In fünf der sechs Länder, die hinsichtlich Sicherstellungen, Konsumprävalenz oder Verfügbarkeit halluzinogener Pilze Tendenzen gemeldet haben, wurde eine rückläufige Entwicklung verzeichnet. Ein Land (Frankreich) berichtete über eine steigende Prävalenz und zunehmende Sicherstellungen und führte dies auf die Tatsache zurück, dass sowohl die Pilze als auch entsprechende Anbau-Kits im Internet angeboten werden.

Prävalenz und Konsummuster

Ein relativ hoher Konsum von Amphetaminen oder Ecstasy in der Allgemeinbevölkerung wird nur aus einigen EU-Mitgliedstaaten gemeldet (Tschechische Republik, Estland und Vereinigtes Königreich). 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, insbesondere Ecstasy, und 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 Gesamtkonsumraten halluzinogener Drogen wie Lysergsäurediethylamid (LSD) und halluzinogener Pilze schließlich sind insgesamt niedrig und in den letzten Jahren weitgehend stabil geblieben.

Amphetamine

Neuesten demografischen Erhebungen zufolge reichen die Lebenszeitprävalenzraten für den Konsum von Amphetaminen⁽⁷⁶⁾ in den europäischen Ländern von nahezu Null bis zu 11,7 % aller Erwachsenen (15 bis 64 Jahre). Durchschnittlich haben schätzungsweise 3,5 % der erwachsenen Europäer mindestens einmal Amphetamine konsumiert. Der Konsum während der letzten zwölf Monate ist mit 0,5 % im europäischen Durchschnitt wesentlich niedriger. Diesen Schätzungen zufolge haben in Europa rund 12 Millionen Menschen Amphetamine probiert und etwa 2 Millionen Europäer die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 5 zu entnehmen).

Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) verzeichnen die Länder mit Raten zwischen 0,1 % und 15,3 % sehr unterschiedliche Werte, wobei der gewichtete europäische Durchschnitt bei etwa 5 % liegt. Die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums in dieser Altersgruppe reicht von 0,1 % bis 3,1 %, wobei die meisten Länder Prävalenzschätzungen zwischen 0,5 % und 2,0 % melden. Schätzungsweise haben durchschnittlich 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 26 EU-Mitgliedstaaten, Norwegen und Kroatien zwischen 1 % und 8 % liegt, wobei nur für Bulgarien, Lettland (jeweils 6 %) und Österreich (8 %) Prävalenzraten von mehr als 5 % gemeldet wurden⁽⁷⁷⁾.

Problematischer Amphetaminkonsum

Der EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum kann auch für den Amphetaminkonsum herangezogen werden, soweit er den injizierenden oder langjährigen/ regelmäßigen Konsum der Substanz definiert. Lediglich Finnland hat eine jüngere nationale Schätzung des problematischen Amphetaminkonsums vorgelegt. Demzufolge gab es in Finnland im Jahr 2005 zwischen 12 000 und 22 000 problematische Amphetaminkonsumenten⁽⁷⁸⁾. Dieser Wert entspricht etwa dem Vierfachen der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten in Finnland.

Die Zahl der gemeldeten Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetamin als Primärdroge ist in den meisten europäischen Ländern relativ klein, macht jedoch vor allem in Schweden (34 %), Finnland (23 %), Lettland (16 %) und Ungarn (11 %) einen erheblichen Anteil aller gemeldeten Behandlungsaufnahmen aus. In vier weiteren Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Niederlande) gaben zwischen 6 % und 10 % der Patienten bei der Behandlungsaufnahme Amphetamin als Primärdroge an; in den übrigen Ländern liegt dieser Anteil unter 3 %⁽⁷⁹⁾.

Zwischen 2002 und 2007 blieben sowohl die Gesamtzahl als auch der Anteil der Erstpatienten, die sich wegen des Konsums von Amphetamin als Primärdroge in Behandlung begeben, weitgehend stabil. Lediglich aus Dänemark,

⁽⁷⁶⁾ Die Erhebungsdaten zum „Amphetaminkonsum“ unterscheiden häufig nicht zwischen Amphetamin und Methamphetamin, beziehen sich aber in der Regel auf den Konsum von Amphetamin (Sulfat oder Dexamphetamin), da der Konsum von Methamphetamin in Europa wenig verbreitet ist.

⁽⁷⁷⁾ Daten aus allen ESPAD-Ländern und Spanien. Siehe Abbildung EYE-2 (Teil vi) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁷⁸⁾ Dies entspricht 3,4 bis 6,3 Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren; neu berechnet anhand der ursprünglichen Stichprobe aus der Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen, wobei davon ausgegangen wurde, dass in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen keine Fälle anzunehmen sind.

⁽⁷⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

Tabelle 5: Prävalenz des Amphetaminkonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate
15 bis 64 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	12 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,5 %	0,5 %
Spanne	0,0-11,7 %	0,0-1,3 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Malta (0,4 %) Zypern (0,8 %)	Griechenland, Malta, Rumänien (0,0 %) Frankreich (0,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (11,7 %) Dänemark (6,3 %) Spanien (3,8 %) Norwegen (3,6 %)	Estland (1,3 %) Dänemark (1,2 %) Norwegen (1,1 %) Vereinigtes Königreich (1,0 %)
15 bis 34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,0 %	1,1 %
Spanne	0,1-15,3 %	0,1-3,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Zypern (0,8 %)	Griechenland, Rumänien (0,1 %) Frankreich (0,2 %) Zypern (0,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (15,3 %) Dänemark (10,5 %) Lettland (6,1 %) Norwegen (5,9 %)	Dänemark (3,1 %) Estland (2,9 %) Norwegen (2,0 %) Lettland (1,9 %)
<small>Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008 (vor allem 2004 bis 2008) und können daher keinem bestimmten Jahr zugeordnet werden. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (334 Millionen) und 15 bis 34 Jahre (133 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2009 verfügbar.</small>		

Lettland und den Niederlanden wurde ein erheblicher Anstieg gemeldet, während in Schweden und Finnland der Anteil der Amphetaminkonsumenten an den Erstpatienten zurückging (⁸⁰). Bei der Betrachtung der Trenddaten sind jedoch methodische Einschränkungen zu berücksichtigen, da in einigen nationalen Überwachungssystemen kürzlich Veränderungen vorgenommen wurden (z. B. in Lettland).

Amphetaminkonsumenten sind zu Behandlungsbeginn durchschnittlich etwa 29 Jahre alt. Der Anteil der Frauen an den Amphetaminpatienten ist höher als bei anderen Drogen, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen etwa 2:1 beträgt. Amphetaminpatienten geben häufig an, auch andere Drogen zu konsumieren, vor allem Cannabis und Alkohol, zuweilen aber auch Opioide (⁸¹). In den Ländern, in denen ein großer Anteil der Konsumenten, die sich in Behandlung begeben,

Amphetamin als Primärdroge angibt, wird die Droge zumeist injiziert (63 % bis 83 %).

Problematischer Methamphetaminkonsum

Im Gegensatz zu anderen Teilen der Welt, wo der Methamphetaminkonsum in den letzten Jahren zugenommen hat, werden in Europa offenbar nur geringe Konsumraten verzeichnet. In der Vergangenheit konzentrierte sich der Konsum dieser Droge in Europa auf die Tschechische Republik und die Slowakei. Im Jahr 2007 war die Zahl der Methamphetaminkonsumenten in der Tschechischen Republik mit schätzungsweise 20 400 bis 21 400 (2,8 bis 2,9 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) doppelt so hoch wie die geschätzte Zahl der problematischen Opioidkonsumenten, während sie in der Slowakei mit 5 800 bis 15 700 (1,5

⁽⁸⁰⁾ Siehe Abbildung TDI-1 und Tabelle TDI-36 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸¹⁾ Siehe Tabelle TDI-37 im Statistical Bulletin 2009.

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 lag.

In beiden Ländern gibt ein großer Anteil der Patienten bei Behandlungsbeginn Methamphetamin als Primärdrugs an: 61 % in der Tschechischen Republik und 26 % in der Slowakei. Zwischen 2002 und 2007 ist die gemeldete Behandlungsnachfrage im Zusammenhang mit dem Konsum von Methamphetamin in beiden Ländern gestiegen ⁽⁸²⁾.

Die meisten in Behandlung befindlichen Methamphetaminkonsumenten geben an, die Droge zu injizieren (82 % in der Tschechischen Republik, 41 % in der Slowakei). Darüber hinaus geben diese Patienten häufig an, weitere Drogen zu konsumieren, vor allem Cannabis, Alkohol und Opioide. In der Slowakei wurde ein drastischer Anstieg der Zahl der Patienten verzeichnet, die eine opioidgestützte Substitutionstherapie erhalten und angeben, Methamphetamin zu konsumieren.

In der Tschechischen Republik und der Slowakei sind Methamphetaminkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, mit durchschnittlich 24 bis 25 Jahren relativ jung und vorwiegend männlich. Allerdings ist der Anteil der Frauen an den Patienten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit Methamphetamin in Behandlung befinden, höher als bei anderen Drogen.

Ecstasy

Schätzungsweise haben etwa 10 Millionen erwachsene Europäer (durchschnittlich 3,1 %) Ecstasy probiert und etwa 2,5 Millionen (0,8 %) die Droge im Laufe der letzten zwölf Monate konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 6 zu entnehmen). Es bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Jüngsten Studien zufolge haben zwischen 0,3 % und 7,5 % aller Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) die Droge mindestens einmal probiert, wobei die meisten Länder Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 1 % und 5 % melden. Für den Ecstasykonsum in den letzten zwölf Monaten werden in Europa Raten zwischen 0,1 % und 3,5 % verzeichnet. Bei allen Messgrößen werden wie bei den meisten anderen illegalen Drogen auch hier für Männer wesentlich höhere Konsumraten gemeldet als für Frauen.

Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) war der Ecstasykonsum höher: In dieser Altersgruppe liegt die Lebenszeitprävalenz auf nationaler Ebene

schätzungsweise zwischen 0,6 % und 14,6 %, während der Konsum in den letzten zwölf Monaten zwischen 0,2 % und 7,7 % beträgt. Schätzungsweise haben 7,5 Millionen junge Europäer (5,6 %) mindestens einmal Ecstasy probiert, wobei etwa 2 Millionen (1,6 %) angaben, die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben. Betrachtet man ausschließlich junge Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, sind die Prävalenzschätzungen noch höher: In dieser Altersgruppe liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 0,4 % und 18,7 %, wobei die meisten Länder Schätzungen zwischen 2,1 % und 6,8 % melden. Die Schätzungen für den Konsum in den letzten zwölf Monaten in dieser Altersgruppe liegen in den meisten Ländern zwischen 1,0 % und 3,9 %, wobei jedoch auf die erhebliche Spannweite zwischen der niedrigsten Schätzung von 0,3 % und dem höchsten Wert von 12 % hinzuweisen ist ⁽⁸³⁾.

In der Altersgruppe der 15- bis 16-jährigen Schüler beträgt die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums in den meisten der 28 im Jahr 2007 untersuchten Länder zwischen 1 % und 5 %. Nur vier Länder melden höhere Prävalenzraten: Bulgarien, Estland, die Slowakei (jeweils 6 %) und Lettland (7 %).

Wie in den Vorjahren gab auch im Jahr 2007 nur eine zu vernachlässigende Zahl von Patienten bei Behandlungsbeginn Ecstasy als Primärdrugs an. In zwei Dritteln der Länder wird Ecstasy von weniger als 1 % der Drogenpatienten genannt, während dieser Anteil in den übrigen Ländern zwischen 1 % und 5 % liegt. Mit einem Durchschnittsalter von 24 Jahren zählen Ecstasykonsumenten zu den jüngsten Patienten, die sich in Behandlung begeben, und geben häufig den gleichzeitigen Konsum anderer Substanzen an, darunter Cannabis, Kokain, Alkohol und Amphetamine ⁽⁸⁴⁾.

LSD und halluzinogene Pilze

Die Lebenszeitprävalenz des LSD-Konsums in der erwachsenen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) liegt zwischen annähernd 0 % und 5,2 %. Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) sind die Lebenszeitprävalenzschätzungen etwas höher (0 % bis 6,6 %), wobei für den Konsum in den letzten zwölf Monaten sowie für die 15- bis 24-Jährigen wesentlich niedrigere Prävalenzraten gemeldet werden ⁽⁸⁵⁾. Allerdings ist in den wenigen Ländern, die vergleichbare Daten vorgelegt haben, der LSD-Konsum häufig niedriger als der Konsum halluzinogener Pilze, für den unter jungen Erwachsenen Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 0,3 % und

⁽⁸²⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸³⁾ Siehe Abbildung GPS-9 (Teil ii) und Tabellen GPS-17 und GPS-18 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-5 und TDI-37 (Teil i), (Teil ii) und (Teil iii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Tabellen GPS-8 (Teil i), GPS-9, GPS-11 und GPS-17 im Statistical Bulletin 2009.

Tabelle 6: Prävalenz des Ecstasykonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate
15 bis 64 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	10 Millionen	2,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,1 %	0,8 %
Spanne	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,3 %) Griechenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Litauen (1,0 %)	Rumänien (0,1 %) Griechenland, Malta (0,2 %) Polen (0,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (7,5 %) Tschechische Republik (7,1 %) Irland (5,4 %) Lettland (4,7 %)	Tschechische Republik (3,5 %) Estland (1,7 %) Slowakei (1,6 %) Vereinigtes Königreich, Lettland (1,5 %)
15 bis 34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7,5 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,6 %	1,6 %
Spanne	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Griechenland, Rumänien (0,6 %) Malta (1,4 %) Litauen, Polen (2,1 %)	Rumänien (0,2 %) Griechenland (0,4 %) Polen (0,7 %) Italien, Litauen, Portugal (0,9 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (14,6 %) Vereinigtes Königreich (12,7 %) Irland (9,0 %) Lettland (8,5 %)	Tschechische Republik (7,7 %) Estland (3,7 %) Vereinigtes Königreich (3,1 %) Lettland, Slowakei, Niederlande (2,7 %)
<small>Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008 (vor allem 2004 bis 2008) und können daher keinem bestimmten Jahr zugeordnet werden. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (334 Millionen) und 15 bis 34 Jahre (133 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2009 verfügbar.</small>		

8,3 % sowie Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz zwischen 0,2 % und 2,8 % gemeldet werden.

In der Altersgruppe der 15- bis 16-jährigen Schüler sind die Prävalenzschätzungen für den Konsum halluzinogener Pilze in zehn der 26 Länder, die diesbezügliche Daten vorgelegt haben, höher als für den Konsum von LSD und anderer halluzinogener Substanzen. Die meisten Länder melden für den Konsum halluzinogener Pilze Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 1 % und 4 %, wobei die Slowakei (5 %) und die Tschechische Republik (7 %) höhere Raten zu verzeichnen haben ⁽⁸⁶⁾.

Tendenzen beim Konsum von Amphetaminen und Ecstasy

Die jüngsten Daten bestätigen die in den Vorjahresberichten festgestellte Stabilisierung oder sogar rückläufige Tendenz beim Amphetamin- und

Ecstasykonsum in Europa. Nachdem der Konsum in den 90er Jahren insgesamt zugenommen hatte, weisen demografische Erhebungen nun auf eine allgemeine Stabilisierung oder sogar einen leichten Rückgang der Popularität beider Drogen hin, wobei dieses Muster jedoch nicht in allen Ländern zu beobachten ist.

Die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist im Vereinigten Königreich zwischen 1998 und 2008 erheblich gesunken und von 6,2 % auf 1,8 % zurückgegangen. In Dänemark stieg der Amphetaminkonsum von 0,5 % im Jahr 1994 auf 3,1 % im Jahr 2000, wobei im Jahr 2008 ein ähnlicher Wert ermittelt wurde ⁽⁸⁷⁾. In den anderen Ländern, die über wiederholte Erhebungen über einen ähnlichen Zeitraum berichteten (Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Niederlande, Slowakei, Finnland), wurden weitgehend stabile Tendenzen beobachtet

⁽⁸⁶⁾ ESPAD-Daten für alle Länder mit Ausnahme Spaniens. Siehe Abbildung EYE-2 (Teil v) im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁸⁷⁾ In Dänemark beziehen sich die Angaben für das Jahr 1994 auf „harte Drogen“, worunter vor allem Amphetamine verstanden wurden.

Ausgewähltes Thema der EBDD zum polyvalenten Drogenkonsum

Zeitgleich mit dem Jahresbericht 2009 veröffentlicht die EBDD ein ausgewähltes Thema zum polyvalenten Drogenkonsum. Darin werden die verfügbaren Definitionen dieses sehr weit verbreiteten Musters des Drogenkonsums untersucht und Daten vorgestellt, die ein besseres Verständnis der Prävalenz und der Merkmale des polyvalenten Drogenkonsums in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (Schüler, Erwachsene, problematische Drogenkonsumenten) ermöglichen. Darüber hinaus wird erläutert, welche diesbezüglichen Maßnahmen derzeit in den Bereichen Prävention, Behandlung und Schadensminimierung durchgeführt werden. Der Bericht umfasst darüber hinaus einen kurzen Überblick über die mit einigen der am weitesten verbreiteten Drogenkombinationen verbundenen Risiken sowie eine Erörterung der künftigen Überwachung des polyvalenten Drogenkonsums.

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

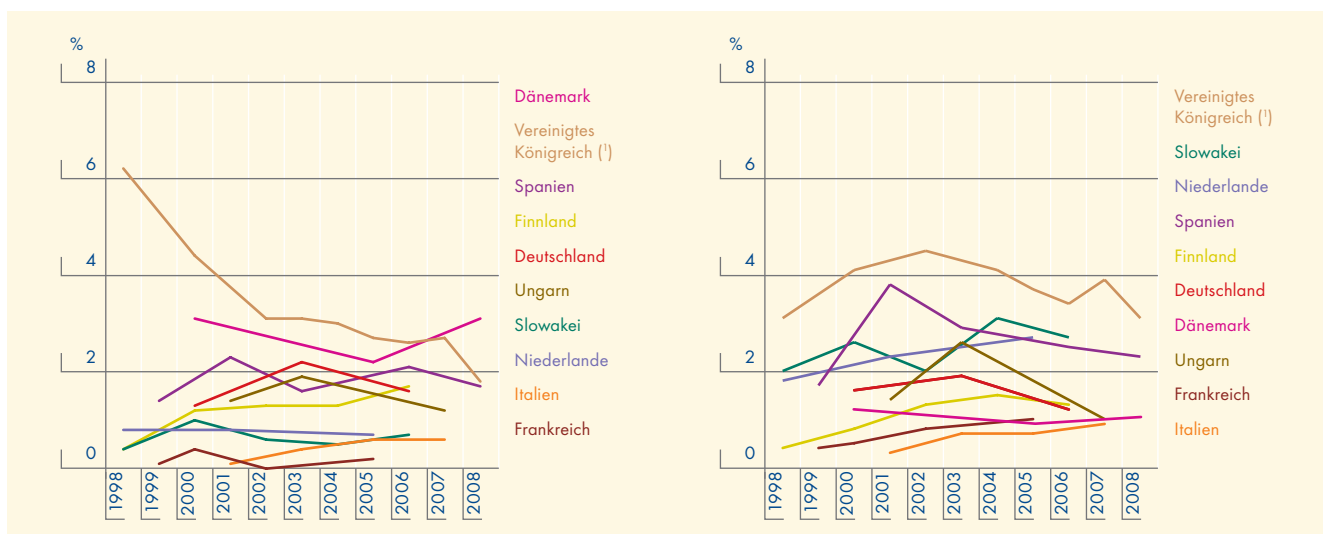
(Abbildung 7). Von den elf Ländern, die ausreichende Daten über die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen vorgelegt haben, meldeten im Fünfjahreszeitraum 2002 bis 2007 vier Länder einen Rückgang um mindestens 15 % gegenüber dem Ausgangswert, drei eine Stabilisierung und vier einen Anstieg.

Beim Ecstasykonsum unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist ein weniger einheitliches Bild zu beobachten. Nach einem allgemeinen Anstieg des Konsums in einigen europäischen Ländern Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre wurden schließlich Mitte der 90er Jahre in Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich ähnlich hohe Raten des Ecstasykonsums verzeichnet. Anschließend ging die 12-Monats-Prävalenz im europäischen Durchschnitt auf schätzungsweise 1,6 % zurück. Von den Ländern, für die jüngere Erhebungen vorliegen, weist das Vereinigte Königreich nach wie vor die höchsten Prävalenzraten auf ⁽⁸⁸⁾. Im Fünfjahreszeitraum 2002 bis 2007 ging die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums unter jungen Erwachsenen in drei der elf Länder, die ausreichende Daten übermittelt haben, gegenüber dem Ausgangswert um mindestens 15 % zurück, während sie in vier Ländern stabil blieb und in den übrigen vier zunahm.

In manchen Ländern könnten Amphetamine und Ecstasy in einigen Gruppen von Drogenkonsumenten durch Kokain ersetzt werden. Diese Hypothese wird durch die Daten aus dem Vereinigten Königreich und in gewissem Maße aus anderen Ländern (z. B. Dänemark, Spanien) untermauert, in denen zugleich eine Zunahme des Kokainkonsums und ein Rückgang des Amphetaminkonsums beobachtet wurden (EBDD, 2008b).

ESPAD und andere im Jahr 2007 durchgeführte Schulumfragen lassen insgesamt auf geringfügige Änderungen im Hinblick auf die Prävalenzraten des

Abbildung 7: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen (links) und Ecstasy (rechts) unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



(¹) England und Wales.
 Anmerkung: Es wurden ausschließlich Daten für Länder berücksichtigt, in denen im Zeitraum 1998 bis 2008 mindestens drei Erhebungen durchgeführt wurden. Weitere Informationen sind den Abbildungen GPS-8 und GPS-21 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte, auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

⁽⁸⁸⁾ Siehe Abbildung GPS-21 im Statistical Bulletin 2009.

Experimentierens mit Amphetamin und Ecstasy unter Schülern im Alter zwischen 15 und 16 Jahren schließen. Berücksichtigt man ausschließlich Veränderungen um mindestens zwei Prozentpunkte, so ist die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums zwischen 2003 und 2007 in neun Ländern gestiegen, während der Ecstasykonsum in sieben Ländern zugenommen hat. Ein Rückgang der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums wurde lediglich in Estland verzeichnet, während die Tschechische Republik, Portugal und Kroatien einen Rückgang des Ecstasykonsums meldeten.

Amphetamine und Ecstasy in Freizeitmilieus: Konsum und Maßnahmen

Drogen- und Alkoholkonsum wird zuweilen mit bestimmten Freizeitmilieus in Verbindung gebracht, die von jungen Menschen besucht werden (z. B. Tanzveranstaltungen, Musikfestivals). Studien zum Drogenkonsum in diesen Milieus können wertvolle Einblicke in das Verhalten der Konsumenten von Amphetaminen und Ecstasy oder anderer Drogen wie Ketamin und GHB ermöglichen. Die Prävalenzschätzungen des Drogenkonsums in diesen Milieus sind in der Regel hoch, können jedoch nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden. Darüber hinaus findet der Drogenkonsum in diesen Milieus in der Regel eher am Wochenende und an Feiertagen statt (EBDD, 2006b).

Aus fünf Ländern liegen Prävalenzdaten aus im Jahr 2007 in Freizeitmilieus durchgeführten Studien vor (Belgien, Tschechische Republik, Lettland, Litauen, Österreich). Die Lebenszeitprävalenzschätzungen reichen von 15 % bis 71 % für den Ecstasykonsum und von 17 % bis 68 % für den Amphetaminkonsum. In vier dieser Studien wurden auch Lebenszeitprävalenzschätzungen für den Konsum halluzinogener Pilze vorgelegt, die zwischen 4 % und 64 % lagen. In diesen Milieus wurde ferner ein häufiger Konsum von Ecstasy oder Amphetaminen festgestellt, wobei jedoch in der Regel wesentlich niedrigere Prävalenzraten zu verzeichnen waren.

Ein Hinweis darauf, in welchem Maße diese Drogen vorwiegend von jungen Nachtclubbesuchern konsumiert werden, ist der British Crime Survey 2007 bis 2008 zu entnehmen. Unter den 16- bis 24-Jährigen war bei den Befragten, die angaben, in den letzten 30 Tagen 4-mal oder öfter einen Nachtclub besucht zu haben, die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums 3-mal so hoch (8 %) wie bei den Befragten, die keine Nachtclubs besucht hatten (2,3 %) (Hoare und Flatley, 2008).

Die Gesundheit und Sicherheit der Menschen, die Nachtclubs besuchen und Drogen konsumieren, stellt ein zunehmend wichtiges Thema im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar. Leitlinien wie der im Vereinigten Königreich entwickelte Leitfaden „Safer Dancing“ [Sicheres Tanzen] stellen in diesem Bereich inzwischen ein wichtiges Instrument dar. Allerdings haben den Berichten zufolge zwar inzwischen zwölf Länder derartige Leitlinien für Nachtclubs erarbeitet, jedoch werden diese nur in den Niederlanden, Slowenien, Schweden und dem Vereinigten Königreich überwacht und durchgesetzt.

Leitlinien für eine sichere Clubszene zielen darauf ab, das Risiko drogenbedingter Probleme einzuschränken, und umfassen unter anderem die Verfügbarkeit von kostenlosem kaltem Wasser, die Gewährleistung unverzüglicher Erster Hilfe und aufsuchende Präventionsmaßnahmen. Die nationalen Sachverständigen haben in ihren Berichten Angaben über die Verfügbarkeit solcher Maßnahmen in Nachtclubs mit einem für die Durchführung der betreffenden Maßnahmen ausreichend großen Zielpublikum übermittelt. Insgesamt geht daraus hervor, dass einfache Maßnahmen zur Prävention oder Verringerung der Gesundheitsrisiken und des Drogenkonsums in europäischen Nachtclubs nur in begrenztem Umfang durchgeführt werden. Aufsuchende Präventionsmaßnahmen sind lediglich in Litauen und Slowenien in den meisten der untersuchten Nachtclubs verfügbar, in 18 Ländern hingegen nur in den wenigsten der überprüften Clubs. In sechs Ländern gibt es keine derartigen Maßnahmen. In fünf Ländern steht in den meisten der untersuchten Nachtclubs eine unverzügliche Erste Hilfe bereit (Luxemburg, Portugal, Slowenien, Vereinigtes Königreich, Norwegen); in 15 Ländern ist dies nur in den wenigsten der überprüften Clubs der Fall, während in Griechenland und Schweden keinerlei Erste-Hilfe-Maßnahmen verfügbar sind. Kostenloses kaltes Wasser schließlich wird in elf Ländern in den meisten und in neun Ländern in den wenigsten der untersuchten Nachtclubs angeboten. In Griechenland, Zypern und Rumänien steht diese Maßnahme nicht zur Verfügung.

Behandlung

Amphetaminkonsumenten werden in der Regel in ambulanten Drogendiensten behandelt, die in Ländern mit einem traditionell hohen Amphetaminkonsum zuweilen auf die Behandlung dieser Form von Drogenproblemen spezialisiert sind. Die Behandlung sehr problematischer Drogenkonsumenten erfolgt mitunter auch in stationären Drogendiensten, psychiatrischen Kliniken oder Krankenhäusern.

Neun Länder berichten über spezielle Behandlungsprogramme für problematische Amphetaminkonsumenten (Deutschland, Estland, Spanien, Italien, Österreich, Portugal, Slowenien, Slowakei, Vereinigtes Königreich). Hinsichtlich der Verfügbarkeit dieser Programme bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Nur drei Länder (Portugal, Slowenien, Vereinigtes Königreich) geben an, dass für die meisten Amphetaminkonsumenten, die sich aktiv um eine Behandlung bemühen, spezialisierte Programme verfügbar sind. In den übrigen sechs Ländern gehen die nationalen Sachverständigen davon aus, dass spezialisierte Behandlungen für weniger als die Hälfte der Amphetaminkonsumenten angeboten werden, die sich einer solchen Behandlung unterziehen möchten. Der Inhalt dieser spezifischen Programme für die Konsumenten dieser Drogen ist häufig nur unzureichend dokumentiert.

Für die Unterstützung der Behandlung der Abhängigkeit von Psychostimulanzien wie Amphetaminen gibt es keine Therapieoptionen, deren Wirksamkeit durch belastbare Evidenzdaten belegt ist. Vielversprechende Ergebnisse wurden den Berichten zufolge im Rahmen der jüngsten Untersuchungen über pharmakologische Wirkstoffe erzielt, die den Konsumenten beim Ausstieg aus dem Drogenkonsum helfen oder das mit der Abhängigkeit von Amphetaminen verbundene starke Verlangen (Craving) mildern können. Derartige Wirkstoffe waren bisher nicht verfügbar. Erste positive Ergebnisse ergaben sich bei einer finnischen Studie über den Einsatz von Methylphenidat und Aripiprazol. So stellte man fest, dass bei mit Methylphenidat behandelten Patienten weniger Urinproben positiv auf Amphetamin getestet wurden als bei Patienten, die Aripiprazol oder Placebos erhalten hatten (Tiihonen et al., 2007). Darüber hinaus wurde bei einer kürzlich durchgeführten Auswertung der vorhandenen Literatur festgestellt, dass mit dem Einsatz von Methylphenidat und Dexamphetamin bei der Behandlung von Methamphetaminabhängigen positive Ergebnisse erzielt werden können (Elkashef et al., 2008).

