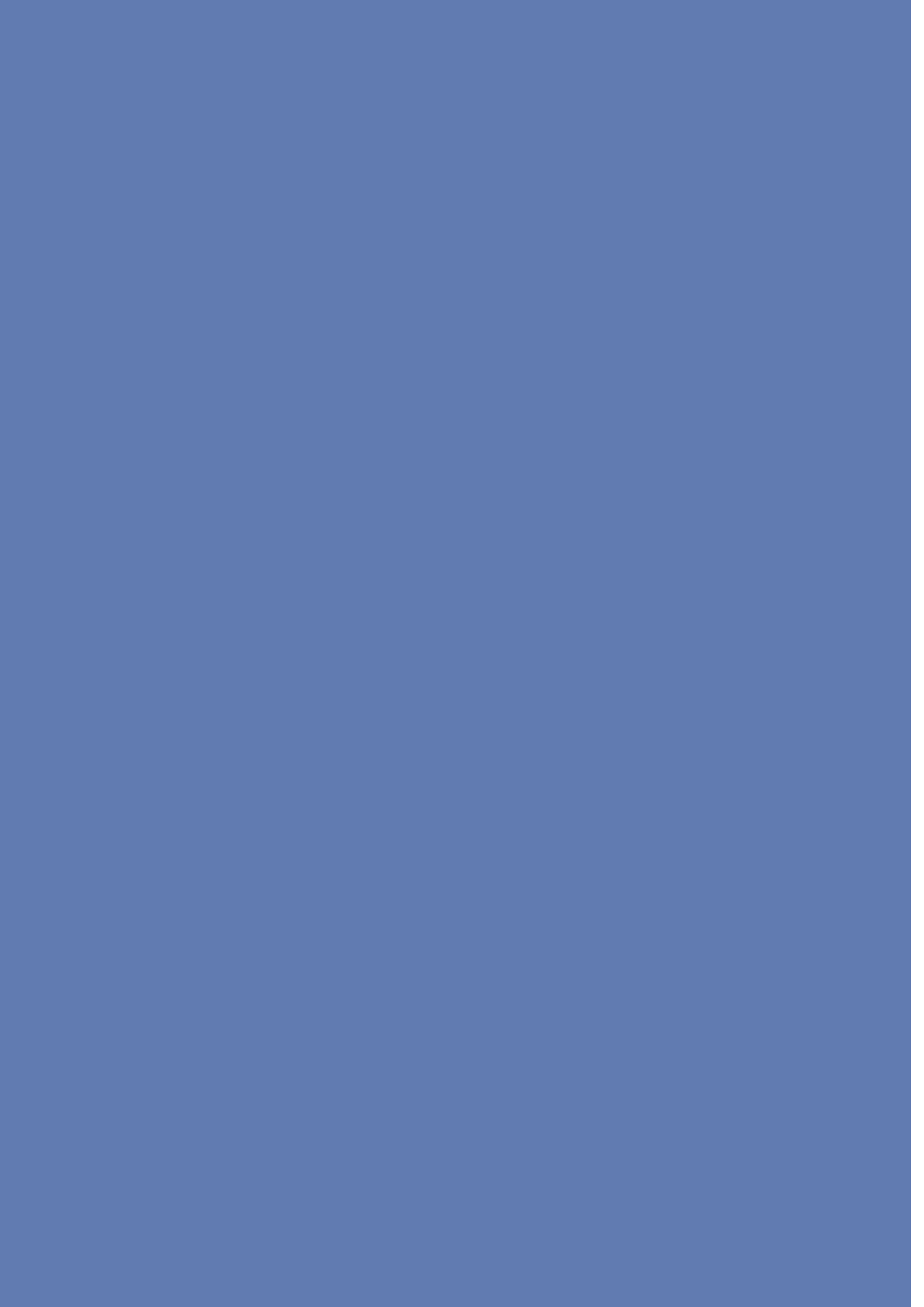




Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2010

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA





Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

JAHRESBERICHT 2010

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA

Rechtlicher Hinweis

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

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

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

Gebührenfreie Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2010

ISBN 978-92-9168-429-8

doi:10.2810/32024

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2010

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Luxembourg

GEDRUCKT AUF CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

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

Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	9
Einleitende Bemerkung	11
Übersicht	15
Kapitel 1: Politische und rechtliche Entwicklungen	
Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene • Nationale Drogenstrategien • Öffentliche Ausgaben und soziale Kosten • Einzelstaatliche Rechtsvorschriften • Drogenspezifische Forschungsarbeiten	24
Kapitel 2: Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa	
Prävention • Behandlung • Schadensminimierung • Soziale Ausgrenzung und soziale Reintegration • Strafverfolgung im Drogenbereich und Verstöße gegen die Drogengesetzgebung • Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung in Haftanstalten	34
Kapitel 3: Cannabis	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Behandlung	49
Kapitel 4: Amphetamine, Ecstasy und halluzinogene Substanzen	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Amphetamine und Ecstasy in Freizeitmilieus: Konsum und Maßnahmen • Behandlung	61
Kapitel 5: Kokain und Crack	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums • Problematischer Kokainkonsum und Behandlungsnachfrage • Behandlung und Schadensminimierung	73
Kapitel 6: Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums • Injizierender Drogenkonsum • Behandlung problematischer Opioidkonsumenten	85
Kapitel 7: Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle	
Drogenbedingte Infektionskrankheiten • Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten • Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität • Reduzierung drogenbedingter Todesfälle	95
Kapitel 8: Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen	
Maßnahmen betreffend neue Drogen • Das „Spice“-Phänomen • Follow-up zu weiteren Substanzen	108
Literatur	115



Vorwort

Wir sind stolz darauf, Ihnen diesen fünfzehnten Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in Europa vorlegen zu können. Die Analysen des vorliegenden Berichts bauen auf den Daten des Reitox-Netzes der nationalen Knotenpunkte auf, die diese in enger Zusammenarbeit mit ihren nationalen Sachverständigen erhoben haben. Auch die Europäische Kommission, Europol, die Europäische Arzneimittel-Agentur und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten haben zu diesem Bericht beigetragen.

Wie die vorangegangenen Berichte enthält auch der diesjährige einen umfassenden Überblick über die Drogenproblematik in Europa und die Maßnahmen, die zu deren Bekämpfung ergriffen werden. Unsere Aufgabe beschränkt sich jedoch nicht nur auf die bloße Wiedergabe von Statistiken. Dem Bericht liegt die Erkenntnis zugrunde, dass es notwendig ist, Beispiele für „Best practice“ zu ermitteln und auszutauschen sowie sicherzustellen, dass evidenzbasierte Interventionen unterstützt werden. Diese Forderung gilt ebenso für Interventionen, die auf das Angebot wie auch auf die Nachfrage von Drogen abzielen. Beim Lesen wird deutlich, dass unser Verständnis dessen, was Ergebnisse bringt, gewachsen ist, und dass Europa in einigen Bereichen große Fortschritte verzeichnen kann. Nichtsdestotrotz werden immer noch Maßnahmen finanziert, die über keine solide Grundlage verfügen und somit kein effizientes Funktionieren gewährleisten. Beim derzeitigen Druck auf die öffentlichen Finanzen besteht eine noch größere Notwendigkeit, sicherzustellen, dass die öffentlichen Mittel sinnvoll ausgegeben werden. Unsere Aufgabe besteht hierbei in der neutralen und unvoreingenommenen Bewertung der Datengrundlage für Interventionen.

Der Schwerpunkt des Berichts liegt auf Europa, dennoch wird wiederholt auf den globalen Charakter der Drogenproblematik eingegangen. So wird beispielsweise über die steigende Anzahl der drogenbezogenen Probleme berichtet, die viele unserer Nachbarländer betreffen. Diese haben nicht nur verheerende Folgen für die öffentliche Gesundheit dieser Länder; durch die Unterwanderung der sozialen Entwicklung und das Begünstigen von Korruption und organisierter Kriminalität ist auch die Europäische Union bedroht. Europa hat sich einer ausgewogenen und evidenzbasierten

Drogenpolitik verschrieben, die von einem soliden Verständnis des Problems gestützt wird. Wir sind stolz darauf, dass das europäische Modell für die Entwicklung nationaler Drogeninformationssysteme immer mehr an Einfluss gewinnt. Außerdem freuen wir uns, berichten zu können, dass die EBDD bei der Unterstützung von Nicht-EU-Ländern im Rahmen europäischer Initiativen zur diesbezüglichen Entwicklung von Kapazitäten eine immer bedeutendere Rolle einnimmt.

Die rund 1 Million Menschen, die sich derzeit wegen Drogenproblemen einer Behandlung unterziehen, sprechen für die bisherigen Anstrengungen, denjenigen Betreuung zukommen zu lassen, die eine solche benötigen. Gleichzeitig rufen sie das Ausmaß des Problems in Erinnerung, dem Europa weiterhin gegenübersteht. Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung bleibt nach wie vor der größte Teilbereich, in dem sich jedoch ein Stimmungswandel abzeichnet: Die Frage nach den langfristigen Auswirkungen auf die Behandelten wird lauter. Diese Frage ist von großer Bedeutung; es ist jedoch ebenso wichtig, die Vorteile zu erkennen, die eine zunehmende Bereitstellung von Behandlungen für die öffentliche Gesundheit und den Sozialbereich mit sich bringt.

Die zunehmende Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten ist positiv, doch in Europa bestehen immer noch große Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu Behandlung. In der Praxis ist eine Behandlung häufig für diejenigen am wenigsten zugänglich, die sie am dringendsten benötigen. Diese Ungleichheit zeichnet sich nicht nur in geografischer Hinsicht ab. Der aktuelle Jahresbericht untersucht auch die Bedeutung von Haftanstalten bei Interventionen für Menschen mit Drogenproblemen. In diesem Bereich wurden zwar Fortschritte erzielt, doch kommt es noch zu häufig vor, dass die wertvolle Gelegenheit, bei einer der Hauptgruppen problematischer Drogenkonsumenten zu intervenieren, nicht genutzt wird.

Die Veröffentlichung dieses Berichts fällt in eine schwierige Zeit. Die derzeitige wirtschaftliche Situation stellt eine große Herausforderung für die EU-Mitgliedstaaten dar, und ihre Auswirkungen auf das Ausmaß des Drogenkonsums und die Bereitstellung von Diensten müssen ausführlich untersucht werden. Es ist noch zu früh, um vorauszusehen, wie sich die Wirtschaftskrise

auf den Drogenkonsum in Europa auswirken wird – doch wir wissen bereits jetzt, dass ausgegrenzte und sozial benachteiligte Gemeinschaften am stärksten von Drogenproblemen betroffen sind. Das Angebot von Dienstleistungen für Drogenkonsumenten wird zunehmend von Kürzungen der Haushaltsmittel bedroht. Dies könnte sich nicht nur auf die Drogenkonsumenten selbst nachteilig auswirken, sondern auch auf die Gemeinschaften, in denen sie leben. Dies ist jedoch nicht die einzige Herausforderung, der sich Europa im Drogenbereich stellen muss. Veränderungen im Angebot etablierter Drogen und das Aufkommen neuer Substanzen in der Drogenszene stellen unsere Modelle zur Drogenkontrolle immer öfter auf den Prüfstand. Die damit verbundenen Probleme sind miteinander verknüpft und von großer Komplexität. Eine Bekämpfung dieser

Probleme erfordert eine konzertierte und gemeinsame Reaktion. Die positive Botschaft dieses Berichts liegt in der Erkenntnis, dass Europa seine Fähigkeit, mit diesem sich rasch entwickelnden Phänomen Schritt zu halten, ständig verbessert. Dies stellt eine unabdingbare Voraussetzung für das Verständnis der Herausforderungen dar, denen wir uns stellen müssen, und für unsere Fähigkeit, sicherzustellen, dass politische Maßnahmen mit der sich verändernden Drogensituation Schritt halten.

João Goulão

Vorsitzender, EBDD-Verwaltungsrat

Wolfgang Götz

Direktor, EBDD





Danksagung

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

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirates der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ – und der Europäischen Kommission;
- dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Europol;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel des Europarates (Pompidou-Gruppe), dem United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 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 Website der EBDD zu entnehmen.



Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern Kroatien und Türkei sowie von Norwegen in Form nationaler Berichte zur Verfügung gestellt wurden. Die hier veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2008 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Die Grafiken und Tabellen in diesem Bericht beziehen sich in einigen Fällen nur auf einen Teil der EU-Länder: Die Auswahl kann auf der Grundlage der Länder erfolgen, die für den Bezugszeitraum Daten zur Verfügung gestellt haben, oder in Bezug auf bestimmte Tendenzen.

Trendanalysen basieren ausschließlich auf den Ländern, die ausreichende Daten zur Verfügung stellen, um Veränderungen während des betreffenden Zeitraums zu beschreiben. Für die Analyse von Tendenzen auf dem Drogenmarkt können fehlende Daten für das Jahr 2008 durch Daten aus dem Jahr 2007 ersetzt werden; für die Analyse anderer Tendenzen können die fehlenden Daten interpoliert werden.

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

Daten zu Angebot und Verfügbarkeit von Drogen

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

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

Zugang zum Jahresbericht und den zugehörigen Datenquellen über das Internet

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

Die folgenden Ressourcen sind ausschließlich im Internet verfügbar.

Das Statistical Bulletin 2010 umfasst 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 nationalen Berichte der nationalen Reitox-Knotenpunkte bieten eine ausführliche Beschreibung und Analyse der Drogenproblematik in den einzelnen Ländern.

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

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

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

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

Die in diesem Bericht vorgestellten Daten 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.

Prävalenz des Drogenkonsums gemäß den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung

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

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

Erhebungen sind kostenintensiv und werden nur von wenigen europäischen Ländern jährlich, von den meisten jedoch in Abständen von zwei bis vier Jahren durchgeführt. Die in diesem Bericht vorgelegten Daten basieren auf den jüngsten verfügbaren Erhebungen der einzelnen Länder, die in den meisten Fällen zwischen 2005 und 2008 durchgeführt wurden. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Prävalenzdaten für das Vereinigte Königreich auf England und Wales; es liegen jedoch auch gesonderte Daten für Schottland und Nordirland vor.

Von den drei für die Berichterstattung über Erhebungsdaten herangezogenen standardisierten Zeiträumen ist die Lebenszeitprävalenz (Drogenkonsum zu einem beliebigen Zeitpunkt im Laufe des Lebens) die am weitesten gefasste Messgröße. Sie gibt zwar keinen Aufschluss über den

aktuellen Drogenkonsum unter Erwachsenen, kann aber dennoch hilfreiche Einblicke in Konsummuster und Inzidenzraten bieten. In der Berichterstattung über Erwachsene zieht die EBDD die Standardaltersspannen 15 bis 64 Jahre (alle Erwachsenen) und 15 bis 34 Jahre (junge Erwachsene) heran. Hiervon abweichende Altersgrenzen werden von den folgenden Ländern herangezogen: Dänemark (16), Deutschland (18), Ungarn (18), Malta (18), Schweden (16) und Vereinigtes Königreich (16-59). Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Konsum in den letzten zwölf Monaten und in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung (weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Website der EBDD). Für Schüler wurden für die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenz 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.

Behandlungsnachfrage

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.

Maßnahmen

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

Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

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





Übersicht

Altbekannte Fakten, neue Gefahren und Sparmaßnahmen: die aktuelle Landschaft der europäischen Drogenpolitik

Sparmaßnahmen zu einem hohen Preis müssen vermieden werden

Nun, da auf Europa eine Phase der Sparmaßnahmen zukommt und die Arbeitslosigkeit unter Jugendlichen zunimmt, werden Bedenken laut, dass diese Entwicklungen mit einer stärkeren Verbreitung der problematischen Formen des Drogenkonsums einhergehen könnten. Für benachteiligte und ausgegrenzte Gemeinschaften bestand schon immer ein erhöhtes Risiko, mit Drogenproblemen und durch Kriminalität und unsichere Gemeinschaften entstehenden Kollateralschäden in Berührung zu kommen. Europa sieht sich nun der doppelten Gefahr gegenüber, dass in einer Zeit, in der wirksame Interventionen immer notwendiger werden, die Mittel dafür jedoch im Zuge der Sparmaßnahmen immer stärker gekürzt werden könnten. In den vergangenen zehn Jahren wurden bedeutende, wenn auch ungleichmäßig verteilte Fortschritte bei der Bekämpfung von Drogenproblemen erzielt. Die Behandlungszahlen sind beträchtlich angestiegen, und die Bekämpfung einiger der gefährlichsten drogenbedingten Gesundheitsschäden wie HIV-Infektionen ist deutlich vorangeschritten. Darüber hinaus haben Studien gezeigt, dass Maßnahmen durchaus kostengünstig sein und somit zu niedrigeren Ausgaben führen können, die für diesbezügliche Probleme in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Kriminalität anfallen. Es besteht das Risiko, dass aufgrund der derzeitigen wirtschaftlichen Situation möglicherweise politische Entscheidungen getroffen werden, die dazu führen, dass in Europa langfristig anfallende Kosten entstehen, die sämtliche kurzfristigen Einsparungen übersteigen.

Im Brennpunkt: Leitlinien, Rahmen und Verbesserung der Evidenzbasis für die Bewertung der Angebotsreduzierung

Der am 1. Dezember 2009 in Kraft getretene Vertrag von Lissabon unterstreicht erneut die Rolle der Europäischen Union bei der Festlegung von Leitlinien und Indikatoren sowie bei der Förderung des Austauschs vorbildlicher Verfahren („Best practice“) im Drogenbereich. In einer von Einsparungen geprägten Zeit ist es besonders wichtig, dass die Mittel direkt für nachweislich wirksame

Maßnahmen ausgegeben werden. Der europäische Ansatz im Drogenbereich kann als ein Ansatz charakterisiert werden, bei dem evidenzbasierten Erkenntnissen eine höhere Priorität eingeräumt wird als Ideologien. Dennoch gibt es noch immer viele Bereiche, in denen in Maßnahmen investiert wird, deren Wirksamkeit nicht durch solide Evidenzdaten belegt ist oder die unzureichend bewertet wurden, während nachweislich wirksame Verfahren nicht immer umgesetzt werden. Dies stellt nach wie vor ein Problem im Präventionsbereich dar, betrifft aber auch andere Gebiete. In vielen Bereichen der Nachfragereduzierung gibt es gute Programmmodelle. Dort entwickelt sich ein immer besseres Verständnis darüber, welche Interventionen sich als wirksam erweisen könnten. Die Herausforderung besteht in der Schaffung eines Konsenses, der erforderlich ist, um dieses Wissen systematisch in eine Reihe von Leitlinien und Rahmen zu integrieren, die normativ genug sind, um die Verbesserung der Maßnahmen zu fördern, und die gleichzeitig aufmerksam die unterschiedlichen Kontexte in der gesamten EU berücksichtigen.