In England und Wales ist Dexamphetamin seit langem für die Behandlung sehr problematischer Amphetaminkonsumenten verfügbar und kann dort von jedem Arzt verschrieben werden. Allerdings liegen aus dem Vereinigten Königreich nur begrenzte Angaben über diese Behandlungsform vor. Eine vor über zehn Jahren durchgeführte Erhebung unter Apotheken ergab, dass schätzungsweise 900 bis 1 000 Patienten eine solche Behandlung erhalten haben (Strang und Sheridan, 1997). Die meisten Verschreibungen wurden von Ärzten in Krankenhäusern oder Kliniken ausgestellt, die nahezu ausschließlich im National Health Service [Nationaler

Gesundheitsdienst] (NHS) tätig waren. Bei einer im Jahr 2000 unter 265 spezialisierten Diensten des NHS durchgeführten Erhebung stellte man fest, dass in etwa einem Drittel der untersuchten Dienste Dexamphetamin verschrieben wurde (Rosenberg et al., 2002). In den Leitlinien des Vereinigten Königreichs über die klinische Behandlung der Drogenabhängigkeit wird jedoch davon abgeraten, Dexamphetamin als Substitutionsmittel zu verschreiben, da seine Wirksamkeit nicht ausreichend nachgewiesen ist (NTA, 2007).

Bisher liegen keinerlei tragfähige Evidenzdaten vor, die belegen, dass bestimmte psychosoziale Maßnahmen Konsumenten wirksam helfen, drogenfrei zu bleiben. Der einschlägigen Literatur zufolge wurden bei der Behandlung der Konsumenten von Stimulanzien mit kognitiv-verhaltensorientierten Ansätzen wie der Rückfallprävention die größten Erfolge erzielt. Für die Wirksamkeit anderer Maßnahmen liegen jedoch bisher kaum Belege vor. In erster Linie fehlen in der Literatur ordnungsgemäß durchgeführte Studien unter Drogenkonsumenten, die Amphetamin als Primärdroge konsumieren, insbesondere Studien über Behandlungsergebnisse (Baker et al., 2004). Darüber hinaus kam man in einer vor kurzem vorgelegten Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration (Cochrane review) zu den psychosozialen Maßnahmen für die Behandlung der Konsumenten von Psychostimulanzien zu dem Schluss, dass kohärente positive Ergebnisse im Hinblick auf das Verhalten der Patienten (Verbleib in der Behandlung, Einschränkung des Drogenkonsums) ausschließlich bei Maßnahmen beobachtet wurden, in denen auch das „Kontingenzmanagement“ eine Rolle spielte. Dieser Ansatz kommt jedoch in Europa kaum zur Anwendung, obwohl es durchaus einige Pilotprojekte gibt (siehe Kapitel 5).

Weitere Forschungsarbeiten über die psychosoziale und pharmakologische Behandlung problematischer und insbesondere injizierender Amphetaminkonsumenten sind dringend erforderlich. Darüber hinaus müssen die gegenwärtig verfügbaren Behandlungsmethoden und der Erfassungsgrad der Behandlungen in Europa besser dokumentiert werden. Auch im Hinblick auf den Austausch vorbildlicher Verfahren besteht noch großer Handlungsbedarf. Der Mangel an speziellen Programmen könnte dazu führen, dass es für Amphetamin- oder Methamphetaminkonsumenten keinen Anreiz gibt, sich in Behandlung zu begeben. Dies gilt insbesondere für die frühen Phasen des Konsums. Darüber hinaus könnte das Angebot derartiger Programme dazu beitragen, dass sich mehr Konsumenten einer Behandlung unterziehen. Zu diesem Ergebnis kam man in Deutschland und Frankreich,

als diese Länder verstärkt spezielle Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten zur Verfügung stellten. Solche Maßnahmen könnten sich vor allem in jenen Ländern als wirksam erweisen, die in den

letzten Jahren eine Zunahme der Zahl problematischer Amphetamin- und Methamphetaminkonsumenten, insbesondere injizierender Drogenkonsumenten, zu verzeichnen hatten (Talu et al., 2009).

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 5

Kokain und Crack

Einleitung

In den letzten zehn Jahren war in der Europäischen Union insgesamt eine Zunahme sowohl des Konsums als auch der Sicherstellungen von Kokain zu beobachten. Dies ist weitgehend auf die Entwicklungen in den westeuropäischen Mitgliedstaaten zurückzuführen, und es bestehen große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Die verfügbaren Daten lassen ferner auf erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Konsummuster und die soziodemografischen Merkmale der Kokainkonsumenten schließen. Die größte Konsumentengruppe bilden jene, die nur einmal oder bei einigen wenigen Gelegenheiten mit Kokain experimentieren. Eine andere Gruppe umfasst sozial integrierte regelmäßige Konsumenten, die in einigen Ländern einen relativ hohen Anteil der jungen Bevölkerung ausmachen. Einige dieser Konsumenten werden ihren Kokainkonsum intensivieren oder die Droge über einen langen Zeitraum konsumieren, was zu chronischen gesundheitlichen und sozialen Problemen und somit dazu führen kann, dass eine Behandlung erforderlich wird. Zur

dritten Kategorie zählen die Angehörigen sozial ausgegrenzter Gruppen, einschließlich aktueller und ehemaliger Opioidkonsumenten. In dieser Gruppe sind vorwiegend Muster eines intensiven Kokainkonsums zu beobachten, die mitunter auch den Konsum von Crack und das Injizieren der Droge einschließen und bestehende gesundheitliche und soziale Probleme verlängern oder verschärfen sowie die Behandlung von Opioidkonsumenten erschweren können. Aufgrund der vielfältigen Profile der Kokainkonsumenten stellt die Beurteilung der Prävalenz des Konsums dieser Droge, der damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Folgen und der notwendigen Maßnahmen eine außerordentlich schwierige und komplexe Aufgabe dar.

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Der Anbau des Kokastrauchs, aus dem Kokain gewonnen wird, konzentriert sich nach wie vor auf einige wenige Länder in der Andenregion ⁽⁸⁹⁾. Schätzungen des *United*

Tabelle 7: Herstellung, Sicherstellungen, Preis und Reinheit von Kokain und Crack

	Kokain	Crack ⁽¹⁾
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	845	n. v.
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	710 ⁽²⁾	0,8
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen)		
EU und Norwegen	76,4	0,08
(einschließlich Kroatien und Türkei)	(76,7)	(0,08)
Zahl der Sicherstellungen		
EU und Norwegen	91 400	9 500
(einschließlich Kroatien und Türkei)	(92 000)	(9 500)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)		
Spanne	44-88	20-112
(Interquartilspanne) ⁽³⁾	(58-67)	
Spanne der durchschnittlichen Reinheit (%)	22-57	35-98

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

⁽²⁾ Schätzungen des UNODC zufolge entspricht diese Zahl 412 Tonnen reines Kokain.

⁽³⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise.

Anmerkung: Alle Daten für 2007. Lediglich die Schätzungen zur weltweiten Herstellung betreffen das Jahr 2008; n. v., keine Daten verfügbar.

Quellen: UNODC World drug report [Weltrogenbericht des UNODC] (2009) für weltweite Daten und Nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

⁽⁸⁹⁾ Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen siehe S. 44.

Nations Office on Drugs and Crime [Büro der Vereinten Nationen für Drogenkontrolle und Verbrechenverhütung] (2009) zufolge belief sich das aus dem Anbau des Kokastrauchs resultierende Produktionspotenzial von Kokain im Jahr 2008 auf insgesamt 845 Tonnen reines Kokainhydrochlorid, wobei 51 % auf Kolumbien, 36 % auf Peru und 13 % auf Bolivien entfielen. Die weltweite Kokainherstellung ist den Schätzungen zufolge im Jahr 2008 um 15 % zurückgegangen, was in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass die Kokainherstellung in Kolumbien von 600 Tonnen im Jahr 2007 auf 430 Tonnen im Jahr 2008 gesunken ist. In Peru und Bolivien dagegen ist die Kokainherstellung weiterhin leicht gestiegen.

Die Verarbeitung von Kokablättern zu Kokainhydrochlorid erfolgt nach wie vor in erster Linie in Kolumbien, Peru und Bolivien, ist jedoch auch in anderen südamerikanischen 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 2007 wurden in Kolumbien 2 471 Kokainlabors aufgedeckt (78 % der weltweit aufgedeckten Labors) und insgesamt 144 Tonnen Kaliumpermanganat sichergestellt (94 % der weltweiten Sicherstellungen) (INCB, 2009a).

Die verfügbaren Informationen belegen, dass Kokain noch immer auf unterschiedlichen Wegen nach Europa geschmuggelt wird (EBDD, 2008d). Kokainlieferungen nach Europa erfolgen über süd- und mittelamerikanische Länder wie Argentinien, Brasilien, Ecuador, Mexiko und Venezuela. Häufig wird die Droge auch über die Karibik nach Europa geschmuggelt. Auf diesen Routen wird das Kokain in Linienflugzeugen oder per Schiff transportiert. In den letzten Jahren wurde eine alternative Route über Westafrika entdeckt. Von dort aus wird das Kokain häufig mit Fischereifahrzeugen oder Segelschiffen nach Europa befördert, wobei jedoch auch Transporte auf dem Luft- oder Landweg über Nordafrika gemeldet wurden (Europol, 2007).

In den letzten Jahren wurden weitere Transitländer genannt, darunter Südafrika und Russland, aber auch Länder in Mittel- und Osteuropa, in denen die Zahl der Sicherstellungen von Kokain von schätzungsweise 412 Fällen im Jahr 2002 auf 1 065 im Jahr 2007 gestiegen ist. Belgien, Spanien, Frankreich, Italien, die Niederlande, Portugal und das Vereinigte Königreich wurden als wichtige Transitländer für Kokainlieferungen innerhalb Europas angegeben.

Sicherstellungen

Kokain ist nach Cannabiskraut und Cannabisharz die weltweit am häufigsten gehandelte Droge. Die weltweiten Sicherstellungen von Kokain sind im Jahr 2007 mit etwa 710 Tonnen stabil geblieben. Der größte Anteil der weltweit

Rechtsvorschriften zur Bekämpfung des Drogenhandels auf hoher See

Eine erfolgreiche Bekämpfung des Drogenhandels auf hoher See ist nur im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den Staaten möglich. Diese wird durch zwei internationale Übereinkommen erleichtert.

Gemäß Artikel 108 des Seerechtsübereinkommens der Vereinten Nationen (1982) kann jeder Staat, der den Verdacht hat, dass ein seine Flagge führendes Schiff (!) am unerlaubten Verkehr mit Drogen beteiligt ist, andere Staaten um Zusammenarbeit zur Unterbindung dieses Verkehrs ersuchen. Artikel 17 des Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen aus dem Jahr 1988 sieht eine weitere Form der Zusammenarbeit vor. Mit diesem Übereinkommen wurde ein Mechanismus geschaffen, der es jedem Staat, der den begründeten Verdacht hat, dass ein Schiff, das die Flagge eines anderen Staates führt, für den Drogenhandel benutzt wird, erlaubt, den Flaggenstaat um die Genehmigung zu ersuchen, das Schiff anzuhalten und nach Drogen zu durchsuchen, diese gegebenenfalls sicherzustellen und die Straftäter anschließend strafrechtlich zu verfolgen. Diese Maßnahmen können außerhalb der Hoheitsgewässer des betreffenden Staates ergriffen werden. Die zuständigen nationalen Behörden werden als jederzeit ansprechbare Kontaktstellen benannt, die diese Ersuchen möglichst zügig beantworten. Der Flaggenstaat kann die Genehmigung erteilen, seine Genehmigung von Bedingungen abhängig machen oder das Ersuchen ablehnen. Die oben genannten Maßnahmen dürfen nur von Kriegsschiffen oder Militärluftfahrzeugen oder von anderen Schiffen oder Luftfahrzeugen durchgeführt werden, die deutlich als im Staatsdienst stehend erkennbar und hierzu befugt sind.

Das Anhalten des Schiffes und die anschließenden Maßnahmen werden von einem Team von Strafverfolgungsbeamten aus dem ersuchenden Staat durchgeführt, dem so genannten *Law Enforcement Detachment* (LEDET). Wird eine Aktion durch eine zwischenstaatliche Einrichtung wie das *Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics* [Operationszentrum für den Kampf gegen den Drogenhandel im Atlantik] (MAOC-N) koordiniert, wird ein LEDET zuweilen auf einem Kriegsschiff eines anderen Landes befördert. In diesem Falle führen die beim Anhalten des Schiffes eingesetzten Helikopter und kleinen Boote zeitweilig die Flagge des LEDET-Staates statt der ihres Kriegsschiffes.

(!) Die Hoheitsgewalt über ein Schiff und seine Crew liegt bei dem Staat, in dem das Schiff registriert ist (Flaggenstaat).

Gründe für die sinkenden Kokainpreise in Europa

Seit dem Jahr 2000 sind die inflationsbereinigten Kokainpreise in Europa rückläufig. Andererseits belegt jedoch die Prävalenz des Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung und unter problematischen Drogenkonsumenten, dass zeitgleich die Nachfrage nach dieser Substanz gestiegen ist. Dieses auf den ersten Blick widersprüchliche Ergebnis ist durch mehrere Faktoren zu erklären: Ein Schlüsselfaktor ist sicherlich die Zunahme des Kokainangebots in Europa, die in den steigenden sichergestellten Mengen zum Ausdruck kommt. Ein „Push-Faktor“ für die verstärkte Belieferung des europäischen Marktes könnte die Suche südafrikanischer Kokainhändler nach einer Alternative zum US-amerikanischen Markt sein. Als „Pull-Faktor“ könnte darüber hinaus die steigende Kokainnachfrage in Europa wirken. Der zunehmende Kokainkonsum in Europa und die relative Stärke der europäischen Währungen gegenüber dem US-Dollar könnten die fallenden Preise und möglicherweise schrumpfenden Gewinnspannen kompensiert haben.

Der Kokainpreis könnte darüber hinaus durch weitere Faktoren beeinflusst worden sein. Technische Entwicklungen und die Nutzung neuer Handelsrouten, wie der westafrikanischen Route, auf denen nur eine unzureichende Drogenkontrolle stattfindet und für die Drogenhändler bereitstehen, die für wenig Geld arbeiten, könnten dafür gesorgt haben, dass die Transportkosten und das mit dem Drogenschmuggel verbundene Risiko gesunken sind. Auch der zunehmende Wettbewerb auf dem Kokainmarkt (Desroches, 2007) könnte sich auf den Preis dieser Droge in Europa ausgewirkt haben.

Aufgrund des in diesem Bereich herrschenden Datenmangels ist diese Analyse zwangsläufig spekulativ. Es ist daher notwendig, ein besseres Verständnis der Faktoren zu gewinnen, die den europäischen Drogenmarkt beeinflussen. Die EBDD setzt sich dafür ein, die Zusammenarbeit und Forschungsarbeiten in diesem Bereich fortzuführen.

beschlagnahmten Mengen entfiel nach wie vor auf Südamerika mit 45 %, gefolgt von Nordamerika mit 28 % sowie West- und Mitteleuropa mit 11 % (UNODC, 2009).

Die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Europa hat in den letzten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen, wobei seit 2003 ein besonders starker Anstieg zu beobachten ist. Im Jahr 2007 stieg die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Europa auf 92 000 Fälle, wobei jedoch die beschlagnahmte Gesamtmenge von 121 Tonnen im Jahr 2006 auf 77 Tonnen zurückging. Dieser Rückgang der insgesamt beschlagnahmten Menge Kokain ist weitgehend auf die Entwicklung in Portugal und in geringerem Maße in Spanien und Frankreich zurückzuführen, da diese Länder im Jahr 2007 geringere beschlagnahmte Mengen meldeten als im Vorjahr ⁽⁹⁰⁾.

Spanien meldete im Jahr 2007 weiterhin sowohl die höchsten beschlagnahmten Kokainmengen als auch die meisten Sicherstellungen dieser Droge — etwa die Hälfte — in Europa.

Reinheit und Preis

Die durchschnittliche Reinheit des in Europa gehandelten Kokains lag im Jahr 2007 zwischen 22 % und 57 % ⁽⁹¹⁾. Mit Ausnahme Spaniens und Portugals berichteten die meisten Länder, die ausreichende Daten für eine Analyse der Tendenzen im Zeitverlauf zur Verfügung gestellt haben, über eine rückläufige Entwicklung bei der Reinheit von Kokain im Zeitraum 2002 bis 2007.

In den 19 Ländern, aus denen Angaben hierzu vorliegen, bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Kokain im Jahr 2007 zwischen 44 EUR und 88 EUR pro Gramm, wobei etwa die Hälfte dieser Länder durchschnittliche Preise zwischen 58 EUR und 67 EUR pro Gramm meldete. In den Ländern, die ausreichende Daten für einen Vergleich übermittelt haben, wurden zwischen 2002 und 2007 sinkende Straßenpreise für Kokain verzeichnet.

Prävalenz und Konsummuster

Kokainkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Insgesamt ist Kokain in Europa nach wie vor nach Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge, wobei jedoch hinsichtlich des Konsums große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern zu verzeichnen sind. Schätzungen zufolge haben etwa 13 Millionen Europäer mindestens einmal Kokain konsumiert. Dies entspricht durchschnittlich 3,9 % der Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 8 zu entnehmen). Die nationalen Werte liegen zwischen 0,1 % und 8,3 %, wobei zwölf von 23 Ländern, vor allem mittel- und osteuropäische Länder, niedrige Lebenszeitprävalenzraten unter allen Erwachsenen melden (0,5 % bis 2 %).

Schätzungsweise haben etwa 4 Millionen Europäer die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (durchschnittlich 1,2 %), wobei auch hier erhebliche Abweichungen zwischen den Ländern bestehen. Die jüngsten nationalen Erhebungen vermelden Schätzungen für die 12-Monats-Prävalenz zwischen 0 % und 3,1 %, wobei die Konsumraten in 18 von 24 Ländern nicht über 1 % liegen. Die Prävalenzschätzung für den Kokainkonsum in den letzten 30 Tagen entspricht mit etwa 1,5 Millionen

⁽⁹⁰⁾ Siehe Tabellen SZR-9 und SZR-10 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁹¹⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-3 und PPP-7 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Konsumenten ungefähr 0,4 % der erwachsenen Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass es sich hier um eher vorsichtige Schätzungen handelt.

Insgesamt konzentriert sich der Kokainkonsum offenbar auf einige wenige Länder, vor allem Dänemark, Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich, während der Konsum dieser Droge in den meisten anderen europäischen Ländern weiterhin relativ gering ist. Fast alle Länder, in denen der Markt für illegale Stimulanzien von Amphetaminen beherrscht wird, verzeichnen niedrige Prävalenzschätzungen für den Kokainkonsum. Umgekehrt werden aus den meisten Ländern, in denen Kokain das wichtigste illegale Stimulans darstellt, niedrige Raten für den Amphetaminkonsum gemeldet.

Offenbar entwickelt nur ein geringer Anteil der Konsumenten, die mindestens einmal Kokain probiert haben, Muster eines regelmäßigen Konsums. Die Daten aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zeigen hohe Raten für die Einstellung des Kokainkonsums. In Ländern mit einer Lebenszeitprävalenz von über 2 % haben die meisten Erwachsenen, die mindestens einmal Kokain probiert haben (80 % bis 95 %), die Droge in den letzten 30 Tagen nicht konsumiert ⁽⁹²⁾.

Kokainkonsum unter jungen Erwachsenen

In Europa haben schätzungsweise 7,5 Millionen junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre), das entspricht durchschnittlich 5,6 %, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert, wobei die nationalen Werte von 0,1 % bis 12,0 % reichen. In dieser Altersgruppe beträgt der 12-Monats-Konsum von Kokain im europäischen Durchschnitt schätzungsweise 2,2 % (3 Millionen) und der Konsum in den letzten 30 Tagen 0,8 % (1 Million).

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 4,2 % und 7,7 % ermittelt ⁽⁹³⁾. In den meisten Ländern lag bei der 12-Monats-Prävalenz das Verhältnis zwischen Männern und Frauen unter jungen Erwachsenen bei mindestens 2:1.

Die 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 24-Jährigen wird auf 2,2 % geschätzt, das entspricht 1,5 Millionen Konsumenten in Europa. Anders als beim Konsum von Cannabis oder Ecstasy, für den in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die höchsten Prävalenzschätzungen zu verzeichnen sind, wurden bei den Messgrößen für den jüngsten und den aktuellen

Kokainkonsum (in den letzten zwölf Monaten bzw. in den letzten 30 Tagen) in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ähnliche Werte ermittelt wie in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen ⁽⁹⁴⁾.

Der Kokainkonsum steht ferner im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum und bestimmten Formen der Lebensführung. Beispielsweise geht aus einer Analyse der Daten aus der British Crime Survey 2007 bis 2008 hervor, dass von den 16- bis 24-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen 9-mal oder häufiger einen Pub aufgesucht haben, 13,5 % angeben, in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert zu haben, während dieser Anteil unter den Befragten, die keinen Pub besucht haben, bei nur 1,7 % liegt. Auch zwischen dem Besuch von Nachtclubs und einem höheren Kokainkonsum wurde ein Zusammenhang ermittelt: Fast 10 % der 16- bis 24-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen 4-mal oder häufiger einen Club besucht haben, geben an, in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert zu haben, gegenüber 3,3 % der Befragten, die keinen Club besucht haben. Darüber hinaus wurden in dieser Erhebung für den Crackkonsum geringe Prävalenzraten ermittelt. Dies bestätigt die Ergebnisse anderer Studien, die für diese beiden Substanzen unterschiedliche Konsumentenprofile belegen (Hoare und Flatley, 2008). Bei Studien in Freizeitmilieus werden ebenfalls höhere Prävalenzraten des Kokainkonsums ermittelt als in der Allgemeinbevölkerung (EBDD, 2007a). Eine kürzlich in der Tschechischen Republik unter den Fans elektronischer Musik durchgeführte Internet-Erhebung ergab, dass 30,9 % der Befragten Kokain konsumiert hatten.

Bei der im Jahr 2008 in den 27 EU-Mitgliedstaaten durchgeführten Eurobarometer-Umfrage vertraten 85 % der 15- bis 25-Jährigen die Auffassung, dass der Kokainkonsum mit einem hohen Gesundheitsrisiko verbunden ist. Die Anteile der Befragten, die mit dem Konsum anderer Substanzen ein ähnlich hohes Gesundheitsrisiko verbinden, sind wesentlich niedriger: Bei Cannabis betrug dieser Anteil 40 %, bei Tabak 28 % und bei Alkohol 24 %. Lediglich mit dem Heroinkonsum verbindet ein noch größerer Anteil der Befragten ein hohes Risiko. Dabei wurden nur geringfügige Unterschiede zwischen den Ländern festgestellt, und 95 % der Befragten waren der Meinung, dass Kokain weiterhin verboten bleiben sollte (Europäische Kommission, 2008b).

Kokainkonsum unter Schülern

Unter Schülern sind die Prävalenzschätzungen für den Kokainkonsum wesentlich niedriger als für den Cannabiskonsum. Den ESPAD-Umfragen zufolge liegt die

⁽⁹²⁾ Siehe Abbildung GPS-16 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁹³⁾ Siehe Abbildung GPS-13 im Statistical Bulletin 2009.

⁽⁹⁴⁾ Siehe Abbildung GPS-15 und die Tabellen GPS-14, GPS-15 und GSP-16 für alle Jahre sowie die Tabellen GPS-17, GPS-18 und GPS-19 für die jüngsten Daten im Statistical Bulletin 2009.

Tabelle 8: Prävalenz des Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate	Letzte 30 Tage
15 bis 64 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	13 Millionen	4 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Spanne	0,1-8,3 %	0,0-3,1 %	0,0-1,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Litauen, Malta (0,4 %) Griechenland (0,7 %)	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Tschechische Republik, Ungarn, Polen (0,2 %)	Tschechische Republik, Griechenland, Estland, Rumänien (0,0 %) Malta, Litauen, Polen, Finnland (0,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Spanien (8,3 %) Vereinigtes Königreich (7,6 %) Italien (6,8 %) Irland (5,3 %)	Spanien (3,1 %) Vereinigtes Königreich (2,3 %) Italien (2,2 %) Irland (1,7 %)	Spanien (1,1 %) Vereinigtes Königreich (1,0 %) Italien (0,8 %) Irland (0,5 %)
15 bis 34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7,5 Millionen	3 Millionen	1 Million
Europäischer Durchschnitt	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Spanne	0,1-12,0 %	0,1-5,5 %	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 (0,3 %) Ungarn, Tschechische Republik (0,4 %)	Estland, Rumänien (0,0 %) Tschechische Republik, Griechenland, Polen (0,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (12,0 %) Spanien (11,8 %) Dänemark (9,5 %) Irland (8,2 %)	Spanien (5,5 %) Vereinigtes Königreich (4,5 %) Dänemark (3,4 %) Irland, Italien (3,1 %)	Vereinigtes Königreich (2,1 %) Spanien (1,9 %) Italien (1,2 %) Irland (1,0 %)
15 bis 24 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	3 Millionen	1,5 Millionen	0,6 Millionen
Europäischer Durchschnitt	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Spanne	0,1-9,9 %	0,1-5,6 %	0,0-2,5 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,6 %) Litauen (0,7 %) Malta, Polen (1,1 %)	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Polen (0,3 %) Tschechische Republik (0,4 %)	Estland, Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Tschechische Republik, Polen, Portugal (0,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (9,9 %) Spanien (9,3 %) Dänemark (9,2 %) Irland (7,0 %)	Dänemark (5,6 %) Spanien (5,4 %) Vereinigtes Königreich (5,0 %) Irland (3,8 %)	Vereinigtes Königreich (2,5 %) Spanien (1,7 %) Italien (1,2 %) Irland (1,1 %)

Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008 (vor allem 2004 bis 2008) und können daher keinem bestimmten Jahr zugeordnet werden. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz geschätzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (334 Millionen), 15 bis 34 Jahre (133 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (63 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General population surveys“ [Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung] im Statistical Bulletin 2009 verfügbar.

Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in der Hälfte der 28 Berichtsländer zwischen 1 % und 2 %. In den meisten der übrigen Länder sind Prävalenzraten zwischen 3 % und 4 % zu verzeichnen, während Frankreich, Italien und das Vereinigte Königreich 5 % melden. Die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums ist in den meisten Ländern unter Jungen höher als unter Mädchen, wobei die höchsten Raten (6 %) aus Frankreich und Italien gemeldet werden ⁽⁹⁵⁾.

Internationale Vergleiche

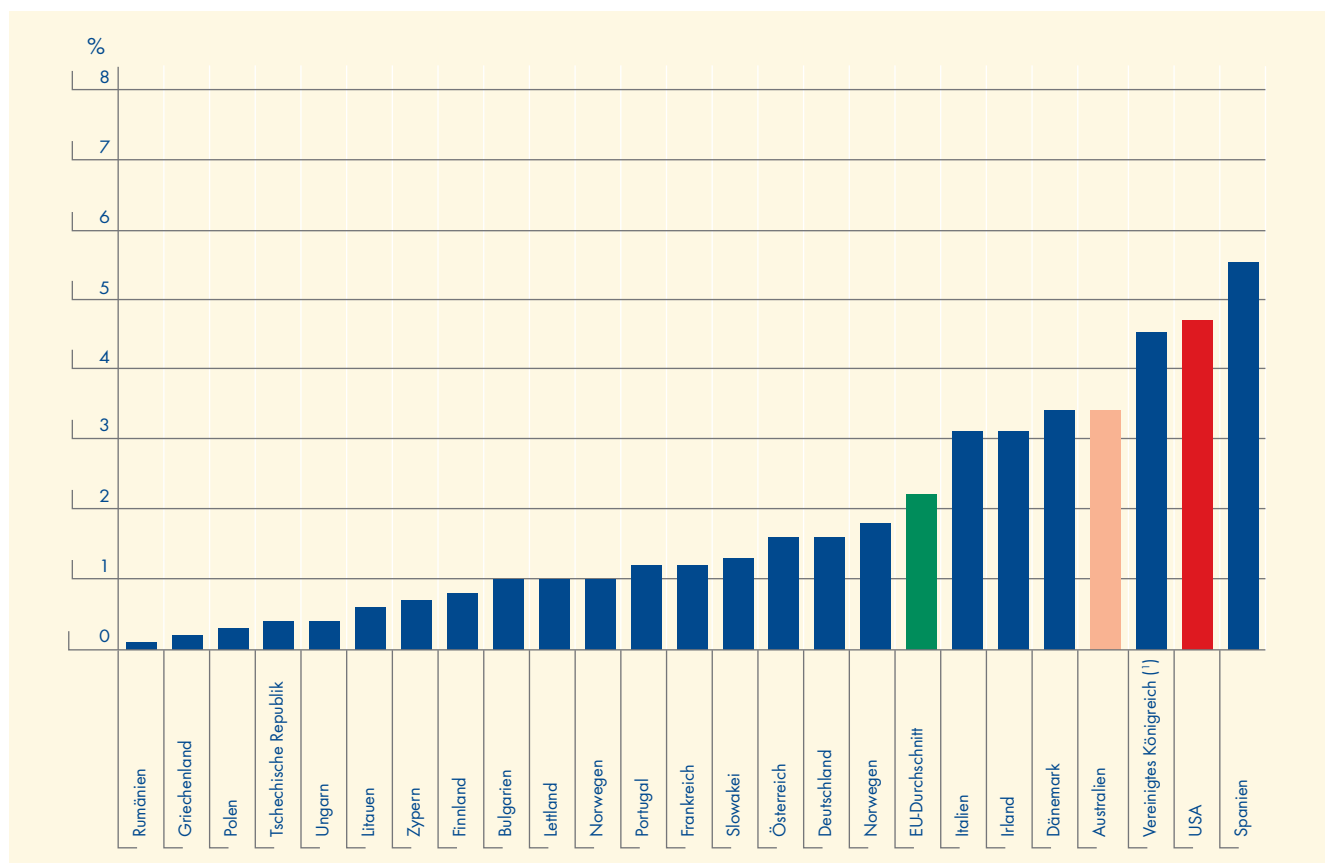
Insgesamt ist die geschätzte 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen in der Europäischen Union niedriger als in der entsprechenden Altersgruppe in Australien und den Vereinigten Staaten. Zwei Länder, Spanien und das Vereinigte Königreich (England und Wales), meldeten jedoch höhere Werte als

Australien, während nur Spanien eine höhere Schätzung als die Vereinigten Staaten verzeichnete (Abbildung 8).

Tendenzen des Kokainkonsums

Vereinfacht ausgedrückt sind bei den Tendenzen des Kokainkonsums in Europa 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. Eine zweite Ländergruppe, zu der Dänemark, Irland und Italien zählen, verzeichnete einen weniger ausgeprägten Anstieg der Prävalenz, der etwas später einsetzte. Die Konsumraten in diesen drei Ländern sind jedoch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hoch. In den übrigen Ländern

Abbildung 8: 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) in Europa, Australien und den USA



⁽¹⁾ England und Wales.

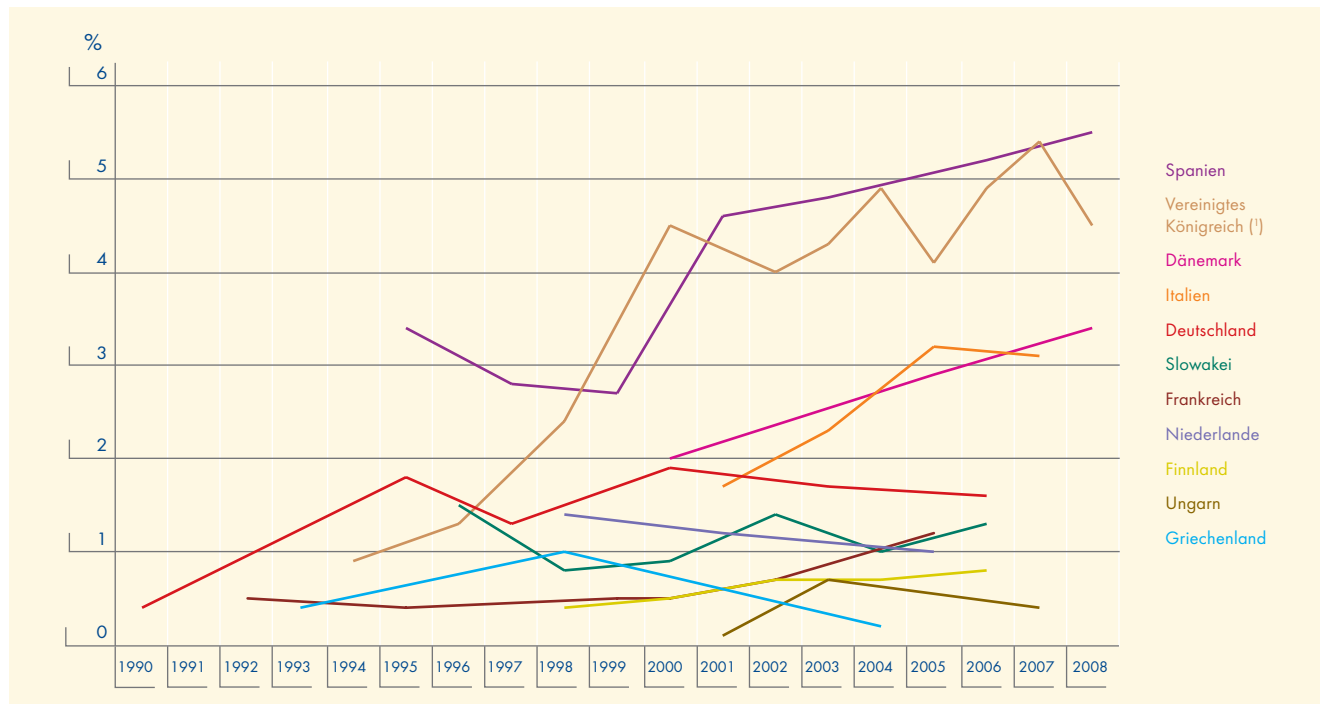
Anmerkung: Die Daten stammen aus der letzten verfügbaren Erhebung für die einzelnen Länder. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als Durchschnitt der nationalen Prävalenzraten berechnet, gewichtet nach der Bevölkerung der einzelnen Staaten im Alter von 15 bis 34 Jahren (2006, Eurostat-Daten). Die Daten für die USA und Australien wurden anhand der ursprünglichen Erhebungsergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen neu berechnet. Weitere Informationen sind Abbildung GPS-20 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). *National Survey on Drug Use and Health* [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit], 2007.

Australian Institute of Health and Welfare 2008. *2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings* [Haushalterhebung zur Nationalen Drogenstrategie 2007: ausführliche Ergebnisse]. Drug statistics series Nr. 22. Cat. Nr. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

⁽⁹⁵⁾ Siehe Tabelle EYE-20 im Statistical Bulletin 2009.

Abbildung 9: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)

(!) England und Wales.

Anmerkung: Weitere Informationen sind Abbildung GPS-14 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2008), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

Europas gestaltet sich die Interpretation der verfügbaren Daten schwierig, da bei insgesamt niedrigen Prävalenzraten in einigen Ländern geringfügig zunehmende bzw. abnehmende Tendenzen zu beobachten sind. Von den elf Ländern, für die der Trend zwischen 2002 und 2007 analysiert werden kann, ist in fünf Ländern (Irland, Italien, Lettland, Portugal, Vereinigtes Königreich) ^(*) ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen um mindestens 15 % des Ausgangswerts, in zwei Ländern (Ungarn, Polen) ein Rückgang und in vier Ländern (Deutschland, Spanien, Slowakei, Finnland) eine Stabilisierung festzustellen (Abbildung 9).

Den im Jahr 2007 durchgeführten ESPAD-Schulfragen zufolge ist die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern seit 2003 in Frankreich, Zypern, Malta, Slowenien und der Slowakei um mindestens zwei Prozentpunkte gestiegen. Aus der spanischen Schulumfrage geht hervor, dass in Spanien zwischen 2004 und 2007 ein Rückgang um zwei Prozentpunkte zu verzeichnen war.

Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums

Es ist davon auszugehen, dass das Ausmaß der gesundheitlichen Folgen des Kokainkonsums unterschätzt

wird. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass die infolge eines langfristigen Kokainkonsums auftretenden Erkrankungen häufig unspezifischer oder chronischer Natur sind, zum Teil aber auch auf die Schwierigkeiten bei der Herstellung kausaler Zusammenhänge zwischen der Erkrankung und dem Konsum der Droge. Regelmäßiger Kokainkonsum kann mit kardiovaskulären, neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie mit einem erhöhten Risiko von Unfällen und Gewalttaten in Verbindung gebracht werden. Dies gilt auch dann, wenn die Droge geschnupft wird. Der gleichzeitige Konsum anderer Substanzen, einschließlich Alkohol, kann ebenfalls zur Verschärfung bestimmter kokainbedingter Probleme beitragen (siehe EBDD, 2007a). Eine in den Vereinigten Staaten durchgeführte Erhebung ergab, dass bei Personen mit hoher Konsumhäufigkeit ein schätzungsweise 7-mal höheres Risiko eines nichttödlichen Myokardinfarktes bestand als bei Personen, die kein Kokain konsumieren (Qureshi et al., 2001). Insgesamt wurde festgestellt, dass schätzungsweise ein Viertel der nicht tödlich verlaufenden Myokardinfarkte in der Altersgruppe der 18- bis 45-Jährigen mit einem „häufigen Kokainkonsum“ in Verbindung zu bringen war.

Aus den jüngsten Berichten geht hervor, dass in Ländern mit relativ hohen Prävalenzraten des Kokainkonsums diese Droge offenbar bei den meisten in Krankenhäusern erfassten

(*) In Dänemark war ebenfalls eine Zunahme zu verzeichnen, jedoch in einem anderen Zeitrahmen.

drogenbedingten Notfällen eine Rolle spielt. Das amerikanische *Drug Abuse Warning Network* [Warnnetz für Drogenmissbrauch] (DAWN) geht davon aus, dass im Jahr 2006 bei sechs von zehn in den Notaufnahmen der Krankenhäuser verzeichneten drogenbedingten Notfällen Kokain im Spiel war, sei es alleine oder in Kombination mit anderen Drogen. In Spanien stellte das nationale Meldesystem für in Krankenhäusern verzeichnete Notfälle im Zusammenhang mit dem nichttherapeutischen Konsum psychoaktiver Substanzen fest, dass im Jahr 2006 Kokain die am häufigsten angegebene Substanz war (59 %), gefolgt von Cannabis (31 %), Sedativa (28 %) und Heroin (22 %), wobei alle diese Substanzen oft gemeinsam mit Alkohol konsumiert wurden. In einer Studie unter Patienten, die wegen unmittelbar mit dem Kokainkonsum in Zusammenhang stehender Probleme die Notaufnahme eines Krankenhauses in Barcelona aufsuchten, wurden als Beschwerden am häufigsten Angst- oder Unruhezustände (48 %) sowie Brustschmerzen oder Palpitationen (25 %) genannt.

Die größten Gesundheitsrisiken werden mit dem injizierenden Kokainkonsum und dem Konsum von Crack in Verbindung gebracht (einschließlich kardiovaskulärer und psychischer Erkrankungen sowie einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands). Diese Erkrankungen werden in der Regel durch soziale Ausgrenzung und andere spezifische Probleme verschärft, beispielsweise durch die mit dem injizierenden Drogenkonsum verbundenen Risiken. Der gleichzeitige Konsum von Opioiden und Kokain ist offenbar mit einem höheren Risiko einer Überdosierung von Opioiden verbunden (EBDD, 2007a).

Eine der negativen Folgen des Kokainkonsums für den Einzelnen ist die Abhängigkeit. Eine in den Vereinigten Staaten durchgeführte Studie ergab, dass etwa 5 % der Kokainkonsumenten im ersten Jahr des Konsums abhängig werden können, wobei nur etwa 20 % der Konsumenten langfristig eine Abhängigkeit entwickelten (Wagner und Anthony, 2002). Aus einer anderen Studie geht hervor, dass es fast 40 % der Abhängigen gelingt, den Drogenkonsum ohne eine Drogen- oder Alkoholtherapie einzustellen (Cunningham, 2000). Ferner gibt es Belege dafür, dass viele Kokainkonsumenten ihren Drogenkonsum kontrollierten, indem sie sich selbst Regeln setzten, beispielsweise im Hinblick auf Menge, Häufigkeit oder Begleitumstände des Konsums (Decorte, 2000).

Problematischer Kokainkonsum und Behandlungsnachfrage

Nationale Schätzungen des problematischen Kokainkonsums (injizierender oder langjähriger/

regelmäßiger Konsum) liegen ausschließlich aus Spanien und Italien vor, während für das Vereinigte Königreich regionale Schätzungen sowie Schätzungen zum Crackkonsum⁽⁹⁷⁾ verfügbar sind. In Italien wurden im Jahr 2007 mit 3,8 bis 4,7 problematischen Kokainkonsumenten je 1 000 Erwachsene ähnliche Werte ermittelt. Den jüngsten Daten für Spanien zufolge lag die Prävalenz des problematischen Kokainkonsums im Jahr 2002 zwischen 4,5 und 6 Fällen je 1 000 Erwachsene (15 bis 64 Jahre). Es ist davon auszugehen, dass bei den Schätzungen des problematischen Kokainkonsums die Zahl der Personen, die eine Behandlung oder Kurzintervention benötigen, zu niedrig veranschlagt wird, da sozial integrierte problematische Kokainkonsumenten in den herangezogenen Datenquellen unterrepräsentiert sein könnten.

Im Jahr 2007 wurde von etwa 17 % aller Patienten Kokain, vor allem Kokainpulver, als Hauptgrund für die Aufnahme einer Drogenbehandlung genannt, das entspricht etwa 61 000 gemeldeten Fällen in 25 europäischen Ländern. Unter den Erstpazienten ist der Anteil der Drogenkonsumenten, die Kokain als Primärdroge angeben, höher (22 %).

Hinsichtlich der Anteile der Kokainpatienten sowohl an den Drogenpatienten insgesamt als auch an den Erstpazienten gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Die höchsten Anteile der Kokainkonsumenten sowohl an den Patienten insgesamt (45 %) als auch an den Erstpazienten (60 %) werden aus Spanien gemeldet, gefolgt von den Niederlanden (32 % und 29 %) und Italien (23 % und 26 %). In Belgien, Irland, Zypern, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich sind zwischen 11 % und 13 % aller Drogenpatienten und zwischen 11 % und 19 % der Erstpazienten Kokainpatienten. In den übrigen europäischen Ländern geben weniger als 10 % der in Drogenbehandlung befindlichen Patienten Kokain als Primärdroge an, wobei dieser Anteil in sieben Ländern unter 1 % liegt⁽⁹⁸⁾.

Die Zahl der Patienten, die sich wegen des Konsums von Kokain in Behandlung begeben, steigt in Europa seit mehreren Jahren an, wobei diese Entwicklung stark durch einige wenige Länder bestimmt wird. Zwischen 2002 und 2007 meldeten Spanien, Irland und Italien den stärksten Anstieg des Anteils der Kokainkonsumenten an den Erstpazienten. In den Ländern, die ausreichende Daten für eine Trendanalyse im Zeitverlauf vorgelegt haben, ist der Anteil der Patienten, die bei Behandlungsbeginn Kokain als Primärdroge angaben, an den Drogenpatienten insgesamt von 13 % auf 19 % (anhand der Daten aus

⁽⁹⁷⁾ Siehe Kasten „Crackkonsum in Europa“, S. 77.

⁽⁹⁸⁾ Siehe Abbildung TDI-2 und Tabelle TDI-5 (Teil i) und (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009; die Daten für Spanien beziehen sich auf das Jahr 2006.

Crackkonsum in Europa

Kokain ist in Europa in zwei Formen verfügbar: als Kokainpulver (Kokain-HCL, ein Hydrochlorid-Salz) und als das weniger häufig konsumierte Crack (eine freie Base). Crack wird in der Regel geraucht und ist bekannt für ein intensives „Hochgefühl“, das zu problematischen Konsummustern führen kann. Im Allgemeinen wird Crack in der Nähe der Vertriebs- und Konsumorte aus Kokain-HCL hergestellt.

Der Konsum von Crack begann Mitte der 80er Jahre in den Vereinigten Staaten und war damals im Wesentlichen auf die Innenstädte der großen Metropolen beschränkt, wobei ethnische Minderheiten in unverhältnismäßig hohem Maße betroffen waren. Man befürchtete eine ähnliche Entwicklung in Europa, doch bisher war keine schwerwiegende Crack-Epidemie zu beobachten.

Allerdings wird Crack in einigen europäischen Städten konsumiert, wobei jedoch das genaue Ausmaß dieses Phänomens schwer festzustellen ist. Berichte über die Lage in London (GLADA, 2004) und Dublin (Connolly et al., 2008) deuten ebenfalls darauf hin, dass der Konsum zunehmen könnte. In London ist der Crackkonsum ein wesentlicher Teil der Drogenproblematik. Die seit Mitte der 90er Jahre zu beobachtende steigende Tendenz wird aber vor allem einer steigenden Zahl von Opioidkonsumenten zugeschrieben, die auch Crack konsumiert.

Die meisten Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Crack und die meisten Sicherstellungen dieser Droge werden aus dem Vereinigten Königreich gemeldet. Für den Zeitraum 2006 bis 2007 wurde in einer Studie die Zahl der problematischen Crack-Konsumenten in England auf 5,2 bis 5,6 Fälle je 1 000 Erwachsene geschätzt. Auch aus anderen europäischen Städten wurden erhebliche Crack-Probleme gemeldet.

Der Crackkonsum beschränkt sich in erster Linie auf marginalisierte und benachteiligte Gruppen wie Prostituierte und problematische Opioidkonsumenten, wobei einige Länder über den Konsum unter bestimmten ethnischen Minderheiten berichten (z. B. Frankreich, Niederlande, Vereinigtes Königreich). In sozial integrierten Gruppen, einschließlich der regelmäßigen Konsumenten von Kokainpulver, ist der Crackkonsum sehr selten (Prinzleve et al., 2004). Dennoch ist der anhaltende Konsum dieser Droge in einigen Gruppen und Städten Beleg für das Risiko einer Verbreitung in weiteren Bevölkerungsgruppen.

18 Ländern) gestiegen (⁹⁹). Bei den Erstpazienten stieg ihr Anteil von 17 % auf 25 % (anhand der Daten aus 19 Ländern). Was die Länder mit den höchsten Anteilen von Kokainpatienten betrifft, so melden Spanien und Italien seit 2005 eine stabile Situation, während die

Niederlande einen sinkenden Anteil der Erstpazienten verzeichnen, die sich wegen des Konsums von Kokain in Behandlung begeben. In anderen Ländern, wie beispielsweise in Dänemark, Irland, Griechenland und Portugal, wird jedoch derzeit ein Anstieg dieser Anteile beobachtet (¹⁰⁰).

Patientenprofil

Fast alle Kokainpatienten werden von ambulanten Behandlungseinrichtungen gemeldet, wobei einige Kokainkonsumenten auch in Privatkliniken behandelt werden könnten, die im derzeitigen Überwachungssystem so gut wie nicht erfasst sind.

Bei den Kokainpatienten sind die Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen (das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beläuft sich auf 5:1) und das Durchschnittsalter (etwa 32 Jahre) deutlich höher als bei den meisten anderen Drogenpatienten. Dies gilt insbesondere für einige Länder, in denen eine große Zahl von Patienten Kokain als Primärdroge konsumiert, und vor allem für Italien mit einem Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 8:1 und einem Durchschnittsalter von 35 Jahren. Fast die Hälfte der Kokainpatienten hat in einem Alter von unter 20 Jahren mit dem Konsum dieser Droge begonnen, während 88 % zum Zeitpunkt des Erstkonsums jünger als 30 Jahre waren. Lange Zeitspannen (9 bis 12 Jahre) zwischen dem ersten Kokainkonsum und der ersten Behandlung werden aus Spanien, Italien und den Niederlanden gemeldet (¹⁰¹).

Die meisten Kokainpatienten schnupfen (55 %) oder rauchen (32 %) die Droge, während weniger als 7 % angeben, Kokain zu injizieren (¹⁰²). Eine im Jahr 2006 in 14 Ländern durchgeführte Analyse ergab, dass etwa 63 % der Kokainpatienten polyvalente Drogenkonsumenten sind. Davon konsumieren 42 % auch Alkohol, 28 % Cannabis und 16 % Heroin. Ferner wird Kokain häufig als Sekundärdroge genannt, insbesondere von Patienten, die Heroin als Primärdroge angeben (¹⁰³).

Im Jahr 2007 begaben sich etwa 8 000 Patienten wegen des Konsums von Crack als Primärdroge in ambulante Behandlung, das entspricht 15 % aller Kokainpatienten und 2,7 % aller ambulant behandelten Drogenpatienten. Die meisten Crackpatienten (etwa 6 500) werden aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, wo sie 45 % der in Behandlung befindlichen Kokainpatienten ausmachen. Fast ein Viertel (22 %) der Crackpatienten konsumiert auch

⁽⁹⁹⁾ Unter Berücksichtigung ausschließlich der Patienten, die als Primärdroge Opioide, Cannabis, Kokain und andere Stimulanzien angeben.

⁽¹⁰⁰⁾ Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-3 und Tabelle TDI-3 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁰¹⁾ Siehe Tabellen TDI-10, TDI-11 (Teil iii), TDI-21 und TDI-103 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁰²⁾ Siehe Tabelle TDI-17 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁰³⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum polyvalenten Drogenkonsum.

Heroin. Große Anteile dieser Patienten geben an, arbeitslos oder obdachlos zu sein ⁽¹⁰⁴⁾.

Insgesamt können die in Behandlung befindlichen Kokainkonsumenten in zwei Gruppen eingeteilt werden: sozial integrierte Patienten, die Kokainpulver konsumieren, und eher marginalisierte Patienten, die Kokain, häufig Crack, in Kombination mit Opioiden konsumieren. Die erste Gruppe schnupft die Droge in der Regel und konsumiert sie zuweilen gemeinsam mit anderen Substanzen wie Alkohol oder Cannabis, jedoch nicht mit Opioiden. Einige Angehörige dieser Gruppe werden aus Strafvollzugsanstalten in Behandlungseinrichtungen überwiesen. Die Patienten der zweiten Gruppe geben häufig an, Drogen zu injizieren, konsumieren sowohl Kokain als auch Opioide, rauchen zuweilen auch Crack und leiden an gesundheitlichen und sozialen Problemen. Zu dieser Gruppe zählen auch ehemalige Heroinkonsumenten, die sich wegen des Konsums von Kokain erneut in Behandlung begeben.

Behandlung und Schadensminimierung

Behandlung

In Europa sind Drogenbehandlungseinrichtungen zumeist auf die Bedürfnisse von Opioidkonsumenten zugeschnitten. Nur wenige Anbieter sind speziell auf Kokainkonsumenten ausgerichtet, und häufig handelt es sich hierbei um private Einrichtungen. Einige Länder (z. B. Irland, Italien, Spanien) haben Strategien oder Behandlungsprogramme für Kokainkonsumenten aufgelegt, und in Frankreich werden derzeit solche Programme entwickelt.

Da die Zielgruppe der Kokainkonsumenten heterogen ist und vielfältige Probleme und Bedürfnisse aufweist, stellt die Organisation und Durchführung von Therapien für behandlungsbedürftige Konsumenten eine komplexe Aufgabe dar. Manche Gruppen von Kokainkonsumenten sind schwer zu erreichen und somit kaum zu bewegen, sich in Behandlung zu begeben. Beispielsweise bemühen sich marginalisierte injizierende Kokainkonsumenten und Crackkonsumenten zumeist nicht freiwillig um eine Behandlung. Infolgedessen werden in Irland aufsuchende Sozialarbeit und andere Maßnahmen empfohlen, um Konsumenten, die andernfalls nicht erreicht werden könnten, zu bewegen, sich einer Behandlung zu unterziehen (Connolly et al., 2008). Bei bestimmten Gruppen können sich auch aufsuchende Behandlungsprogramme als wirksam erweisen. Ein Beispiel hierfür ist einer niederländischen Studie unter marginalisierten Crackkonsumenten zu entnehmen. Das Behandlungsprogramm erzielte eine hohe

Kooperationsbereitschaft und Zufriedenheit der Patienten. Den Angaben der Patienten zufolge verbesserten sich ihre physische und psychische Gesundheit, ihre Lebensbedingungen sowie ihre familiären und sozialen Beziehungen (Henskens et al., 2008).

Zuweilen sind auch sozial integrierte Kokainkonsumenten nur schwer zu bewegen, sich in Behandlung zu begeben. Beispielsweise haben sie mitunter das Gefühl, dass Behandlungseinrichtungen, in denen vor allem Opioidpatienten behandelt werden, ihren Bedürfnissen nicht entsprechen. Einige Länder berichten über Maßnahmen, um diesen Problemen zu begegnen. In Italien wurde beispielsweise im Jahr 2007 das „Progetto nazionale cocaina“ ins Leben gerufen, das spezialisierte Dienste und besser auf die Bedürfnisse sozial integrierter Kokainkonsumenten und ihrer Familienangehörigen abgestimmte Öffnungszeiten (z. B. nach der Arbeit) anbietet. Ein ähnlicher Ansatz wird aus Irland gemeldet, wo spezielle Programme entwickelt werden, um den Konsumenten von Kokainpulver Anreize zu bieten, eine Behandlung aufzunehmen.

Darüber hinaus ist es wichtig, für den Verbleib problematischer Kokain- und Crackkonsumenten in der Behandlung zu sorgen, da ein intensiver Kokainkonsum mit Verhaltensstörungen sowie sozialen und psychischen Problemen (z. B. impulsives und aggressives Verhalten) und in einigen Gruppen mit einer ungeordneten Lebensführung sowie schweren psychischen und physischen Erkrankungen verbunden ist. Daher ist es den Angaben der Fachleute zufolge schwer, ein regelmäßiges Erscheinen der Patienten bei den Therapiesitzungen und einen sinnvollen therapeutischen Dialog zu gewährleisten (Connolly et al., 2008). Der Kokainkonsum kann ferner zum Abbruch einer Behandlung wegen der Abhängigkeit von anderen Drogen oder zur Gefährdung einer erfolgreich hergestellten Heroinabstinenz führen. In Deutschland stellte man beispielsweise fest, dass der gleichzeitige Konsum von Kokain beim Abbruch opioidgestützter Substitutionsbehandlungen eine entscheidende Rolle spielt.

Darüber hinaus können Konsumenten nur schwer dazu bewegt werden, sich in Behandlung zu begeben und darin zu verbleiben, wenn keine speziellen psychosozialen Maßnahmen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, und keine wirksamen pharmakologischen Therapien verfügbar sind, die abhängigen Drogenkonsumenten dabei helfen, während der Therapie abstinent zu bleiben oder den Drogenkonsum zu reduzieren.

Diese Schwierigkeiten können durch die Entwicklung spezieller Behandlungsprogramme und Schulungen

⁽¹⁰⁴⁾ Siehe Kasten „Crackkonsum in Europa“, S. 77, und Tabellen TDI-7 und TDI-115 im Statistical Bulletin 2009.

überwunden werden, die auf die mit dem Konsum von Kokain und Crack einhergehenden Probleme zugeschnitten sind. Irland, Italien und das Vereinigte Königreich berichten über speziell auf Kokain ausgerichtete Schulungen für das Personal von Behandlungseinrichtungen. Darüber hinaus melden elf Mitgliedstaaten, darunter alle Länder mit hohen Raten des Kokainkonsums und einer großen Nachfrage nach Behandlungen, dass neben den herkömmlichen Behandlungsdiensten für die Konsumenten von Kokain und Crack spezielle Behandlungsprogramme zur Verfügung stehen. Allerdings stellten die nationalen Sachverständigen fest, dass diese Programme zwar in Italien, Portugal, Slowenien und dem Vereinigten Königreich der Mehrheit, jedoch in Dänemark, Deutschland, Irland, Österreich, den Niederlanden, Frankreich und Spanien lediglich einer Minderheit der Kokainkonsumenten, die eine Behandlung benötigen, zur Verfügung stehen.

Während bisher nahezu sämtliche einschlägigen Forschungsarbeiten aus den Vereinigten Staaten stammten, werden nun auch in Europa mehrere Studien zur Behandlung der Kokainabhängigkeit durchgeführt. Im Vereinigten Königreich untersucht man im Rahmen einer klinischen Studie die Wirksamkeit einer Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement (siehe EBDD, 2008b) bei Patienten, die Kokain als Primärdroge konsumieren. Einer vor Kurzem vorgelegten Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration (Cochrane review) zufolge wurden mit dieser Kombination bei der Behandlung der Abhängigkeit von Stimulanzien die besten Ergebnisse erzielt (Knapp et al., 2007). In einer anderen klinischen Studie wird im Vereinigten Königreich die Wirksamkeit von Modafinil in Kombination mit einem auf Gutscheinen basierenden Kontingenzmanagement bei Patienten untersucht, die eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung erhalten und Crack konsumieren. Das therapeutische Potenzial von Modafinil als Substitutionsmittel bei der Behandlung der Abhängigkeit von Stimulanzien wurde bereits in mehreren Studien nachgewiesen.

In den Niederlanden untersucht man derzeit in fünf klinischen Studien die Wirksamkeit einer Reihe pharmakologischer Wirkstoffe bei der Behandlung der Kokainabhängigkeit, darunter auch von Dexamphetamin und Modafinil. Im Rahmen einer weiteren niederländischen klinischen Studie wurde die Wirksamkeit einer Kombination des Community Reinforcement Approach [Gemeindenaher Verstärkeransatz] (CRA) mit dem Kontingenzmanagement bei kokainabhängigen Patienten getestet, die eine

opioidgestützte Substitutionsbehandlung erhalten. Die Ergebnisse belegten eine signifikant höhere Reduzierung des Kokainkonsums als bei der Standardbehandlung.

Schließlich untersucht man in einer gemeinsamen spanischen und italienischen multizentrischen Studie die Wirksamkeit des Kokain-Impfstoffs TA-CD. Dabei handelt es sich um die bisher größte Studie zu diesem Impfstoff, an der mehrere Hundert Freiwillige teilnehmen. Erste in den Vereinigten Staaten durchgeführte Sicherheitsstudien zum Impfstoff TA-CD belegen eine Verminderung der subjektiv wahrgenommenen Wirkung von Kokain, eine Reduzierung des Kokainkonsums sowie einen erhöhten Verbleib in der Behandlung.