Der Bereich der öffentlichen Gesundheit ist seit Langem mit der Pflicht vertraut, die Folgen seiner Interventionen rechtfertigen zu müssen. Die Notwendigkeit, diesen Ansatz auf Maßnahmen zur Angebotsreduzierung zu erweitern, wurde in der politischen Debatte der EU zu einem immer häufiger diskutierten Thema. Es ist oft schwierig, die für die Angebotsreduzierung aufgewendeten Ausgaben in den nationalen Haushalten zu ermitteln, doch Studien deuten darauf hin, dass die Ausgaben beachtlich sind und in der Regel die Ausgaben für Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit übersteigen. In seinen jüngsten Überlegungen kam der Rat zu dem Schluss, dass die Evaluierung der Maßnahmen zur Angebotsreduzierung durch einen Mangel an Standardindikatoren und -maßnahmen behindert wird. Die Festlegung von Schlüsselindikatoren zur Angebotsreduzierung ist ein Ziel des aktuellen EU-Drogenaktionsplans. Im Jahr 2009 haben die Europäische Kommission und die EBDD eine gemeinsame Initiative zur Bewältigung dieses Problems in Gang gesetzt. Mit der Definition von Schlüsselindikatoren

zum Angebot und einem Mechanismus für deren Umsetzung ist im Jahr 2011 zu rechnen.

Politische Perspektiven: Herausforderungen für das Modell einer europäischen Drogenpolitik

Fast alle EU-Mitgliedstaaten haben einen gemeinsamen Ansatz beschlossen, der auf einer nationalen Drogenstrategie basiert und in der Regel von einem zeitbasierten Aktionsplan mit konkreten Zielsetzungen unterstützt wird. Dieses politische Modell ist sinnvoll, da es eine regelmäßige Überprüfung des Fortschritts erlaubt sowie die Möglichkeit bietet, die politischen Strategien auf die Bereiche auszurichten, in denen diese fehlen. Zudem ist dieser Ansatz anspruchsvoll, da neue Drogenstrategien oft zeitgleich mit der Evaluierung der alten Strategie entwickelt, vereinbart und angenommen werden müssen. Auf diese Schwierigkeiten weist der diesjährige Bericht hin, in dem wir erstmals einen Rückgang bei der Zahl der Länder verzeichnen, die eine gültige nationale Drogenstrategie verfolgen. Zurückführen lässt sich diese Entwicklung in erster Linie auf die praktischen Probleme bei der Bewertung und Überarbeitung der in den Jahren 2008 oder 2009 ausgelaufenen nationalen Strategiedokumente. Die EBDD arbeitet mit den Mitgliedstaaten zusammen, um Instrumente für die Evaluierung politischer Strategien zu entwickeln, damit ein fortlaufendes Monitoring der Entwicklungen im Bereich Drogenpolitik möglich ist. Für das Problem der Bewertung der Drogenpolitik gibt es keine einfachen Lösungen, doch es wäre schade, wenn Mängel in den Abläufen und der Planung wichtige Ergebnisse der europäischen Reaktionen auf die Drogenproblematik untergraben würden.

Wie bereits im letzten Jahresbericht erläutert wurde, besteht ein starker Zusammenhang zwischen Alkohol- und Drogenproblemen. Dennoch ist in den EU-Mitgliedstaaten kein gemeinsamer Ansatz erkennbar, der politische Strategien in den Bereichen Drogen und Alkohol vereint. Einige Länder verfolgen ihre politischen Drogen- und Alkoholstrategien separat voneinander, während andere sie verknüpfen; in manchen Ländern hingegen ist noch gar keine Alkoholstrategie entwickelt worden. Es gibt überzeugende Argumente dafür, dass Synergien zwischen den Drogen- und Alkoholstrategien gefunden werden müssen; eines der wichtigsten ist, dass sich diese Strategien oft an dieselben Bevölkerungsgruppen und Milieus richten. Weitere Herausforderungen für aktuelle politische Modelle bestehen, wie nachstehend erörtert, im Wachstum des Marktes für „Legal Highs“ sowie im Missbrauch pharmazeutischer Produkte. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit unterstreicht dies die Notwendigkeit eines umfassenderen Ansatzes, der sowohl

legale als auch illegale Substanzen und möglicherweise weitere Verhaltenssüchte abdeckt. Es besteht eine doppelte Herausforderung: Zum einen muss überlegt werden, inwieweit diese übergreifende Sichtweise gerechtfertigt ist, zum anderen, wie sie in einen angemessenen Rechts- und Kontrollrahmen umgesetzt werden kann.

Neue Entwicklungen in den nationalen Drogengesetzgebungen zeigen Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf

Ein Beispiel für die Unterschiede bei der Umsetzung politischer Strategien, die zwischen den EU-Mitgliedstaaten auch dort bestehen, wo ein allgemeiner Konsens herrscht, liefert der Bereich der Strafverfolgungsmaßnahmen für Drogendelikte. In den meisten EU-Ländern berücksichtigen die Rechtssysteme die Art und Schädlichkeit der betreffenden Droge sowie den Aspekt, ob das Delikt mit einer Beteiligung am Drogenmarkt oder mit dem Konsum bzw. dem Besitz für den persönlichen Gebrauch in Zusammenhang steht. Diese Unterscheidungen variieren stark von Land zu Land. Sie können auch im Gesetz kodiert sein oder von Prozessen stammen, die innerhalb des Strafrechtssystems ablaufen. Es nicht klar, welche Vorteile die unterschiedlichen Ansätze haben oder welches Vorgehen als vorbildlich anzusehen ist; dies deutet darauf hin, dass eine vergleichende Analyse in diesem Bereich nützlich wäre. Gegenwärtig sollten Vergleiche zwischen den Ländern nur mit Bedacht angestellt werden, da die Unterschiede der Verstöße von der Rechtspraxis des betreffenden Landes und von der Art des Delikts gleichermaßen bestimmt werden können. Die zweite Frage lautet, inwieweit die Unterscheidung zwischen denen, die vom Drogenverkauf und -transport profitieren, und denen, die die Drogen konsumieren, in die Praxis umgesetzt wird. Die jüngsten Daten zeigen einen leichten Rückgang bei den Straftaten im Zusammenhang mit dem Angebot von Drogen, während die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen weiterhin steigt.

Behandlung für Drogenkonsumenten verfügbarer denn je trotz deutlicher Ungleichheiten

Die wirksame Behandlung jener, die mit ihrem Drogenkonsum ein Problem haben, ist ein Grundpfeiler der Drogenbekämpfung in Europa. Es handelt sich dabei um einen Bereich, in dem sowohl die Qualität als auch die Quantität der verfügbaren Gesundheitsversorgung stetig steigen. Die EBDD schätzt, dass in der Europäischen Union über 1 Million Menschen jährlich in irgendeiner Art und Weise wegen Drogenproblemen behandelt werden. Die Ausweitung des Behandlungsangebots

wurde von einer Zunahme der spezialisierten ambulanten Behandlungen angeführt, die von niedrighschwelligem und aufsuchenden Diensten unterstützt werden. Wichtig ist, dass die Leistungen für Drogenkonsumenten in einigen Ländern die fachärztliche Behandlung mit der Einbeziehung von medizinischer Grundversorgung und von Allgemeinmedizinern kombinieren. Einige Arten von Drogenproblemen, insbesondere die heikleren Fälle, werden vermutlich am besten von spezialisierten Teams behandelt. Dennoch kann die geeignete Mischung aus spezialisierter und allgemeiner Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Erhöhung der Gesamtverfügbarkeit von Gesundheitsleistungen ein wichtiger Bestandteil sein, insbesondere wenn die Überweisungswege und Unterstützungsdienste gut ausgebaut sind.

Obwohl sich das Behandlungsangebot vergrößert hat, bestehen europaweit deutliche Unterschiede beim Zugang zu Behandlungen. In den meisten osteuropäischen und in einigen südeuropäischen Ländern ist die Verfügbarkeit von Behandlungen relativ eingeschränkt, was sich in langen Wartelisten widerspiegelt. Eine sinnvolle Bewertung des Niveaus der Verfügbarkeit von Behandlungen ist nur im Verhältnis zur relativen Erfassung der Bevölkerung mit Behandlungsbedarf möglich. Es ist noch immer schwierig, sichere Aussagen darüber zu treffen, inwieweit die verfügbare Gesundheitsversorgung den Bedarf deckt, auch wenn in Bezug auf die opioidgestützte Substitutionstherapie bereits einige Fortschritte erzielt wurden. Insgesamt schätzt die EBDD, dass derzeit rund 670 000 Europäer mit einer opioidgestützten Substitutionstherapie behandelt werden, was etwa der Hälfte der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten entspricht. Diese Zahl variiert stark von Land zu Land: Weniger als 10% bis über 50% der problematischen Opioidkonsumenten werden laut nationalen Schätzungen behandelt. Die Unterschiede bezüglich der Verfügbarkeit der Gesundheitsversorgung werden des Weiteren durch die Beobachtung veranschaulicht, dass nur rund 2% der Substitutionstherapien in den zwölf Mitgliedstaaten erfolgen, die seit dem Jahr 2004 der Europäischen Union beigetreten sind.

Die Substitutionstherapie gilt zudem als eine Schadensminimierungsmaßnahme. Zusammen mit den Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen wurde sie als wichtiger Bestandteil einer umfassenden Strategie zur Prävention von HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten weitreichend gefördert. Aufgrund der insgesamt stabilen bzw. rückläufigen Trends im Bereich des injizierenden Drogenkonsums und den mit Drogenkonsum in Zusammenhang stehenden HIV-Infektionen befindet sich

die Europäische Union, was die Übertragung von HIV im Zusammenhang mit Drogenkonsum betrifft, im Vergleich zu vielen anderen Teilen der Welt in einer günstigen Situation. Die EBDD veröffentlichte im Jahr 2010 eine wissenschaftliche Monografie zur Schadensminimierung, in der die Einbeziehung des Konzepts der Schadensminimierung aufgeführt wird, wonach sowohl die Substitutionstherapie als auch das Nadel- und Spritzenaustauschprogramm nun anerkannte Bestandteile der europäischen Drogenpolitik sind. Die Monografie weist außerdem darauf hin, dass die Datengrundlage für andere Schadensminimierungsmaßnahmen verbessert und dem Mangel an gut ausgearbeiteten Modellen zur Schadensminimierung bei Problemen mit polyvalentem Drogenkonsum und dem Konsum von Stimulanzien – Konsummuster, die in Europa zunehmend an Bedeutung gewinnen – entgegengewirkt werden muss. Des Weiteren macht die Monografie darauf aufmerksam, dass die Interventionen in Europa noch immer keine signifikanten Auswirkungen auf die Zahl der Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus bei injizierenden Drogenkonsumenten und auf die Zahl der Todesfälle infolge von Überdosierungen haben. Maßnahmen zur Schadensminimierung könnten hier eine wichtige Rolle spielen.

Entwicklung von Betreuungs- und Reaktionsmodellen für das komplexer werdende Drogenproblem in Europa

Die aktuellen Muster des Drogenkonsums verlangen von den Diensten die Entwicklung komplexerer und differenzierterer bedarfsbasierter Maßnahmen, die besser mit den Ressourcen im allgemeinen Gesundheits- und Sozialwesen verknüpft sind. In Bezug auf die Substitutionstherapie wird dies daran deutlich, dass die Drogenkonsumenten, die eine gesundheitliche Versorgung benötigen, immer älter werden und zunehmend chronisch abhängig sind, was in einem „Selected Issue“ näher behandelt wird, das zusammen mit diesem Jahresbericht vorgelegt wird. Auch steigt der Bedarf an Behandlungen und anderen Interventionen im Hinblick auf Probleme, die nicht mit Opioiden in Zusammenhang stehen, sowie auf die Anzahl der Konsumenten von Cannabis und Stimulanzien, die mit den Diensten in Berührung kommen. Eine weitere Herausforderung stellen komplexe Muster des polyvalenten Drogenkonsums dar, die üblicherweise alkoholbezogene Probleme einschließen. Die Betreuungsmodelle in diesen Bereichen werden immer besser, wenngleich im Hinblick auf die Entwicklung und den Austausch von „Best practice“ nach wie vor ein deutlicher Verbesserungsbedarf besteht. Während die Möglichkeit einer rein pharmakologischen Behandlung für

Konsumenten von Stimulanzien weiterhin unwahrscheinlich ist, hat das verstärkte Forschungsinteresse auf diesem Gebiet ermutigende Ergebnisse hervorgebracht, einschließlich eines besseren Verständnisses des Beitrags psychosozialer Ansätze.

Cannabis: bedeutende regionale Besonderheiten

Cannabis bleibt in Europa die beliebteste illegale Droge. Jedoch bestehen bezüglich der in den Ländern beobachteten Prävalenz des Konsums große Unterschiede; so übersteigen die höchsten gemeldeten Schätzwerte die niedrigsten Schätzwerte um mehr als das 30-Fache. Insgesamt zeigen die Trends zum Konsumverhalten einen stabilen bzw. rückläufigen Drogenkonsum. Innerhalb dieser langfristigen Gesamtperspektive können jedoch abweichende Muster aufgedeckt werden. Besonders hervorzuheben sind hierbei einige osteuropäische Länder, in denen der Konsum weiterhin zuzunehmen scheint und nun in einigen Fällen die Prävalenzwerte in Westeuropa erreicht oder gar übersteigt.

Es entwickelt sich ein immer besseres Verständnis über die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die öffentliche Gesundheit, wobei der Schwerpunkt auf die Konsumenten gelegt wird, die von täglichem oder chronischem Cannabiskonsum berichten. In jüngsten Untersuchungen zu den gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Cannabiskonsums wurde eine Reihe von Störungen festgestellt, u. a. Angstzustände, Panikreaktionen und psychotische Symptome. Ein hoher Anteil der Notfallbehandlungen in Krankenhäusern in den wenigen Ländern, aus denen diesbezügliche Daten vorliegen, ist auf diese akuten Störungen zurückzuführen.

Aktuelle Daten belegen, dass die Zahl der Patienten, die hauptsächlich Cannabis konsumieren und sich erstmals in Behandlung begeben, in den meisten Ländern insgesamt zurückgeht. Die Gründe für diese Veränderung sind unklar, müssen aber untersucht werden, da diese Entwicklung entweder darauf hinweisen könnte, dass die Dienste über weniger Kapazitäten für die Aufnahme von Erstpatienten verfügen, oder darauf, dass weniger Menschen in Therapien für Cannabiskonsumenden überwiesen werden.

Das in Europa herrschende große Verlangen nach Cannabis spiegelt sich darin wider, dass jährlich rund 1 000 Tonnen dieser Droge sichergestellt werden. Insgesamt weisen die Daten darauf hin, dass die Verfügbarkeit von Cannabis in all seinen verschiedenen Formen auf dem europäischen Markt eher zu- als abnimmt. Obwohl es Anhaltspunkte dafür gibt, dass im eigenen Land hergestelltes Cannabiskraut immer größere Verbreitung findet, sind die beschlagnahmten

Mengen von Cannabiskraut in der Europäischen Union gleich geblieben, während die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz gestiegen ist. In Bezug auf die beschlagnahmten Mengen liegt das Verhältnis zwischen Cannabisharz und Cannabiskraut bei 10:1. Sämtliche Aussagen zur Verfügbarkeit der unterschiedlichen Formen von Cannabis in Europa müssen mit besonderer Vorsicht getroffen werden, da Cannabiskraut näher an dem dafür bestimmten Markt produziert wird und es deshalb mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit entdeckt wird. Des Weiteren haben Berichte über die Beteiligung organisierter Kriminalität an der Herstellung von Cannabis im eigenen Land zugenommen, wodurch neue Maßnahmen der nationalen und der europäischen Strafverfolgungsbehörden notwendig werden.

Den komplexen europäischen Markt für Stimulanzien verstehen

Kokain ist in Europa nach wie vor die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge, wobei jedoch hinsichtlich der Prävalenzraten und -tendenzen große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern zu verzeichnen sind. Ein hoher und weiterhin zunehmender Kokainkonsum ist nur in wenigen, überwiegend westeuropäischen Ländern zu verzeichnen, während der Kokainkonsum andernorts limitiert bleibt. Ob sich diese Entwicklung so fortsetzen wird oder ob sich der Kokainkonsum auch auf andere Teile Europas (vor allem Osteuropa) ausbreiten wird, bleibt offen. Hinweise darauf, dass die Droge zunehmend über diese Region eingeführt wird, sowie sporadische Berichte über den Kokainkonsum in einigen bestimmten Milieus haben zu Bedenken geführt.

Doch neue Routen durch Osteuropa sind nicht die einzigen Gründe für Bedenken im Zusammenhang mit dem Kokainhandel. Die Droge gelangt weiterhin in erster Linie über die Iberische Halbinsel und die Benelux-Länder nach Europa. Eine recht junge Entwicklung ist allerdings die verstärkte Aufdeckung von Einrichtungen der Sekundärextraktion, in denen aus Trägermaterialien wie Bienenwachs, Düngemittel, Kleidung, Pflanzen, Kunststoffen und diversen Flüssigkeiten Kokain-Hydrochlorid oder Kokainbase zurückgewonnen wird. Im Jahr 2008 meldete Spanien 30 dieser Einrichtungen an Europol. Diese Entwicklung ist ein Hinweis für das hohe Maß an Innovativität und technologischer Raffinesse derer, die Kokain in die Europäische Union importieren. Aufgrund seines hohen Werts wird Kokain oft mehrmals mit anderen Substanzen verdünnt oder vermischt. Dass aus den Vereinigten Staaten und aus Europa immer öfter die Verwendung von Levamisol (l-Tetramisol) als Kokain-Adulterans gemeldet wird, hat dazu geführt, dass das

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 (von 2004 bis 2008 durchgeführte Erhebungen). Die vollständigen Datenreihen sowie Angaben zur Methodik sind dem Statistical Bulletin zu entnehmen.