Schadensminimierung

In vielen Mitgliedstaaten stellen Maßnahmen zur Schadensminimierung, die speziell auf problematische Crack- und Kokainkonsumenten abzielen, einen neuen Tätigkeitsbereich dar. Ein Grund für das begrenzte Angebot derartiger Maßnahmen, insbesondere für Crackkonsumenten, könnte darin liegen, dass die Mitarbeiter der Drogendienste nur wenig über die Droge sowie über die Zielgruppe und deren Bedürfnisse wissen.

In den meisten Mitgliedstaaten werden für injizierende Kokainkonsumenten dieselben Leistungen und Einrichtungen angeboten wie für Opioidkonsumenten, darunter Empfehlungen für einen sichereren Konsum, Schulungen für sichereres Injizieren sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme. Der injizierende Kokainkonsum ist jedoch mit einem höheren Risiko der gemeinsamen Nutzung von Spritzenbestecken und häufigen Injektionen verbunden, die wiederum dazu führen können, dass Venen kollabieren und die Droge infolgedessen in Körperteile injiziert wird, die mit einem höheren Risiko behaftet sind (z. B. Beine, Hände, Füße und Leiste). Daher sollten die Empfehlungen für einen sichereren Konsum auf diese speziellen Risiken zugeschnitten werden. In mehreren Ländern (z. B. Belgien, Frankreich) werden in einigen niedrigschwelligen Diensten auch Crackpfeifen angeboten.

Maßnahmen zur Schadensminimierung für Kokainkonsumenten in Freizeitmilieus konzentrieren sich im Wesentlichen auf die Sensibilisierung. Im Rahmen der Programme werden jungen Menschen Beratung und Informationen über die mit dem Alkohol- und Drogenkonsum insgesamt verbundenen Probleme angeboten, wobei in der Regel auch Material über die Risiken des Kokainkonsums bereitgestellt wird.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue 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 dem problematischen Drogenkonsum betrachtet. Noch heute ist die drogenbedingte Morbidität und Mortalität in der Europäischen Union größtenteils auf den Konsum dieser Droge zurückzuführen. In den letzten zehn Jahren war ein Rückgang des Heroinkonsums und der damit verbundenen Probleme zu beobachten, jedoch weisen jüngste Daten darauf hin, dass sich dieser Trend in einigen Ländern umgekehrt haben könnte. 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 ⁽¹⁰⁵⁾. Darüber hinaus werden Opioide auch innerhalb Europas produziert, vor allem Produkte aus selbstangebautem Mohn (z. B. Mohnstroh, Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten), die in einigen osteuropäischen Ländern (z. B. in Lettland und Litauen) hergestellt werden.

Herstellung und Handel

Das in Europa konsumierte Heroin stammt vor allem aus Afghanistan, auf das 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, 2009). Man geht davon aus, dass die weltweite Opiumherstellung seit dem im Jahr 2007

verzeichneten Rekordhoch gesunken ist. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die afghanische Produktion im Jahr 2008 von 8 890 Tonnen auf etwa 8 000 Tonnen zurückgegangen ist. Der jüngsten Schätzung zufolge belief sich das weltweite Produktionspotenzial von Heroin im Jahr 2007 auf 735 Tonnen (UNODC, 2009). Die in den letzten Jahren steigende Zahl der in Afghanistan ausgehobenen Labors deutet darauf hin, dass das Opium in zunehmendem Maße im Land selbst zu Morphin oder Heroin verarbeitet wird. Die Sicherstellung großer Mengen Morphin in den Nachbarländern (Pakistan, Iran) zeigt jedoch, dass die

Tabelle 9: Herstellung, Sicherstellungen, Preis und Reinheit von Heroin

Herstellung und Sicherstellungen	Heroin
Geschätztes weltweites Herstellungspotenzial (Tonnen) ⁽¹⁾	735
Weltweit beschlagnahmte Mengen Heroin (Tonnen) Morphin (Tonnen)	65 27
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen) EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	8.8 (22)
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	56 000 (58 000)
Preis und Reinheit in Europa	
Braunes Heroin	
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm) Spanne (Interquartilspanse) ⁽²⁾	14-119 (35-77)
Durchschnittliche Reinheit (%) Spanne (Interquartilspanse) ⁽²⁾	9-50 (16-27)
⁽¹⁾	Die Angabe des UNODC basiert auf dessen Schätzung der weltweiten Herstellung von illegalem Opium (8 870 Tonnen im Jahr 2008) (UNODC, 2009).
⁽²⁾	Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise oder der gemeldeten durchschnittlichen Reinheit.
Anmerkung:	Alle Daten für 2007, mit Ausnahme der Schätzung zur weltweiten Herstellung.
Quellen:	UNODC World drug report [Welt-Drogenbericht des UNODC] (2009) für weltweite Daten und Nationale Reitor-Knotenpunkte für europäische Daten.

⁽¹⁰⁵⁾ Zu Informationen über die Datenquellen für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen siehe S. 44.

Droge auch außerhalb Afghanistans in erheblichem Umfang hergestellt wird (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroin gelangt vorwiegend über zwei große Drogenhandelsrouten nach Europa: zum einen über die traditionell wichtige Balkanroute, die sich nach dem Transit durch Pakistan, Iran und die Türkei in mehrere Teile gabelt, zum anderen über die „nördliche Route“ durch Zentralasien und die Russische Föderation, über die Heroin beispielsweise per Zug direkt nach Polen (INCB, 2009a) oder über Litauen nach Norwegen befördert wird. Für Heroin aus Südwestasien gibt es den Berichten zufolge zweitrangige Handelsrouten, über die Heroin beispielsweise auf dem Luftweg aus Afghanistan und Pakistan über den Mittleren Osten und Ostafrika zu den illegalen Märkten in Europa geschmuggelt wird (INCB, 2009a; WZO, 2008). Heroin aus Südwestasien wird darüber hinaus auf dem Luftweg von Pakistan aus direkt nach Europa (Vereinigtes Königreich) geschmuggelt. Innerhalb der Europäischen Union spielen die Niederlande und in geringerem Maße auch Belgien eine wichtige Rolle als weitere Umschlagplätze für den Weitertransport (Europol, 2008).

Sicherstellungen

Die weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Opium stiegen im Jahr 2007 erheblich und erreichten 510 Tonnen, wobei 84 % der Gesamtmenge auf den Iran entfielen. Bei den weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Morphin wurde ein drastischer Rückgang auf 27 Tonnen verzeichnet, während bei der weltweit sichergestellten Heroinmenge ein leichter Anstieg auf 65 Tonnen festzustellen war. Die größten Sicherstellungen von Heroin wurden aus dem Iran gemeldet (25 % der weltweit insgesamt beschlagnahmten Mengen), gefolgt von der Türkei und Afghanistan (UNODC, 2009).

In Europa wurden im Jahr 2007 bei schätzungsweise 58 000 Sicherstellungen 22 Tonnen Heroin beschlagnahmt. Die meisten Sicherstellungen wurden nach wie vor aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, während in der Türkei mit 13,2 Tonnen im Jahr 2007 erneut die größten Heroinmengen beschlagnahmt wurden⁽¹⁰⁶⁾. Den Daten für die Jahre 2002 bis 2007 aus 25 Ländern zufolge ging die Zahl der Sicherstellungen im ersten Jahr dieses Zeitraums zunächst zurück und stieg seit 2003 kontinuierlich an. Hinsichtlich der beschlagnahmten Mengen war in der Türkei eine andere Entwicklung zu beobachten als in der Europäischen Union. So meldete die Türkei zwischen 2002 und 2007 einen Anstieg der sichergestellten Heroinmengen um das Fünffache, während

die beschlagnahmten Mengen in der Europäischen Union in diesem Zeitraum abgesehen von einem Anstieg zwischen 2006 und 2007 kontinuierlich rückläufig waren.

Die weltweiten Sicherstellungen von Essigsäureanhydrid (das zur illegalen Herstellung von Heroin genutzt wird) sind im Jahr 2007 auf 56 300 Liter gestiegen und entfielen größtenteils auf Russland (25 000 Liter), gefolgt von der Türkei (13 300 Liter), und Slowenien (6 500 Liter) (INCB, 2009b). Schätzungen des INCB zufolge werden fast 80 % des in den afghanischen Heroinlabors verarbeiteten Essigsäureanhydrids über Ost- und Südosteuropa geschmuggelt. Aus diesem Grund hat das INCB die Europäische Kommission und die EU-Mitgliedstaaten aufgefordert, gegen die Abzweigung von Essigsäureanhydrid aus dem Binnenmarkt vorzugehen (INCB, 2009a).

Reinheit und Preis

Im Jahr 2007 lag die durchschnittliche Reinheit von braunem Heroin in den meisten Berichtsländern zwischen 15 % und 30 %, wobei jedoch Frankreich (12 %) und Österreich (9 %) Werte unter 15 % meldeten, während das Vereinigte Königreich (50 %) und Norwegen (35 %) höhere Werte ermittelten. In den wenigen europäischen Ländern, die diesbezüglich Daten übermittelt haben, war die typische Reinheit von weißem Heroin in der Regel höher (30 % bis 50 %) ⁽¹⁰⁷⁾.

Der Verkaufspreis für braunes Heroin war in den skandinavischen Ländern nach wie vor höher als im übrigen Europa, wobei die durchschnittlichen Preise in Schweden 119 EUR pro Gramm und in Dänemark 96 EUR pro Gramm betragen. In zehn weiteren Ländern bewegte sich der Verkaufspreis für braunes Heroin zwischen 30 EUR und 80 EUR pro Gramm, während in der Türkei der durchschnittliche Preis bei 15 EUR pro Gramm lag. Im Zeitraum 2002 bis 2007 ist der Verkaufspreis für braunes Heroin in sieben der zwölf europäischen Länder, die Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf übermittelt haben, gefallen, während in fünf Ländern ein Preisanstieg zu beobachten war. Der durchschnittliche Verkaufspreis von weißem Heroin wurde nur von einigen europäischen Ländern gemeldet und lag dort zwischen 31 EUR und 151 EUR pro Gramm.

Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums

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

⁽¹⁰⁶⁾ Siehe Tabellen SZR-7 und SZR-8 im Statistical Bulletin 2009. Es ist zu beachten, dass im Falle fehlender Daten für das Jahr 2007 für die Schätzung der europäischen Gesamtwerte die entsprechenden Daten für das Jahr 2006 herangezogen werden. Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2007 noch nicht vorliegen.

⁽¹⁰⁷⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Heroinpreise auf unterschiedlichen Marktebenen

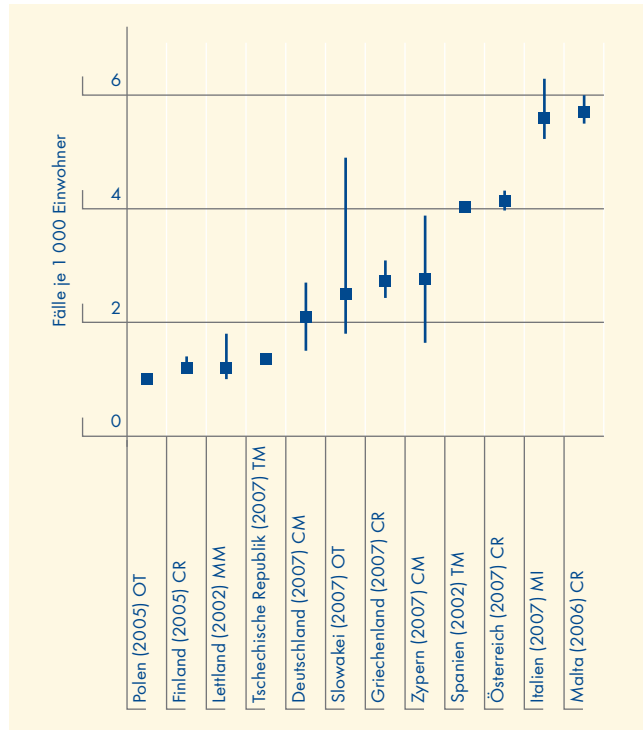
Die Beobachtung der Drogenpreise ist ein wichtiges Instrument für das Verständnis der Drogenmärkte. Die EBDD erhebt Daten über Verkaufspreise, in der Regel in Euro pro Gramm, Dosis oder Tablette. Auf der Grundlage dieser Daten ist es möglich, den typischen Preis zu ermitteln, den der Konsument in einem europäischen Land für eine bestimmte Droge bezahlt. Preisschwankungen im Zeitverlauf können auf mögliche Veränderungen hinsichtlich des Angebots von oder der Nachfrage nach Drogen hinweisen. Daten über Großhandelspreise, d. h. die von Drogenhändlern an die Hauptlieferanten auf dem Konsummarkt einer Droge bezahlten Preise, stellen einen weiteren hilfreichen Indikator dar, der Einblicke in die am Markt zu erzielenden Gewinne bietet.

Vergleichbare Daten über Großhandels- und Verkaufspreise liegen für das Jahr 2007 nur aus einigen wenigen Ländern vor (Tschechische Republik, Deutschland, Spanien, Rumänien, Vereinigtes Königreich). In diesen Ländern liegt der gemeldete Großhandelspreis für Heroin zwischen 12,5 EUR und 35,8 EUR pro Gramm, während der Verkaufspreis, sofern verfügbar, zwischen 36 EUR und 62,7 EUR beträgt. Die niedrigsten Großhandels- und Verkaufspreise werden aus Rumänien gemeldet, während in Spanien die höchsten Preise ermittelt wurden. Auch hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Großhandels- und Verkaufspreisen bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern: Die Spanne reicht von 1,6:1 in der Tschechischen Republik bis hin zu 2,8:1 im Vereinigten Königreich. Aufgrund möglicher Unterschiede im Hinblick auf die Reinheit der Droge, sei es zwischen den Ländern oder Marktebenen oder im Zeitverlauf, sind Vergleiche mit Bedacht anzustellen. Dennoch können Analysen in diesem Bereich durchaus Informationen liefern, insbesondere mit Blick auf Tendenzen im Zeitverlauf, da sie auf wichtige Veränderungen am Markt hinweisen können.

erster Linie Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums und des Konsums von Opioiden umfasst, wobei in einigen Ländern auch die Konsumenten von Amphetaminen oder Kokain eine wichtige Komponente bilden. Es ist bemerkenswert, dass den Berichten vieler Länder zufolge die meisten „problematischen Opioidkonsumenten“ als polyvalente Drogenkonsumenten beschrieben werden können, die auch Opiode konsumieren. Aufgrund der relativ niedrigen Prävalenz und der Tatsache, dass diese Form des Drogenkonsums weitgehend im Verborgenen stattfindet, müssen Schätzungen zur Zahl der problematischen Opioidkonsumenten durch statistische Extrapolation aus den verfügbaren Datenquellen gewonnen werden.

Die Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums in den europäischen Ländern bewegen sich im Zeitraum 2002 bis 2007 zwischen einem und

Abbildung 10: Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Opioidkonsums (Anteil je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkung: Das Symbol bezeichnet eine Punktschätzung, ein Balken ein Unsicherheitsintervall: ein 95 %-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse. Aufgrund der verschiedenen Schätzmethoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. In den Erhebungen aus Finnland (15 bis 54 Jahre), 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 berichtet, wobei davon ausgegangen wurde, dass der Drogenkonsum in anderen Altersgruppen zu vernachlässigen ist. Für Deutschland und Zypern gibt das Intervall den niedrigsten und den höchsten Wert aller vorliegenden Schätzungen wieder, während die Punktschätzung als einfacher Durchschnitt der mittleren Schätzwerte berechnet wurde. Die Schätzmethoden werden mit folgenden Abkürzungen bezeichnet: CR = Capture-Recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); MI = Multivariate Indicator; MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator); CM = Combined Methods (kombinierte Methoden); OT = Other Methods (andere Methoden). Weitere Informationen sind Abbildung PDU-1 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums insgesamt liegt schätzungsweise zwischen weniger als drei und zehn Fällen je 1 000 Einwohner. Die niedrigsten gut dokumentierten Schätzungen des problematischen Opioidkonsums liegen aus der Tschechischen Republik, Lettland, Polen und Finnland vor (wobei sowohl die Tschechische Republik als auch Finnland über große Zahlen problematischer Amphetaminkonsumenten berichten), während die

höchsten Schätzungen aus Malta, Italien, Österreich und Spanien gemeldet werden (Abbildung 10).

Inzidenz des problematischen Opioidkonsums

Die Überwachung der Inzidenz des problematischen Drogenkonsums — d. h. der Zahl der Personen, die in einem bestimmten Jahr mit dem Konsum einer Droge beginnen und sich zu problematischen Drogenkonsumenten entwickeln — ist notwendig, um Tendenzen beim Drogenkonsum in Europa zu ermitteln und geeignete Politiken und Maßnahmen festzulegen.

Die EBDD hat Forschungsarbeiten zur Schätzung der Inzidenz des problematischen Drogenkonsums angeregt und kürzlich Leitlinien zu diesem Thema veröffentlicht (Scalia Tomba et al., 2008). Darüber hinaus hat die EBDD in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich eine Studie eingeleitet, in der eine neue „eintägige“ Methode getestet wird, die die Verteilung der Latenzzeit (Zeitspanne bis zur Behandlung) in einer Querschnittsstichprobe behandelter Heroinkonsumenten heranzieht. Diese Methode stützt sich auf eine Funktion, die die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person an einem bestimmten Tag in Substitutionsbehandlung befindet (*General Inclusion Function*, GIF) unter der Annahme beschreibt, dass der Zugang zur Behandlung durch keinerlei Vorschriften eingeschränkt wird. Dabei werden die Latenzzeit, die Mortalität und die Raten des Ausstiegs aus dem Drogenkonsum berücksichtigt. Die Schätzungen können aus den Behandlungsdaten für einen einzigen Tag abgeleitet werden, während für die herkömmlichen Methoden lange Zeitreihen erforderlich sind, die mindestens acht bis zehn Jahre abdecken.

Die Studie wurde in sechs Mitgliedstaaten (Spanien, Italien, Malta, Niederlande, Slowakei, Vereinigtes Königreich) durchgeführt und ergab, dass die GIF-Methode eine Schätzung der Inzidenz des problematischen Heroinkonsums erlaubt, selbst wenn nur unvollständige Datenreihen zur Substitutionsbehandlung vorliegen. In mindestens fünf Regionen ermöglichten die Inzidenzschätzungen eine Ableitung von Prävalenzschätzungen, die im Einklang mit anderen verfügbaren Schätzungen standen (die z. B. mit der Capture-Recapture-Methode ermittelt wurden).

Die GIF-Methode ist offenbar tragfähig und könnte neben den Inzidenzschätzungen auch kosteneffiziente Schätzungen der Prävalenz des problematischen Opioidkonsums und des Erfassungsgrads der Substitutionsbehandlung sowie der diesbezüglichen Veränderungen im Zeitverlauf ermöglichen. Künftig könnten Studien in anderen EU-Ländern sowie Analysen bestehender Unterschiede nach geografischen Merkmalen, Geschlecht und Applikationsform durchgeführt werden.

Die durchschnittliche Prävalenz des problematischen Opioidkonsums beläuft sich in den Ländern, die Daten zur Verfügung gestellt haben, auf schätzungsweise 3,6 bis 4,6 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Geht man davon aus, dass diese Schätzung für die EU insgesamt gilt, entspricht dies etwa 1,4 Millionen (1,2 bis 1,5 Millionen) problematischen Opioidkonsumenten in der EU und Norwegen im Jahr 2007⁽¹⁰⁸⁾. Möglicherweise sind in dieser Schätzung problematische Opioidkonsumenten in Haftanstalten unterrepräsentiert. Dies gilt insbesondere für Straftäter, die eine längere Haftstrafe verbüßen.

Behandlung von Opioidkonsumenten

In Europa werden nach wie vor Opioide, vor allem Heroin, vom Großteil der Patienten, die sich in Behandlung begeben, als Primärdroge angegeben. Hinsichtlich der Anteile der Drogenkonsumenten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit diesen Drogen in Behandlung begeben, sind jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den europäischen Ländern festzustellen: In Bulgarien und Slowenien machen Opioidpatienten mehr als 90 %, in 15 Ländern zwischen 50 % und 90 % und in weiteren neun Ländern zwischen 10 % und 49 % der Drogenkonsumenten aus, die sich in Behandlung begeben⁽¹⁰⁹⁾. Bei insgesamt 49 % der etwa 325 000 Behandlungsaufnahmen, bei denen die Primärdroge bekannt ist, wurde Heroin als Primärdroge angegeben. Bezieht man andere Opioide mit ein, so beläuft sich dieser Anteil auf 55 % der Behandlungsaufnahmen⁽¹¹⁰⁾. In einigen Ländern sind in den letzten Jahren sowohl der Anteil als auch die Zahl der Behandlungsaufnahmen im Zusammenhang mit dem Konsum von anderen Opioiden als Heroin gestiegen⁽¹¹¹⁾.

Viele Opioidkonsumenten nehmen an Programmen teil, die eine langfristige Betreuung anbieten. Dies schlägt sich in einem höheren Anteil der Opioidpatienten an den in Drogenbehandlung befindlichen Patienten insgesamt nieder. Bei einer kürzlich in 14 Ländern durchgeführten Analyse der Daten über in Drogenbehandlung befindliche Patienten wurde festgestellt, dass primäre Opioidkonsumenten insgesamt 61 % aller Drogenpatienten ausmachten, jedoch nur 38 % der Erstpatienten⁽¹¹²⁾. Der Anteil der primären Opioidkonsumenten an den Patienten, die sich seit mehr als einem Jahr in Behandlung befanden,

⁽¹⁰⁸⁾ Diese Schätzung wurde auf der Grundlage neuer Daten von 1,5 auf 1,4 Millionen berichtigt. Aufgrund der großen Konfidenzintervalle und der Tatsache, dass die Schätzung auf Daten aus unterschiedlichen Jahren basiert, kann aus der neuen Schätzung kein Hinweis auf eine abnehmende Prävalenz des problematischen Opioidkonsums in Europa abgeleitet werden.

⁽¹⁰⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-113 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹¹⁾ Siehe Kasten „Missbrauch verschreibungspflichtiger Opioide“, S. 87.

⁽¹¹²⁾ Siehe Tabelle TDI-38 im Statistical Bulletin 2009.

beliebte sich in allen an der Studie teilnehmenden Ländern auf über 50 %.

Die Patienten, die wegen des Konsums von Opioiden als Primärdroge eine Behandlung beantragen, geben häufig an, auch andere Drogen zu konsumieren. Im Jahr 2006 wurde bei einer Analyse der Daten aus 14 Ländern festgestellt, dass 59 % der Heroinpatienten eine Sekundärdroge konsumieren, vor allem Kokain (28 %), Cannabis (14 %) und Alkohol (7 %) ⁽¹¹³⁾.

Tendenzen des problematischen Opioidkonsums

Aufgrund der begrenzten Zahl wiederholter Schätzungen zur Inzidenz und Prävalenz des problematischen Drogenkonsums und der mit einzelnen Schätzungen verbundenen Unsicherheit sind die Tendenzen des problematischen Opioidkonsums im Zeitverlauf nur schwer abzuschätzen. Die Daten aus neun Ländern, in denen im Zeitraum 2002 bis 2007 wiederholte Prävalenzschätzungen vorgenommen wurden, lassen auf eine relativ stabile Situation schließen. Der in Österreich bis zum Jahr 2005 scheinbar beobachtete Anstieg wurde durch die jüngsten Daten nicht bestätigt. Aus anderen Ländern liegen Daten vor, die darauf hinweisen könnten, dass sich in der letzten Zeit Veränderungen vollzogen haben. In Zypern belegt eine im Jahr 2007 vorgenommene Schätzung einen signifikanten Anstieg des problematischen Opioidkonsums, der mit einer Zunahme der in Behandlung befindlichen ausländischen Staatsangehörigen in Verbindung gebracht wird ⁽¹¹⁴⁾. Informationen aus dem französischen System „TREND“, das sowohl qualitative als auch quantitative Daten umfasst, deuten darauf hin, dass Heroin unter neuen Konsumentengruppen Verbreitung findet. Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang der zunehmende Konsum von Heroin unter sozial integrierten Gruppen und den Besuchern von „Techno“-Parties.

Wenn keine geeigneten und aktuellen Schätzungen zur Inzidenz und Prävalenz des problematischen Opioidkonsums verfügbar sind, ist es unter Umständen dennoch möglich, Analysen zu Tendenzen im Zeitverlauf anzustellen, indem andere, vor allem indirekte, Indikatoren wie beispielsweise Daten zur Behandlungsnachfrage herangezogen werden. Auf der Grundlage einer Stichprobe aus 19 Ländern ist festzustellen, dass die Gesamtzahl der primären Heroinkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, zwischen 2002 und 2007 gestiegen ist. Was die jüngere Vergangenheit betrifft, so

sind sowohl die Zahl der Heroinpatienten als auch ihr Anteil an den Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, zwischen 2006 und 2007 in acht Ländern gestiegen. Diesen Zunahmen ging in vielen Fällen ein erheblicher Rückgang in den Vorjahren voraus. Darüber hinaus melden zehn Länder bereits seit dem Jahr 2004 eine steigende Tendenz sowohl bei der Zahl als auch beim Anteil der Erstpatienten, die sich wegen des Konsums von Heroin als Primärdroge in Behandlung begeben ⁽¹¹⁵⁾.

Andere Indikatoren stützen diese Analyse. Die Daten über drogeninduzierte Todesfälle, die zumeist mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung gebracht werden, liefern keine Hinweise auf ein Wiedereinsetzen der bis 2003 beobachteten rückläufigen Tendenz (siehe Kapitel 7). Mehr als die Hälfte der Berichtsländer verzeichnete zwischen 2006 und 2007 einen Anstieg der Zahl der drogeninduzierten Todesfälle ⁽¹¹⁶⁾. Auch der in der Europäischen Union bis 2003 beobachtete Rückgang der Zahl der Heroinsicherstellungen ist inzwischen einer kontinuierlichen Zunahme gewichen. Darüber hinaus belegen die jüngsten Daten über Verstöße gegen die Drogengesetzgebung eine steigende Zahl von Straftaten im Zusammenhang mit Heroin.

Die verfügbaren Daten lassen darauf schließen, dass der Abwärtstrend bei den Indikatoren für den Opioidkonsum, der bis 2003 zu beobachten war, zum Stillstand gekommen ist. Am deutlichsten wird dies wohl anhand der Sicherstellungen und drogeninduzierten Todesfälle seit 2003 und der neuen Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dem Konsum von Heroin seit 2004. Zeitgleich mit diesen neuen Entwicklungen ist eine erhöhte Opiumherstellung in Afghanistan zu beobachten. Dies gibt Anlass zu der Befürchtung, dass hier ein Zusammenhang mit einer zunehmenden Verfügbarkeit von Heroin auf dem europäischen Markt besteht.

Injizierender Drogenkonsum

Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums

Bei injizierenden Drogenkonsumenten ist das Risiko gesundheitlicher Probleme wie durch Blut übertragbarer Infektionen (z. B. HIV/Aids und Hepatitis) oder drogeninduzierter Todesfälle besonders hoch. Nur zwölf Länder waren in der Lage, neuere Schätzungen für die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen ⁽¹¹⁷⁾, obwohl diese für die öffentliche Gesundheit

⁽¹¹³⁾ Siehe das ausgewählte Thema zum polyvalenten Drogenkonsum aus dem Jahr 2009.

⁽¹¹⁴⁾ Ausführliche Informationen einschließlich der Konfidenzintervalle sind Tabelle PDU-6 (Teil ii) und Tabelle PDU-102 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

⁽¹¹⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-3 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁶⁾ Siehe Tabelle DRD-2 (Teil i) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁷⁾ Siehe Abbildung PDU-2 im Statistical Bulletin 2009.

Ausgewähltes Thema der EBDD zum injizierenden Drogenkonsum

Der injizierende Drogenkonsum ist eine der wichtigsten Ursachen für schwerwiegende Gesundheitsprobleme unter Drogenkonsumenten, darunter HIV/Aids, Hepatitis C und Überdosierungen. In Europa sind hinsichtlich der Prävalenz und Entwicklung des injizierenden Drogenkonsums Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten und schwankende Tendenzen im Zeitverlauf zu beobachten. Neben dem injizierenden Konsum gibt es zuweilen alternative Formen des Konsums (z. B. Rauchen), und Drogenkonsumenten können ihre Applikationsform wechseln.

In diesem ausgewählten Thema werden schwerpunktmäßig die Lage und Tendenzen des injizierenden Drogenkonsums sowie spezifische Maßnahmen für injizierende Drogenkonsumenten in Europa untersucht. Darüber hinaus werden die möglicherweise für den in einigen Ländern oder Regionen beobachteten Rückgang des injizierenden Drogenkonsums verantwortlichen Mechanismen sowie die Frage erörtert, warum in anderen Regionen nach wie vor hohe (oder zunehmende) Raten verzeichnet werden. Weitere Themen sind die Maßnahmen und Politiken, die auf eine Eindämmung des injizierenden Drogenkonsums abzielen oder die Konsumenten bewegen könnten, zu weniger schädlichen Applikationsformen überzugehen.

Dieses ausgewählte Thema wird ab Dezember 2009 ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder im Internet (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) verfügbar sein.

von großer Bedeutung sind. Die Ausweitung der Datenerhebung über diese spezielle Bevölkerungsgruppe stellt nach wie vor im Rahmen des Aufbaus eines Systems der Gesundheitsüberwachung eine wichtige Aufgabe dar.

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

Aufgrund des Datenmangels ist es nur schwer möglich, Schlussfolgerungen hinsichtlich der Tendenzen bei der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums im Zeitverlauf zu ziehen. Die verfügbaren Daten lassen jedoch eine stabile Situation in der Tschechischen Republik, Griechenland, dem Vereinigten Königreich und Norwegen erkennen⁽¹¹⁸⁾. In Zypern war hingegen eine zunehmende Tendenz zu beobachten.

Daten aus Erhebungen über Infektionskrankheiten können ebenfalls Rückschlüsse auf nationale Unterschiede und Veränderungen des injizierenden Drogenkonsums im Zeitverlauf zulassen. Da bei diesen Erhebungen jedoch unterschiedliche Rekrutierungsmilieus herangezogen wurden, sind Ländervergleiche mit Bedacht anzustellen. In drei Ländern wurden relativ große Anteile (über 20 %) neuer injizierender Drogenkonsumenten (die seit weniger als zwei Jahren Drogen injizieren) festgestellt. Dies weist möglicherweise auf einen signifikanten Anstieg des injizierenden Drogenkonsums hin. In zehn anderen Ländern lag dieser Anteil unter 10 %⁽¹¹⁹⁾. Ein weiterer Indikator für einen immer früheren Einstieg in den injizierenden Drogenkonsum ist der in den Stichproben festgestellte Anteil junger injizierender Drogenkonsumenten (unter 25 Jahren). In der Tschechischen Republik, Estland, Lettland, Litauen, Österreich, Rumänien und der Slowakei belief sich ihr Anteil auf 40 % der in der Stichprobe erfassten Personen, während in elf anderen Ländern weniger als 20 % der injizierenden Drogenkonsumenten in der Stichprobe unter 25 Jahre alt waren.

Injizierender Opioidkonsum unter Opioidpatienten

In den meisten Ländern gibt mehr als die Hälfte der Opioidkonsumenten bei Behandlungsbeginn an, die Droge zumeist zu injizieren, während dieser Anteil in sieben Ländern zwischen 25 % und 50 % und in fünf Ländern unter 25 % liegt. Die niedrigsten Anteile injizierender Drogenkonsumenten an den Opioidpatienten meldeten Dänemark und die Niederlande, während in Litauen, Lettland und Rumänien die höchsten Anteile verzeichnet wurden⁽¹²⁰⁾. Die Behandlungsberichte lassen ebenfalls den Schluss zu, dass hinsichtlich der Verbreitung des injizierenden Drogenkonsums unter Opioidkonsumenten beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen. Beispielsweise reicht in den autonomen Gemeinschaften Spaniens der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an den neuen Opioidpatienten von 0,9 % bis 47,2 %.

Unter den Opioidkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben, ist der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten (42 %) niedriger als unter allen Opioidkonsumenten, die eine Behandlung aufnehmen (44 %). Dies gilt für nahezu alle 22 Berichtsländer. Eine Analyse der Daten aus 14 Ländern über die in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten ergab, dass injizierende Drogenkonsumenten mit 62 % nach wie vor einen großen Anteil der Drogenpatienten ausmachen. Dessen

⁽¹¹⁸⁾ Siehe Tabelle PDU-6 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Siehe Abbildung PDU-3 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹²⁰⁾ Siehe Tabellen PDU-104, TDI-5 und TDI-17 (Teil v) im Statistical Bulletin 2009.

Missbrauch verschreibungspflichtiger Opioide

Opioidanalgetika sind die stärksten verfügbaren Arzneimittel für die Behandlung sehr starker und chronischer Schmerzen. Darüber hinaus werden Opioide als Substitutionsdroge bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit eingesetzt. Diese verschreibungspflichtigen Arzneimittel können missbräuchlich konsumiert werden und negative gesundheitliche Auswirkungen wie Abhängigkeit, Überdosierungen und mit dem injizierenden Konsum verbundene Schäden nach sich ziehen.

Verschreibungspflichtige Opioide können auf den Markt für illegale Drogen gelangen, indem Substitutionsdrogen nicht bestimmungsgemäß verwendet, sondern abgezweigt werden. Darüber hinaus sind Internetapotheken offenbar in den Vereinigten Staaten ein wichtiger Anbieter verschreibungspflichtiger Opioide (INCB, 2009a), scheinen jedoch in Europa nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. In Europa ging die Ausweitung der Verschreibung von Substitutionsdrogen für opioidabhängige Drogenkonsumenten mit einer zunehmenden Zahl von Berichten über den Missbrauch dieser Drogen einher.

In Europa geben etwa 5 % (17 810) der Patienten, die sich einer Behandlung unterziehen, andere Opioide als Heroin als Primärdrugs an. Am häufigsten werden die folgenden Substanzen genannt: Buprenorphin, das in Finnland bei 41 % und in Frankreich bei 7 % aller Behandlungsnachfragen als Primärdrugs angegeben wird, Methadon, das in Dänemark bei 18,5 % aller Behandlungsnachfragen genannt wird, und andere verschreibungspflichtige Opioide, auf die in Lettland, Österreich und Schweden zwischen 5 % und 15 % aller Behandlungsnachfragen entfallen (!). Darüber hinaus meldete die Tschechische Republik im Jahr 2007 4 250 problematische Buprenorphinkonsumenten. Dies war in erster Linie nicht auf einen Anstieg der Gesamtprävalenz des problematischen Opioidkonsums zurückzuführen, sondern darauf, dass problematische Heroinkonsumenten zu anderen Substanzen übergangen. Das deutsche System PHAR-MON, das eine breite Palette von Arzneimitteln überwacht, bei denen die Gefahr eines Missbrauchs besteht, verzeichnete ebenfalls eine Zunahme des missbräuchlichen Konsums verschreibungspflichtiger Opioide, wobei Substitutionsdrogen eine größere Rolle spielen als Analgetika (Rösner und Küfner, 2007).

Der Missbrauch verschreibungspflichtiger Opioide wirft wichtige Fragen hinsichtlich der Prävention der Abzweigung von Substitutionsdrogen und Opioidanalgetika für den illegalen Markt auf. Zugleich muss sorgfältig darauf geachtet werden, dass der legale Konsum dieser Substanzen nicht beeinträchtigt wird (Cherny et al., 2006).

(!) Siehe Tabelle TDI-113 im Statistical Bulletin 2009.

ungeachtet wurden auch einige bemerkenswerte Ausnahmen festgestellt, wie beispielsweise die Niederlande mit einem Anteil von nur 6,1 %⁽¹²¹⁾.

Der Anteil der injizierenden Konsumenten an den Heroinpatienten, die sich in Behandlung begeben, war im Jahr 2007 weiter rückläufig. Diese Entwicklung tritt mittlerweile in einigen Ländern zutage, in denen sie bisher nicht zu beobachten war (z. B. in der Tschechischen Republik und Deutschland). Zwischen 2002 und 2007 ist der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an den Erstpazienten, die sich wegen des Konsums von Opioiden in Behandlung begeben, in den meisten Ländern gesunken, wobei aus 13 Ländern ein statistisch signifikanter Rückgang gemeldet wird. Zwei Länder verzeichneten in diesem Zeitraum jedoch eine zunehmende Tendenz (Bulgarien, Slowakei)⁽¹²²⁾.

Andere Studien bestätigen im Allgemeinen die rückläufige Entwicklung beim injizierenden Drogenkonsum unter Opioidkonsumenten. In Frankreich wird beispielsweise bei den Behandlungsdaten seit 2001 ein Rückgang der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums beobachtet. Zudem belegen Studien, dass die Droge beim Einstieg in den Heroinkonsum zunehmend geschnupft und erst zu einem späteren Zeitpunkt mit dem injizierenden Drogenkonsum begonnen wird.

Behandlung problematischer Opioidkonsumenten

Die Patienten, die sich wegen des primären Konsums von Opioiden in Behandlung begeben, sind durchschnittlich 33 Jahre alt, wobei fast alle Länder seit 2003 einen Anstieg des Durchschnittsalters zu verzeichnen haben⁽¹²³⁾. Ein niedrigeres Durchschnittsalter ist dabei unter Frauen, Erstpazienten und den Patienten in den Mitgliedstaaten, die der EU seit 2004 beigetreten sind, zu beobachten.

Weibliche Drogenkonsumenten stellen eine besonders gefährdete Gruppe dar. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beläuft sich bei den Opioidpatienten insgesamt auf 3,5:1, wobei jedoch die Frauen in den skandinavischen Ländern (z. B. Schweden und Finnland) einen höheren und in den südlichen Ländern (z. B. Griechenland, Italien, Portugal) einen niedrigeren Anteil der Opioidpatienten ausmachen⁽¹²⁴⁾.

Unter den Opioidpatienten werden höhere Arbeitslosenraten und ein niedrigeres Bildungsniveau verzeichnet als unter den übrigen Patienten (siehe Kapitel 2). In dieser Bevölkerungsgruppe wurde ein hohes

⁽¹²¹⁾ Siehe Tabellen TDI-17 (Teil v) und TDI-38 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹²²⁾ Siehe Tabellen TDI-4 und TDI-5 im Statistical Bulletin 2006 und 2009.

⁽¹²³⁾ Siehe Tabellen TDI-10, TDI-32 und TDI-103 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹²⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-5 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2009.

Komorbidität: Drogenkonsum und psychische Störungen

Der Terminus Komorbidität bezeichnet das häufig unerkannte zeitgleiche Auftreten drogenbedingter Probleme und psychischer Störungen bei einer Person. In Studien wurde sowohl eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen bei Drogenpatienten als auch eine erhöhte Prävalenz von Drogenproblemen unter in psychiatrischer Behandlung befindlichen Patienten festgestellt (EBDD, 2005).

Zu den am häufigsten gemeldeten psychischen Störungen unter Drogenkonsumenten in Europa zählen Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie und andere Persönlichkeitsstörungen sowie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. Spezielle Behandlungen für Drogenkonsumenten mit Komorbidität werden nach wie vor nur in begrenztem Umfang angeboten. Die nationalen Sachverständigen berichten, dass es in 18 Ländern spezifische Programme gibt, diese jedoch in 14 Ländern nur für eine Minderheit der Patienten, die eine solche Behandlung benötigen, verfügbar sind. In sieben anderen Ländern gibt es keinerlei spezifische Programme, wobei jedoch fünf dieser Länder planen, in den nächsten drei Jahren solche Programme zu entwickeln.

Vor Kurzem wurde eine europäische prospektive multizentrische Studie (Isadora) unter Patienten mit Dualdiagnosen aus Einrichtungen der akuten Psychiatrie durchgeführt (¹²⁵). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen deutlich die mit vergleichenden Analysen in diesem Bereich verbundenen Schwierigkeiten und die Notwendigkeit, einen stärker harmonisierten Ansatz für die Diagnose, Behandlung und Untersuchung der Komorbidität in Europa zu entwickeln (Baldacchino et al., 2009).

(¹) <http://isadora.advsh.net/>.

Maß an psychiatrischer Komorbidität festgestellt. Beispielsweise wurde in einer italienischen Studie ermittelt, dass die meisten (72 %) der Drogenpatienten mit einer psychiatrischen Komorbidität primäre Opioidkonsumenten waren (¹²⁵).

Fast alle Opioidpatienten geben ein Einstiegsalter von unter 30 Jahren an, wobei etwa die Hälfte bereits im Alter von unter 20 Jahren das erste Mal Opioide konsumiert hat. Zwischen dem Erstkonsum von Opioiden und dem ersten Kontakt mit einer Behandlungseinrichtung vergehen durchschnittlich acht Jahre (¹²⁶).

Angebot und Erfassungsgrad von Behandlungen

Die Behandlung von Opioidkonsumenten wird zumeist ambulant erbracht, unter anderem von spezialisierten Zentren, Allgemeinärzten und niedrighwelligen Diensten

(siehe Kapitel 2). In einigen wenigen Ländern stellen stationäre Einrichtungen einen wichtigen Teil des Drogenbehandlungssystems dar, insbesondere in Bulgarien, Griechenland, Finnland und Schweden (¹²⁷). In Europa wird eine breite und zunehmend differenzierte Palette von Optionen für die Behandlung der Opioidabhängigkeit angeboten, wobei jedoch geografische Unterschiede hinsichtlich der Zugänglichkeit und des Erfassungsgrads bestehen. In allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen sind sowohl drogenfreie Therapien als auch Substitutionsbehandlungen für Opioidkonsumenten verfügbar. In der Türkei werden derzeit Studien zum künftigen Einsatz von Substitutionsbehandlungen durchgeführt.

Bei der drogenfreien Behandlung 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 Programme, in denen 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 13 Ländern werden Substitutionsbehandlungen auch von Allgemeinärzten angeboten, in der Regel im Rahmen gemeinsamer Behandlungskonzepte mit spezialisierten Behandlungseinrichtungen (siehe Abbildung 11). In der Tschechischen Republik, Frankreich, den Niederlanden, Portugal, dem Vereinigten Königreich und Kroatien darf jeder Allgemeinarzt Substitutionsbehandlungen anbieten, während in Belgien, Dänemark, Deutschland, Irland, Luxemburg, Österreich und Norwegen nur speziell ausgebildete oder zugelassene Ärzte berechtigt sind, solche Behandlungen durchzuführen. Aus mehreren Ländern wird berichtet, dass die Einbeziehung der Allgemeinärzte eine Verbesserung der geografischen Reichweite, eine Verkürzung der Wartezeiten und eine Erleichterung des Zugangs zur Behandlung ermöglicht und damit zu einer Verbesserung der Verfügbarkeit und des Erfassungsgrads von Substitutionsbehandlungen beigetragen hat (Tschechische Republik, Deutschland, Frankreich, Österreich, Vereinigtes Königreich).

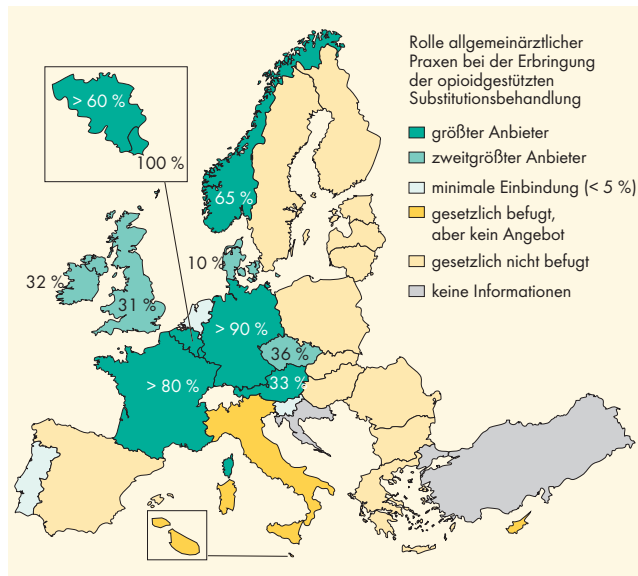
Den Schätzungen der Sachverständigen zufolge ist die Verfügbarkeit von opioidgestützten

(¹²⁵) Siehe auch „Komorbidität: Drogenkonsum und psychische Erkrankungen“ auf dieser Seite.

(¹²⁶) Siehe Tabellen TDI-11, TDI-33, TDI-107 und TDI-109 im Statistical Bulletin 2009.

(¹²⁷) Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2009.

Abbildung 11: Erbringung der opioidgestützten Substitutionsbehandlung durch allgemeinärztliche Praxen



Anmerkung: Der Anteil der in Substitutionsbehandlung befindlichen Patienten, die in allgemeinärztlichen Praxen behandelt werden, ist auf der Karte verzeichnet.

Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Substitutionsbehandlungen in 16 Ländern relativ hoch, wobei mindestens die Hälfte der Opioidkonsumenten Zugang zu dieser Therapieform hat (siehe Kapitel 2). In diesen Ländern ist die drogenfreie Behandlung für 10 % bis 25 % der Opioidkonsumenten die Therapieform der Wahl. In weiteren zehn Ländern (Estland, Griechenland, Lettland, Litauen, Ungarn, Polen, Rumänien, Slowakei, Finnland, Norwegen) geht man davon aus, dass Substitutionsbehandlungen für eine Minderheit der Opioidkonsumenten verfügbar sind. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass drogenfreie Behandlungen insbesondere bei jüngeren Erstpatienten die Therapie der Wahl darstellen. Eine andere Ursache könnten aber auch Schwierigkeiten beim Zugang zu Substitutionsbehandlungen sein. In Griechenland beispielsweise beträgt die Wartezeit für opioidgestützte Substitutionsbehandlungen durchschnittlich mehr als drei Jahre.

Das Angebot psychosozialer Betreuung gilt als unverzichtbar für die Gewährleistung der Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen. Den Schätzungen der nationalen Sachverständigen zufolge wird diese Betreuung in sieben Ländern (Griechenland, Italien, Lettland, Portugal, Rumänien, Slowakei, Vereinigtes Königreich) fast allen und in weiteren 14 Ländern den meisten Patienten angeboten, die eine Substitutionsbehandlung erhalten. In vier Ländern (Estland, Luxemburg, Ungarn, Niederlande) wird sie jedoch nur einer Minderheit der Patienten angeboten, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen.

In der EU sowie in Kroatien und Norwegen erhielten im Jahr 2007 insgesamt schätzungsweise 650 000 Patienten eine Substitutionsbehandlung, während diese Zahl im Jahr 2005 bei 560 000 und im Jahr 2003 bei 500 000 lag. Den verfügbaren Daten zufolge ist die Zahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Patienten in allen Ländern gestiegen. Ausnahmen bilden hier lediglich Spanien, wo die Patientenzahlen seit 2002 rückläufig sind, sowie Frankreich, Luxemburg, Ungarn und die Niederlande, wo ein leichter Rückgang bzw. stabile Werte verzeichnet wurden. Von den Ländern, in denen das Angebot von Substitutionsbehandlungen erweitert wurde, verzeichnen Estland mit einer Zunahme der Patientenzahl binnen fünf Jahren von 60 auf mehr als 1 000 und Bulgarien mit einer Zunahme der Zahl der Therapieplätze von 380 im Jahr 2003 auf fast 3 000 im Jahr 2007 den stärksten Anstieg. Die Zahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Patienten hat sich darüber hinaus in der Tschechischen Republik sowie in Lettland, Finnland und Norwegen mehr als verdoppelt, während aus Griechenland, Polen, Portugal, Rumänien und Schweden eine Zunahme um mehr als 40 % gemeldet wird.

Ein einfacher Vergleich der geschätzten Zahlen problematischer Opioidkonsumenten mit der Zahl der erbrachten Behandlungen deutet darauf hin, dass mehr als 40 % dieser Konsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Berechnung aufgrund der mangelnden Präzision beider Datenreihen mit Vorsicht zu betrachten ist. Aus demselben Grund sind auch Ländervergleiche nur schwer möglich. Ungeachtet dessen weisen die verfügbaren Daten darauf hin, dass es hinsichtlich des Anteils der problematischen Opioidkonsumenten, die eine Substitutionsbehandlung erhalten, erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern gibt: Die geschätzten Raten reichen von etwa 5 % bis hin zu über 50 %⁽¹²⁸⁾.

In Europa erhalten die meisten Substitutionspatienten Methadon (70 %), jedoch werden in immer mehr Ländern auch andere Substanzen verschrieben. So ist inzwischen mit Ausnahme von vier Ländern (Bulgarien, Spanien, Ungarn, Polen) in allen EU-Mitgliedstaaten Buprenorphin verfügbar. In der Tschechischen Republik, Frankreich, Lettland und Schweden werden mehr als 50 % der Substitutionspatienten mit Buprenorphin behandelt. Weitere Substitutionsmittel sind retardiertes Morphin (Bulgarien, Österreich, Slowenien) und Codein (Deutschland, Österreich, Zypern). Eine neue Kombination aus Buprenorphin und Naloxon wurde im Jahr 2006 für den EU-Markt zugelassen und seitdem in elf Ländern eingeführt. Darüber hinaus erhalten in sechs europäischen Ländern Konsumenten, bei denen andere Therapien nicht in ausreichendem Maße anschlagen, eine heroingestützte Behandlung.

⁽¹²⁸⁾ Siehe Abbildung HSR-1 im Statistical Bulletin 2009.

Wirksamkeit, Qualität und Standards der Behandlung

Untersuchungen im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien ergaben, dass Substitutionsbehandlungen mit Methadon oder Buprenorphin bei der Behandlung von Opioidabhängigen wirksam eingesetzt werden können. Insgesamt werden mit dieser Behandlungsform eine Reihe positiver Ergebnisse erzielt, darunter ein Verbleib in der Behandlung, eine Reduzierung des illegalen Opioidkonsums und des injizierenden Drogenkonsums, ein Rückgang von Mortalität und Straftaten sowie eine Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Situation chronischer Heroinkonsumenten. Darüber hinaus wurde in kürzlich durchgeführten randomisierten kontrollierten Studien festgestellt, dass die heroingestützte Therapie bei Patienten, die als schwer behandelbar gelten oder bei denen andere Behandlungsformen gescheitert sind, wirksam zu einer Reduzierung des Konsums illegaler Drogen, einer Verbesserung der physischen oder psychischen Gesundheit und einer Verringerung der Straffälligkeit beitragen kann.

In Studien über Behandlungsergebnisse haben sich auch psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen in Kombination mit einer Pharmakotherapie als wirksam erwiesen (Schulte et al., 2008). Diese Konzepte zielen darauf ab, die Behandlungsmotivation zu steigern, Rückfällen vorzubeugen und Schäden zu minimieren. Darüber hinaus bieten sie Beratung und praktische Unterstützung für Patienten an, die neben ihrer Opioidabhängigkeit auch mit Problemen im Zusammenhang mit ihrer Wohn-, Beschäftigungs- oder familiären Situation zu kämpfen haben.

Die WHO (2009) hat kürzlich eine Reihe von Mindestanforderungen und internationalen Leitlinien für die durch psychosoziale Maßnahmen unterstützte pharmakologische Behandlung von Opioidabhängigen erarbeitet. Dieses Dokument wurde als Reaktion auf eine Entschließung des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen (ECOSOC) verabschiedet und basiert auf systematischen Auswertungen der wissenschaftlichen Literatur und Konsultationen mit einer Reihe renommierter Sachverständiger aus verschiedenen Teilen der Welt. Die meisten europäischen Länder haben darüber hinaus Leitlinien für die Substitutionsbehandlung entwickelt (siehe Kapitel 2).



Kapitel 7

Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Zu den gravierendsten gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums zählen Infektionskrankheiten wie HIV/Aids und Hepatitis B und C. Selbst in Ländern mit einer niedrigen HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten treten bei Drogenkonsumenten unverhältnismäßig häufig andere Infektionskrankheiten auf, darunter Hepatitis A, B und C, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Tetanus, Botulismus und Infektionen mit dem humanen T-Zell-lymphotropen Virus. Die EBDD beobachtet systematisch Infektionen mit HIV und Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten (Prävalenz von Antikörpern oder, im Falle von Hepatitis B, anderen spezifischen Markern) ⁽¹²⁹⁾.

HIV und Aids

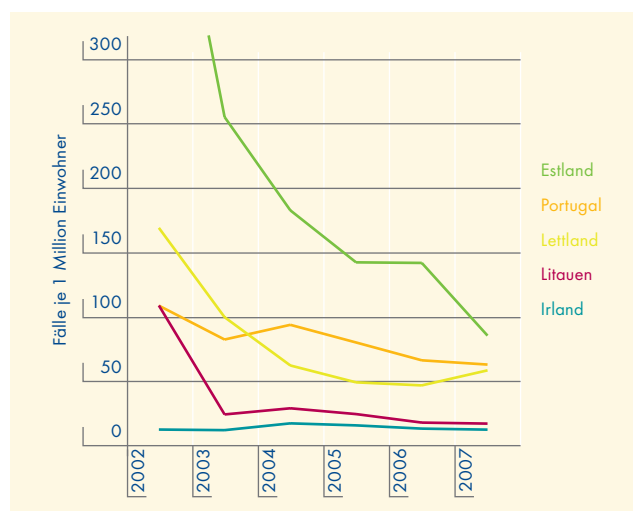
Ende 2007 war die Inzidenz der gemeldeten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in den meisten Ländern der Europäischen Union offenbar nach wie vor niedrig, und die Gesamtsituation in der EU erscheint im weltweiten Vergleich relativ positiv. Dies könnte zumindest teilweise auf die verbesserte Verfügbarkeit von Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen wie Substitutionsbehandlungen sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen zurückzuführen sein. Andere Faktoren wie der aus einigen Ländern gemeldete Rückgang des injizierenden Drogenkonsums könnten ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt haben. In einigen Teilen Europas weisen die Daten allerdings darauf hin, dass für die Übertragung von HIV im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum im Jahr 2007 noch immer relativ hohe Raten verzeichnet wurden. Damit wird deutlich, wie wichtig es ist, für eine hohe Reichweite und Wirksamkeit lokaler Präventionsverfahren zu sorgen.

Tendenzen bei HIV-Infektionen

Die Daten über neu gemeldete Fälle im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum für das Jahr 2007

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 ⁽¹³⁰⁾. Im Jahr 2007 lag die Gesamtrate neu gemeldeter Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in den 24 Mitgliedstaaten, für die nationale Daten verfügbar sind, bei 4,7 Fällen je 1 Million Einwohner. Dies entspricht gegenüber den im Jahr 2006 verzeichneten 5,0 Fällen einem leichten Rückgang ⁽¹³¹⁾. Von den drei Ländern mit den höchsten Raten neu gemeldeter Infektionen gaben Portugal und Estland erneut eine rückläufige Entwicklung an, wobei diese Tendenz in Portugal offenbar derzeit zum Stillstand kommt. In Lettland wurde dagegen ein Anstieg verzeichnet, und zwar von 47,1 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2006 auf 58,7 Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2007 (Abbildung 12).

Abbildung 12: Tendenzen in fünf Mitgliedstaaten mit hohen Raten neu gemeldeter HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten



Anmerkung: Für Estland liegt der Wert für 2002 außerhalb der Skala (516 Fälle je 1 Million Einwohner). Weitere Informationen sind Tabelle INF-104 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Quellen: ECDC und WHO Europa.

⁽¹²⁹⁾ Ausführliche Angaben zu Methoden und Definitionen sind dem Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

⁽¹³⁰⁾ Siehe Tabelle INF-104 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³¹⁾ Aus Spanien, Italien und Österreich liegen keine nationalen Daten vor.

Insgesamt war zwischen 2002 und 2007 keine starke Zunahme neuer HIV-Infektionen zu beobachten, und es wurden weiterhin niedrige Raten gemeldet. Allerdings stieg die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen in Bulgarien von 0,3 Neuinfektionen je 1 Million Einwohner im Jahr 2002 auf 5,6 Fälle im Jahr 2007, während sie in Schweden von 3,5 Neuinfektionen je 1 Million Einwohner im Jahr 2002 auf ein Rekordhoch von 6,7 Fällen im Jahr 2007 stieg, bevor sie im Jahr 2008 wieder auf den vorherigen Stand zurückfiel. Dies deutet darauf hin, dass 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 2002 bis 2007 sind Prävalenzdaten aus 25 Ländern verfügbar ⁽¹³²⁾. In elf Ländern ist die HIV-Prävalenz in diesem Zeitraum unverändert geblieben. In sechs Ländern (Bulgarien, Deutschland, Spanien, Italien, Lettland, Portugal) war auf der Grundlage nationaler Stichproben ein statistisch signifikanter Rückgang der HIV-Prävalenz zu verzeichnen. Allerdings meldeten zwei dieser Länder regionale Zunahmen: in Bulgarien in einer Stadt (Sofia) und in Italien in drei von 21 Regionen. In zwei Ländern (Litauen, Polen) war auf der Grundlage nationaler Stichproben ein statistisch signifikanter Anstieg der HIV-Prävalenz zu beobachten.

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

Die in Estland, Lettland und Portugal beobachtete hohe jährliche Rate neuer HIV-Diagnosen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum weist jedoch darauf hin, dass die Übertragungsrate in diesen Ländern noch immer relativ hoch ist, obwohl in Estland und Portugal derzeit sinkende Raten zu verzeichnen sind. Im Falle Estlands werden diese Übertragungsraten durch die Prävalenzdaten für das Jahr 2005 untermauert, denen zufolge etwa ein Drittel der neuen injizierenden Drogenkonsumenten (die seit weniger als zwei Jahren injizieren) HIV-positiv war. Weitere Hinweise auf die fortgesetzte Übertragung von HIV sind Berichten über Prävalenzraten von mehr als 5 % unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten (Stichproben von 50 oder mehr injizierenden Drogenkonsumenten unter

25 Jahren) in mehreren Ländern zu entnehmen: Spanien (nationale Daten, 2006), Frankreich (fünf Städte, 2006), Estland (zwei Regionen, 2005), Litauen (eine Stadt, 2006) und Polen (eine Stadt, 2005) ⁽¹³³⁾.