Cannabis

Lebenszeitprävalenz: mindestens 75,5 Millionen (22,5% der europäischen Erwachsenen)

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 23 Millionen europäische Erwachsene (6,8%) oder ein Drittel der Personen mit Cannabiserfahrung

Prävalenz während der letzten 30 Tage: etwa 12,5 Millionen Europäer (3,7%)

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: Gesamtspanne: 0,4% bis 15,2%

Kokain

Lebenszeitprävalenz: etwa 14 Millionen (4,1% der europäischen Erwachsenen)

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: 4 Millionen europäische Erwachsene (1,3%) oder ein Drittel der Personen mit Kokainerfahrung

Prävalenz während der letzten 30 Tage: etwa 2 Millionen (0,5%)

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

Ecstasy

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

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 2,5 Millionen (0,8%) oder ein Viertel der Personen mit Ecstasy-Erfahrung

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: Gesamtspanne: 0,1% bis 3,7%

Amphetamine

Lebenszeitprävalenz: etwa 12 Millionen (3,7% der europäischen Erwachsenen)

Prävalenz während der letzten zwölf Monate: etwa 2 Millionen (0,6%) oder ein Sechstel der Personen mit Amphetaminerfahrung

Ländervariation der Prävalenz während der letzten zwölf Monate: Gesamtspanne: 0,0% bis 1,7%

Opiode

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 Opiode nachgewiesen wurden.

Hauptdroge in über 50% aller Drogentherapienachfragen

Etwa 670 000 Opioidkonsumenten haben im Jahr 2008 eine Substitutionsbehandlung erhalten.

europäische Frühwarnsystem im Jahr 2009 eine Warnung ausgegeben hat. Diese Droge kann für Kokainkonsumenten ein zusätzliches Gesundheitsrisiko darstellen.

Auch wenn Drogenbehandlungsdienste in Europa noch immer hauptsächlich von Patienten mit problematischem Opioidkonsum in Anspruch genommen werden, ist mittlerweile etwa jeder vierte Erstpatient, der eine Behandlung aufnimmt, Kokainkonsument. Die Mehrheit dieser Erstpatienten wird von einer kleinen Gruppe von Ländern gemeldet, vor allem von Spanien, Italien und dem Vereinigten Königreich; sie umfassen zwei unterschiedliche Gruppen: sozial integrierte männliche Konsumenten, die Kokain schnupfen, und Drogenkonsumenten aus Randgruppen, die Kokain injizieren oder Crack zusätzlich zu anderen Substanzen konsumieren. Eine weitere Sorge betrifft die steigende Mortalität, die mit Kokainkonsum in Verbindung gebracht wird. Derzeit werden jährlich rund 1 000 kokaininduzierte Todesfälle gemeldet, wobei Spanien und das Vereinigte Königreich, d. h. zwei Länder, in denen diese Droge seit langer Zeit und in hohem Maße konsumiert wird, eine deutliche Zunahme aufweisen. Obwohl in der Regel auch andere Drogen eine Rolle spielen, sind diese steigenden Zahlen bedenklich,

vor allem in Anbetracht der andauernden Sorge über die Meldungsdefizite bezüglich der Rolle, die Kokain bei Todesfällen von Konsumenten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen spielt.

Insgesamt sind die Konsumraten für Amphetamine in Europa weiterhin niedriger als die für Kokain, doch in vielen Ländern sind Amphetamin und Methamphetamin nach wie vor die am häufigsten konsumierten Stimulanzien. Fälle von problematischem Amphetaminkonsum werden vor allem aus den nordeuropäischen Ländern gemeldet, während sich der problematische Methamphetaminkonsum größtenteils weiterhin auf die Tschechische Republik und die Slowakei beschränkt. Dies ändert sich jedoch möglicherweise langsam, da laut Berichten nun auch in Litauen und Polen Methamphetamin hergestellt wird, mit dem in erster Linie der skandinavische Markt bedient wird, auf dem es als Ersatz für Amphetamin verkauft werden kann. Der problematische Konsum von Amphetamin und Methamphetamin wird in dem „Selected Issue“ behandelt, das zusammen mit diesem Jahresbericht vorgelegt wird.

Opioide und injizierender Drogenkonsum

Die drogenbedingte Morbidität und Mortalität in der Europäischen Union ist noch immer größtenteils auf den Konsum von Heroin, insbesondere den injizierenden Konsum, zurückzuführen. Vorsichtigen Schätzungen zufolge liegt die Zahl der problematischen Opioidkonsumenten in Europa bei 1,35 Millionen, und immer noch geben die meisten Patienten, die eine Behandlung aufnehmen, Opioide als ihre Primärdroge an. Die aus einer Vielzahl von Quellen stammenden Daten weisen darauf hin, dass in der Europäischen Union seit 2003/2004 ein gleichbleibend großes bis zunehmendes Problem mit Opioiden besteht. In Bezug auf Heroin ist zwar die Zahl der Sicherstellungen angestiegen, nicht jedoch die beschlagnahmte Menge, wobei dies im Zusammenhang mit der Zunahme der Heroin-Sicherstellungen in der Türkei zu sehen ist. Die Trenddaten aus den Schätzungen zur Prävalenz scheinen stabil zu sein, die Nachfrage nach Erstbehandlungen ist in einigen Ländern langsam gestiegen, und die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle hat, ebenso wie auch die Zahl der Verstöße gegen Drogengesetze in den vergangenen beiden Jahren, zugenommen. Diese Daten spiegeln in gewissem Maße die langfristige Natur der Opioidproblematik wider: Wenn Konsumenten erst einmal süchtig sind, neigen sie zu einer lang andauernden Abhängigkeit. Deshalb reicht schon eine relativ niedrige Zahl neuer Drogenkonsumenten aus, um die Gesamtpopulation konstant zu halten. Die Zahl der injizierenden Drogenkonsumenten liegt in Europa schätzungsweise zwischen 750 000 und 1 Million, wobei zwischen den Ländern große Unterschiede bestehen. Aufgrund von Problemen mit der Datenqualität müssen diese Schätzungen mit erheblicher Vorsicht betrachtet werden. Die Tendenzen beim injizierenden Drogenkonsum lassen sich besonders schwierig bewerten, doch die Daten der Behandlungsüberwachung deuten darauf hin, dass sich die mittelfristige Tendenz rückläufig entwickelt und die injizierenden Drogenkonsumenten unter den neuen Opioidkonsumenten, die in Europa Behandlungsdienste in Anspruch nehmen, mittlerweile in der Minderheit sind.

In vielen osteuropäischen Ländern verabreichen sich Opioidkonsumenten ihre Drogen noch immer am häufigsten per Injektion. Dieser Sachverhalt verstärkt die ernsthafte Sorge hinsichtlich der Auswirkungen, die der Drogenkonsum in einigen Nachbarländern der Europäischen Union auf die öffentliche Gesundheit hat. An der östlichen Grenze der Europäischen Union scheinen die Raten des problematischen Opioidkonsums sowohl in Russland als auch in der Ukraine um das Zwei- bis Vierfache höher zu sein als der EU-Durchschnitt. Zu

den mit dem Opioidkonsum in Verbindung stehenden Problemen in dieser Region zählen die hohen Raten von HIV-Infektionen und drogeninduzierten Todesfällen.

Überdosierungen stellen die wichtigste Ursache vermeidbarer und mit illegalem Drogenkonsum assoziierter Todesfälle in Europa dar, und eine toxikologische Analyse zeigt, dass Heroin an den meisten drogeninduzierten Todesfällen beteiligt ist. Dies unterstreicht erneut, welche große Rolle Opioide bei dem Verständnis der Auswirkungen des Drogenkonsums in Europa auf die öffentliche Gesundheit haben. Seit 2003 hat die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle in den meisten europäischen Ländern zugenommen, während auch das Alter der Todesopfer gestiegen ist, was darauf hindeutet, dass die chronischen Konsumenten durchschnittlich älter sind. Vorläufige Zahlen weisen darauf hin, dass die Zahl der gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle im Jahr 2008 leicht angestiegen ist: 7 371 Fälle im Jahr 2008 in den EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen gegenüber 7 021 im Vorjahr. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um eher vorsichtige Schätzungen handelt. Auf jeden drogeninduzierten Todesfall entfallen jährlich schätzungsweise 20 bis 25 nichttödliche Überdosierungen, was EU-weit circa 150 000 Fällen entspricht. Darüber hinaus ist nun allgemein anerkannt, dass nichttödliche Überdosierungen zu erheblichen Gesundheitsschäden führen können und auf ein erhöhtes Risiko weiterer Überdosierungen hinweisen. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit besteht eines der wichtigsten Ziele der europäischen Drogendienste in der Erarbeitung wirksamer Maßnahmen, mit denen sowohl tödliche als auch nichttödliche Überdosierungen reduziert werden können. Dieses Ziel wurde bisher nicht erreicht.

„Legal Highs“: eine ständige Herausforderung für Monitoring und Interventionen im Drogenbereich

Die Versuche, neue psychoaktive Substanzen zu identifizieren und angemessen auf diese zu reagieren, haben Mühe, mit einem ausgereiften, innovativen und sich schnell weiterentwickelnden Markt Schritt zu halten, auf dem aktiv nach neuen Produkten und Marketingstrategien gesucht wird. Mit 24 neuen und erstmals in Europa identifizierten synthetischen Drogen war 2009 für das europäische Frühwarnsystem ein Rekordjahr. Dieser Trend hat sich im Jahr 2010 ungebremst fortgesetzt: Bis Mitte Juli wurden 15 neue Substanzen ermittelt, einschließlich synthetischer Cathinone, synthetischer Cannabinoide sowie neuer kokain- und amphetaminähnlicher synthetischer Derivate.

Im Juli 2010 führte der Wissenschaftliche Ausschuss der EBDD eine formale Risikobewertung zum synthetischen Cathinon Mephedron durch. Anlass dazu hatten die zunehmenden Bedenken darüber gegeben, dass diese Droge als legale Alternative zu Stimulanzien wie Kokain und Ecstasy angeboten wurde. Diese Risikobewertung fand im Rahmen des europäischen Schnellreaktionsmechanismus für die Kontrolle neuer psychoaktiver Substanzen statt. Die Geschwindigkeit, mit der sich dieser Bereich weiterentwickelt, führte aber nicht nur dazu, dass einige Mitgliedstaaten bereits Gesetze zum Verbot von Mephedron eingeführt hatten; einige Websites, auf denen diese Droge zum Verkauf angeboten wurde, waren bereits geschlossen und manchmal rasch durch neue Seiten ersetzt worden, auf denen Ersatzsubstanzen erhältlich waren.

Es ist nötig, Wachsamkeit walten zu lassen und auf neue Entwicklungen, z. B. neue chemische Gruppen psychoaktiver Substanzen, die in „Legal Highs“ nachgewiesen werden, schnell reagieren zu können. Aminoindane (Methylendioxyaminoindan, MDAI) und synthetische Kokainderivate wie Fluorotropacocain verdeutlichen dies exemplarisch. Nachdem im Jahr 2010 Maßnahmen zur Bekämpfung von Mephedron ergriffen worden waren, wurden diese noch wenig verbreiteten Substanzen immer häufiger nachgewiesen, und beim Frühwarnsystem gingen die ersten Berichte von Konsumenten ein, bei denen Probleme im Zusammenhang mit diesen Substanzen aufgetreten waren. Die EBDD überwacht die Verfügbarkeit und mögliche gesundheitliche Auswirkungen dieser Substanzen.

Das Beispiel Mephedron unterstreicht, wie die Medien und die Öffentlichkeit großen Druck auf die EU-Mitgliedstaaten ausüben können, damit diese schnell auf mögliche neue Gefahren reagieren. Die EBDD hat eng mit Europol und der Europäischen Arzneimittel-Agentur zusammengearbeitet, um zuverlässige und sorgfältig geprüfte Informationen zeitnah bereitzustellen. In diesem sich rasch weiterentwickelnden Bereich wird die Verbesserung der Kapazitäten Europas immer dringlicher, damit Entwicklungen proaktiv überwacht und vor allem die chemischen Bestandteile der verfügbaren Produktmischungen getestet und nachgewiesen sowie deren potenzielle Folgen für die öffentliche Gesundheit bewertet werden können. Der Mangel an Standardreferenzmaterial stellt hierbei ein Problem dar. In Bezug auf die Kontrollstrategien liefert die Art der Herstellung und Inverkehrbringung dieser Produkte überzeugende Argumente dafür, dass wirksame Maßnahmen ein Handeln auf europäischer Ebene

erfordern, um die nationalen Initiativen unterstützen zu können.

Die organisierte Kriminalität erkennt das Potenzial neuer synthetischer Substanzen

Viele Faktoren erschweren es, Rechtsvorschriften über diese neuen Substanzen zu erlassen. Einige Mitgliedstaaten haben allgemeine Rechtsvorschriften eingeführt, die Substanzen derselben chemischen Gruppe abdecken. Diese rechtliche Option steht nur einigen Ländern zur Verfügung und ist möglicherweise nur schwer umsetzbar. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich daraus, dass einige dieser Substanzen zu legalen nichtmedizinischen Zwecken genutzt, zu angeblich legalen Zwecken vertrieben oder von der pharmazeutischen Industrie im Bereich Forschung und Entwicklung eingesetzt werden können. Daher können selbst mit gut durchdachten Kontrollmaßnahmen nicht alle Probleme in diesem Bereich gelöst werden. Zudem besteht die Gefahr, dass diese Maßnahmen womöglich sogar die Dynamik verstärken, mit der ein überwiegend online stattfindender Markt für „Legal Highs“ ungewollt in einen Markt übergeht, an dem sich die organisierte Kriminalität beteiligt. Cathinone wie Mephedron, Methylon und MDPV sind alle auf den illegalen Markt gelangt, wo sie als Ersatzsubstanzen für Kokain, Ecstasy und Amphetamin oder als eigenständige Drogen angeboten werden. Europol hat darauf hingewiesen, dass eine Reihe großer illegaler Ecstasy-Herstellungsstätten, in denen die Tablettierung von Mephedron festgestellt wurde, aufgedeckt wurden und mehr als 20 europäische Länder über Sicherstellungen dieser Drogen berichtet hatten. Es lässt sich schwer vorhersagen, inwieweit neue synthetische Drogen in Zukunft einen großen Teil des Marktes für illegale Drogen in Europa ausmachen werden. Kriminelle Organisationen werden jedoch wahrscheinlich schnell das Potenzial der Substanzen erkennen, die zu günstigen Preisen in großen Mengen eingekauft und in Zukunft relativ einfach künstlich hergestellt werden können und zudem eine attraktive Alternative zu kontrollierten Drogen bieten.

Eine Droge zu „designen“, um mit ihr eine kontrollierte Substanz zu ersetzen, ist kein neuer Ansatz. In der Vergangenheit wurden Designerdrogen jedoch illegal hergestellt und direkt auf dem illegalen Markt angeboten. Ein wichtiger Unterschied besteht heute darin, dass eine neuartige Interaktion zwischen den illegalen und den legalen Märkten beobachtet werden kann, bei der chemische Stoffe auf legalem Weg bezogen und dann als Ersatz für illegale psychoaktive Substanzen vertrieben werden.

Künftige Szenarien: Arzneimittel, Arzneimittelfälschungen und neue Designer-Arzneimittel

In den Vereinigten Staaten besteht seit langer Zeit ein Drogenproblem, und die Entwicklungen auf diesem Markt haben sich bisweilen auch auf Europa ausgewirkt. In der US-Drogenpolitik gibt derzeit vor allem der Missbrauch verschreibungspflichtiger Arzneimittel, insbesondere von Opioiden wie OxyContin, großen Anlass zur Sorge. In Europa gilt der Missbrauch verschreibungspflichtiger Arzneimittel (mit Ausnahme von Opioidsubstitutionsdrogen) hingegen als nicht sehr problematisch. Dies wird zum Teil auf den Rechtsrahmen und die Verwaltungspraxis zurückgeführt, die sich gegenüber den Vereinigten Staaten unterscheiden. Die Gefahr des Missbrauchs ist auch ein Thema des europäischen Pharmakovigilanz-Systems, das sich unter der Verantwortung der Europäischen Arzneimittel-Agentur und in Zusammenarbeit mit der EBDD mit der Problematik des Arzneimittelmisbrauchs befasst. Die Verbreitung gefälschter Arzneimittel, die anstelle von legalen Produkten hergestellt und vertrieben werden, wird immer mehr zum Problem. Im Jahr 2009 sind beim Frühwarnsystem Berichte über

Substanzen eingegangen, die auf leicht modifizierten chemischen Strukturen von Arzneimitteln basierten, die bekanntermaßen ein Missbrauchspotenzial aufweisen. Die zunehmende Verbreitung dieser neuen Designer-Arzneimittel würde die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass verschriebene Arzneimittel nicht zweckentfremdet und missbräuchlich eingenommen werden, zunehmend erschweren. Sie ist außerdem ein weiteres Beispiel dafür, dass die Rechtsrahmen im Bereich Arzneimittel- und Drogenkontrolle mit einer zuverlässigen und abgestimmten Antwort auf die neuen Entwicklungen auf dem illegalen Markt reagieren müssen. Dieses Thema stellt weniger ein akutes Problem, sondern vielmehr eine potenzielle Gefahr dar; in Anbetracht der Geschwindigkeit, mit der in diesem Bereich neue Entwicklungen beobachtet werden, ist es jedoch wichtig, künftige Herausforderungen frühzeitig zu erkennen. Besonders besorgniserregend wäre es, wenn wir in Zukunft einen Anstieg der Zahl neuer Drogen beobachteten, die auf vorhandenen pharmazeutischen Produkten basieren, aber für nichttherapeutische Zwecke eingesetzt werden.