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 in einigen europäischen Ländern können ein Hinweis darauf sein, dass viele mit HIV infizierte injizierende Drogenkonsumenten nicht in einem so frühen

HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten in der Europäischen Union und ihren Nachbarländern: zunehmende Tendenzen im Osten

Die HIV-Epidemien unter injizierenden Drogenkonsumenten entwickeln sich in Europa nach wie vor uneinheitlich. In den Ländern der Europäischen Union sind die Raten der gemeldeten neu diagnostizierten Fälle von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten zumeist auf niedrigem Niveau stabil oder gehen zurück. In vielen Republiken der früheren Sowjetunion sind die Raten jedoch im Jahr 2007 gestiegen (Wiessing et al., 2008b). Dies deutet darauf hin, dass die vorhandenen Präventionsmaßnahmen unzureichend sein könnten und verstärkt werden müssen.

In den östlichen Ländern, in denen nach dem Höchststand im Jahr 2001 ein gewisser Rückgang zu verzeichnen war (Russland, Weißrussland), wurde in den letzten Jahren erneut eine zunehmende Tendenz beobachtet. Im Jahr 2007 reichte die Bandbreite der Raten der gemeldeten neu diagnostizierten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten von 0 Fällen in Turkmenistan über 80 Fälle je 1 Million Einwohner in Kasachstan bis hin zu 152 Fällen je 1 Million Einwohner in der Ukraine. Die jüngsten Daten aus Russland betreffen das Jahr 2006 und weisen 78 Fälle je 1 Million Einwohner aus.

In absoluten Zahlen verzeichnete im Jahr 2007 die Ukraine die höchsten Zahlen neu gemeldeter HIV-Fälle unter injizierenden Drogenkonsumenten (7 087 Fälle), gefolgt von Usbekistan (1 816 Fälle) und Kasachstan (1 246 Fälle), während im Jahr 2006 aus Russland 11 161 Fälle gemeldet wurden. Mehrere andere Republiken der ehemaligen Sowjetunion, die insgesamt niedrigere Zahlen und Raten aufweisen, beobachten bei den gemeldeten Fällen eine zunehmende Tendenz. Dies legt den Schluss nahe, dass es unter injizierenden Drogenkonsumenten zu Epidemien kommen könnte. Zu diesen Ländern zählen Aserbaidschan, Weißrussland, Georgien, Kirgisistan, die Republik Moldau und Tadschikistan.

⁽¹³²⁾ Siehe Tabelle INF-108 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³³⁾ Siehe Tabellen INF-109 und INF-110 im Statistical Bulletin 2009.

Stadium ihrer Infektion eine hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) erhalten, dass die Behandlung optimal anschlagen könnte.

Estland verzeichnet mit schätzungsweise 33,5 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2007 gegenüber 17,1 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2006 die höchste Aids-Inzidenz im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum. Relativ hohe Aids-Inzidenzraten wurden mit 13,2, 8,8, 8,6 bzw. 6,2 neuen Fällen je 1 Million Einwohner auch aus Lettland, Spanien, Portugal und Litauen gemeldet. Was diese vier Länder betrifft, so ist die Entwicklung in Spanien, Lettland und Portugal rückläufig, nicht jedoch in Litauen ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitis B und C

Während eine hohe Prävalenz von HIV-Infektionen nur in einigen EU-Mitgliedstaaten zu verzeichnen ist, sind die Virushepatitis und insbesondere Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) in der gesamten EU unter injizierenden Drogenkonsumenten weiter verbreitet. Die HCV-Antikörper-Prävalenzraten in nationalen Stichproben aus injizierenden Drogenkonsumenten lagen im Zeitraum 2006 bis 2007 zwischen etwa 18 % und 95 %, wobei die Hälfte der Länder Prävalenzraten von über 40 % meldete. Drei Länder (Bulgarien, Tschechische Republik, Slowenien) berichten über Prävalenzraten unter 25 % in nationalen Stichproben aus injizierenden Drogenkonsumenten ⁽¹³⁵⁾. 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 wurden im Vereinigten Königreich in lokalen Studien Prävalenzraten zwischen 29 % und 60 % festgestellt, während in Italien die regionalen Schätzungen von etwa 36 % bis 92 % reichen.

In jüngeren Studien (2006 bis 2007) 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 ⁽¹³⁶⁾. Allerdings zeigen diese Studien auch, dass das Zeitfenster für die Einleitung wirksamer Maßnahmen zur Prävention einer HCV-Infektion recht klein ist, da sich viele injizierende

Drogenkonsumenten bereits zu Beginn ihres injizierenden Drogenkonsums mit dem Virus infizieren.

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. Die vollständigste Datenreihe liegt für den Antikörper gegen das Hepatitis-B-Core-Antigen (Anti-HBc) vor, der auf Infektionen in der Vergangenheit hinweist. Im Zeitraum 2006 bis 2007 haben drei der zehn Länder, die Daten über injizierende Drogenkonsumenten vorgelegt haben, für die Anti-HBc-Prävalenz Raten von über 40 % gemeldet ⁽¹³⁷⁾.

Hepatitis-C-Prävalenz als möglicher Indikator für das mit dem injizierenden Konsum verbundene Risiko von HIV-Infektionen

Eine von der EBDD geschaffene Gruppe von Modellierern und Epidemiologen hat die Möglichkeiten untersucht, Daten über die Prävalenz des Hepatitis-C-Virus (HCV) unter injizierenden Drogenkonsumenten als Indikator für das Risiko einer HIV-Übertragung heranzuziehen. HCV wird ähnlich wie HIV durch die gemeinsame Nutzung von Nadeln übertragen. Da HCV wesentlich infektiöser ist, kann dieses Virus Rückschlüsse über das Ausmaß des Risikoverhaltens in Gruppen injizierender Drogenkonsumenten zulassen, in denen HIV bisher noch nicht verbreitet ist, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Nadeln und Zubehör mit wechselnden Partnern.

Die Analyse gepaarter Prävalenzdaten zu HCV und HIV hat gezeigt, dass eine HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten von bis zu etwa 30 % (95%-Konfidenzintervall, 21 % bis 38 %) mit einer HIV-Prävalenz von 0 % oder einer sehr niedrigen HIV-Prävalenz einhergeht. Bei höheren HCV-Prävalenzen wurde ein linearer Zusammenhang zwischen HIV- und HCV-Prävalenz festgestellt, wobei die Daten aus den Zeitreihen den Schluss zulassen, dass die beobachtete HIV-Prävalenz auf etwa die Hälfte der HCV-Prävalenz steigt.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die HCV-Prävalenz herangezogen werden könnte, um für injizierende Drogenkonsumenten gezielte Maßnahmen zur Prävention und Schadensminimierung zu entwickeln. Darüber hinaus könnte sie für die Bewertung des Risikos einer HIV-Epidemie in Ländern genutzt werden, die derzeit noch eine niedrige HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten verzeichnen.

Quelle: Vickerman et al. (vorgelegt).

⁽¹³⁴⁾ Siehe Abbildung INF-1 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁵⁾ Siehe Tabellen INF-111 bis INF-113 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁶⁾ Siehe Abbildung INF-6 (Teil ii) und (Teil iii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁷⁾ Siehe Tabelle INF-115 im Statistical Bulletin 2009.

Für Hepatitis B und C wurden im Zeitverlauf unterschiedliche Tendenzen ermittelt, die jedoch 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., 2008a). Bei Hepatitis B ist der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen gemeldeten Fällen im Zeitraum 2002 bis 2007 in vier von 17 Ländern zurückgegangen. Bei Hepatitis C ist der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen gemeldeten Fällen zwischen 2002 und 2007 in sieben Ländern gesunken und in vier anderen Ländern gestiegen (Tschechische Republik, Luxemburg, Malta, Vereinigtes Königreich) ⁽¹³⁸⁾.

Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten

Den Berichten zufolge ist die Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten in 17 EU-Mitgliedstaaten und der Türkei Teil der nationalen Drogenstrategie und in sechs weiteren Ländern Gegenstand einer spezifischen Strategie. Zehn dieser 23 Länder berichten darüber hinaus über lokale oder regionale Strategien zur Prävention von Infektionskrankheiten.

Um die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten einzudämmen, greifen die EU-Mitgliedstaaten auf die folgenden Maßnahmen zurück, wobei diese in unterschiedlichen Kombinationen zur Anwendung kommen: Drogenbehandlung, Ausgabe steriler Spritzbestecke, gemeindegestützte Maßnahmen, in deren Rahmen Informationen und Aufklärung, Tests und verhaltensorientierte Interventionen angeboten werden und die häufig durch aufsuchende Dienste oder niedrigschwellige Einrichtungen erbracht werden. Die Sachverständigen aus 27 Ländern haben Angaben dazu übermittelt, in welchem Maße bestimmten Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten Priorität eingeräumt wird ⁽¹³⁹⁾. Demnach stellt in 23 Ländern der Zugang zu sterilen Spritzbestecken im Rahmen von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen, in 16 Ländern die Durchführung von Tests und Beratungen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten und in 14 Ländern das Angebot von Informationen, Aufklärung und entsprechendem Material eine Priorität dar.

Behandlung injizierender Drogenkonsumenten mit chronischer Hepatitis C

Bis zu 30 % der Patienten mit einer unbehandelten chronischen Hepatitis C entwickeln innerhalb von 30 Jahren eine Leberzirrhose. Diese Lebererkrankung verursacht im Endstadium erhebliche Behandlungskosten (Jager et al., 2004). Von entscheidender Bedeutung für die Eindämmung von Hepatitis C in Europa ist die Förderung und Ausweitung des Zugangs zur Behandlung für die größte Patientengruppe, d. h. chronische Träger des Virus, die aktive injizierende Drogenkonsumenten sind.

Die derzeit angebotene Behandlung chronischer Hepatitis C – eine sechs- bis zwölfmonatige Kombinationstherapie mit retardiertem Interferon und Ribavirin – ist bei über 50 % der Patienten wirksam und führt zu einer dauerhaften Virusfreiheit (*Sustained Virological Response*). Zwar liegt nach wie vor nur eine begrenzte Anzahl langfristiger Studien vor, jedoch belegen die verfügbaren Forschungsarbeiten, dass bei der antiviralen Behandlung injizierender Drogenkonsumenten eine hohe Therapietreue (Compliance) und gute Behandlungserfolge erzielt wurden (z. B. Moussalli et al., 2007). Darüber hinaus wurden Nachweise für die Kosteneffizienz von Hepatitis-C-Behandlungen in Haftanstalten (Sutton et al., 2008) sowie für die Sicherheit und Wirksamkeit der Behandlung von Drogenkonsumenten mit psychiatrischer Komorbidität (Loftis et al., 2006) erbracht.

Jedoch haben Drogenkonsumenten nach wie vor kaum Zugang zur Hepatitis-C-Behandlung. Gründe hierfür könnten unter anderem in unzureichenden Behandlungskapazitäten, einer mangelnden Aufklärung über Behandlungsoptionen oder darin liegen, dass Drogenkonsumenten in diesem Zusammenhang nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Mehrere EU-Länder, darunter Dänemark, Deutschland, Frankreich, die Niederlande und das Vereinigte Königreich, haben in den letzten Jahren ihre Politik überarbeitet, um den Zugang chronischer Träger des Hepatitis-C-Virus, die aktive injizierende Drogenkonsumenten sind, zu Tests und Behandlungen auszuweiten.

Die Hepatitis-C-Therapie ist im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit zuweilen problematisch, kann jedoch durch ein sorgfältig geplantes und organisiertes klinisches Management und die Kooperation der Patienten verbessert werden, die vor ihrer Einwilligung in die Behandlung umfassend aufgeklärt werden. Durch den Einsatz multidisziplinärer Teams für das Management von Drogenabhängigkeit, Leberbehandlung und psychischer Komorbidität können die Behandlungserfolge verbessert werden (Grebely et al., 2007).

Der Zugang zu sterilen Spritzen wird am häufigsten als Priorität genannt. Dies entspricht den Ergebnissen einer ähnlichen Untersuchung aus dem Jahr 2005. Inzwischen räumen immer mehr Länder Beratungen und Tests im

⁽¹³⁸⁾ Siehe Tabellen INF-105 und INF-106 im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹³⁹⁾ Siehe Tabelle HSR-6 im Statistical Bulletin 2009.

Zusammenhang mit Infektionskrankheiten sowie gezielten Hepatitis-B-Immunisierungsprogrammen Priorität ein.

Maßnahmen

Forschungsarbeiten belegen, dass eine nachhaltige Behandlung zu einer Reduzierung des injizierenden Drogenkonsums und des damit verbundenen Risikoverhaltens führt und somit auch vor HIV-Infektionen schützt. In den meisten europäischen Ländern wurde das Angebot von Maßnahmen zur Schadensminimierung und von Behandlungsdiensten seit Mitte der 90er Jahre erheblich erweitert (Hedrich et al., 2008b). Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung ist in allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen verfügbar, wobei jedoch das Angebot dieser Therapieform in mehreren Ländern nach wie vor begrenzt ist (siehe Kapitel 2 und 6).

Den Schätzungen der nationalen Sachverständigen zufolge haben im vergangenen Jahr in 17 Ländern nahezu alle problematischen Drogenkonsumenten eine individuelle Beratung über Infektionskrankheiten erhalten⁽¹⁴⁰⁾. In zwölf Ländern galt dies auch für HCV-Tests, während die Sachverständigen in elf Ländern davon ausgingen, dass die meisten problematischen Drogenkonsumenten im vergangenen Jahr praktische Beratungen und Schulungen über einen sichereren Konsum und sichereres Injizieren erhalten haben. Hepatitis-B-Impfungen sind in 21 der 28 Berichtsländer Teil der routinemäßigen Immunisierungspläne, während es in 17 Ländern darüber hinaus spezifische Impfprogramme für Drogenkonsumenten gibt. Ferner werden aus 17 Ländern Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung von Drogenkonsumenten gemeldet, bei denen man auch Peer-Gruppen einbezieht.

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sind in allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen verfügbar. In Zypern wurde das Programm jedoch im Jahr 2007 kaum in Anspruch genommen. In 15 Ländern haben schätzungsweise die meisten injizierenden Drogenkonsumenten mindestens einmal im Laufe der letzten zwölf Monate im Rahmen eines solchen Programms Spritzen bezogen. In elf Ländern hat im selben Zeitraum nur eine Minderheit der injizierenden Drogenkonsumenten Spritzen erhalten, obwohl neun dieser Länder den Zugang zu sterilem Spritzbesteck als eine vorrangige Maßnahme zur Prävention der Verbreitung von Infektionskrankheiten nennen.

Die Zahl der im Rahmen von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen ausgegebenen Spritzen ist

zwischen 2005 und 2007 in 18 der 26 Länder, für die Daten verfügbar sind, gestiegen. Hinsichtlich der Zahl der jährlich pro Patient ausgegebenen Spritzen wurden erhebliche Unterschiede festgestellt; sie reichte im Jahr 2007 von 50 Spritzen pro Patient in Kroatien und Litauen bis hin zu 200 in Finnland und 300 in Rumänien⁽¹⁴¹⁾.

Insgesamt wurden im Jahr 2007 in den 14 Ländern, für die verlässliche Daten oder Schätzungen vorliegen, 33 % mehr Spritzen ausgegeben als im Jahr 2003. Für diesen Zeitraum wurde aus Belgien, Bulgarien, der Tschechischen Republik, Estland, Ungarn, Österreich, der Slowakei und Finnland eine kontinuierliche Zunahme der Zahl der ausgegebenen Spritzen gemeldet. In Lettland blieb die Zahl der ausgegebenen Spritzen unverändert, während in Spanien, Litauen, Luxemburg, Portugal und Polen eine rückläufige Entwicklung zu verzeichnen war.

Die von 15 Ländern zur Verfügung gestellten Daten belegen, dass sich im Jahr 2007 mehr als 125 000 Personen an Dienste gewandt haben, die Nadel- und Spritzenaustauschprogramme anbieten⁽¹⁴²⁾. Allerdings sind für vier der größten EU-Mitgliedstaaten keine Daten über den Patientenzulauf verfügbar (Deutschland, Spanien, Italien, Vereinigtes Königreich). Eine in den 120 französischen Schadensminimierungsdiensten der „CAARUD“ durchgeführte Erhebung ergab, dass diese im Jahr 2007 von schätzungsweise 40 000 Patienten aufgesucht wurden (Toufik et al., 2008). Im Vereinigten Königreich wurde im Jahr 2008 ein neues Überwachungssystem für den Nadelaustausch eingerichtet.

Niedrigschwellige Dienste bieten die Möglichkeit, eine medizinische Grundversorgung und Maßnahmen zur Schadensminimierung für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu erbringen. Eine kürzlich durchgeführte Evaluierung niedrigschwelliger Dienste für injizierende Drogenkonsumenten in Finnland kam zu dem Schluss, dass diese Kombination von Diensten bei der Prävention von Infektionskrankheiten eine wesentliche Rolle gespielt hat. Darüber hinaus stellte man fest, dass es sich bei diesen Diensten um kosteneffiziente und innovative Einrichtungen handelt, die in der Lage sind, im Rahmen der restriktiven Drogenpolitik des Landes zu arbeiten (Arponen et al., 2008).

Nadel- und Spritzenaustauschprogramme können ferner im Rahmen der Gesundheitsförderung eine Rolle spielen. Schulungen zur Gesundheitsförderung auf der Grundlage von formalen Lehrplänen oder Schulungshandbüchern werden in 20 Ländern für das Personal von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen und in neun Ländern für

⁽¹⁴⁰⁾ Die Sachverständigen aus 26 EU-Staaten, der Türkei und Norwegen haben den Umfang des Angebots bestimmter Maßnahmen für Drogenkonsumenten bewertet.

⁽¹⁴¹⁾ Siehe Tabelle HSR-5 (Teil i) und (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴²⁾ Siehe Tabelle HSR-5 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

Apotheker angeboten. Leitlinien für die Arbeit in niedrighschwelligem Diensten, die Themen wie Tests auf Infektionskrankheiten, Spritzenaustausch, aufsuchende Arbeit und Schulungen für Peer-Gruppen zum Gegenstand haben, werden aus elf EU-Mitgliedstaaten gemeldet.

Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität

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

Unter den Begriff der drogenbedingten Mortalität fallen sowohl Todesfälle, die unmittelbar durch die pharmakologische Wirkung einer oder mehrerer Substanzen verursacht werden (drogeninduzierte Todesfälle), als auch Todesfälle, die mittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind, wobei häufig auch andere Faktoren eine Rolle spielen (z. B. Unfälle). Zu den bekannten Todesursachen zählen unter anderem akute Vergiftungen, Verkehrsunfälle, insbesondere in Kombination mit Alkohol (EBDD, 2007c), Gewalt, Selbstmorde bereits gefährdeter Personen oder chronische Erkrankungen infolge eines wiederholten Konsums (z. B. kardiovaskuläre Probleme bei Kokainkonsumenten). Zwar sind die meisten drogenbedingten Todesfälle unter problematischen Drogenkonsumenten zu verzeichnen, es können aber auch andere Konsumentengruppen betroffen sein, einschließlich der Gelegenheitskonsumenten⁽¹⁴³⁾.

Drogeninduzierte Todesfälle

Der von der EBDD herangezogenen Definition zufolge bezeichnet der Begriff drogeninduzierte Todesfälle jene Fälle, in denen der Tod unmittelbar durch den Konsum einer oder mehrerer Drogen verursacht wurde (Überdosierungen), wobei es sich bei mindestens einer der Substanzen um eine illegale Droge handelt. Faktoren wie die Prävalenz und Muster des Drogenkonsums (injizierender Konsum, polyvalenter Konsum), das Alter und die Komorbidität der Drogenkonsumenten sowie die Verfügbarkeit von Behandlungs- und Notfalldiensten können die Gesamtzahl der Todesfälle beeinflussen.

Infolge der erzielten Verbesserungen 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⁽¹⁴⁴⁾. Dennoch sind angesichts der zwischen den einzelnen Ländern zu beobachtenden Qualitätsunterschiede in der Diagnosesicherung sowie in der Berichterstattung an die nationalen Todesursachenregister und die EBDD Vergleiche mit Bedacht anzustellen.

Zwischen 1990 und 2006 meldeten die EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, Norwegen und die Türkei jährlich 6 400 bis 8 500 drogeninduzierte Todesfälle, insgesamt also mehr als 135 000 Fälle. Im Jahr 2006 entfiel die Hälfte aller gemeldeten Todesfälle auf das Vereinigte Königreich und Deutschland. Mit Raten zwischen drei und über 85 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren verzeichnen die europäischen Länder sehr unterschiedliche Mortalitätsraten im Zusammenhang mit drogeninduzierten Todesfällen (durchschnittlich 22 Todesfälle je 1 Million Einwohner). In 17 von 30 europäischen Ländern wurden Raten von über 20 Todesfällen je 1 Million Einwohner und in sechs Ländern Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner verzeichnet (Abbildung 13). Unter den Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren waren 4 % aller Todesfälle auf Überdosierungen zurückzuführen⁽¹⁴⁵⁾.

Opioidbedingte Todesfälle

Heroin

Bei den meisten in Europa gemeldeten drogeninduzierten Todesfällen spielen Opioide, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, eine Rolle. In den 22 Ländern, die Daten übermittelt haben, entfielen 35 % bis nahezu 100 % dieser Todesfälle auf Opioide, wobei elf Länder Anteile von über 85 % meldeten⁽¹⁴⁶⁾. Häufig werden in der toxikologischen Analyse neben Heroin auch andere Substanzen nachgewiesen, zumeist Alkohol, Benzodiazepine, andere Opioide und, in einigen Ländern, Kokain. Dies legt den Schluss nahe, dass ein erheblicher Teil aller drogeninduzierten Todesfälle in Zusammenhang mit dem polyvalenten Drogenkonsum steht.

In Europa sind die meisten Opfer tödlicher Heroin-Überdosierungen (82 %) Männer. Das Durchschnittsalter

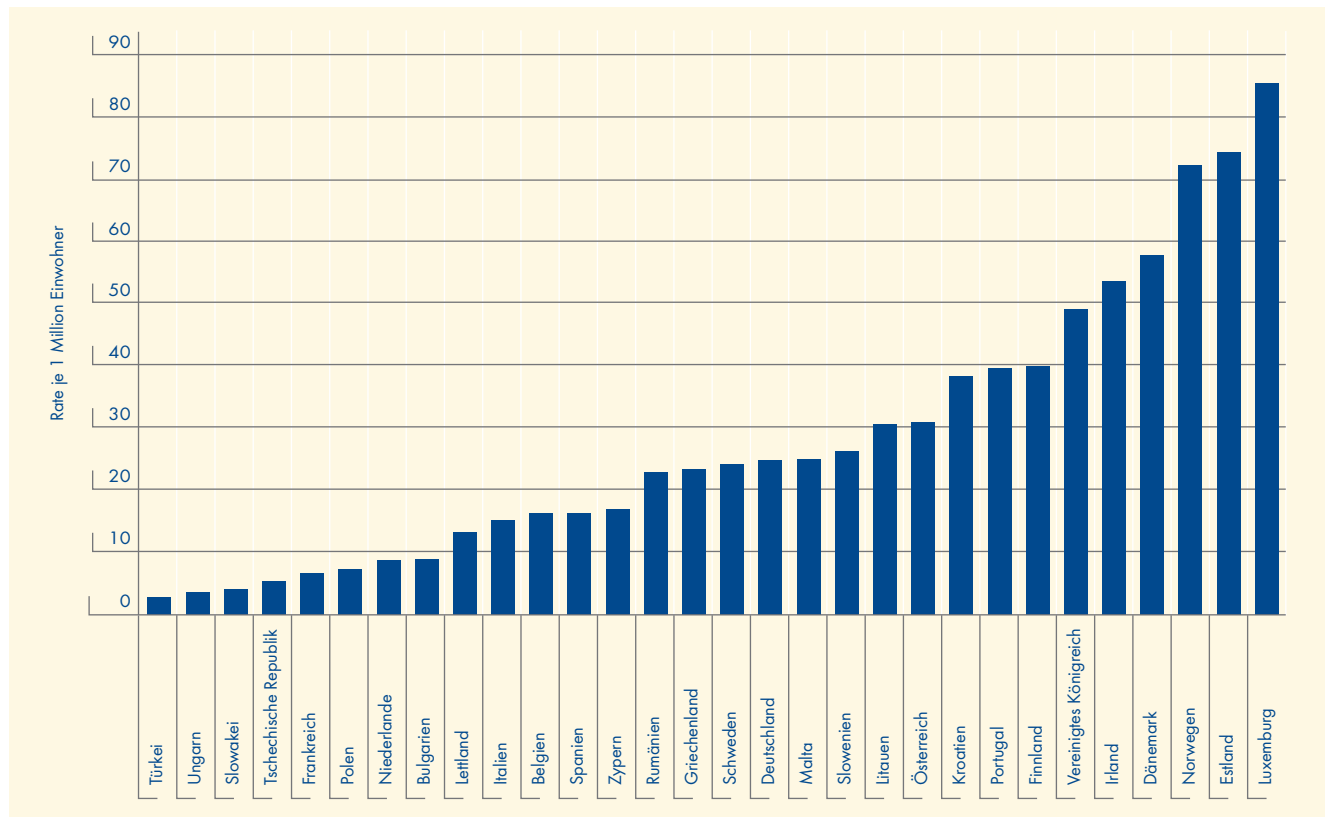
⁽¹⁴³⁾ Siehe „Drogenbedingte Mortalität: ein komplexer Begriff“ im Jahresbericht 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Ausführliche methodische Informationen sind dem Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

⁽¹⁴⁵⁾ Siehe Abbildung DRD-7 (Teil i) und Tabellen DRD-5 (Teil ii) und DRD-107 (Teil i) im Statistical Bulletin 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Da es sich bei den meisten der an die EBDD gemeldeten Fälle um Überdosierungen von Opioiden (vor allem Heroin) handelt, werden die allgemeinen Merkmale der gemeldeten drogenbedingten Todesfälle für die Darstellung der opioidbedingten Todesfälle herangezogen. Siehe Abbildung DRD-1 im Statistical Bulletin 2009.

Abbildung 13: Mortalitätsraten unter allen Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) aufgrund drogeninduzierter Todesfälle



Anmerkung: Für die Tschechische Republik wurde statt der nationalen Definition die Definition der EBDD für akute drogenbedingte Todesfälle gemäß Auswahl D herangezogen; für das Vereinigte Königreich wurde die in der Drogenstrategie verwendete Definition herangezogen; für Rumänien beziehen sich die Daten ausschließlich auf Bukarest und mehrere Bezirke im Zuständigkeitsbereich des toxikologischen Labors Bukarest; für Portugal umfassen die Daten alle Fälle, in denen bei postmortalen gerichtsmedizinischen toxikologischen Analysen illegale Drogen nachgewiesen wurden, wodurch die Werte wahrscheinlich gegenüber Auswahl D zu hoch veranschlagt sind. Die Berechnung der Mortalitätsraten basiert auf den von Eurostat gemeldeten nationalen Bevölkerungszahlen für 2005. Aufgrund gewisser Unterschiede hinsichtlich der Falldefinitionen und der Qualität der Berichterstattung sind Vergleiche zwischen den Mortalitätsraten mit Bedacht anzustellen. Weitere Informationen zu den Daten sind Abbildung DRD-7 (Teil i) im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2008), auf der Grundlage von allgemeinen Todesursachenregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern und Eurostat.

der Opfer tödlicher Überdosierungen 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. Insgesamt sind 14 % der Opfer der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen unter 25 Jahre alt, wobei in Bulgarien, Österreich und einigen Ländern mit niedrigen Zahlen drogeninduzierter Todesfälle (Malta, Zypern, Slowakei, Rumänien) mehr als ein Drittel der Todesfälle durch Überdosierung auf diese Altersgruppe entfällt. Dies könnte darauf schließen lassen, dass die Heroinkonsumenten oder injizierenden Drogenkonsumenten in diesen Ländern im Durchschnitt jünger sind (¹⁴⁷).

Zu den mit Heroin-Überdosierungen in Zusammenhang stehenden Faktoren zählen unter anderem der injizierende Konsum sowie der gleichzeitige Konsum anderer Substanzen, insbesondere von Alkohol, Benzodiazepinen und einigen Antidepressiva, sowie Komorbidität, frühere

Überdosierungen und die Tatsache, dass der Betreffende alleine ist, wenn er Heroin konsumiert. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass das Risiko von Überdosierungen unmittelbar nach der Entlassung aus einer Haftanstalt oder Drogenbehandlung besonders hoch ist.

Die Zahl der nichttödlichen Überdosierungen ist schätzungsweise 20- bis 25-mal so hoch wie die Zahl der tödlichen Überdosierungen, wobei allerdings über die Folgen nichttödlicher Überdosierungen nur wenig bekannt ist. Die EBDD führt derzeit eine kritische Untersuchung der diesbezüglichen Risikofaktoren und möglichen Maßnahmen durch.

Methadon und Buprenorphin

Forschungsarbeiten belegen, dass opioidgestützte Substitutionstherapien das Risiko einer tödlichen Überdosierung verringern. Jedoch werden jedes Jahr mehrere Todesfälle gemeldet, bei denen

¹⁴⁷ Siehe Abbildungen DRD-2 und DRD-3 und Tabelle DRD-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2009.

Substitutionssubstanzen (Methadon oder Buprenorphin) nachgewiesen wurden und die zumeist auf den Missbrauch dieser Substanzen oder, in einigen wenigen Fällen, auf während der Behandlung auftretende Probleme zurückzuführen sind.