Kapitel 1

Politische und rechtliche Entwicklungen

Einleitung

Die Überwachung und Evaluierung von Drogenstrategien und Aktionsplänen ist sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene von wesentlicher Bedeutung. Die jüngsten Entwicklungen in diesem Bereich, auf die in diesem Kapitel eingegangen wird, umfassen ein neues Überwachungssystem der Vereinten Nationen sowie die ersten Ergebnisse aus der Umsetzung des neuen EU-Drogenaktionsplans. Darüber hinaus werden sowohl Erfolge als auch Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der anspruchsvollen Evaluierung der Drogenpolitik und den regelmäßigen Überarbeitungszyklen genannt, die in den meisten EU-Mitgliedstaaten als Standard übernommen wurden.

In diesem Kapitel werden zudem die verschiedenen rechtlichen Ansätze in Europa zur Unterscheidung von Drogen eingehend betrachtet. Diese Ansätze umfassen neben zahlreichen Gesetzen auch Systeme zur Klassifizierung von Drogen und den Ermessensfaktor der Strafverfolgungsbehörden und Richter. Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit stellen die sogenannten Schwellenmengen dar, bei denen zwischen Drogendelikten im Zusammenhang mit dem Eigenverbrauch und mit dem Handel differenziert wird. Neue Daten und Tendenzen im Zusammenhang mit den öffentlichen Ausgaben im Drogensektor sowie die Entwicklungen im Bereich der drogenspezifischen Forschungsarbeiten in Europa werden in diesem Kapitel ebenfalls beleuchtet.

Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene

Überwachung der politischen Erklärung und des Aktionsplans der Vereinten Nationen

Im Jahr 2009 verabschiedeten die UN-Mitgliedstaaten im Rahmen der Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) eine neue politische Erklärung und einen Aktionsplan zur Bekämpfung der globalen Drogenproblematik (EBDD, 2009a). Außerdem

wurde eine EntschlieÙung (52/12) zur Verbesserung der Datenerhebung, der Berichterstattung und der Analyse angenommen, mit der die Umsetzung der neuen Dokumente zur Drogenpolitik überwacht werden soll.

Angesichts der bei der abschließenden Überarbeitung der politischen Erklärung und der Aktionspläne für die vergangenen zehn Jahre aufgetretenen Schwierigkeiten sieht die EntschlieÙung die Entwicklung geeigneter Instrumente und Mechanismen für die Datenerhebung vor, um auf diese Weise zuverlässige und vergleichbare Daten zu erhalten. Ein wesentlicher Aspekt besteht darin, die UN-Mitgliedstaaten zu einer besseren Berichterstattung anzuhalten und unnötige Doppelarbeiten zu vermeiden, die sich aus den verschiedenen vorhandenen Überwachungssystemen, einschließlich jener der anderen UN-Agenturen oder der regionalen Behörden, wie der EBDD, auf internationaler Ebene ergeben.

Das neue Instrument der Vereinten Nationen für die Datenerhebung vereint den Fragebogen für die jährliche Berichterstattung, ein Überwachungsinstrument, das im Zusammenhang mit den Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Drogenkontrolle verwendet wird, mit einem neuen Satz Fragen bezüglich der kürzlich verabschiedeten politischen Erklärung und des Aktionsplans. Der neue Fragebogen soll auf der Sitzung der Suchtstoffkommission im Jahr 2011 verabschiedet werden; im Anschluss ist die Durchführung der ersten Datenerhebungsrunde geplant.

EU-Drogenstrategie und Aktionsplan

Im ersten Jahr des neuen EU-Drogenaktionsplans (2009-2012) wurden zahlreiche Aktivitäten durchgeführt. Während ihrer EU-Ratspräsidentschaften unterstützten sowohl die Tschechische Republik als auch Schweden die Umsetzung des Aktionsplans und die Annahme entsprechender Schlussfolgerungen des Rates; eine dieser Schlussfolgerungen nimmt Bezug auf die Entwicklung von Schlüsselindikatoren im Bereich der Drogenmärkte, der Drogenkriminalität und der Angebotsreduzierung, eine weitere betrifft den Austausch von vorbildlichen Verfahren, Leitlinien und Qualitätsstandards für die universale Prävention, und eine dritte Schlussfolgerung bezieht

Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik im Rahmen des Vertrags von Lissabon

Der Vertrag von Lissabon trat am 1. Dezember 2009 in Kraft. Mit ihm sollen die Arbeitsmethoden und Abstimmungsregeln in der Europäischen Union vereinfacht und schlankere und modernere Institutionen geschaffen werden ⁽¹⁾. Darüber hinaus wird die Handlungsfähigkeit der Europäischen Union in den verschiedenen Bereichen der Drogenpolitik erhöht.

Der Handel mit illegalen Drogen wird im Zusammenhang mit dem Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts in Artikel 83 angesprochen, der den Erlass von Mindestvorschriften zur Festlegung von Straftaten, Gesetzesübertretungen und Strafmaßnahmen vorsieht. Der Vertrag sieht zudem die Schaffung einer Europäischen Staatsanwaltschaft sowie die Möglichkeit vor, deren Zuständigkeit auf schwere grenzüberschreitende Straftaten zu erweitern (Artikel 86). Infolgedessen werden bestimmte Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel künftig möglicherweise auf EU-Ebene strafrechtlich verfolgt.

Der Vertrag von Lissabon befasst sich auch mit dem Bereich der öffentlichen Gesundheit und ergänzt wie schon in der Vergangenheit „die Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen“. Die Bestimmungen des neuen Artikels zur öffentlichen Gesundheit erlauben es der Europäischen Kommission, in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten aus eigener Initiative Leitlinien und Indikatoren zu erarbeiten, den Austausch vorbildlicher Verfahren zu organisieren und die für eine regelmäßige Überwachung und Evaluierung erforderlichen Elemente auszuarbeiten. Auf diese Weise werden die von der Kommission und der EBDD ausgeführten Tätigkeiten in diesen Bereichen weiter gestärkt.

⁽¹⁾ Weitere Informationen finden Sie auf der Europa-Website zum Vertrag von Lissabon.

sich auf die Stärkung der Forschungskapazitäten der Europäischen Union auf dem Gebiet der illegalen Drogen.

Die Europäische Kommission hat einen Bericht bezüglich der Umsetzung des Rahmenbeschlusses 2004/757/JI des Rates vom 25. Oktober 2004 zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels herausgegeben. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass dieser Rahmenbeschluss zwar einen ersten Schritt hin zu einem gemeinsamen strafrechtlichen Vorgehen gegen den Drogenhandel darstelle, jedoch keine wesentliche Angleichung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften bewirkt habe ⁽¹⁾.

Darüber hinaus hat die Kommission ein Arbeitspapier veröffentlicht, in dem die vorhandenen Mechanismen für die Ermittlung, Überwachung und Reaktion auf sich abzeichnende Tendenzen in der Europäischen Union beschrieben und Leitlinien für die künftige Arbeit vorgeschlagen werden ⁽²⁾. Außerdem wurde ein neues Projekt auf den Weg gebracht, mit dem die Umsetzung eines EU-weiten Systems zur Erstellung kriminaltechnischer Profile synthetischer Drogen unterstützt wird ⁽³⁾. Indem eine Art Fingerabdruck der einzelnen Drogen geschaffen wird, kann das kriminaltechnische Profiling dazu beitragen, dass die Hersteller leichter ermittelt und die Vertriebswege besser abgebildet werden können. Weitere Tätigkeiten der Kommission bezüglich der Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und drogenspezifischer Forschungsarbeiten werden an anderer Stelle in diesem Kapitel beschrieben. Der erste umfassende Fortschrittsbericht zur Umsetzung des aktuellen Drogenaktionsplans der EU (2009-2012) wird Ende 2010 veröffentlicht.

Zivilgesellschaft und Drogenpolitik

Die dritte Sitzung des von der Europäischen Kommission mitgegründeten Europäischen Drogenforums der Zivilgesellschaft fand im März 2009 statt. Eines der beiden Hauptthemen auf der Tagesordnung war die Europäische Aktion Drogen (siehe unten). Das andere Hauptthema betraf die künftige Entwicklung des Europäischen Drogenforums, wobei in der Diskussion in erster Linie auf praktische Aspekte wie die Auswahl der Teilnehmer und die Organisation von Sitzungen eingegangen wurde. Auf der Sitzung wurde auch die künftige Rolle des Drogenforums erörtert, indem diskutiert wurde, ob das Drogenforum auch weiterhin als Plattform zum informellen Austausch dienen oder als formales Beratungsgremium der Europäischen Kommission fungieren soll.

Eine weitere Maßnahme zur Mobilisierung und Einbeziehung der Zivilgesellschaft ist die Europäische Aktion Drogen der Europäischen Kommission. Im Rahmen dieses Projekts werden Behörden, Einrichtungen, Verbände, Nichtregierungsorganisationen, Unternehmen sowie auch Einzelpersonen dazu eingeladen, ihren Beitrag zu einer konkreten Aktion im Drogenbereich zu leisten. Auf diese Weise möchte das Projekt der Zivilgesellschaft eine Plattform bieten, die dazu dient, für Drogen und die mit dem Konsum verbundenen Risiken zu sensibilisieren, und die den Dialog und den Austausch vorbildlicher Verfahren fördern soll. Bis Anfang März 2010 hatten

⁽¹⁾ Europa-Pressemitteilung MEMO/09/548.

⁽²⁾ SEC(2009) 1090 final.

⁽³⁾ 13405/09 CORDROGUE 63.

bereits rund 640 Bewerber ihre Hilfe im Rahmen dieser Aktion angeboten.

Die Mobilisierung der Zivilgesellschaft sollte ebenfalls einer der wesentlichen Grundsätze der kommenden EU-Drogenstrategie sein ⁽⁴⁾. Dies wurde im vom Europäischen Rat verabschiedeten Stockholmer Programm festgehalten. Das Programm bildet für die Jahre 2010 bis 2014 einen Rahmen für Maßnahmen der EU in den Bereichen Bürgerschaft, Recht, Sicherheit, Asyl und Einwanderung in der EU als Raum der Freiheit, Sicherheit und des Rechts.

Nationale Drogenstrategien

Neue Entwicklungen

Drogenstrategien und Aktionspläne sind inzwischen unverzichtbare Instrumente der nationalen Drogenpolitik in Europa. Fast alle 30 Berichtsländer haben solche Dokumente zur Drogenpolitik verabschiedet und überarbeiten diese regelmäßig. Im Jahr 2009 verabschiedeten sieben Länder in Europa neue Drogenstrategien oder Aktionspläne (siehe Tabelle 1); weitere zwölf Länder befassten sich Anfang 2010 mit dem Entwurf neuer nationaler Dokumente zur Drogenpolitik ⁽⁵⁾.

Herausforderungen bei der Überarbeitung der Dokumente zur Drogenpolitik

Mehrere Länder haben vor Kurzem Verzögerungen bei der Überarbeitung ihrer nationalen Dokumente zur Drogenpolitik gemeldet ⁽⁶⁾. Fünf dieser Länder, deren Drogenstrategie oder Aktionsplan im Dezember 2008 ausgelaufen ist, hatten auch ein Jahr später noch keine neuen Dokumente verabschiedet (Italien, Lettland, Litauen, Portugal, Rumänien). Weitere Länder, deren Dokumente im Jahr 2009 ausgelaufen sind, haben im aktuellen Jahr ebenfalls noch keine neuen Dokumente vorgelegt. Infolgedessen nimmt in Europa erstmals seit Mitte der 90er-Jahre die Zahl der Länder ab, die eine gültige nationale Drogenstrategie oder einen entsprechenden Aktionsplan verfolgen.

Die Überarbeitung der Dokumente zur Drogenpolitik ist ein komplexer Prozess, der mehrere Schritte umfasst. Zunächst muss eine abschließende Evaluierung der bestehenden oder kürzlich abgelaufenen Strategie bzw. des Aktionsplans erfolgen ⁽⁷⁾. Interessenvertreter und unter Umständen auch die Öffentlichkeit werden in der Entwicklungsphase für die neue Strategie ebenfalls konsultiert. Da im Zuge der Drogenstrategien und Aktionspläne die Rollen mehrerer Regierungsabteilungen koordiniert werden müssen, sind bei der Erarbeitung solcher Dokumente häufig mehrere Entwürfe bei

Tabelle 1: Im Jahr 2009 verabschiedete Dokumente zur Drogenpolitik

Land	Name des Dokuments	Zeitspanne	Geltungsbereich	Anmerkungen
Bulgarien	Nationale Strategie zur Bekämpfung der Drogenproblematik	2009-2013	Illegale Drogen	Ergänzt durch einen Aktionsplan (2009-2013)
Irland	Nationale Drogenstrategie – vorläufig	2009-2016	Illegale Drogen	Wird ersetzt durch eine neue Strategie zum Substanzmissbrauch (einschließlich Alkohol)
Spanien	Nationale Drogenstrategie	2009-2016	Illegale Drogen, Alkohol und Tabak	Ergänzt durch einen Aktionsplan (2009-2012)
Zypern	Nationale Drogenstrategie	2009-2012	Illegale Drogen	
Ungarn	Nationale Strategie zur Bekämpfung der Drogenproblematik	2010-2018	Illegale Drogen	Wird ergänzt durch Aktionspläne
Slowakei	Nationale Drogenstrategie	2009-2018	Illegale Drogen	Wird ergänzt durch Aktionspläne
Kroatien	Aktionsplan zur Bekämpfung des Missbrauchs von Suchtstoffen	2009-2012	Illegale Drogen	Zweiter Aktionsplan im Rahmen der nationalen Strategie 2006-2012

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽⁴⁾ Die beiden anderen wesentlichen Grundsätze sind die verbesserte Zusammenarbeit mit Drittländern und die Verbesserung der Forschung und der Informationsverbreitung.
⁽⁵⁾ Estland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Polen, Portugal, Rumänien, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei.
⁽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.
⁽⁷⁾ Siehe Kasten „Nationale Drogenstrategien und Aktionspläne“.

verschiedenen Ministerien einzureichen. Abschließend müssen die politischen Dokumente noch von der Regierung bzw. dem Parlament genehmigt werden. Jüngsten Berichten zufolge kann dieser Vorgang bis zum vollständigen Abschluss zwischen sechs Monaten und zwei Jahren dauern. Demgegenüber liegt die durchschnittliche Gültigkeitsdauer der nationalen Dokumente zur Drogenpolitik in der Regel bei vier bis acht Jahren. Daraus ergibt sich, dass – um dem Zeitplan entsprechend rechtzeitig ein Ergebnis zu erhalten – der Überarbeitungsprozess zuweilen bereits nach der Hälfte der Gültigkeitsdauer der alten Dokumente oder zumindest einige Monate vor Ablauf der geltenden Dokumente aufgenommen werden sollte. Die abschließenden Evaluierungen können jedoch erst erfolgen, wenn die Strategie oder der Aktionsplan abgeschlossen sind; in einigen Fällen, wie bei der Bewertung der Auswirkungen anhand epidemiologischer oder anderer Daten, kann dies sogar noch später der Fall sein.

Die Europäische Union und einige andere europäische Länder standen vor Kurzem vor der Herausforderung, die abschließende Evaluierung eines bestehenden politischen Dokuments nahezu gleichzeitig mit der Erarbeitung des Nachfolgedokuments durchführen zu müssen. Da eine solche Situation in den kommenden Jahren leicht wieder auftreten kann, wurden einige Vorschläge gemacht, wie dies in Zukunft besser gehandhabt werden kann. Eine Möglichkeit wäre die Einführung eines Übergangsjahres zwischen zwei aufeinanderfolgenden Plänen oder Strategien, in dem sich die Länder ausschließlich der Evaluierung und Überarbeitung widmen können.

Verbindungen zwischen Drogen- und Alkoholstrategien

Der Konsum mehrerer Substanzen – der sogenannte polyvalente Drogenkonsum oder Mischkonsum – ist unter den Drogenkonsumenten in Europa weit verbreitet; dabei umfassen fast alle Muster des polyvalenten Konsums auch den Konsum von Alkohol (EBDD, 2009d). Fachkräften aus den Bereichen Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und soziale Reintegration ist diese Überschneidung von Drogen- und Alkoholproblemen bewusst, und sie arbeiten an praktischen Lösungen, mit denen beide Probleme gleichzeitig angegangen werden können. Auf politischer Ebene hingegen erscheint dieses Problem weitaus komplexer (Muscat, 2008).

Eine Überprüfung der in Europa angewandten Drogen- und Alkoholstrategien ergab auf Ebene der einzelnen Länder zahlreiche verschiedene Ausgangssituationen: In einigen Ländern sind überhaupt keine einzelstaatlichen Strategien vorgesehen; in anderen Ländern wiederum gibt

es beispielsweise zwar eine Strategie zu illegalen Drogen, nicht jedoch in Bezug auf Alkohol, oder auch separate voneinander unabhängige Strategien sowohl für Drogen als auch für Alkohol, zwei miteinander verbundene Strategien oder ein politisches Dokument, in dem sowohl Drogen als auch Alkohol abgedeckt sind. Darüber hinaus ist keine eindeutige Tendenz hin zu einem der genannten Modelle zu erkennen. Während einige Länder nun offenbar dazu übergehen, neben der Drogenstrategie auch eine Strategie für Alkohol aufzunehmen (Europäische Kommission, 2009b), haben andere Länder den Geltungsbereich ihrer nationalen Dokumente zur Drogenpolitik ausgedehnt (Irland beispielsweise hat beschlossen, die Alkoholproblematik in eine neue Strategie zum Drogenmissbrauch aufzunehmen).

Das Fehlen eines gemeinsamen europäischen Modells und die festgestellten Tendenzen weisen auf die zahlreichen Probleme hin, mit denen sich die Regierungen bei der Erarbeitung von Strategien zum Drogenmissbrauch konfrontiert sehen. Für eine Nichtharmonisierung der Strategien spricht die Notwendigkeit, spezifische alkoholbezogene Probleme anzusprechen, die im Allgemeinen jedoch anders einzuordnen sind als Probleme im Zusammenhang mit illegalen Drogen, oder auch die Berücksichtigung der rechtlichen Grenzen zwischen legalen und illegalen Drogen. Im Gegensatz dazu machen die schwerwiegende Alkoholproblematik unter den Konsumenten illegaler Drogen oder die Notwendigkeit, neue Ansätze im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu schaffen, die sich nicht auf einzelne Substanzen, sondern auf die Lebensführung und die Verhaltensweisen solcher Personen konzentrieren, eine kombinierte Strategie dringend erforderlich. Diese gegensätzlichen Ansätze haben in einigen Ländern zu pragmatischen Lösungen geführt, wie etwa zur Verknüpfung der einzelnen Drogen- und Alkoholstrategien im Rahmen einer übergeordneten Strategie für die öffentliche Gesundheit oder über eine einheitliche Koordinierungsbehörde für Drogen und Alkohol (z. B. in Portugal). Die künftige Arbeit in diesem Bereich besteht in der Bewertung der Qualität verschiedener Modelle zur Verknüpfung der Drogen- und Alkoholstrategien in Europa.

Öffentliche Ausgaben und soziale Kosten

Die öffentlichen Ausgaben für alle Aspekte des Drogenphänomens in Europa beliefen sich im Jahr 2005 auf schätzungsweise 34 Mrd. EUR (EBDD, 2008d). Dieser Wert umfasst auch die ausdrücklich als für den Drogensektor bestimmt gekennzeichneten Ausgaben, die die Regierung für Aufgaben in diesem Bereich vorgesehen

Evaluierung der nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne

Die europäischen Länder nehmen mittlerweile im Allgemeinen eine abschließende Überarbeitung oder Evaluierung ihrer nationalen Drogenstrategien oder Aktionspläne vor. Hierbei soll in der Regel geprüft werden, in welchem Ausmaß die vorgesehenen Maßnahmen realisiert worden sind; darüber hinaus können auf diese Weise Änderungen hinsichtlich der Gesamtsituation der Drogenproblematik ermittelt werden. Die erzielten Ergebnisse fließen dann in den Erarbeitungsprozess für die nächste Strategie bzw. den nächsten Aktionsplan ein.

In einigen Ländern werden zunächst die Logik, die Relevanz und die interne Konsistenz des entsprechenden Dokuments bewertet. Die inhaltliche Analyse, zuweilen unter Erstellung von Problemdiagrammen in Baumform oder von logischen Übersichtsrahmen, wird herangezogen, um die der Strategie zugrunde liegende Theorie zu erläutern, aber auch, um Inkonsistenzen hinsichtlich Zielsetzungen, Maßnahmen und Bedürfnissen zu ermitteln.

Die Umsetzung der in den politischen Dokumenten vorgesehenen Maßnahmen wird anhand anderer Methoden bewertet. In einigen Ländern werden die Daten in der Regel von den für die Umsetzung zuständigen Institutionen bereitgestellt. In anderen Ländern wiederum werden die entsprechenden Leistungsanbieter oder regionalen Behörden dazu aufgefordert, einen Fragebogen auszufüllen, in dem sie den Grad der Umsetzung und zuweilen auch in diesem Zusammenhang aufgetretene Schwierigkeiten angeben.

Die meisten Prüfer sind sich der Schwierigkeiten bei der Darstellung der Auswirkungen der Drogenstrategie auf die Drogenproblematik bewusst. Dennoch werden im Zusammenhang mit der Überprüfung der Drogensituation anhand von epidemiologischen Indikatoren und anderen Daten aus dem Bereich der Gesundheit und der Strafverfolgung meist Versuche unternommen, eine Verbindung zwischen verschiedenen politischen Elementen und den beobachteten Veränderungen bei der Drogenproblematik herzustellen. Selten umfasst eine solche Analyse jedoch einen europäischen Vergleich, was dazu geführt hat, dass einige Länder den beobachteten Rückgang des Cannabiskonsums auf die Inhalte ihrer nationalen Drogenstrategien zurückgeführt haben, obgleich die Daten auf eine weiterreichende internationale Tendenz hindeuten.

Die Interpretation der Daten ist einer der wichtigsten Schritte der Evaluierung. In einigen Ländern obliegt diese Aufgabe ausschließlich den nationalen Drogenkoordinationsstellen, während in anderen Ländern externe Evaluierungsstellen, Sonderkommissionen oder Expertengruppen damit betraut werden, die erforderlichen Daten zusammenzustellen, die Ergebnisse zu bewerten und Empfehlungen für die nächste Strategie bzw. den nächsten Aktionsplan zu erarbeiten.

und als solche im Haushaltsplan angegeben hat. Diese Ausgaben für den Drogensektor werden in der offiziellen Finanzberichterstattung erfasst. Beim größten Teil der drogenbezogenen Ausgaben handelt es sich jedoch um sogenannte versteckte Ausgaben, die in den nationalen Haushaltsplänen nicht als Ausgaben für den Drogensektor gekennzeichnet sind. Diese versteckten Ausgaben müssen durch eine Kostenmodellrechnung ermittelt werden.

Lediglich zu den ausdrücklich für den Drogensektor bestimmten Ausgaben liegen Daten für mehrere Jahre vor. Im Jahr 2008 haben 22 EU-Mitgliedstaaten Gesamtausgaben für den Drogensektor in Höhe von 4,2 Mrd. EUR gemeldet. In den 16 Ländern, die sowohl für 2005 als auch für 2008 Daten vorgelegt haben, sind die für den Drogensektor bestimmten Ausgaben von 2,10 Mrd. EUR auf 2,25 Mrd. EUR gestiegen. Der Anteil dieser Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt ging in neun Ländern zurück, erhöhte sich in sechs Ländern und blieb in einem Land unverändert⁽⁸⁾.

Die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor können entsprechend der internationalen Klassifikation der Aufgabenbereiche des Staates (COFOG) aufgeschlüsselt werden. Von den gesamten, ausdrücklich für den Drogensektor bestimmten Ausgaben, die von sieben der Länder aufgeschlüsselt worden sind (1,82 Mrd. EUR), bezog sich der größte Teil auf zwei Regierungsbereiche: Gesundheit (60%) und Öffentliche Ordnung und Sicherheit, also Polizei, Gerichte, Haftanstalten (34%). Dieses Ungleichgewicht ist durch die Tatsache zu erklären, dass die Ausgaben für die öffentliche Ordnung und Sicherheit in der Regel als versteckte Ausgaben in breiter angelegte, allgemeinere Programme zur Bekämpfung der Kriminalität eingebettet zu sein scheinen (EBDD, 2008d).

Soziale Kosten des Drogenkonsums

Bei der Ermittlung der sozialen Kosten des Drogenkonsums wird offenbar, welche Einsparungen durch die Einstellung des Drogenkonsums möglich wären; außerdem können so die verschiedenen Komponenten der Kosten sowie der Umfang des Beitrags jedes Sektors in der Gesellschaft ermittelt werden. Diese Informationen können bei der Bestimmung der Finanzierungsprioritäten hilfreich sein. Die öffentlichen Ausgaben stellen als direkte Kosten aus Sicht der Regierung nur einen Bruchteil der sozialen Kosten dar. Die sozialen Kosten umfassen auch indirekte Kosten (z. B. die Beeinträchtigung der Produktivität infolge von Morbidität und Mortalität) sowie Kosten privater Interessenvertreter (z. B. im Bereich der privaten Gesundheitsleistungen).

⁽⁸⁾ Siehe Tabelle PPP-10 im Statistical Bulletin 2010.

Erhebungen zu den sozialen Kosten sind sehr zeit- und kostenintensiv. Aus diesem Grund liegen nur wenige Informationen zu den sozialen Kosten des Drogenkonsums in Europa vor. Vor Kurzem wurden für Finnland und das Vereinigte Königreich (Schottland) Schätzungen bezüglich der sozialen Kosten des Drogenkonsums vorgelegt. Die direkten Kosten im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen und dem Medikamentenmissbrauch wurden für Finnland für das Jahr 2007 auf 200 bis 300 Mio. EUR geschätzt. Die indirekten Kosten wurden für das gleiche Jahr auf 500 Mio. EUR bis 1,1 Mrd. EUR geschätzt. Die Sozialabgaben machten dabei mit rund einem Drittel den größten Teil der gesamten direkten Kosten aus, gefolgt von den Kosten für die Durchsetzung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit mit rund einem Viertel. Der größte Teil der indirekten Kosten entfiel auf den Verlust des Lebens durch vorzeitigen Tod.

In Schottland wurden den jüngsten Schätzungen zufolge für das Jahr 2006 die wirtschaftlichen und sozialen Kosten des Drogenmissbrauchs mit 5,1 Mrd. EUR beziffert. Die Hälfte dieser Kosten wurde den allgemeineren sozialen Kosten zugeordnet, einschließlich der Kosten für Opfer von Straftaten durch problematische Drogenkonsumenten und des seelischen Schmerzes, den die Angehörigen von Konsumenten, die infolge ihrer Drogensucht gestorben sind, erleiden müssen. 96 % der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Kosten entfielen auf den problematischen Drogenkonsum und nur 4 % auf den Drogenkonsum im Freizeitmilieu.

Einzelstaatliche Rechtsvorschriften

Die meisten europäischen Länder berücksichtigen oder erwägen in ihren nationalen Rechtsrahmen die Unterscheidung zwischen verschiedenen Drogenarten. Jüngstes Beispiel hierfür ist das neue Strafgesetzbuch der Tschechischen Republik, das vorschreibt, dass Vergehen im Zusammenhang mit dem Besitz und dem persönlichen Gebrauch von Cannabis oder seinem aktiven Wirkstoff THC mit einer geringeren Gesamtstrafe zu belegen sind als Vergehen im Zusammenhang mit anderen Substanzen. Eine ähnliche Option wurde im Jahr 2009 auch in Estland erörtert, bei einer Befragung von Sachverständigen durch das Justizministerium sprachen sich jedoch zehn der 13 Befragten gegen eine substanzbasierte Unterscheidung hinsichtlich der Vergehen aus, und einer Gesetzesänderung wurde somit eine Absage erteilt. In den Niederlanden nahm die Regierung die Empfehlung des Drogenberatungsausschusses bezüglich der Überprüfung der Anzahl der Listen an.

Die Rechtsvorschriften in der Europäischen Union sehen eine breite Palette an Unterscheidungen und Kontrollmechanismen vor, je nachdem, in welchem Umfang die entsprechende Substanz aufgrund ihrer kommerziellen, industriellen oder medizinischen Eigenschaften für die legale Vermarktung und den legalen Verkauf bestimmt ist. Ein erstes Set an Optionen umfasst Kontrollen jenseits der Drogengesetzgebung, die in drei Kategorien unterteilt werden können: freier Verkauf, eingeschränkter Verkauf ohne medizinische Überwachung und eingeschränkter Verkauf mit medizinischer Überwachung. In der ersten Kategorie kommt das Verbraucherschutzgesetz zur Anwendung, um den Verkauf bestimmter Waren, z. B. möglicherweise psychoaktiver Substanzen über sogenannte „Smart-Shops“ oder auch neuer bzw. noch nicht kontrollierter Substanzen, zu steuern. Die zweite Kategorie betrifft Beschränkungen wie eine Altersbegrenzung bei den Käufern und zuweilen auch den Konsumenten oder eine Lizenzierung der Verkaufsstellen. Dazu zählt die Kontrolle von alkoholischen Produkten und Tabakprodukten, kann jedoch auch den Verkauf von Cannabis in den niederländischen Coffee-Shops sowie den Verkauf bestimmter flüchtiger Stoffe beispielsweise im Vereinigten Königreich betreffen. Die dritte Kategorie umfasst Gesetze, die den Verkauf von Produkten in der Apotheke regeln, einschließlich rezeptfreier Husten- und Erkältungsmittel und verschreibungspflichtiger Medikamente. In den vergangenen Jahren haben die Tschechische Republik und das Vereinigte Königreich den Verkauf von Erkältungsmitteln mit dem Inhaltsstoff Pseudoephedrin beschränkt, da diese Mittel zu Herstellung illegaler Amphetamine verwendet werden. Auch in Österreich wurde die Arzneimittelgesetzgebung wirksam umgesetzt, indem der Verkauf von „Spice“-Produkten ohne eine Kriminalisierung der Konsumenten beschränkt wurde (EBDD, 2009a).

Die Drogengesetzgebung bietet noch eine Reihe weiterer Optionen zur Unterscheidung von Substanzen. Diese Optionen können als eine Art „Unterscheidungspyramide“ dargestellt werden (Ballotta et al., 2008). An der Basis steht das Unterscheidungssystem anhand der Klassifizierung nach Gesetz. Das Strafmaß für Verstöße gegen die Drogengesetzgebung variiert offiziell entsprechend der Einstufung oder der Schädlichkeit der jeweiligen Substanz; dies ist in Listen festgelegt, die entweder in den jeweiligen Gesetzen enthalten oder direkt mit diesen verbunden sind. In Bulgarien, den Niederlanden, Portugal, Rumänien, dem Vereinigten Königreich und Zypern beispielsweise sind die Strafverfolgungsbehörden gesetzlich dazu verpflichtet, bei Verstößen nach der Art der Droge zu unterscheiden;

Wirtschaftliche Rezession und Drogenprobleme

Die Europäische Kommission (2009a) schätzt, dass der gegenwärtige Wirtschaftsabschwung mit der wirtschaftlichen Rezession in den 1930er-Jahren vergleichbar ist. Im Jahr 2009 fiel das Bruttoinlandsprodukt (BIP) der EU-Mitgliedstaaten um 4,0% und somit deutlich stärker als in früheren Krisen. Auch die Arbeitsmärkte in der EU mussten drastische Einbrüche verzeichnen: Die Arbeitslosenrate stieg von 6,7% im Jahr 2008 um rund ein Drittel an und wird im Jahr 2010 voraussichtlich auf 11% steigen. Die Zahl der Beschäftigten fiel ebenfalls deutlich ab: Wurden im Zeitraum 2006 bis 2008 noch 9,5 Millionen neue Stellen geschaffen, wird für die Jahre 2009 und 2010 ein Arbeitsplatzverlust von 8,5 Millionen Stellen erwartet.

Auf der 2010 stattfindenden Konferenz der International Society for the Study of Drug Policy (Internationale Gesellschaft zur Überwachung der Drogenpolitik, ISSDP) wurden die Auswirkungen einer wirtschaftlichen Rezession auf den Drogenkonsum und die drogenbezogene Problematik erörtert. Die Teilnehmer kamen unter anderem zu dem Schluss, dass zahlreiche wirkungsbezogene Mechanismen gegeben sind. Beispielsweise ist es möglich, dass immer mehr arbeitslose Jugendliche Drogen verkaufen und so die Verfügbarkeit und den Konsum von Cannabis unter ihren Altersgenossen steigern. Einige junge Erwachsene konsumieren möglicherweise Drogen, um mit dem Stress und den wirtschaftlichen Schwierigkeiten fertig zu werden, denen sie sich gegenübersehen; gleichzeitig könnte ein geringeres Einkommen jedoch dazu führen, dass die Konsumenten ihre Ausgaben für Drogen verringern. Die Faktoren können sich auch auf bereits bestehende drogenbezogene Probleme auswirken, und zwar sowohl unmittelbar (ärmere Konsumenten könnten sich einer wirkungsvolleren, aber auch riskanteren Möglichkeit des Konsums zuwenden) als auch mittelbar (Kürzungen der öffentlichen Ausgaben könnten zu einer geringeren Verfügbarkeit von Diensten führen).

Die vollständige Bewertung der Auswirkungen der gegenwärtigen wirtschaftlichen Rezession nimmt eine gewisse Zeit in Anspruch, insbesondere aufgrund der vorstehend genannten zahlreichen Mechanismen und der Tatsache, dass die Auswirkungen erst im Laufe der Jahre sichtbar werden. Regierungen, die eine Kürzung der Ausgaben im Drogenbereich planen, müssen bei ihrer Entscheidung jedoch die Kostenwirksamkeit bestehender Maßnahmen berücksichtigen.

in Lettland, Malta und Spanien wird das Strafmaß nur bei einer Anklage wegen Drogenhandels variiert. Auf der zweiten Ebene der Pyramide können die Drogen einheitlich klassifiziert sein, das Gesetz sieht jedoch für den Besitz von Cannabis in geringen Mengen für den Eigenverbrauch ohne erschwerende Umstände Ausnahmen in Form eines geringeren Strafmaßes vor; dies ist beispielsweise in Belgien, Irland, Luxemburg

und der Tschechischen Republik der Fall. Auf der dritten Ebene werden aus strafrechtlichen Ermessensgründen oder anhand von Präzedenzfällen Unterscheidungen gemacht. In Dänemark beispielsweise sieht eine Richtlinie für die Generalstaatsanwaltschaft je nach Art der Substanz unterschiedlich hohe Strafen für den Besitz von Drogen vor; in Deutschland hingegen geht aus einem Urteil des Verfassungsgerichts hervor, dass aufgrund des verfassungsrechtlichen Schutzes vor übermäßiger Bestrafung bei geringfügigen Vergehen wie dem Besitz von Cannabis für den Eigenverbrauch geringere Strafen zu verhängen sind.

An der Spitze der Unterscheidungspyramide steht das strafrechtliche oder richterliche Ermessen bei der Umsetzung der Gesetze. Die Art der Substanz ist hierbei eines der Kriterien, die darüber entscheiden, ob ein Vergehen weiter strafrechtlich verfolgt oder ob eine geringere Strafe verhängt wird. Trotz eingeschränkter Datenlage ist die EBDD zu dem Schluss gekommen (2009e), dass die verhängten Strafmaße auch bei einer gesetzlichen Gleichstellung aller Arten von Drogen in der gegenwärtigen Praxis durchaus voneinander abweichen können. In der Tschechischen Republik werden alle Arten von Drogen vor dem Gesetz als gleichwertig angesehen: Bei Verstößen im Zusammenhang mit Heroin wurde in 44% der Fälle eine Gefängnisstrafe verhängt, bei Pervitin (Methamphetamin) lag der Anteil der Gefängnisstrafen bei 39% und bei Cannabis bei lediglich 11%. Im Vereinigten Königreich beträgt das durchschnittliche Strafmaß bei jenen Personen, die wegen Drogenbesitzes zu einer sofortigen Haftstrafe verurteilt wurden, bei Kokain fünf Monate, bei Ecstasy sieben Monate und bei Heroin zehn Monate. Die durchschnittlichen Strafen für Drogenhandel (mit Ausnahme von Einfuhr und Ausfuhr) betragen 29 Monate für Ecstasy und 37 Monate für Kokain und Heroin. Dennoch werden alle drei Substanzen der gleichen Klasse zugeordnet. Dies legt den Schluss nahe, dass die Justiz – anders als die Rechtsvorschriften – verschiedenen Drogen ein unterschiedliches Maß an Schädlichkeit beziehungsweise strafrechtlicher Relevanz beimisst.