Den Berichten mehrerer Länder zufolge wurde bei einem erheblichen Anteil der drogeninduzierten Todesfälle Methadon nachgewiesen, wobei jedoch aufgrund fehlender gemeinsamer Standards für die Berichterstattung häufig unklar ist, inwieweit Methadon als Todesursache ausschlaggebend war, da unter Umständen weitere Drogen eine Rolle spielen können. Darüber hinaus können unter anderem die folgenden Faktoren von Bedeutung sein: verringerte Opioidtoleranz, sehr hohe Dosierung, unsachgemäßer Konsum wie unregelmäßiger Konsum oder Konsum für nichttherapeutische Zwecke. Todesfälle aufgrund von Vergiftungen mit Buprenorphin sind eher selten, obwohl diese Substanz in Europa zunehmend in der Substitutionsbehandlung eingesetzt wird (siehe Kapitel 6). In Finnland jedoch wird bei den meisten drogeninduzierten Todesfällen Buprenorphin nachgewiesen. Dabei wurde die Droge in der Regel in Kombination mit Sedativa oder Alkohol eingenommen oder injiziert.

Fentanyl und andere synthetische Opiode

In den Jahren 2005 und 2006 wurde in Estland eine epidemieartige Häufung von Fentanyl-Vergiftungen beobachtet, die unter injizierenden Drogenkonsumenten 117 Todesopfer forderte (EBDD, 2008b). Über die Zahl der im Jahr 2007 in Estland verzeichneten Todesfälle im Zusammenhang mit Fentanyl sind keine Daten verfügbar, jedoch bestätigen jüngste Studien eine Zunahme des Konsums dieser Droge durch injizierende Drogenkonsumenten. Im Jahr 2007 nannten zwei Drittel der in Tallinn befragten injizierenden Drogenkonsumenten Fentanyl als Primärdroge, und unter den Teilnehmern des Spritzenaustauschprogramms gab jeder zehnte injizierende Drogenkonsument an, in den letzten 30 Tagen Fentanyl injiziert zu haben. Bei einer anderen in Tallinn durchgeführten Studie stellte man unter injizierenden Drogenkonsumenten, die Fentanyl als Primärdroge nannten, eine höhere HIV-Prävalenz, eine stärkere Tendenz zu einem mit dem injizierenden Drogenkonsum verbundenen Risikoverhalten sowie eine größere Wahrscheinlichkeit von Überdosierungen fest als bei injizierenden Amphetaminkonsumenten (Talu et al., 2009). Aus Finnland wurden bei 21 Todesfällen Opiode wie Oxycodon, Tramadol oder Fentanyl nachgewiesen, wobei allerdings nicht näher angegeben wurde, inwiefern diese als Todesursache eine Rolle gespielt haben.

Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen

Kokaininduzierte Todesfälle sind schwerer zu definieren und zu ermitteln als Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden. Unmittelbar auf eine Überdosierung zurückzuführende Todesfälle sind offenbar selten und in der Regel mit sehr hohen Kokaindosen verbunden. Vielmehr sind offenbar die meisten Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain auf eine chronische Toxizität zurückzuführen, die kardiovaskuläre und neurologische Probleme verursachen kann. Wenn nicht festzustellen ist, welche Rolle Kokain bei diesen Todesfällen gespielt hat, werden sie nicht als kokainbedingt gemeldet. Die Interpretation der Daten wird dadurch weiter erschwert, dass häufig auch andere Substanzen nachgewiesen werden, sodass kaum kausale Zusammenhänge hergestellt werden können.

Im Jahr 2007 wurden den Berichten zufolge in zwölf Mitgliedstaaten etwa 500 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain verzeichnet (während im Jahr 2006 in 14 Ländern 450 derartige Todesfälle gemeldet wurden). Es ist jedoch davon auszugehen, dass nicht alle kokaininduzierten Todesfälle in der Europäischen Union gemeldet werden.

Todesfälle, bei denen Ecstasy nachgewiesen wurde, werden nur selten gemeldet, wobei die Droge in vielen Fällen nicht als unmittelbare Todesursache ermittelt wurde. Zwar werden in Europa auch Todesfälle im Zusammenhang mit Amphetamin nur selten gemeldet, jedoch wurde im Jahr 2007 in der Tschechischen Republik ein erheblicher Anteil der tödlichen Überdosierungen (ohne Einbeziehung von Arzneimittel-Überdosierungen) – 11 von 40 – mit Pervitin (Methamphetamin) in Verbindung gebracht, gegenüber 14 Todesfällen im Zusammenhang mit Opioiden. In Finnland wurden im Jahr 2007 bei 40 % der 229 gemeldeten Todesfälle Amphetamine nachgewiesen. Allerdings bedeutet dies nicht notwendigerweise, dass die Droge die unmittelbare Todesursache war ⁽¹⁴⁸⁾.

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 Heroinkonsums einherging. Seitdem bewegte sich die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle auf hohem Niveau. Die Daten aus den Ländern, für die längere Zeitreihen vorliegen, weisen jedoch unterschiedliche Tendenzen aus: In einigen Ländern (z. B. Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien) erreichte die Zahl der Todesfälle Anfang bis Mitte der 90er Jahre ihren

⁽¹⁴⁸⁾ Daten über Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen als Heroin sind Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

Höchststand; andere Länder (z. B. Griechenland, Portugal, Finnland) verzeichneten um das Jahr 2000 Spitzenwerte, während in einigen anderen Ländern (z. B. Dänemark, Niederlande, Österreich, Vereinigtes Königreich) zwar ein Aufwärtstrend beobachtet wurde, jedoch kein eindeutiger Höhepunkt⁽¹⁴⁹⁾.

Für den Zeitraum 2000 bis 2003 meldeten die meisten EU-Mitgliedstaaten eine rückläufige Entwicklung, gefolgt von einem Anstieg der Zahl der Todesfälle zwischen 2003 und 2006. Die verfügbaren vorläufigen Daten lassen darauf schließen, dass im Jahr 2007 eine mindestens ebenso hohe Zahl zu verzeichnen war wie im Vorjahr, wobei aus 14 von 18 Ländern eine zunehmende Tendenz gemeldet wurde.

Die Gründe für die anhaltend hohen Zahlen der gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle 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. Angesichts dieser möglicherweise schrumpfenden gefährdeten Bevölkerungsgruppe geben stabile oder steigende Zahlen drogeninduzierter Todesfälle Anlass zu großer Besorgnis.

Für dieses Phänomen gibt es eine Reihe möglicher Erklärungen, die sämtlich weiterer Untersuchungen bedürfen. Unter anderem sind die folgenden möglichen Ursachen zu nennen: höheres Durchschnittsalter, zunehmende chronische Abhängigkeit und steigende Gefährdung der Drogenkonsumenten; steigende Raten des polyvalenten Drogenkonsums oder hochriskanter Verhaltensweisen, Angebot von Diensten, die nicht auf die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sind oder diese nicht erreichen, oder sogar ein Anstieg der Zahl der rückfälligen Opioidkonsumenten, die nach ihrer Entlassung aus der Haft oder einer Behandlung bekanntermaßen besonders gefährdet sind⁽¹⁵⁰⁾.

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. Diese Todesfälle betreffen in erster Linie problematische Drogenkonsumenten, zuweilen jedoch auch Gelegenheitskonsumenten (z. B. Verkehrsunfälle, einige

Selbstmorde). Die Zahl der Todesfälle, die in mittelbarem Zusammenhang zum Drogenkonsum stehen, ist schwer zu bemessen, ihre Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit können jedoch erheblich sein.

Für die Schätzung der Gesamtmortalität können unterschiedliche Verfahren herangezogen werden: Ein Ansatz besteht in der Zusammenführung der Daten aus Kohortenstudien zur Mortalität mit Schätzungen der Prävalenz des Drogenkonsums⁽¹⁵¹⁾. In einem anderen Ansatz wird der Anteil der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum anhand der vorhandenen allgemeinen Todesursachenstatistiken geschätzt. Darüber hinaus können andere spezialisierte Datenquellen herangezogen werden. Beispielsweise werden zur Schätzung der Mortalität im Zusammenhang mit HIV/Aids Daten von Eurostat und EuroHIV zusammengeführt.

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. Groß angelegte Längsschnitt-Kohortenstudien können herangezogen werden, um Hypothesen beispielsweise zu den Ursachen für Veränderungen bei der Zahl der drogeninduzierten Todesfälle zu testen, das Gesamtrisiko zu überwachen und Veränderungen bei den Mustern der Todesursachen zu ermitteln.

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. Obwohl hinsichtlich der relativen Bedeutung der Todesursachen Unterschiede sowohl zwischen den Ländern als auch im Zeitverlauf festzustellen sind, sind als Hauptursache im Allgemeinen Überdosierungen auszumachen, auf die in Ländern mit niedrigen HIV/Aids-Prävalenzen bis zu 50 % bis 60 % der Todesfälle unter injizierenden Drogenkonsumenten entfallen. Bedauerlicherweise werden Überdosierungen in den allgemeinen

⁽¹⁴⁹⁾ Siehe Abbildungen DRD-8 und DRD-11 im Statistical Bulletin 2009. Aus historischen Gründen bezieht sich diese EU-Entwicklung auf EU-15 und Norwegen.

⁽¹⁵⁰⁾ Siehe Kasten „Reduzierung der Todesfälle durch Überdosierung nach der Haft“, S. 103.

⁽¹⁵¹⁾ Siehe Kasten „Schätzung der Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem problematischen Drogenkonsum: neue Entwicklungen“, S. 101.

Schätzung der Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem problematischen Drogenkonsum: neue Entwicklungen

Die jüngsten in der Europäischen Union durchgeführten Kohortenstudien zur Mortalität weisen darauf hin, dass es sich in der Regel bei 20 % bis 50 % aller Todesfälle unter problematischen Drogenkonsumenten um drogeninduzierte Todesfälle (Überdosierungen) handelt. Dies lässt den Schluss zu, dass die Gesamtmortalität in dieser Bevölkerungsgruppe etwa 2- bis 5-mal so hoch ist wie die Zahl der erfassten drogeninduzierten Todesfälle. In den einzelnen Ländern ist dieser Multiplikator unterschiedlich hoch und von mehreren Faktoren abhängig, unter anderem vom Risikoverhalten, von der Rate tödlicher Überdosierungen und von der Prävalenz anderer möglicher Todesursachen.

Die EBDD fördert Forschungsarbeiten zur Schätzung der Gesamtmortalität unter problematischen Drogenkonsumenten. Im Jahr 2008 wurden im Rahmen eines in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern aus der Tschechischen Republik durchgeführten Projekts Literatur, Datenquellen und mögliche Verfahren in diesem Bereich ausgewertet⁽¹⁾. Eine Sachverständigengruppe empfahl zwei Verfahren für künftige Studien: ein Multiplikatorverfahren auf der Grundlage der Zahl der erfassten tödlichen Überdosierungen und ein Extrapolationsverfahren anhand der Mortalitätsraten in Kohorten problematischer Drogenkonsumenten und der nationalen Schätzungen über die Bevölkerungsgruppe der problematischen Drogenkonsumenten. Beide Verfahren wurden in der Tschechischen Republik erfolgreich in Pilotstudien getestet, und die EMDD beabsichtigt, eine Gruppe interessierter Länder zusammenzustellen, die diese Verfahren in naher Zukunft in die Praxis umsetzen könnten.

⁽¹⁾ Siehe <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>.

Todesursachenregistern einiger Länder nur unzureichend ausgewiesen. Infolgedessen könnte ein erheblicher Anteil der Todesfälle, für die eine „unbekannte“ oder nicht ausreichend spezifizierte Ursache angegeben ist (z. B. Herzstillstand), auf Überdosierungen zurückzuführen sein. Um die Validität der Beschreibung von Todesursachen zu verbessern, können auch andere Datenquellen (z. B. gerichtsmedizinische bzw. polizeiliche Spezialregister) herangezogen werden.

Die EBDD hat ein Protokoll erarbeitet, um den Mitgliedstaaten einen Anreiz zu geben, Kohortenstudien zur Mortalität durchzuführen. Ziel ist es, vergleichbare Daten über Mortalitätsrisiken bei problematischen Drogenkonsumenten zu gewinnen, anhand derer politische Strategien für die Prävention und Betreuung entwickelt werden können. Die jüngsten europäischen Studien

wurden in Deutschland, Spanien, Italien, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Norwegen durchgeführt. Ein Drittel der EU-Mitgliedstaaten hat noch keine Kohortenstudie zur Mortalität durchgeführt, allerdings berichten einige Länder über laufende oder für 2009 geplante Studien (z. B. Tschechische Republik, Frankreich, Lettland, Polen).

Mittelbar mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehende Todesfälle

Schätzungsweise starben in der Europäischen Union im Jahr 2006 mehr als 2 100 Menschen an einer HIV/Aids-Erkrankung, die in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stand⁽¹⁵²⁾, wobei über 89 % der Todesfälle auf Spanien, Frankreich, Italien und Portugal entfielen. Nach der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) im Jahr 1996 war die HIV/Aids-Mortalität in den meisten EU-Ländern stark rückläufig. In Portugal wurde jedoch ein wesentlich schwächerer Rückgang verzeichnet. Die in den letzten Jahren in Estland beobachtete Zunahme steht im Einklang mit den hohen Schätzungen der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in diesem Land (fünf bis sechs von zehn) und dem hohen Anteil der Infizierten, die den Berichten zufolge nicht wissen, dass sie infiziert sind. Auch aus Lettland wurde in jüngster Zeit eine steigende Tendenz gemeldet. Derzeit verzeichnen mit Ausnahme Spaniens und Portugals die meisten Länder niedrige geschätzte HIV/Aids-Mortalitätsraten unter Drogenkonsumenten. In Italien, Frankreich und Lettland werden für HIV/Aids und Überdosierungen in etwa die gleichen Mortalitätsraten ermittelt⁽¹⁵³⁾.

Zu den weiteren Ursachen für Todesfälle unter Drogenkonsumenten zählen chronische Krankheiten wie Lebererkrankungen (infolge von Hepatitis-C-Infektionen und schwerem Alkoholkonsum), Krebs und kardiovaskuläre Probleme. Anderen Ursachen wird weit weniger Aufmerksamkeit gezollt, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass sie erhebliche Auswirkungen haben. Beispielsweise könnten Traumata (Unfälle, Tötungsdelikte und andere Gewalttaten) 25 % oder mehr der Todesfälle unter problematischen Drogenkonsumenten verursachen. Bei einer Auswertung der vorhandenen Literatur (Darke und Ross, 2002) wurde unter Heroinkonsumenten eine 14-mal höhere Selbstmordrate festgestellt als in der Allgemeinbevölkerung. Kürzlich in Europa durchgeführte Kohortenstudien ergaben, dass 6 % bis 11 % der Todesfälle unter problematischen Drogenkonsumenten auf Selbstmord zurückzuführen sind. Anhand der wenigen

⁽¹⁵²⁾ Das Jahr 2006 ist das letzte Jahr, für das über Eurostat aus fast allen Mitgliedstaaten Daten über Todesursachen verfügbar sind. Ausführliche Angaben zu Quellen, Übertragungsgruppen, Zahlen und Berechnungen sind Tabelle DRD-5 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

⁽¹⁵³⁾ Siehe Abbildung DRD-7 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

verfügbaren Daten lässt sich jedoch kaum abschätzen, welche Auswirkungen diese Ursachen insgesamt haben.

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Zwölf Länder berichten, dass die Reduzierung drogeninduzierter Todesfälle Teil ihrer nationalen Drogenstrategie ist. Ein Land, das Vereinigte Königreich, hat einen spezifischen Aktionsplan zur Reduzierung drogenbedingter Schäden verabschiedet, in dem spezifische Maßnahmen für die Prävention drogenbedingter Todesfälle vorgegeben sind. In 13 Ländern gibt es weder eine spezifische Strategie, noch ist die Reduzierung drogeninduzierter Todesfälle Gegenstand der nationalen Drogenstrategie, während zwei Länder keine Daten übermittelt haben.

Maßnahmen

Im Rahmen einer prospektiven Langzeitstudie unter problematischen Drogenkonsumenten, die sich in Italien in Behandlung begeben haben, stellte man fest, dass das Mortalitätsrisiko in der Kohorte durchschnittlich 10-mal höher war als in der Allgemeinbevölkerung (Davoli et al., 2007). Unter in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten war das Mortalitätsrisiko nur 4-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dies bestätigt, dass die Drogenbehandlung die drogenbedingte Mortalität verringert. Die Studie zeigte aber auch, dass die höchsten Mortalitätsraten unter Drogenkonsumenten in den ersten 30 Tagen nach Abschluss der Behandlung zu beobachten waren. Dieses Ergebnis zeigt, dass es wichtig ist, eine sorgfältige Nachsorge zu gewährleisten und sehr kurze Therapien zu vermeiden, da hier die Risiken die Vorteile der Behandlung überwiegen könnten.

Den Berichten zufolge wird in den meisten Ländern, die Daten zur Verfügung gestellt haben, Material zur Aufklärung und Prävention ausgegeben. Den Sachverständigen aus 28 Ländern zufolge⁽¹⁵⁴⁾ haben im letzten Jahr in neun Ländern die meisten oder fast alle und in zwölf Ländern sowie in der Französischen Gemeinschaft Belgiens die wenigsten problematischen Drogenkonsumenten gedrucktes oder Multimedia-Material über die Prävention von Überdosierungen erhalten. In der Türkei ist derartige Material nicht verfügbar, während es in Estland, Lettland, Ungarn und der Slowakei nur an einige wenige problematische Drogenkonsumenten ausgegeben wird. Aus Bulgarien liegen keine diesbezüglichen Daten vor.

Bei einem großen Teil der tödlichen und nichttödlichen Überdosierungen sind Dritte anwesend, darunter Freunde oder Familienangehörige der Drogenkonsumenten, Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialdienste oder der Polizei sowie das Wachpersonal von Haftanstalten. Sie alle wären in der Lage, einzugreifen. In zehn Ländern wird spezielles Material ausgegeben, das den Familien von Drogenkonsumenten dabei helfen soll, Überdosierungen zu erkennen und damit umzugehen. In acht Ländern ist solches Material für Polizeibeamte und in sieben Ländern für das Personal von Haftanstalten verfügbar⁽¹⁵⁵⁾. Weitere Zielgruppen sind die Mitarbeiter der Drogendienste, das Personal von Ambulanzen sowie Unfall- und Notfalldiensten, Einwanderer aus russischsprachigen Ländern und Roma. Allerdings wird nur in einer begrenzten Zahl von Ländern Material für verschiedene Zielgruppen zur Verfügung gestellt, wobei das Material nicht immer landesweit verfügbar ist.

Eine Aufklärung über das Risiko von Überdosierungen findet in allen Ländern statt. In neun Ländern wird sie in den meisten Städten angeboten, in denen viele problematische Drogenkonsumenten leben. In vier Ländern erfolgt eine solche Aufklärung allerdings nur in einer Minderheit dieser Städte und in weiteren zwölf Ländern nur in einigen wenigen Städten.

Spezielle Schulungen über im Falle von Überdosierungen zu ergreifende Maßnahmen werden in Einzel- oder Gruppensitzungen angeboten. Drogenkonsumenten erhalten Informationen über die mit Überdosierungen verbundenen Risiken, darunter über die geringere Toleranz nach Phasen der Abstinenz, die Auswirkungen und Risiken des polyvalenten Drogenkonsums, insbesondere des gleichzeitigen Alkoholkonsums, und den Konsum von Drogen ohne die Anwesenheit weiterer Personen. Darüber hinaus werden ihnen Kenntnisse in Erster Hilfe vermittelt. Die nationalen Sachverständigen gehen davon aus, dass in sieben Ländern die Mehrheit, in zehn Ländern nur eine Minderheit und in weiteren sechs Ländern (Belgien, Lettland, Österreich, Polen, Rumänien, Slowakei) nur einige wenige der problematischen Drogenkonsumenten in den vergangenen zwölf Monaten Schulungen über die im Falle von Überdosierungen zu ergreifenden Maßnahmen erhalten haben. In Estland, Ungarn und der Türkei werden keine derartigen Schulungen angeboten.

Drogenkonsumenten, die bereits in der Vergangenheit Erfahrungen mit nichttödlichen Überdosierungen gemacht haben, sind besonders gefährdet (Coffin et al., 2007) und sollten gezielt betreut werden. Individuelle Bewertungen des Risikos einer Überdosierung werden von geschultem

⁽¹⁵⁴⁾ Siehe Tabelle HSR-8 im Statistical Bulletin 2009. Die Sachverständigen aus 26 EU-Staaten, der Türkei und Norwegen haben den Umfang des Angebots bestimmter Maßnahmen zur Prävention drogenbedingter Todesfälle bewertet.

⁽¹⁵⁵⁾ Siehe Tabelle HSR-8 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2009.

Reduzierung der Todesfälle durch Überdosierung nach der Haft

In England handelte es sich bei schätzungsweise 15 % der Opfer der im Jahr 2005 erfassten 1 506 tödlichen Überdosierungen um Menschen, die vor Kurzem aus Haftanstalten entlassen worden waren (Department of Health, 2007). Internationale Studien bestätigen, dass unmittelbar nach der Haftentlassung ein erhöhtes Risiko von Todesfällen durch unbeabsichtigte Überdosierungen besteht (z. B. Farrell und Marsden, 2008). Diese Studien belegen auch die Notwendigkeit, bessere Maßnahmen zur Bewältigung der psychischen und drogenbedingten Probleme ehemaliger Haftinsassen zu ergreifen.

Nach Einschätzung der Sachverständigen aus 24 Ländern werden vor der Haftentlassung Beratungen über das Risiko einer Überdosierung und entsprechende Präventionsmaßnahmen in sechs europäischen Ländern nicht, in zehn Ländern nur für einige wenige problematische Drogenkonsumenten in Haftanstalten und in weiteren sechs Ländern für weniger als die Hälfte dieser Haftinsassen angeboten. Nur in Italien und Luxemburg werden solche Maßnahmen für die Mehrheit der Zielgruppe angeboten. Da der Tag der Entlassung zuweilen schwer vorhersehbar ist, insbesondere bei Untersuchungshäftlingen, sollte idealerweise in Haftanstalten regelmäßig eine Aufklärung über das Risiko von Überdosierungen erfolgen, um riskante Verhaltensweisen einzudämmen.

Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung, die sich in Haftanstalten als ein wirksamer Schutz vor Überdosierungen erwiesen hat (Dolan et al., 2005), wird offenbar in der EU zunehmend in diesem Milieu angeboten, wobei in 21 Ländern per Gesetz die Option vorgesehen ist, in Haftanstalten eine Substitutionsbehandlung einzuleiten (siehe Kapitel 2). Die Möglichkeit, während der Haftzeit mit einer solchen Behandlung zu beginnen, verringert neben dem Risiko von Überdosierungen und Todesfällen nach der Haftentlassung auch die Rate der erneuten Inhaftierungen (WHO, 2009). Es ist jedoch wichtig, dass angemessene Kontakte zwischen den Anbietern der Gesundheitsdienste in Haftanstalten und den gemeindegestützten Behandlungsträgern bestehen, um jegliche Lücken im kontinuierlichen Behandlungsablauf zu vermeiden.

Personal durchgeführt und zielen darauf ab, Drogenkonsumenten zu ermitteln, die zusätzliche Unterstützung benötigen. Nach Auffassung der Sachverständigen wurde in neun Ländern für die Mehrheit und in 16 Ländern nur für eine Minderheit der problematischen Drogenkonsumenten im letzten Jahr eine Bewertung des Risikos einer Überdosierung durchgeführt. Aus Bulgarien, Deutschland und Frankreich liegen keine diesbezüglichen Daten vor.

Die Abgabe von Naloxon an Drogenkonsumenten ist in Europa kein Standardkonzept für die Prävention von Überdosierungen. In Italien, wo diese Substanz auch ohne Verschreibung in Apotheken gekauft werden kann, ist jedoch die Abgabe von Naloxon durch Drogendienste für die Zuhause-Anwendung weit verbreitet. Im Vereinigten Königreich änderte man im Jahr 2005 den Rechtsstatus von Naloxon dahin gehend, dass die Substanz nun bei Lebensgefahr von jedem Bürger verabreicht werden darf. Darüber hinaus wurden die Auswirkungen der Schulungen zum Verhalten bei Überdosierungen, bei denen auch Naloxon für die Zuhause-Anwendung ausgegeben wurde, im Rahmen einer Kohortenstudie unter 239 Opioidkonsumenten bewertet, die aus Behandlungsdiensten rekrutiert wurden (Strang et al., 2008). Die Ergebnisse dieser Studie belegen verbesserte Kenntnisse der Schulungsteilnehmer über die Anzeichen einer Überdosierung und ein gestärktes Selbstvertrauen bei der Verabreichung von Naloxon. In den ersten drei Monaten wurden alle zwölf Opfer von Überdosierungen, denen Naloxon verabreicht wurde, gerettet, während unter den sechs Überdosierungen, bei denen kein Naloxon verabreicht wurde, ein Todesfall zu beklagen war. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine umfassendere Bereitstellung von Naloxon die Zahl der drogenbedingten Todesfälle unter Opioidkonsumenten weiter verringern könnte, und empfehlen in diesem Zusammenhang weitere Studien über die Auswirkungen von Schulungen über das Verhalten bei Überdosierungen und die Verabreichung von Naloxon in Notfällen.

Ebenfalls kontrovers erörtert wird das Angebot überwachter Drogenkonsumräume⁽¹⁵⁶⁾. Diese sollen das Mortalitätsrisiko verringern, indem den Drogenkonsumenten im Falle von vor Ort auftretenden Überdosierungen sofort angemessene medizinische Hilfe geleistet wird. Die operativen Daten aus solchen Einrichtungen in Europa, Kanada und Australien belegen, dass diese Überdosierungen vor Ort erfolgreich bewältigt und keine tödlichen Überdosierungen gemeldet wurden. Milloy et al. berechneten die Zahl der Todesfälle, die durch den Betrieb eines Drogenkonsumraums in Vancouver hätten verhindert werden können. Sie kamen zu dem Schluss, dass jährlich schätzungsweise zwei bis zwölf Todesfälle hätten verhindert werden können (Milloy et al., 2008). Dies bestätigt die Ergebnisse früherer Untersuchungen über die positiven Auswirkungen solcher Einrichtungen im Hinblick auf die Zahl tödlicher Überdosierungen, sofern ein ausreichender Erfassungsgrad gegeben ist.

⁽¹⁵⁶⁾ Weitere Informationen zu diesem Thema sind EBDD (2004) zu entnehmen.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 8

Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen

Einleitung

Der Konsum neuer psychoaktiver Substanzen und neue Muster des Drogenkonsums können mit erheblichen Folgen für die öffentliche Gesundheit und die Politik verbunden sein. Sie sind jedoch schwer auszumachen, da sie in der Regel zunächst in geringem Maße, an bestimmten Orten oder unter begrenzten Subgruppen der Bevölkerung auftreten. In nur wenigen Ländern gibt es Beobachtungssysteme, die auf neue Entwicklungen in diesem Bereich der Drogenproblematik ansprechen, und die methodischen Probleme bei ihrer Ermittlung sind erheblich. Jedoch wird die Bedeutung der Ermittlung potenzieller neuer Bedrohungen weithin anerkannt. Das Frühwarnsystem der Europäischen Union sieht einen Schnellreaktionsmechanismus für das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen in der Drogenszene vor. Die Tätigkeiten zur Unterstützung des Frühwarnsystems sind ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der EBDD und stehen in einem übergeordneten Zusammenhang mit der Nutzung einer breiten Palette von Datenquellen für die Verbesserung des europäischen Drogenbeobachtungssystems im Hinblick auf das rechtzeitige Erkennen sich abzeichnender Tendenzen.

Maßnahmen betreffend neue Drogen

Mit dem Beschluss des Rates betreffend neue psychoaktive Substanzen⁽¹⁵⁷⁾ wurde ein System zum raschen Austausch von Informationen über neue psychoaktive Substanzen eingeführt, die eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung und die Gesellschaft darstellen können (das Frühwarnsystem)⁽¹⁵⁸⁾. Der Beschluss sieht ferner die Möglichkeit vor, eine formale Risikobewertung zu veranlassen, deren Ergebnisse zu der politischen Entscheidung führen können, neue Substanzen in der gesamten Europäischen Union zu kontrollieren.

Seit der Einführung des ersten Frühwarnsystems im Jahr 1997 wurden auf diesem Wege mehr als 90 Substanzen gemeldet. Bis vor Kurzem entfiel ein großer

Teil der Meldungen auf Phenethylamine und Tryptamine. In den letzten Jahren ist die Palette der gemeldeten Substanzen jedoch wesentlich vielfältiger geworden. Sie umfasst unter anderem zahlreiche Piperazin- und Cathinon-Derivate sowie eine heterogene Mischung weiterer Substanzen, darunter pflanzliche Erzeugnisse, einige wenige seltene Stimulanzien und Halluzinogene sowie verschiedene Arzneimittel.

Im Jahr 2008 wurden in der EU 13 neue psychoaktive Substanzen erstmals offiziell über das Frühwarnsystem gemeldet. Neben elf neuen synthetischen Drogen wurden zwei Pflanzen erfasst, jedoch keine Arzneimittel.

Der chemische Aufbau der beiden gemeldeten Pflanzen – Kratom und Kava – ist aus der Literatur relativ gut bekannt. Sie werden traditionell in anderen Teilen der Welt konsumiert und tauchen offenbar nur in begrenztem Umfang in der europäischen Drogenszene auf.