Schwellenmengen, mit deren Hilfe die Verstöße, beispielsweise wegen des Besitzes für den persönlichen Gebrauch, abgegrenzt werden können, stellen auf allen Ebenen der Pyramide ein zusätzliches Unterscheidungselement dar. In der jüngsten „Topic Overview (Themenübersicht)“ der EBDD zu Schwellenwerten sind wesentliche Unterschiede in den rechtlichen Grundlagen und bezüglich der Mengen der entsprechenden Substanzen aufgeführt. Diese Schwellenwerte können entweder in der Gesetzgebung

oder im Rahmen von Erlassen der Regierung oder der Ministerien verankert werden (z. B. Griechenland, Italien, Litauen, Österreich, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern), in Leitlinien für die Strafverfolgung (Dänemark, Finnland, Niederlande und Norwegen), in beiden Quellen (Belgien und Portugal) oder sogar in Leitlinien zum Strafmaß (Finnland) enthalten sein. Die Schwellenwerte für ähnliche Vergehen können sich von Land zu Land unterscheiden: In Litauen beispielsweise wird bei Delikten wegen des Besitzes von Cannabis bereits schon bei geringsten Mengen die strafrechtliche Verfolgung aufgenommen, in vielen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland geschieht dies jedoch erst ab einer Besitzmenge von 6 Gramm. Darüber hinaus lassen die Schwellenwerte keinerlei Konsistenz hinsichtlich der Beziehung zwischen den einzelnen Drogenarten erkennen. So kann der festgelegte Wert für das Gewicht von Cannabis das Drei- (Zypern) bis Zehnfache (Niederlande) des Gewichts von Heroin betragen. Der Schwellenwert für die Menge von Kokain kann entweder genauso hoch sein wie für Heroin (z. B. in Dänemark) oder auch zehnmals höher liegen (z. B. in Lettland).

Insgesamt scheint die Unterscheidung der einzelnen Drogenarten in den EU-Mitgliedstaaten nicht ausschließlich eine Sache der formalen Klassifizierung im Sinne der Drogengesetzgebung zu sein. Vielmehr stützt sie sich auch auf die Gesetze zur Drogenkontrolle, die Leitlinien für die Strafverfolgung, juristische Präzedenzfälle, die festgelegten relativen Schwellenwerte und die Haltung der Justiz hinsichtlich der Umsetzung der Gesetze.

Drogenspezifische Forschungsarbeiten

Stärkung der Forschungskapazitäten der EU

Die Stärkung der Forschungskapazitäten im Drogenbereich wurde in den letzten Jahren in die europäische Agenda aufgenommen. Im Jahr 2008 finanzierte die Europäische Kommission eine „Vergleichende Untersuchung der Forschungstätigkeiten im Bereich der illegalen Drogen in der Europäischen Union“⁽⁹⁾, und im September 2009 organisierte sie eine Konferenz, auf der verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung der drogenspezifischen Forschungskapazitäten in der Europäischen Union erörtert wurden. Diese Studie und die Diskussionen boten zahlreiche wichtige Einblicke in die Art und Weise der drogenspezifischen Forschung in Europa.

Der Großteil der drogenbezogenen Forschung wird von den Mitgliedstaaten durchgeführt, die ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechend bestimmte

Forschungsprioritäten festlegen. Dies erfolgt in der Regel ohne eine kohärente Strategie für die drogenspezifische Forschung mit einer zielgerichteten finanziellen Unterstützung. Vielmehr sind drogenbezogene Forschungsarbeiten normalerweise in Programme zur Gesundheit, zur Sozialwissenschaft oder zu anderen Aspekten eingebettet. Darüber hinaus widmet sich die Forschung eher der Epidemiologie und der Evaluierung von Maßnahmen, während das Drogenangebot, die Reduzierung des Drogenangebots und die Evaluierung der bestehenden Politik in diesem Bereich eher unterrepräsentiert sind. Insgesamt mangelt es bei der Koordinierung von Politik, Forschung und Praxis zudem an einem kohärenten langfristigen Ansatz. Die nationalen Forschungsaktivitäten werden durch das Siebte Rahmenprogramm der Europäischen Gemeinschaft für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration (2007-2013) ergänzt.

Dieser Einblick trug zu den Schlussfolgerungen des Rates zur Stärkung der Forschungskapazitäten der EU im Bereich der illegalen Drogen⁽¹⁰⁾ bei, in denen künftige Prioritäten festgelegt wurden: Forschungsarbeiten zur Ursache

Forschungsergebnisse und Sprachbarrieren

Die meisten, einer Begutachtung durch Fachkollegen unterzogenen Forschungsergebnisse werden in englischer Sprache veröffentlicht, was den Zugang zu diesen Ergebnissen für viele europäische Forscher, Fachkräfte und politische Entscheidungsträger einschränkt. Das Gleiche gilt auch für in Zeitschriften mit Peer Reviews veröffentlichte Artikel. Im Jahr 2008 waren der EBDD 27 solcher Zeitschriften bekannt, die in den Sprachen Dänisch, Deutsch, Französisch, Griechisch, Polnisch, Portugiesisch, Schwedisch, Spanisch, Tschechisch, Ungarisch und Norwegisch veröffentlicht werden. Viele Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen stellen ebenfalls Forschungsergebnisse in Form von Berichten zur Verfügung, die jedoch ausschließlich in der jeweiligen Landessprache vorliegen. Ein Großteil dieser Informationen bleibt daher einer begrenzten Zahl von Personen vorbehalten.

Die Tragweite von Sprachbarrieren wurde in der „Vergleichenden Untersuchung der Forschungstätigkeiten im Bereich der illegalen Drogen in der Europäischen Union“ betont, und auch im Rahmen der von der Kommission organisierten Konferenz „Bridging the research gap in the field of illicit drugs in the EU“ (Schließen der Forschungslücken im Bereich der illegalen Drogen in der EU) wurde diese Thematik erörtert. Um solche Barrieren zu überwinden, erstellte die EBDD in einem ersten Schritt einen thematischen Web-Bereich zur Forschung, in dem alle nationalen Studien mit Verknüpfungen zu veröffentlichten und unveröffentlichten Berichten aufgelistet sind.

⁽⁹⁾ Die Dokumente und Präsentationen der Konferenz, einschließlich eines vollständigen Berichts der Studie, sind auf der Konferenz-Website verfügbar.

⁽¹⁰⁾ Verfügbar unter Drug-related research (Drogenspezifische Forschungsarbeiten) auf der Website der EBDD.

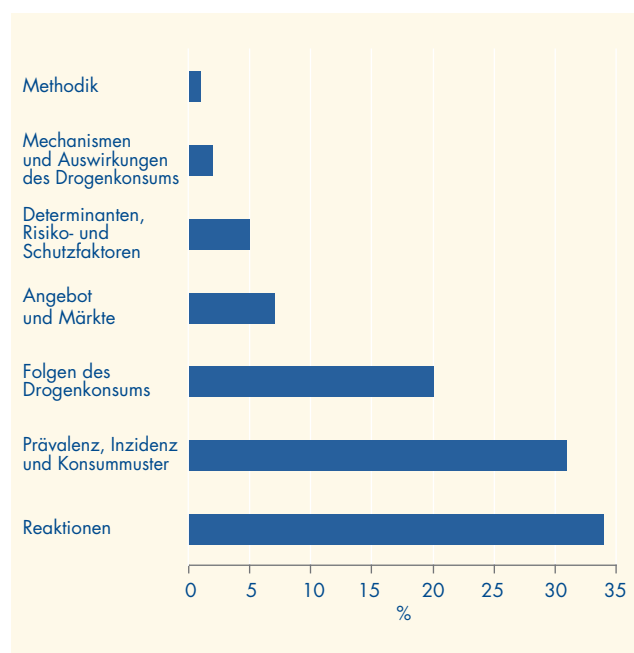
und Art von Drogenproblemen sowie zu Reaktionen darauf und eine Auswertung der Forschung hinsichtlich der Reduzierung von Angebot und Nachfrage. Die Mitgliedstaaten sind außerdem dazu aufgefordert, ihre Forschungskapazitäten und Koordinierungsmechanismen zu stärken und mit Unterstützung der Europäischen Union Möglichkeiten zu ermitteln, die im Zusammenhang mit dem Siebten Rahmenprogramm, dem ERA-NET-Programm (Netzwerke des Europäischen Forschungsraums) und den Marie-Curie-Stipendien zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sollten die Mitgliedstaaten und die Forschungsgemeinschaft aktiv zu Konsultationen über die künftige europäische Forschungspolitik und die künftigen Ziele der drogenspezifischen Forschung im Rahmen der kommenden EU-Drogenstrategie beitragen. Der Rat kam zudem darin überein, einen jährlich stattfindenden Austausch im Bereich der drogenspezifischen Forschung einzurichten, um so die grenzübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Damit erkannte er die Notwendigkeit an, den Zugang zu Forschungsergebnissen für politische Entscheidungsträger und Fachkräfte zu verbessern, und forderte die EBDD auf, über ihren thematischen Web-Bereich zur Forschung und über ihr „Best practice portal“ [Portal für vorbildliche Verfahren] Informationen und Ergebnisse zur drogenspezifischen Forschungsarbeit bereitzustellen und zu verbreiten.

Forschungsdaten aus den Mitgliedstaaten

In den nationalen Reitox-Berichten aus dem Jahr 2009 verwiesen die europäischen Länder auf mehr als 650 Forschungsprojekte, die zwischen 2007 und 2009 durchgeführt oder veröffentlicht wurden; die Anzahl der Projekte lag damit rund doppelt so hoch wie im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Diese Zunahme konnte in 26 der 29 Berichtsländer bestätigt werden. Die höchste Zahl an Forschungsprojekten wurde vom Vereinigten Königreich gemeldet (mehr als 100), gefolgt von Deutschland, den Niederlanden und Finnland (jeweils mehr als 50) sowie der Tschechischen Republik, Irland und Schweden (mehr als 30).

Wie bereits in den vergangenen Jahren entfiel ein Drittel der jüngsten Studien 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 (Abbildung 1). Im Vergleich zum Vorjahr wurden rund 40 Studien mehr zum Drogenangebot und zu den Drogenmärkten genannt. Dies ist größtenteils auf die von der EBDD im Jahr 2009 koordinierte spezifische Datenerhebung zu Cannabismärkten zurückzuführen, deutet jedoch auch auf ein wachsendes Interesse an Studien im Zusammenhang mit dem Angebot an Drogen hin.

Abbildung 1: Forschungsthemen in nationalen drogenbezogenen Studien, die in den nationalen Reitox-Berichten des Jahres 2009 genannt werden (prozentualer Anteil aller genannten Studien)



Anmerkung: 29 nationale Reitox-Berichte (2009) wurden auf Verweise auf drogenbezogene Studien im Zeitraum 2007 bis 2009 durchsucht. Die Studien wurden anhand des Kontextes, in dem sie genannt wurden, kategorisiert.

Quelle: Nationale Berichte des Reitox-Netzwerks (2009).



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 gleichzeitig 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 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. Die größten Herausforderungen bei den Präventionsstrategien stellen der Abgleich dieser verschiedenen Präventionsebenen mit dem Grad der Anfälligkeit der Zielgruppen dar (Derzon, 2007) sowie die Garantie, dass die Interventionen evidenzbasiert sind und genügend Reichweite haben.

Milieubezogene Strategien

Ziel der Verhältnisprävention ist die Veränderung des unmittelbaren kulturellen, sozialen, räumlichen und

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

In fast allen europäischen Ländern sind aktuell teilweise oder vollständige Rauchverbote in Kraft, und auch die Zigarettenwerbung wurde durch eine EU-Richtlinie aus dem Jahr 2003 (2003/33/EG) verboten. Vorschläge bezüglich eines Mindestpreises für Alkohol und eine Beschränkung der Werbung für Alkoholika werden in einigen europäischen Ländern ebenfalls erörtert. Bemühungen, an Schulen unter anderem durch strenge Vorschriften zum Substanzbesitz und -konsum ein positives und geschütztes Klima zu schaffen, wurden für das Jahr 2009 aus zehn EU-Mitgliedstaaten gemeldet. Nordeuropäische Länder haben zudem ein Konzept eines positiven und geschützten Umfelds auf Gemeinschaftsebene entwickelt, beispielsweise durch Aktionspläne der Gemeinden gegen den Alkoholmissbrauch.

Universale Prävention

Die universale Prävention hat ganze Bevölkerungsgruppen zum Gegenstand, vorwiegend an Schulen und auf Gemeinschaftsebene. Sie zielt darauf ab, den Erstkonsum und das Auftreten drogenbedingter Probleme zu verhindern oder zu verzögern, indem jungen Menschen die notwendigen Fähigkeiten vermittelt werden, um einen Einstieg in den Drogenkonsum zu vermeiden. Es ist erwiesen, dass gut durchdachte und strukturierte Maßnahmen für die universale Prävention durchaus wirksam sein können. Als jüngstes Beispiel hierfür kann ein kombiniertes Schul-Eltern-Programm in den Niederlanden angeführt werden, das zu einem

Rückgang des Alkoholkonsums geführt hat (Koning et al., 2009). Zu weiteren Maßnahmen, insbesondere zu Kampagnen in den Massenmedien, liegen kaum Nachweise über ihre Wirksamkeit vor, und einige Studien haben sogar einen gegenteiligen Effekt belegt. Dennoch meldet die Mehrheit der europäischen Länder aber noch immer, dass den Warnkampagnen entsprechende Ressourcen zugewiesen werden.

Universale schulbasierte Präventionsmaßnahmen werden, wenn auch in unterschiedlichem Umfang und mit unterschiedlichem Erfassungsgrad, aus allen europäischen Ländern gemeldet. Die Bereitstellung von Informationen gehört zu den am weitesten verbreiteten Maßnahmen, gefolgt von Schulungen zur Förderung der Lebenskompetenz. Strukturierte Maßnahmenprotokolle (Programme) sind jedoch noch immer relativ selten. Die Notwendigkeit, die universale schulbasierte Prävention weiter zu verbessern, wird in Europa zunehmend anerkannt. Elf EU-Mitgliedstaaten berichteten beispielsweise über Bemühungen, Standards für die Prävention festzulegen.

Selektive Prävention

Die selektive Prävention wirkt auf bestimmte Gruppen, Familien oder Gemeinschaften ein, in denen Menschen aufgrund ihrer schwachen sozialen Bindungen und knappen Ressourcen stärker gefährdet sind, Drogen zu konsumieren oder eine Abhängigkeit zu entwickeln. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Umsetzung experimenteller Evaluierungskonzepte sind bis jetzt nur wenige Nachweise für die Wirksamkeit der selektiven Prävention vorhanden. Dies gilt jedoch nicht für Maßnahmen in Bezug auf gefährdete Familien, die sich in verschiedenen Studien als wirksam erwiesen haben (Petrie et al., 2007). Die jüngsten Beispiele in diesem Bereich umfassen u. a. die Anpassung des Programms zur Stärkung der Familie (Strengthening Families Programme, SFP), das in Spanien evaluiert und als wirksam für die Reduzierung der Faktoren für den Drogenkonsum, wie disruptives Verhalten in der Schule oder Anzeichen einer Depression, eingestuft wurde. Das Vereinigte Königreich vermeldete ebenfalls positive Ergebnisse hinsichtlich der Verringerung der folgenden Aspekte in den 699 Familien, die bis dato sogenannte „Family Intervention Projects“ [Projekte für familienbasierte Maßnahmen] abgeschlossen haben: die Gefährdung von Kindern, gemeldete Fälle antisozialen Verhaltens, bildungsrelevante Probleme, Jugendkriminalität, häusliche Gewalt, geistige und körperliche Gesundheitsprobleme und Drogenmissbrauch.

Europäische Länder melden im Allgemeinen eine eingeschränkte Bereitstellung der selektiven Prävention, wobei die meisten Maßnahmen auf junge Straftäter, gefährdete Familien und ethnische Gruppen abzielen. Insgesamt lassen die Daten darauf schließen, dass sich der Abdeckungsgrad bei der selektiven Prävention in den vergangenen Jahren nicht erhöht hat. Bezüglich dieser Beobachtungen kann es in einigen Ländern Ausnahmen geben, wie etwa Maßnahmen für gefährdete Familien oder FreD, ein systematisches Maßnahmenprotokoll für jugendliche Straftäter, das aktuell in mehr als einem Drittel aller EU-Mitgliedstaaten umgesetzt wird.

Indizierte Prävention

Indizierte Prävention zielt darauf ab, Menschen mit Verhaltensstörungen oder psychischen Problemen zu ermitteln, aufgrund deren sie in ihrem späteren Leben einen problematischen Substanzkonsum entwickeln könnten, und für diese Menschen individuelle, spezifische Maßnahmen anzubieten. Programme zur indizierten Prävention werden in der Regel eher evaluiert und weisen ein hohes Maß an Wirksamkeit auf (EBDD, 2009c). Insgesamt sind in diesem Bereich jedoch nur wenige Maßnahmen vertreten; lediglich sechs Länder melden Maßnahmen für Kinder mit ADHS oder disruptiven Verhaltensstörungen, und zehn Länder berichten über Maßnahmen der Frühintervention und Beratung von Personen, die gerade erst damit begonnen haben, Drogen zu konsumieren. Eine der jüngsten Entwicklungen ist die „Cannabis-Show“ aus den Niederlanden, die auf einem bereits bestehenden Programm zur Prävention des Cannabiskonsums (unterhaltsame Sensibilisierung durch Gleichaltrige) aufbaut und in einer Schule für junge Menschen durchgeführt wird, die an Verhaltensauffälligkeiten oder anderen psychischen Störungen leiden.

Behandlung

In Europa stützt man sich bei der Behandlung von Drogenkonsumenten in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen, die opioidgestützte Substitutionstherapie und Entgiftung. Die Höhe der Anteile der unterschiedlichen Behandlungsformen in den einzelnen Ländern ist von mehreren Faktoren abhängig, unter anderem von der Organisation des nationalen Gesundheitssystems.

Es liegen keine Daten vor, die eine Beschreibung der gesamten Gruppe der Drogenkonsumenten in Europa erlauben, die sich gegenwärtig einer Drogenbehandlung

Erfahrungsgewinn aus Studien im Bereich der Prävention

Die Wirksamkeit der in Europa verbreiteten Präventionsmaßnahmen ist noch immer kaum erforscht⁽¹⁾. Die universale und die indizierte Prävention an Schulen erhalten in diesem Zusammenhang die meiste Aufmerksamkeit. Gleichzeitig findet eine Debatte bezüglich der Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse aus anderen Teilen der Welt, insbesondere aus den Vereinigten Staaten, auf den europäischen Kontext statt.

Die Studie EU-DAP, eine in sieben EU-Mitgliedstaaten durchgeführte multizentrische Interventionsstudie von rund 7 000 Schülern im Alter zwischen zwölf und 14 Jahren, leistet einen wichtigen Beitrag zur weiteren Entwicklung der Präventionsforschung und macht deutlich, dass die Maßnahmen sowohl innerhalb Europas als auch weltweit auf den unterschiedlichen Kontinenten zu ähnlichen Ergebnissen führen können.

Im Rahmen des auf zwölf Sitzungen ausgelegten schulbasierten Präventionsprogramms „Unplugged“ wurde nach einem Jahr ein deutlicher Rückgang des Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsumrisikos festgestellt. „Unplugged“ zielt darauf ab, die normativen Einstellungen gegenüber dem Substanzkonsum zu korrigieren und den Schülern gleichzeitig Schulungen zur Förderung der Lebenskompetenz und Informationen zu den verschiedenen Substanzen an die Hand zu geben. Bei einer Nachuntersuchung nach 18 Monaten konnten anhaltende positive Effekte auch bei Phasen des Alkoholrauschs und des regelmäßigen Konsums von Cannabis in den vergangenen 30 Tagen festgestellt werden, wohingegen die kurzfristige Wirkung bezüglich des täglichen Zigarettenkonsums langsam nachließ (Faggiano et al., 2010).

Eine Mediatorenanalyse hat ergeben, dass die erzielten Ergebnisse im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum in erster Linie auf die Korrektur der normativen Einstellung, der positiven Erwartungshaltung gegenüber der Substanz und der positiven Haltung gegenüber illegalen Drogen zurückzuführen ist. Weniger Wirkung hingegen zeigte die Stärkung der Fähigkeiten zur Kommunikation, der Entscheidungsfindung und der Ablehnung von Drogen.

Europäische und amerikanische Forscher führen gegenwärtig parallele Analysen von Daten aus EU-DAP und anderen Daten durch, um zu ermitteln, wie Kinder und Jugendliche in verschiedenen Zusammenhängen auf Präventionsmaßnahmen ansprechen. Die unterschiedlichen Einflüsse des Geschlechts, des sozialen Kontexts und der psychologischen Eigenschaften werden hierbei in besonderem Maße untersucht.

⁽¹⁾ Dies hat zur Gründung der European Society for Prevention Research (Europäische Gesellschaft für Präventionsforschung) geführt.

unterziehen. Informationen zu einer wichtigen Untergruppe dieser Bevölkerungsgruppe werden jedoch im Rahmen des Indikators „Behandlungsnachfrage“ der EBDD gesammelt, der Daten zu jenen Personen erfasst, die sich in spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtungen begeben⁽¹¹⁾. Im Jahr 2008 wurden mittels dieses Indikators rund 440 000 Drogenkonsumenten registriert, die sich einer Drogenbehandlung unterzogen; 40 % von ihnen haben sich dabei erstmals in Behandlung begeben.

Auf der Grundlage vieler verschiedener Quellen, einschließlich des Indikators „Behandlungsnachfrage“, geht eine konservative Schätzung davon aus, dass sich im Jahr 2007 in der Europäischen Union rund 1 Million Menschen wegen ihres illegalen Drogenkonsums in Behandlung begeben haben. Von diesen Personen hat mehr als die Hälfte eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung erhalten. Fast 80 % aller Drogenkonsumenten in Behandlung entfielen auf Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich.

Diese Schätzung bezüglich der Behandlung von Drogenkonsumenten in der Europäischen Union muss zwar noch verfeinert werden, lässt jedoch auf ein beträchtliches Behandlungsangebot schließen. Darüber hinaus wird der deutliche Zuwachs in Bezug auf die Bereitstellung von Behandlungsmöglichkeiten deutlich, der sich seit Mitte der 90er-Jahre im Zuge der Verbesserung der Verfügbarkeit und des Zugangs zu Drogenbehandlungen als Prioritäten im Bereich der Drogenpolitik entwickelt hat. In den vergangenen zwei Jahrzehnten konnten die immer stärkere Zunahme an spezialisierten ambulanten Behandlungsangeboten und die Entwicklung von aufsuchenden oder niedrigschwelligen Ansätzen beobachtet werden. Einige Länder haben die Substitutionsbehandlung verstärkt und zusätzliche Leistungsanbieter, z. B. Allgemeinärzte, eingebunden. Infolgedessen ist die Zahl derjenigen Europäer, die eine Substitutionsbehandlung erhalten, seit 1993 um rund das Zehnfache gestiegen⁽¹²⁾. Änderungen bei der Behandlung ergaben sich auch durch neue Patientengruppen, beispielsweise durch Konsumenten von Cannabis und anderen Stimulanzien, die sich in den vergangenen 15 Jahren verstärkt in Behandlung gegeben haben.

Während das Angebot an Behandlungsmöglichkeiten bei Drogensucht in vielen Ländern zugenommen hat und leichter zugänglich geworden ist, werden die Drogenkonsumenten durch bestimmte Hindernisse noch immer daran gehindert bzw. entmutigt, sich in Behandlung zu begeben oder zumindest eine andere

⁽¹¹⁾ Zum Indikator „Behandlungsnachfrage“ haben 29 Länder Daten aus spezialisierten Behandlungseinrichtungen übermittelt, wobei in den meisten Ländern mehr als 60 % der Einrichtungen erfasst wurden (siehe Tabelle TDI-7 im Statistical Bulletin 2010).

⁽¹²⁾ Siehe Abbildung HSR-2 im Statistical Bulletin 2010.

Form der Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Hindernisse umfassen verschiedene Regelungen, wie beispielsweise strenge Zulassungskriterien und Rechtsrahmen, Behandlungskosten, die die Patienten tragen müssen, den Mangel an ausreichend ausgebildetem Personal oder die geringe geografische Abdeckung hinsichtlich der Anbieter von Behandlungsmöglichkeiten. Weitere Hindernisse, denen sich Drogenkonsumenten, die eine Behandlung benötigen, gegenübersehen, umfassen unzureichende Öffnungszeiten der Behandlungszentren, das Erfordernis der täglichen Teilnahme und die fehlende Unterstützung bei der Betreuung von Kindern (z. B. bei der stationären Behandlung); diese Situationen stehen in starkem Kontrast zu der persönlichen und beruflichen Lebenssituation der Patienten. Persönliche Einstellungen und Vorurteile sowohl unter den Fachkräften als auch unter den Drogenkonsumenten bezüglich der Angemessenheit, der Wirkung und der Ergebnisse spezifischer Behandlungsansätze können den Zugang zu einer Behandlung ebenfalls einschränken.

Lange Wartezeiten bis zur Aufnahme einer Drogenbehandlung können Folge der Behinderung des Zugangs zu Behandlungen sein. Von nationalen Sachverständigen im Jahr 2008 vorgelegten Informationen zufolge sind die eingeschränkte Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten und der Mangel an Ressourcen sowie verfahrensbedingte Verzögerungen die wesentlichen Ursachen für die gegenwärtigen langen Wartezeiten, die jedoch bei den verschiedenen Behandlungsformen unterschiedlich hoch sind (siehe unten).

Ambulante Behandlung

Den verfügbaren Informationen zufolge haben sich im Jahr 2008 in Europa rund 383 000 Drogenkonsumenten in ambulante Behandlung begeben. Die meisten dieser Konsumenten begaben sich zur Behandlung in spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtungen; nur einige wenige Länder meldeten, dass die Konsumenten die Behandlung bei einem Allgemeinarzt oder in niedrigschwelligen Diensten aufgenommen haben. Mehr als die Hälfte, nämlich 53 % aller Patienten, die sich in Behandlung begeben, nennen Opioide und insbesondere Heroin als Primärdroge; 22 % geben Cannabis und 18 % Kokain als ihre Primärdroge an ⁽¹³⁾. Die meisten Drogenkonsumenten begeben sich aus eigenem Antrieb in Behandlung (36 %), ein etwas geringerer Anteil (20 %) wird aus Strafvollzugsanstalten in Behandlungseinrichtungen überwiesen. Die verbleibenden Patienten werden durch Sozial- und Gesundheitsdienste

Ausgewähltes Thema der EBDD zur Behandlung und Betreuung älterer Drogenkonsumenten

Die Zahl der älteren Drogenkonsumenten in Europa wird sich zwischen 2001 und 2020 vermutlich verdoppeln. Damit einhergehend müssen angemessene und innovative Ansätze für die Behandlung und Betreuung dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe geschaffen werden. In einem ausgewählten Thema, das die EBDD in diesem Jahr veröffentlicht hat, werden die Entwicklung und die Ursachen für dieses Phänomen einer immer stärker alternden Konsumentengruppe im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte untersucht. Die gesundheitlichen und sozialen Merkmale älterer Drogenkonsumenten werden ebenfalls dargestellt mit dem Ziel, die gegenwärtigen besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe zu ermitteln. Der Bericht schließt mit einem Überblick über die aktuellen Maßnahmen in Bezug auf ältere Drogenkonsumenten und die in den Mitgliedstaaten bestehenden vorbildlichen Verfahren.

Dieses ausgewählte Thema („Selected Issue“) ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder auf der Website der EBDD verfügbar.

oder informelle Netze überwiesen, einschließlich ihrer Familien und Freunde ⁽¹⁴⁾.

Patienten, 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. Ein etwas niedrigeres Durchschnittsalter ist dabei unter Erstpatienten und weiblichen Patienten zu beobachten. Darüber hinaus wird ein jüngeres Durchschnittsalter auch für Cannabiskonsumenten (25 Jahre) und Konsumenten anderer Stimulanzien als Kokain (29 Jahre) gemeldet, während Patienten mit einem höheren Durchschnittsalter primär Kokain (32 Jahre) oder Opioide (34 Jahre) konsumieren. Die durchschnittlich jüngsten Konsumenten werden aus der Tschechischen Republik (26 Jahre), die ältesten aus Spanien (33 Jahre) gemeldet ⁽¹⁵⁾. Die höchsten Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen wurden bei den Patienten verzeichnet, die sich wegen des Konsums von Cannabis (5:1) oder Kokain (4,8:1) in Therapie begeben, die niedrigsten Anteile für Konsumenten von anderen Stimulanzien als Kokain (2,2:1). Unabhängig von der Primärdroge sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den südeuropäischen Ländern besonders hoch, in den nordeuropäischen Ländern hingegen sind die Unterschiede am geringsten ⁽¹⁶⁾.

⁽¹³⁾ Siehe Tabelle TDI-19 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-16 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-10 und TDI-103 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-21 im Statistical Bulletin 2010.

In Europa stützt man sich bei der ambulanten Behandlung von Drogenkonsumenten in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen und die opioidgestützte Substitutionstherapie. Opioidkonsumenten erhalten beide Behandlungsformen häufig in Kombination. 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. Je nach Land wird diese Behandlungsform größtenteils von staatlichen Einrichtungen oder von Nichtregierungsorganisationen erbracht. Im Jahr 2008 schätzten Sachverständige aus neun der 27 Berichtsländer, dass für diese Form der Behandlung keine Wartezeiten bestehen. In zehn weiteren Ländern äußerten die nationalen Sachverständigen in Schätzungen, dass die durchschnittliche Wartezeit nicht mehr als einen Monat beträgt. In Norwegen wird die durchschnittliche Wartezeit auf zehn Wochen geschätzt, während in Dänemark gesetzlich vorgeschrieben ist, dass die Behandlung innerhalb von 14 Tagen aufgenommen werden muss. Sachverständige aus sieben Ländern konnten hierzu keine Schätzwerte vorlegen.

Die Substitutionsbehandlung 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 und zunehmend auch in Haftanstalten angeboten wird⁽¹⁷⁾. In allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen sind Substitutionsbehandlungen für Opioidkonsumenten verfügbar⁽¹⁸⁾. In der Türkei wurde die Substitutionsbehandlung bislang noch nicht eingeführt, obwohl sie 2004 im Rahmen einer Verordnung über Behandlungseinrichtungen erlaubt wurde. In den meisten 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. Diese Anbieter sind – auf verschiedenen Ebenen – in 13 Ländern vertreten.

Im Jahr 2008 haben in Europa schätzungsweise rund 670 000 Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten⁽¹⁹⁾. Sachverständige aus zehn der 26 Berichtsländer haben Schätzungen vorgelegt, dass für diese Behandlungsform keine Wartezeiten bestehen. In vier Ländern (Dänemark, Italien, Portugal,

Tschechische Republik) wurde die durchschnittliche Wartezeit auf weniger als einen Monat geschätzt. In der Tschechischen Republik bestehen Wartezeiten ausschließlich für Methadonpatienten, da hochdosiertes Buprenorphin dort im Rahmen der Therapie auch in allgemeinärztlichen Praxen verschrieben werden darf, auch wenn der Patient die Kosten hierfür selbst tragen muss. In weiteren vier Ländern (Ungarn, Rumänien, Finnland, Norwegen) belaufen sich die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen bis sechs Monate, während in drei Ländern (Bulgarien, Griechenland, Polen) Wartezeiten von mehr als einem Jahr bestehen. Von diesen drei Ländern meldet Griechenland eine durchschnittliche Wartezeit von 38 Monaten; im Jahr 2008 warteten dort den gemeldeten Daten zufolge 5 621 registrierte problematische Opioidkonsumenten auf den Zugang zu einer Substitutionsbehandlung. Die durchschnittlichen nationalen Wartezeiten können regionale Abweichungen jedoch in hohem Maß verschleiern. In Irland beispielsweise variiert die durchschnittliche Wartezeit für eine Substitutionsbehandlung von weniger als 3,5 Monaten in Dublin bis zu 18 Monaten im Südosten (Comptroller and Auditor General, 2009). Sachverständige aus vier Ländern konnten keine Schätzungen zu den Wartezeiten vorlegen.

Stationäre Behandlung

Es liegen Daten zu etwa 42 000 Drogenkonsumenten vor, die sich im Jahr 2008 in Europa in stationäre Behandlung begeben haben. Mehr als die Hälfte der stationären Patienten gab Opioide als Primärdroge an (57%), während die übrigen Patienten zumeist Cannabis (13%), andere Stimulanzien als Kokain (13%) und Kokain (7%) als Primärdroge nannten. Patienten in stationärer Behandlung sind vorwiegend junge Männer mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen 3,5:1 beträgt⁽²⁰⁾.

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

⁽¹⁷⁾ Siehe Abschnitt „Unterstützung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten“, S. 46.

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

⁽¹⁹⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2010.

⁽²⁰⁾ Siehe Tabellen TDI-7, TDI-10, TDI-19 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2009.

Krankenhäusern, spezialisierten Behandlungseinrichtungen oder Wohneinrichtungen mit medizinischen oder psychiatrischen Stationen durchgeführt.

Die Patienten in stationärer Behandlung erhalten Unterkunft sowie individuell strukturierte psychosoziale Behandlungen und nehmen an Aktivitäten teil, die ihre gesellschaftliche Rehabilitation 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.

In Griechenland, Ungarn und der Türkei besteht laut den nationalen Sachverständigen für den Zugang zu einer psychosozialen stationären Behandlung keine Wartezeit. Die Sachverständigen schätzen, dass die durchschnittliche Wartezeit in zwölf Ländern bei weniger als einem Monat und in Norwegen bei 25 Wochen liegt. Für Österreich werden Wartezeiten bis zu mehreren Monaten gemeldet, abhängig von der Region und der Behandlungseinrichtung. Sachverständige aus zehn Ländern legten keine Schätzungen bezüglich der Wartezeiten für diese Behandlungsform vor.

Die Entgiftungstherapie ist Sachverständigen aus der flämischen Gemeinschaft Belgiens, der Slowakei, Slowenien, Ungarn und der Türkei zufolge nicht mit einer Wartezeit verbunden. In elf Ländern beträgt die durchschnittliche Wartezeit weniger als zwei Wochen. Eine durchschnittliche Wartezeit von zwei Wochen bis zu einem Monat wird für die Tschechische Republik, Griechenland und Zypern geschätzt, während in Irland, Österreich und Norwegen von einer durchschnittlichen Wartezeit zwischen einem und drei Monaten ausgegangen wird. Sachverständige aus fünf Ländern legten hierzu keine Schätzwerte vor.

Qualitätssicherung

In den meisten europäischen Ländern werden aktuell Maßnahmen zur Bewertung der Qualität von Drogenbehandlungen durchgeführt. Diese Maßnahmen umfassen die Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien, die Annahme nationaler Drogenaktionspläne mit Schwerpunkt auf der Qualität der Behandlungen, Zertifizierungs- und Akkreditierungsprozesse bezüglich der Qualität sowie Studien zur Untersuchung der Qualitätsunterschiede bei den einzelnen Behandlungseinrichtungen oder für eine vergleichende Leistungsbewertung (Benchmarking).

Zu den jüngsten Entwicklungen zählt die Umsetzung von Leitlinien bezüglich der Behandlungsqualität in

sechs Ländern, wobei Zypern, die Türkei und Norwegen solche Leitlinien vor Kurzem veröffentlicht haben. In zehn Ländern wurden neue Strategiedokumente angenommen, die in einigen Fällen auch Akkreditierungssysteme umfassen. Polen und die Slowakei haben ebenfalls Akkreditierungskriterien für Behandlungszentren eingeführt, wobei die Slowakei zudem noch die Zertifizierung nach ISO 9001 umgesetzt hat. Vier Länder (Estland, Lettland, die Niederlande und Rumänien) untersuchen gegenwärtig den Aspekt der Heterogenität der Qualität der Dienste im Rahmen ihrer Behandlungssysteme.