Bei den meisten der neu gemeldeten synthetischen Verbindungen handelt es sich um psychotrope Substanzen, ähnlich den in den Anhängen I und II des Übereinkommens der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe von 1971 aufgeführten Substanzen. Im Jahr 2008 wurden gegenüber den Vorjahren weniger Substanzen neu gemeldet, die den wichtigsten chemischen Gruppen angehören, d. h. den Phenethylaminen (eine), den Tryptaminen (zwei) und den Piperazinen (keine). Bemerkenswert ist, dass es sich bei sechs der neu gemeldeten Substanzen um Cathinon-Derivate handelt. Die meisten der neuen synthetischen Substanzen haben stimulierende Eigenschaften, während nur drei von ihnen eine halluzinogene Wirkung aufweisen.

Im Jahr 2008 wurde erstmals ein synthetisches Cannabinoid (JWH-018) über das Frühwarnsystem gemeldet. Das Auftreten synthetischer Cannabinoide kennzeichnet die jüngste Phase in der Entwicklung der „Designerdrogen“: von Substanzen auf Fentanylbasis in den 80er Jahren über ringsubstituierte Phenethylamine in den späten 80er und Tryptamine in den 90er Jahren bis hin zu Piperazinen und Cathinonderivaten in den 2000er

⁽¹⁵⁷⁾ Beschluss 2005/387/JI des Rates vom 10. Mai 2005 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen (ABl. L 127 vom 20.5.2005, S. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>.

Über das Frühwarnsystem gemeldete psychoaktive Pflanzen

In den letzten Jahren wurden Erzeugnisse aus fünf psychoaktiven Pflanzen gemeldet. Die über das Frühwarnsystem erfassten Pflanzenarten unterliegen nicht der internationalen Kontrolle, werden jedoch unter Umständen von EU-Mitgliedstaaten kontrolliert.

Kava (*Piper methysticum*) ist ein Strauch, der auf den südpazifischen Inseln jahrhundertlang bei Zeremonien verwendet wurde. Der aus den Wurzeln dieser Pflanze gebrühte Tee wird wegen seiner angst- und spannungslösenden Wirkung getrunken. Es herrscht zunehmend Besorgnis darüber, dass der langfristige Konsum von Kava Leberschäden verursachen kann. Den Berichten zufolge werden weder die Pflanze noch ihre Wirkstoffe (Kavalactone) in einem der EU-Mitgliedstaaten kontrolliert.

Khat besteht aus den Blättern und frischen Trieben des in Ostafrika und auf der Arabischen Halbinsel angebauten Strauchs *Catha edulis*. Die frischen Pflanzenteile werden wegen ihrer milden stimulierenden Wirkung gekaut. Die wirksamen Inhaltsstoffe des Khat, Cathinon und Cathin, sind chemisch eng mit synthetischen Drogen wie Amphetamin und Methcathinon verwandt und unterliegen nach Maßgabe des Übereinkommens der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1971 der internationalen Kontrolle. *Catha edulis* wird in zwölf EU-Mitgliedstaaten kontrolliert.

Der Kratom-Baum (*Mitragyna speciosa*) ist in Südostasien beheimatet. Seine Blätter werden gekaut, geraucht oder als

Tee aufgebrüht. In geringen Dosen hat die Substanz eine stimulierende Wirkung. In höheren Dosen hat Kratom eine opioidähnliche Wirkung und wird in der traditionellen Medizin zur Behandlung von Schmerzen und in der Opioid-Entzugstherapie eingesetzt. Die Hauptwirkstoffe von Kratom sind Mitragynin, Mitraphyllin und 7-Hydroxymitragynin, wobei vermutlich das Mitragynin für die schmerzstillende Wirkung und die Milderung der Opioid-Entzugserscheinungen verantwortlich ist. Die Pflanze sowie die Wirkstoffe Mitragynin und 7-Hydroxymitragynin werden in Dänemark kontrolliert, während in Litauen die Pflanze und Mitragynin kontrolliert werden.

Salvia divinorum ist eine perennierende krautige Pflanze, die in Mexiko beheimatet ist, wo sie aufgrund ihrer halluzinogenen Eigenschaften traditionell bei Zeremonien verwendet wird. Ihr wichtigster Wirkstoff, Salvinorin A, ist ein starker kappa-Opioidrezeptor-Agonist. Der Freizeitkonsum von *Salvia* umfasst das Kauen der Blätter sowie das Rauchen oder die sublinguale Aufnahme konzentrierter Extrakte, die offenbar eine intensive Wirkung entfalten. Das Schlucken der Blätter oder Samen der Pflanze hat eine längere, aber weniger intensive Wirkung. In sechs Mitgliedstaaten und Kroatien werden *Salvia divinorum* oder ihre Wirkstoffe kontrolliert.

Die hawaiianische Holzrose (*Argyrea nervosa*) ist ein perennierendes Windengewächs. Ihre Samen enthalten den Wirkstoff D-Lysergsäureamid (LSA, auch bekannt als Ergin), der eng mit LSD verwandt ist und eine milde halluzinogene Wirkung entfalten kann. LSA wird in Irland und im Vereinigten Königreich als Droge kontrolliert.

Jahren. Es gibt mehr als einhundert Verbindungen, die auf die Aktivität der Cannabinoid-Rezeptoren einwirken, und es ist auch künftig mit dem Auftreten neuer Substanzen unterschiedlicher Gruppen in der Drogenszene zu rechnen. All dies stellt für die öffentlichen Gesundheitsdienste und Strafverfolgungsbehörden eine permanente Herausforderung dar, sowohl im Hinblick auf die gerichtsmedizinische und toxikologische Bestimmung neuer Substanzen, als auch bezüglich der sofortigen Risikobewertung und gegebenenfalls der Umsetzung von Kontrollmaßnahmen.

„Spice“-Erzeugnisse und verwandte synthetische Cannabinoide

Die im Internet und über einige spezialisierte Shops unter dem Namen „Spice“ vertriebenen Erzeugnisse sind spätestens seit 2006 verfügbar. „Spice“ wird unter anderem als Lufterfrischer angeboten, entfaltet jedoch den Aussagen einiger Konsumenten zufolge beim Rauchen ähnliche Wirkungen wie Cannabis. Aus einem schwedischen Bericht geht hervor, dass „Spice“-

Erzeugnisse seit Anfang 2008 im Rahmen des Frühwarnsystems überwacht werden.

Laut Packungsbeilage bestehen „Spice“-Erzeugnisse aus 14 pflanzlichen Inhaltsstoffen. Mindestens zwei dieser Inhaltsstoffe – *Pedicularis densiflora* und *Leonotis leonurus* – können eine gewisse psychoaktive Wirkung entfalten, aber man weiß nur wenig über die pharmakologische und toxikologische Wirkung der pflanzlichen Stoffe, die angeblich in „Spice“-Erzeugnissen enthalten sind. Daher können keine endgültigen Aussagen über die potenziellen Gesundheitsrisiken oder die möglichen psychoaktiven Wirkungen dieser Erzeugnisse getroffen werden. In der Packungsbeilage werden keine synthetischen Inhaltsstoffe genannt.

Im Jahr 2008 wurden „Spice“-Erzeugnisse sowie verschiedene andere „Spice-ähnliche“ Kräutermischungen über Online-Shops angeboten und konnten in mindestens neun EU-Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Deutschland, Lettland, Litauen, Luxemburg, Österreich, Polen, Portugal, Vereinigtes Königreich) über so genannte „Head-Shops“ oder „Smart-Shops“ bezogen werden, die „Legal Highs“ vertreiben.

In den Mitgliedstaaten wurden umfassende gerichtsmedizinische Untersuchungen durchgeführt, um die psychoaktiven Wirkstoffe von „Spice“-Erzeugnissen zu ermitteln. Im Dezember 2008 wiesen Deutschland und Österreich das synthetische Cannabinoid JWH-018⁽¹⁵⁹⁾ nach. JWH-018 weist einen vollkommen anderen chemischen Aufbau auf als Tetrahydrocannabinol (THC), der wichtigste Wirkstoff aller Cannabisprodukte. Bei Versuchstieren erzeugt JWH-018 dieselben Wirkungen wie THC und weist den Berichten zufolge eine höhere Stärke

Nationale Verfahren der Risikobewertung

Im Jahr 2008 führte die EBDD eine Studie durch, in der sie untersuchte, welche unterschiedlichen nationalen gesetzlichen Verfahren für die Aufnahme neuer Substanzen in das Kontrollsystem im Rahmen der Drogengesetzgebung erforderlich sind, wie viel Zeit diese Verfahren in Anspruch nehmen und ob dabei ein nationales Verfahren zur Risikobewertung stattfindet. In den 26 untersuchten Ländern wurden drei unterschiedliche Ansätze für die Risikobewertung festgestellt. In sechs Ländern findet auf nationaler Ebene keine Risikobewertung statt. In der Regel stützen sich diese Länder auf die auf internationaler oder europäischer Ebene durchgeführten Risikobewertungen. In sieben Ländern kann gegebenenfalls auf Ad-hoc-Basis eine nationale Risikobewertung erfolgen. In 13 Ländern wird eine Risikobewertung durchgeführt, wenn über die Kontrolle einer Substanz entschieden werden soll, wobei die Bewertung entweder im Rahmen der Drogengesetzgebung bzw. anderer einschlägiger Vorschriften oder im Rahmen des erforderlichen Verfahrens für die Vorlage neuer Rechtsvorschriften erfolgt.

In zwölf der 20 Länder, die eigene Risikobewertungen durchführen können, hat das festgestellte Ausmaß des Schadens keinen Einfluss darauf, wie zügig das Gesetzgebungsverfahren erfolgt. Vier Länder (Deutschland, Luxemburg, Slowakei, Schweden) können auf ein Schnellverfahren zurückgreifen, wenn bei der Bewertung ein hohes Risiko festgestellt wird. In Frankreich, Österreich und Norwegen erfolgt in dringenden Fällen eine beschleunigte Risikobewertung. In den Niederlanden sind beide Optionen verfügbar.

In 16 Ländern werden nationale Risikobewertungen von einer Sachverständigengruppe innerhalb der öffentlichen Verwaltung durchgeführt, die entweder dem zuständigen Ministerium oder einer staatlichen Behörde unterstellt ist. In sechs Ländern gibt es die Möglichkeit, unabhängige Wissenschaftler zu konsultieren, sofern dies als erforderlich erachtet wird. In drei Ländern (Niederlande, Österreich, Vereinigtes Königreich) schließlich werden Risikobewertungen von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen durchgeführt.

Weitere Informationen sind den *Legal reports* in der ELDD zu entnehmen (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

auf. Anfang 2009 wurden in Europa in „Spice“-Stichproben ein zweites synthetisches Cannabinoid, CP-47,497⁽¹⁶⁰⁾, und drei seiner Homologen nachgewiesen.

Synthetische Cannabinoide wurden nur in einer begrenzten Anzahl von Stichproben und in unterschiedlicher Menge nachgewiesen. Offenbar wurden diese synthetischen Substanzen heimlich beigemischt, da in der Packungsbeilage von „Spice“-Erzeugnissen ausschließlich pflanzliche Inhaltsstoffe aufgeführt sind.

Soweit bekannt ist, werden die Substanzen JWH-018 sowie CP-47,497 und ihre Homologen selbst kaum als psychoaktive Drogen konsumiert. Daher muss noch ermittelt werden, ob eine spezifische Nachfrage nach diesen Substanzen besteht und ob weitere Maßnahmen gemäß dem Beschluss 2005/387/JI des Rates erforderlich sind.

Angesichts der möglichen gesundheitlichen Bedenken haben fünf Mitgliedstaaten verschiedene gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um „Spice“-Erzeugnisse und verwandte Verbindungen zu verbieten oder in anderer Form zu kontrollieren. In Deutschland wurden fünf in „Spice“ nachgewiesene synthetische Cannabinoide durch eine auf ein Jahr befristete Eilverordnung dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. In Frankreich klassifizierte man sechs der in „Spice“ nachgewiesenen synthetischen Cannabinoide als Betäubungsmittel. In Österreich wurde die Einfuhr und Vermarktung von Räuchermischungen, die sechs synthetische Cannabinoide enthalten, durch das Arzneimittelgesetz verboten. Luxemburg beschloss, verschiedene synthetische Substanzen als psychotrope Substanzen zu kontrollieren. In Polen wurden JWH-018 und zwei der angegebenen pflanzlichen Inhaltsstoffe von „Spice“ mit einer Änderung des Betäubungsmittelgesetzes der Kontrolle unterstellt.

Das Internet als Marktplatz für psychoaktive Substanzen

Das Internet hat sich zu einem neuen Marktplatz für psychoaktive Substanzen entwickelt und bietet Händlern die Möglichkeit, einem breiten Publikum Alternativen zu kontrollierten Substanzen anzubieten. Der Online-Marktplatz hat Auswirkungen auf die mögliche Verbreitung neuer psychoaktiver Substanzen und seine Überwachung spielt bei der Ermittlung neuer Tendenzen des Drogenkonsums eine zunehmend wichtige Rolle. Ein besonderer Schwerpunkt muss dabei auf die mit den zum Verkauf angebotenen Substanzen verbundenen Risiken gelegt werden. Daten über neue Erzeugnisse werden sowohl von den Konsumenten als auch von Fachleuten benötigt, z. B. von klinischen Toxikologen, in

⁽¹⁵⁹⁾ Naphthalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)methanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-Dimethylheptyl)-2-[(1R,3S)-3-hydroxycyclohexyl]-phenol.

Giftinformationszentren tätigen Fachkräften und dem im Drogenbereich tätigen Personal.

Um eine Momentaufnahme der aktuellen Entwicklungen im Online-Drogenmarkt zu ermitteln, führt die EBDD jährlich eine Snapshot-Studie durch. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 115 Online-Shops überwacht. Den Länderdomains und anderen Angaben auf den Websites zufolge haben diese Online-Shops offenbar Niederlassungsorte in 17 europäischen Ländern. Die meisten erfassten Online-Händler hatten ihren Sitz im Vereinigten Königreich (37 %), in Deutschland (15 %), den Niederlanden (14 %) und Rumänien (7 %).

Anders als im Jahr 2008 wurden 2009 in keinem der überwachten Online-Shops psilocin- bzw. psilocybinhaltige halluzinogene Pilze angeboten. Jedoch hatten vier Online-Händler mit Sitz in Frankreich und den Niederlanden Sklerotien in ihrem Sortiment, die feste Mycelmasse der halluzinogenen Pilze *Psilocybe mexicana* und *Psilocybe tampanensis*.

Zu den im Jahr 2009 erstmals auf dem Markt erhältlichen Erzeugnissen zählen mehrere pflanzliche Räuchermischungen und „Partypillen“, die neue, legale Alternativen zu Benzylpiperazin (BZP) enthalten. Darüber hinaus wurden verstärkt Schnupftabakerzeugnisse oder Kräuterpulver angeboten.

„Spice“-Erzeugnisse⁽¹⁶¹⁾ wurden von 48 % der überwachten Händler angeboten. Zwar hatten die Online-Shops, die „Spice“ in ihrem Sortiment führten, Niederlassungsorte in 14 verschiedenen europäischen Ländern, mehr als zwei Fünftel dieser Shops waren jedoch im Vereinigten Königreich (42 %) ansässig, während eine erhebliche Anzahl der übrigen Shops ihren Sitz in Irland, Lettland und Rumänien hatte.

Angesichts der Bedenken bezüglich „Spice“-Erzeugnissen haben mehrere Länder gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um diese Substanzen zu verbieten oder in anderer Form zu kontrollieren. Im März 2009 stellten die Online-Shops mit Sitz in Deutschland, Österreich und Frankreich den Verkauf von „Spice“-Erzeugnissen ein.

Im Jahr 2009 tauchten alternative Räuchermischungen zu „Spice“ auf dem Online-Markt auf. Die überwachten Händler boten mindestens 27 unterschiedliche Räuchermischungen als Alternativen zu „Spice“ an. Diese Erzeugnisse enthalten den Angeboten zufolge pflanzliche Inhaltsstoffe, wobei einige auch den halluzinogenen Pilz *Amanita muscaria* enthalten. Zu den in Österreich und Deutschland vertriebenen Alternativen zu „Spice“ zählen mehrere pflanzliche Räuchermischungen, die als „Lufterfrischer“ angeboten werden. Das zügige Auftreten

von Ersatzprodukten für „Spice“ zeigt deutlich die Fähigkeit dieses Marktes, rasch auf Änderungen hinsichtlich des Rechtsstatus psychoaktiver Substanzen zu reagieren. Dies geschieht häufig, indem neue Substanzen auf den Markt gebracht werden.

Seit BZP in den EU-Mitgliedstaaten kontrolliert wird, kann diese Substanz in den als legale Alternativen zu Ecstasy vertriebenen „Partypillen“ nicht mehr verwendet werden. Anfang 2009 boten viele Online-Händler BZP-freie „Partypillen“ an. Beispielsweise vertrieben Online-Shops mit Sitz in Irland, Polen und dem Vereinigten Königreich „Retropillen“, die angeblich 1-(4-Fluorphenyl)piperazin (pFPP) enthielten, eine Substanz mit schwach halluzinogener und stark euphorisierender Wirkung.

Schnupftabakerzeugnisse werden als Alternative zu kontrollierten Drogen wie Kokain oder Amphetaminen vermarktet. Diese Erzeugnisse enthalten angeblich Koffein und eine Reihe anderer pflanzlicher Inhaltsstoffe wie *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* und *Tilia europea*.

Follow-up zu ausgewählten Substanzen

Piperazine

Im Jahr 2007 wurde in dem von der EBDD und Europol vorgelegten Bericht über die aktive Überwachung von 1-(3-Chlorphenyl)piperazin (mCPP) abschließend festgestellt, dass diese Substanz für die Konsumenten nicht besonders attraktiv ist. Somit ist es dem Bericht zufolge unwahrscheinlich, dass sich mCPP an sich zu einer verbreiteten Freizeitdroge entwickelt. Im Jahr 2008 war mCPP jedoch nach wie vor die auf dem illegalen Drogenmarkt am weitesten verbreitete neue synthetische Droge, wobei die Substanz entweder alleine oder in Kombination mit MDMA angeboten wurde. Dies belegen sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die beschlagnahmten Mengen, die EBDD und Europol gemeldet wurden. Noch ist ungeklärt, ob die Substanz zur Verstärkung oder Imitation einiger der Wirkungen von MDMA oder aber einfach als „Streckungsmittel“ verwendet wird. Da mCPP jedoch in den meisten Mitgliedstaaten nicht kontrolliert wird, ist davon auszugehen, dass nicht alle Sicherstellungen gemeldet werden.

Dem Beschluss des Rates vom 3. März 2008 zufolge treffen die Mitgliedstaaten innerhalb eines Jahres im Einklang mit ihren einzelstaatlichen Rechtsvorschriften die Maßnahmen, die erforderlich sind, um BZP den Risiken der Substanz angemessenen Kontrollmaßnahmen und strafrechtlichen Sanktionen zu unterwerfen, die in den Rechtsvorschriften vorgesehen sind, mit denen sie ihren

⁽¹⁶¹⁾ Siehe „Spice“-Erzeugnisse und verwandte synthetische Cannabinoide“, S. 106.

Verpflichtungen aus dem UN-Übereinkommen über psychotrope Stoffe von 1971 nachkommen⁽¹⁶²⁾. Die Mitgliedstaaten bemühen sich darum, diese Maßnahmen so bald wie möglich zu ergreifen, jedoch spätestens ein Jahr nach der Annahme des Beschlusses. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts hatten 17 Mitgliedstaaten⁽¹⁶³⁾ gemeldet, BZP unter Kontrolle gestellt zu haben.

GHB/GBL und Ketamin

In Europa werden Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) und Ketamin seit dem Jahr 2000 überwacht, als im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme betreffend neue synthetische Drogen aus dem Jahr 1997 eine Risikobewertung dieser beiden Substanzen vorgenommen wurde (EBDD, 2002).

Einige wenige Länder haben Prävalenzdaten über GHB und Ketamin vorgelegt, wobei wesentlich niedrigere Prävalenzschätzungen gemeldet wurden als für andere illegale Drogen. Veränderungen der Situation sind schwer zu beurteilen, da die Prävalenzdaten aus nichtprobabilistischen Stichproben gewonnen wurden, deren Vergleichbarkeit sowohl im Zeitverlauf als auch zwischen den Stichproben begrenzt ist. Bei der niederländischen Studie Trendwatch wurde im Jahr 2007 ein leichter Anstieg des Konsums von GHB in bestimmten

Konsumentengruppen und Regionen der Niederlande festgestellt, jedoch werden sowohl GHB als auch Ketamin weniger häufig als andere Partydrogen und zumeist in versteckten Bevölkerungsgruppen, zu Hause und auf Parties konsumiert. Im Gegensatz zu den in den Vorjahren gemeldeten zunehmenden Entwicklungen weisen die jüngsten Statistiken über medizinische Notfälle im Zusammenhang mit GHB in Amsterdam einen starken Rückgang von 444 Fällen im Jahr 2006 auf 110 Fälle im Jahr 2007 aus. Bei einer in einem Londoner Krankenhaus durchgeführten Studie wurden sowohl im Jahr 2006 als auch im Jahr 2007 58 Notfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Ketamin erfasst. In den meisten der mit Ketamin in Verbindung stehenden Fälle wurde die Droge gemeinsam mit anderen Drogen konsumiert, wobei nur in 11 % der Fälle ausschließlich Ketamin konsumiert wurde und in keinem Fall eine intensivmedizinische Versorgung erforderlich war (Wood et al., 2008).

Die jüngsten Daten über den GHB-Konsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern in Europa sind der im Jahr 2007 durchgeführten Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zu entnehmen. Unter den in 26 EU-Ländern sowie Norwegen und Kroatien befragten Schülern lag die Lebenszeitprävalenz des GHB-Konsums zwischen 0 % und 3 %, wobei jedoch die meisten Länder Raten von 1 % oder weniger melden.

⁽¹⁶²⁾ Beschluss 2008/206/JI des Rates vom 3. März 2008 über Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Vorschriften für die neue synthetische Droge 1-Benzylpiperazin (BZP).

⁽¹⁶³⁾ Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Irland, Griechenland, Frankreich, Italien, Zypern, Litauen, Luxemburg, Malta, Ungarn, Portugal, die Slowakei, Schweden und Finnland sowie Kroatien, die Türkei und Norwegen.



Literatur

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K., und Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N. K., und Jenner, L. (Hrsg.) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2. Ausgabe), National Drug Strategy Monograph Series Nr. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C., et al. (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project“, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, S. 88-100.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, S. 198-202.
- Cherny, N. I., Catane, R., und Kosmidis, P. A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering“, *Annals of Oncology* 17, S. 885-887.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Suchstoffkommission, Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen, Wien.
- Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A., et al. (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose“, *Academic Emergency Medicine* 14, S. 616-623.
- 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 (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, S. 211-213.
- Darke, S., und Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, S. 1383-1394.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A., et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, S. 1954-1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Brüssel.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, London (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review“, *Journal of Drug Issues* 37, S. 827-844.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., et al. (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 (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2004), *European report on drug consumption rooms*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2005), *Komorbidität – Drogenkonsum und psychische Störungen*, Drogen im Blickpunkt Nr. 14, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Selected issue, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Selected issue, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2007b), *Drogen und Kriminalität – ein komplexer Zusammenhang*, Drogen im Blickpunkt Nr. 16, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2007c), *Drugs and driving*, Selected issue, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

- EBDD (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monographs Nr. 8, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2008b), *Jahresbericht 2008: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Selected Issue, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EBDD (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights Nr. 10, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- EBDD (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- ECDC und WHO-Regionalbüro für Europa (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G., et al. (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update“, *Substance Abuse* 29, S. 31-49.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., et al. (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution“, *Addictive Behaviours* 31, S. 519-530.
- Europäische Kommission (2007), „Bericht der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über die Umsetzung der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit“, KOM(2007) 199 endgültig (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2007/com2007_0199de01.pdf).
- Europäische Kommission (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Europäische Kommission (2008b), „Young people and drugs among 15–24 year-olds“, *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) (2006), *Die Standards des CPT – „Inhaltliche“ Abschnitte der Jahresberichte des CPT*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2006 (<http://www.cpt.coe.int/lang/deu/deu-standards.pdf>).
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Den Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Den Haag.
- Farrell, M., und Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales“, *Addiction* 103, S. 251-255.
- Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Brüssel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (2008b), „Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice“, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Brüssel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, London.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M., et al. (2007), „Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection“, *International Journal of Drug Policy* 18, S. 437-443.
- Hall, W., und Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis“, *Lancet* 1352, S. 1611-1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F., und Racz, J. (Hrsg.) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A., und Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, S. 503-517 (DOI: 10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., et al. (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people“, *BMJ* 330, S. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I., et al. (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction“, *Substance Use Misuse* 43, S. 1464-1475.

- Hibell, B., 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) und Pompidou-Gruppe des Europarates.
- Hoare, R., und Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, London.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., et al. (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths“, *American Journal of Public Health* 98, S. 2229-2236.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Vereinte Nationen: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Vereinte Nationen: International Narcotics Control Board, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M., et al. (Hrsg.) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M., und Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (Hrsg.) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pompidou Gruppe, Pabst Science Publishers, Lengerich, Deutschland.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M., und Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management“, *Drugs* 66, S. 155-174.
- McCambridge, J., Slym, R. L., und Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users“, *Addiction* 103, S. 1819-1820.
- McIntosh, J., Bloor, M., und Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment“, *Addiction Research and Theory* 16, S. 37-45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A., und Cottler, L. B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups“, *Addictive Behaviors* 34, S. 223-226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M., et al. (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility“, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovska, L., Řehan, V., und Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study“, *Československá Psychologie* 103 (Sonderheft 51), S. 109-118 (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C., und Lang, J. P. (2007), „Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues“, *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, S. S51-S55.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B. R., und Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature“, *American Journal of Addiction* 16, S. 331-342.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des „consultations jeunes consommateurs“ (2005-2007)*, Tendances 63, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life“, *Addiction* 103, S. 439-449.
- Piontek, D., Kraus, L., und Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties“, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, S. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, S. 147-155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R., und Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey“, *Circulation* 103, S. 502-506.
- Regierung Schottlands (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Rösner, S., und Kufner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)“, *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S. S65-S77.
- Rosenberg, H., Melville, J., und McLean, P. C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services“, *Addiction* 97, S. 59-65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., et al. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon.

- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C., und Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search“, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, S. 963-968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Strang, J., und Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales“, *Addiction* 92, S. 833-838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S., et al. (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses“, *Addiction* 103, S. 1648-1657.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J., Sweeting, M. J., und Gill, O. N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis“, *Journal of Viral Hepatitis* 15, S. 797-808.
- Swift, W., Hall, W., und Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, S. 309-318.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., et al. (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention“, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., et al. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence“, *American Journal of Psychiatry* 164, S. 160-162.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E., und Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances Nr. 61, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- UNODC (2009), *World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien.
- UNODC und Regierung Marokkos (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature“, in Cools, M., et al. (Hrsg.), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpen.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., et al. (vorgelegt), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis“, *Addiction*.
- Wagner, F. A., und Anthony, J. C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol“, *Neuropsychopharmacology* 26, S. 479-488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L., und Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 Je bent niet gek als je niet blowt*, Trimbos Institute, Utrecht.
- WZO (2008), *Customs and drugs report 2007*, Weltzollorganisation, Brüssel.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Weltgesundheitsorganisation, Genf (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., et al. (2008a), „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“, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C., et al. (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East“, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D. M., Bishop, C. R., Greene, S. L., und Dargan, P. I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED“, *Clinical Toxicology* 46, S. 630.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., und Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey“, *BMC Public Health* 6:34 (<http://www.biomedcentral.com>).

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht 2009: Stand der Drogenproblematik in Europa

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Union

2009 — 114 S. — 21 x 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-381-9

Wo erhalte ich EU-Veröffentlichungen?

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- über die Buchhandlung mit Angabe des Titels, des Verlags und/oder der ISBN-Nummer;
- direkt über eine unserer Verkaufsstellen. Die Kontaktangaben erhalten Sie über die Internetadresse <http://bookshop.europa.eu> oder durch eine Anfrage per Fax unter der Nummer +352 2929-42758.

Kostenlose Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bei den Vertretungen und Delegationen der Europäischen Kommission. Die Kontaktangaben erhalten Sie über die Internetadresse <http://ec.europa.eu> oder durch eine Anfrage per Fax unter der Nummer +352 2929-42758.

Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine der dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Die EBDD, die 1993 gegründet wurde und ihren Sitz in Lissabon hat, ist die zentrale Informationsstelle zur Drogen- und Drogensuchtproblematik in Europa.

Die EBDD sammelt, analysiert und verbreitet sachliche, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik. Dabei vermittelt sie ihren Zielgruppen einen fundierten Einblick in die Drogenproblematik auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle sind eine wichtige Informationsquelle für ein breites Publikum wie politische Entscheidungsträger und ihre Berater, Fachkräfte und Forscher im Drogenbereich sowie ganz allgemein für die Medien und die Öffentlichkeit.

Mit dem Jahresbericht bietet die EBDD einen jährlichen Überblick über die Drogenproblematik in der EU und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren.



Amt für Veröffentlichungen