Das Vereinigte Königreich bewertet sein Gesundheitssystem traditionell seit Langem und setzt dabei für die Überwachung und Verbesserung der Behandlungsqualität sehr umfangreiche Instrumente ein. Zu diesen Maßnahmen gehört nun auch ein Dokument zur Führung von Kliniken im Rahmen der Drogenbehandlung (NTA, 2009), in dem die verschiedenen Verantwortlichkeiten und Rechenschaftspflichten, Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität, Strategien für das Risikomanagement sowie Verfahren zur Ermittlung und Beseitigung mangelhafter Leistungen angeführt sind.

In einer von der EBDD in Auftrag gegebenen Studie wurde festgestellt, dass in 17 von 22 europäischen Berichtsländern insgesamt 60 nationale Leitlinien für die Drogenbehandlung existieren. Die am häufigsten genutzten Behandlungsformen sind psychosoziale Maßnahmen (29), die opioidgestützte Substitutionstherapie (28) und Entgiftung (22). Länder mit einer hohen Anzahl an Patienten, die sich einer opioidgestützten Substitutionstherapie unterziehen, scheinen eher Leitlinien für die verschiedenen Behandlungsformen entwickelt zu haben als andere Länder.

Aus 17 Ländern werden Leitlinien gemeldet, die speziell auf die Behandlung von Opioidkonsumenten abgestimmt sind. Fünf Länder verfügen über Leitlinien, die den Konsum verschiedener Substanzen abdecken, und Deutschland und Ungarn haben Leitlinien verabschiedet, die sich auf Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetaminen und Cannabis beziehen. Zehn Länder befassen sich mit langjährigen problematischen Drogenkonsumenten, und in neun Ländern wurden Leitlinien für jugendliche Konsumenten erarbeitet. Acht Länder berücksichtigen auch Konsumenten, die unter drogenbedingten Störungen leiden.

Beinahe alle Leitlinien zielen auf für die Drogenbehandlung spezialisierte Fachkräfte (58) und Anbieter von entsprechenden Diensten (52) ab, und knapp die Hälfte deckt auch Planungsverantwortliche

im Gesundheitswesen (25) ab. Portugal ist das einzige Land, dessen Leitlinien sich in erster Linie auf die Patienten beziehen, in Dänemark liegt der Schwerpunkt auf den politischen Entscheidungsträgern. In 17 Ländern waren die Therapeuten in die Erarbeitung der Leitlinien eingebunden, in vier weiteren Ländern wurden sonstige Fachkräfte beteiligt. Forscher waren in neun Ländern ebenfalls Teil des Erarbeitungsprozesses, in drei Ländern zählten politische Entscheidungsträger zum Team, und in einem Land wurden auch die Patienten eingebunden. Weitere Informationen zu den nationalen Leitlinien für die Drogenbehandlung stehen auf dem Best-Practices-Portal der EBDD zur Verfügung.

Schadensminimierung

Die Prävention und Minimierung drogenbedingter Schäden stellt in allen Mitgliedstaaten sowie in der EU-Drogenstrategie ein Ziel der Gesundheitspolitik dar ⁽²¹⁾. Arbeiten über wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich der Maßnahmen zur Schadensminimierung sowie Studien, aus denen die kombinierte Wirkung dieser Maßnahmen deutlich hervorgeht, stehen für die Planung der Dienste nun auch zur Verfügung (EBDD, 2010a). 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 europäischen Länder stellen im Rahmen eines umfassenden Pakets für die Prävention von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten weitere Gesundheits- und Sozialleistungen zur Verfügung, einschließlich solcher, die von der WHO, von UNODC und UNAIDS (2009) empfohlen werden. Welche Maßnahmen routinemäßig angeboten werden, ist vom jeweiligen nationalen Kontext abhängig; sie umfassen jedoch eine individuelle Risikobewertung und Beratung, zielgerichtete Informationen und Hinweise für einen sichereren Konsum, die Verteilung von Injektionsbesteck außer Nadeln und Spritzen, die Förderung der Verwendung von Kondomen unter den injizierenden Konsumenten, Tests auf ansteckende Krankheiten und

Neue EBDD-Monografie zur Schadensminimierung

Im Jahr 2010 hat die EBDD die Monografie „Harm reduction: evidence, impacts and challenges“ (Schadensminimierung: Indizien, Auswirkungen und Herausforderungen) veröffentlicht. In dieser Monografie haben mehr als 50 europäische und internationale Experten in 16 Kapiteln einen umfassenden Überblick über diesen Forschungsbereich geschaffen. Der erste Teil der Monografie blickt zurück auf die Entstehung von Ansätzen der Schadensminderung und ihre Verbreitung und untersucht das Konzept aus verschiedenen Blickwinkeln, z. B. aus der Sicht internationaler Organisationen, der wissenschaftlichen Forschung und der Drogenkonsumenten. Ein zweiter Teil widmet sich den aktuell festzustellenden Indizien und Auswirkungen und legt dar, inwiefern dieses Konzept bisher erweitert wurde und nun auf ein breites Spektrum von Suchtverhalten und Schäden, einschließlich jenen im Zusammenhang mit Alkohol, Tabak und Partydrogen, angewendet wird. Die Herausforderungen und Innovationen der Schadensminderung sowie die Notwendigkeit, die Maßnahmen auf die individuellen und sozialen Bedürfnisse der Konsumenten abzustimmen, werden im letzten Teil der Monografie behandelt.

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

entsprechende Beratungsleistungen, antiretrovirale Therapien und Impfungen gegen die Virushepatitis. Viele dieser Leistungen werden in niedrighschwelligsten Diensten erbracht. Maßnahmen zur Schadensminimierung, die auf die Verhinderung drogeninduzierter Todesfälle abzielen, sind jedoch selten ⁽²²⁾, obgleich das Bewusstsein für die Notwendigkeit solcher Maßnahmen immer weiter steigt. Neue Initiativen in diesem Bereich umfassen Frühmelde- oder Warnsysteme bezüglich Substanzen, die mit höheren Risiken verbunden sind ⁽²³⁾. Beispielsweise wurden alle niedrighschwelligsten Dienste in der Tschechischen Republik im Jahr 2009 auf eine mögliche Verbreitung der Substanz Fentanyl auf dem lokalen Drogenmarkt hingewiesen.

Dank der jüngsten Verbesserungen bei der Behandlung von Hepatitis C verstärken die meisten Länder nun ihre Bemühungen bezüglich der Verhinderung, Erkennung und Behandlung von Hepatitis unter Drogenkonsumenten, einschließlich jener, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen. Die jüngsten Beispiele umfassen einen neuen nationalen Plan über Hepatitisinfektionen in Frankreich, eine Pilotstudie zur Erarbeitung von Empfehlungen

⁽²¹⁾ KOM(2007) 199 endgültig.

⁽²²⁾ Siehe Tabelle HSR-8 im Statistical Bulletin 2010.

⁽²³⁾ Siehe Kasten „Ausbruch von Anthrax unter Heroinkonsumenten im Vereinigten Königreich und in Deutschland“ (Kapitel 7).

bezüglich der Prävention von Hepatitis-C-Infektionen in Deutschland sowie Leitlinien für die Behandlung von Hepatitis in den Niederlanden, der Tschechischen Republik und im Vereinigten Königreich. Studien und Screening-Kampagnen in Haftanstalten werden ebenfalls aus mehreren Ländern gemeldet, darunter Belgien, Frankreich, Luxemburg und Ungarn.

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. Die Einbindung von Maßnahmen zur Schadensminimierung in die Drogenstrategien hat auch zu einer erweiterten Sammlung von Daten zum Drogenproblem geführt. Nationale Verzeichnisse zu den Diensten und zu Studien über die Qualität der Dienste (Deutschland, Finnland, Irland, Tschechische Republik) und Patientenerhebungen (Estland, Litauen, Luxemburg, Ungarn) bieten einen besseren Einblick in die Bereitstellung von Diensten und die Bedürfnisse der Konsumenten. Darüber hinaus helfen sie dabei, die Qualitätsbewertung und den Austausch von vorbildlichen Verfahren zu fördern, die Materialien und Techniken zu Präventionsmaßnahmen zu verbessern und neue Maßnahmen zu erarbeiten.

Soziale Ausgrenzung und soziale Reintegration

Soziale Reintegration ist als wesentliches Element umfassender Drogenstrategien anerkannt. Sie kann in jeder 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. Grundsätzlich sind die Ergebnisse sozialer Reintegrationsmaßnahmen häufig von einer effizienten Zusammenarbeit zwischen den

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Betreuung abhängig.

Oggleich keine direkte kausale Beziehung zwischen den problematischeren Formen des Drogenkonsums und sozialer Ausgrenzung besteht, sind diese Faktoren oft miteinander verknüpft. Aus den Daten geht hervor, dass 9 % der Patienten, die sich in ambulante Behandlung begeben haben, und 13 % der Patienten, die sich im Jahr 2008 einer stationären Behandlung unterzogen, obdachlos waren. Rund 40 % der Patienten, die sich einer Behandlung (ambulant und stationär) unterzogen, haben die Sekundarstufe nicht abgeschlossen; 47 % der Patienten in ambulanter und 71 % der Patienten in stationärer Behandlung gaben an, entweder arbeitslos oder wirtschaftlich inaktiv zu sein ⁽²⁴⁾. Diese Lage wird sich angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Situation, in der steigende Arbeitslosenraten den Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt erhöhen, vermutlich nicht verbessern ⁽²⁵⁾.

Alle Berichtsländer melden die Verfügbarkeit von Programmen und Diensten im Zusammenhang mit dem Wohnungswesen, dem Bildungswesen und der Beschäftigung. Diese sind entweder speziell auf Drogenkonsumenten ausgerichtet oder beziehen sich allgemein auf die Bedürfnisse sozial ausgegrenzter Gruppen. In Irland und Schweden wird gegenwärtig das Modell „Housing first“ erörtert, in dessen Rahmen obdachlosen Personen mit psychischen Störungen oder problematischem Substanzkonsum Wohnungen bereitgestellt werden. Dieses Modell steht häufig mit der integrierten gemeindegestützten Behandlung oder sozialen Diensten sowie dem Fallmanagement in Verbindung. Der Zugang zu Wohnraum ist nicht an die Bedingung der Drogenfreiheit geknüpft, wie dies normalerweise für diese problematische Gruppe der Fall ist. Der „Housing first“-Ansatz für die prioritäre Vermittlung von Wohnraum hat für obdachlose Personen über zahlreiche soziale und gesundheitsbezogene Variablen, einschließlich des Substanzkonsums, hinweg bereits positive Ergebnisse erbracht (Pleace, 2008).

Die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und die Bereitstellung des Zugangs zu bezahlter Arbeit spielen bei der sozialen Reintegration von Drogenkonsumenten wichtige Rollen. Länder wie Deutschland, Italien, Österreich, Portugal und das Vereinigte Königreich haben den beschäftigungsbezogenen Aspekten des Eingliederungsprozesses mittels neuer Initiativen und der verstärkten Zuweisung von Mitteln zunehmend höhere Priorität beigemessen.

⁽²⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-12, TDI-13 und TDI-15 im Statistical Bulletin 2010.

⁽²⁵⁾ Siehe Kasten „Wirtschaftliche Rezession und Drogenprobleme“ in Kapitel 1.

Strafverfolgung im Drogenbereich und Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

Die Strafverfolgung im Drogenbereich ist ein wichtiger Bestandteil der nationalen und der EU-weiten Drogenstrategien und umfasst eine Vielzahl an Maßnahmen, die in erster Linie von der Polizei und polizeiähnlichen Einrichtungen (z. B. den Zollbehörden) umgesetzt werden. Daten zur Arbeit der Strafverfolgungsbehörden sind häufig weniger konkret und schlechter zugänglich als Daten aus anderen Bereichen der Drogengesetzgebung. Eine erwähnenswerte Ausnahme bilden hierbei die Daten zu Verstößen gegen die Drogengesetzgebung, auf die in diesem Abschnitt näher eingegangen wird. Darüber hinaus werden die neuesten Strafverfolgungsmaßnahmen untersucht, die auf die Bekämpfung des kommerziellen Cannabisanbaus sowie auf neue Entwicklungen bei der internationalen Zusammenarbeit im Kampf gegen den Drogenhandel abzielen.

Strafverfolgung im Drogenbereich

Im Jahr 2010 eröffnete Europol eine Arbeitsdatei zu Analysezwecken zum Thema Cannabis⁽²⁶⁾. Das Projekt umfasst eine Komponente zum Cannabisanbau, mit der innerhalb der Europäischen Union der Austausch von Informationen über die Beteiligung des organisierten Verbrechens an der Herstellung von Cannabis gefördert werden soll. In diesem Zusammenhang geht aus der Meldung der nationalen Strafverfolgungsbehörden aus mindestens sieben Ländern hervor, dass kriminelle Organisationen an der kommerziellen Herstellung von Cannabis, einer augenscheinlich sehr lukrativen Beschäftigung⁽²⁷⁾, beteiligt sind.

Das Ausmaß des illegalen Cannabisanbaus in Europa ist nur schwer abzuschätzen, da nur wenige Daten zur Zahl der Cannabiszüchter und zur Größe der Plantagen vorliegen. Qualitative Studien und Daten zu Sicherstellungen (siehe Kapitel 3) lassen darauf schließen, dass die inländische Produktion insbesondere in den westeuropäischen Ländern seit den 90er-Jahren deutlich gestiegen ist. Die qualitativen Studien haben zudem ergeben, dass die Motivationen der Cannabiszüchter vom Anbau einiger weniger Pflanzen für den persönlichen Gebrauch bis hin zur Kultivierung mehrerer tausend Pflanzen für den kommerziellen Vertrieb reichen.

Der kommerzielle Anbau von Cannabis, insbesondere auf großen überdachten Plantagen (Innenanbau), führt den Berichten zufolge zu großen Problemen im

Zusammenhang mit der Kriminalität und der öffentlichen Sicherheit in Belgien, Deutschland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. Kriminelle Organisationen im Vereinigten Königreich setzen Meldungen zufolge vorwiegend junge illegale Einwanderer aus Asien ein. Darüber hinaus ist für die Einrichtung kommerzieller Plantagen innerhalb von Gebäuden häufig ein Umbau erforderlich, der zu Schäden an fremdem Eigentum führen kann. Ein weiteres Risiko für Eigentum und Sicherheit besteht in dem hohen Stromverbrauch, da für den Innenanbau von Cannabispflanzen künstliches Licht benötigt wird. Unsichere Methoden zur Umgehung der Stromzähler – sei es, um zu hohe Kosten zu vermeiden oder um keinen Verdacht zu erregen – oder eine schlechte Verkabelung haben Meldungen zufolge schon häufiger zu Bränden in überdachten Plantagen geführt.

Der Anbau von Cannabis wird zwar im Rahmen der geltenden Rechtsprechung bezüglich der Strafverfolgung bei Drogendelikten und organisiertem Verbrechen abgedeckt, doch einige europäische Länder haben erst kürzlich spezifische Strategien in diesem Bereich erarbeitet. Belgien hat den Kampf gegen die illegale Herstellung von Cannabis zu einem Schwerpunkt des nationalen Sicherheitsplans 2008-2012 gemacht, während die Niederlande und das Vereinigte Königreich vielfältige Strategien entwickelt haben, mit denen die Erkennung und Beseitigung kommerzieller Plantagen verbessert werden sollen. Diese Strategien umfassen Maßnahmen wie die Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit sowie einiger Schlüsselsektoren (z. B. Energieanbieter, Baumärkte), die ermutigt werden sollen, mögliche Cannabisplantagen der Polizei zu melden. Darüber hinaus werden zwischen den Strafverfolgungsbehörden und den Energiekonzernen, den zuständigen Behörden im Wohnungswesen, Versicherungsunternehmen und weiteren Sektoren, die sich an der Bekämpfung kommerzieller Plantagen beteiligen möchten, Partnerschaften eingerichtet. Außerdem werden Schritte unternommen, um die Effizienz der Polizei zu erhöhen. In den Niederlanden beispielsweise wurde im Juli 2008 im Kampf gegen den illegalen Cannabisanbau eine Taskforce eingerichtet, die die Bemühungen der Polizei, der lokalen Regierungsbehörden, der Gerichte und der Finanzbehörden koordinieren soll. Die Polizeikräfte dürfen nun bei ihren Ermittlungen Technologien einsetzen, die sonst in der Regel dem Militär vorbehalten sind, darunter auch Infrarotkameras für Wärmebilder; zudem dürfen größer angelegte Operationen durchgeführt werden, in deren Rahmen Plantagen zerstört und Verdächtige verhaftet werden können. Eine dieser Operationen war die „Operation Mazurka“ in Nordirland

⁽²⁶⁾ Bei einer Arbeitsdatei zu Analysezwecken handelt es sich im Grunde um eine gesicherte Datenbank, die Informationen der teilnehmenden Länder enthält und für die strenge Vertraulichkeitsregeln gelten. Die Datei erlaubt Europol die Unterstützung der nationalen Strafverfolgungsbehörden.

⁽²⁷⁾ Siehe Kasten „Umsätze und Gewinne aus dem illegalen Anbau von Cannabis“ in Kapitel 3.

im Jahr 2008, die insgesamt zu 101 Festnahmen geführt hat.

Maßnahmen in Bezug auf den Anbau von Cannabis werden auch aus anderen Ländern gemeldet. In Irland wurde im Jahr 2008 beispielsweise eine groß angelegte Operation gegen „Cannabisfabriken“ durchgeführt, und in Deutschland hat das Bundeskriminalamt eine Spezialeinheit eingerichtet, an die deutschlandweit auftretende Verstöße im Zusammenhang mit Cannabis gemeldet werden sollen.

Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

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

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

Einem EU-Index zufolge, der auf den Daten aus 21 Mitgliedstaaten basiert, 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 2003 und 2008 um schätzungsweise 35 % gestiegen. Wenn alle Berichtsländer berücksichtigt werden, belegen die Daten über den gesamten Zeitraum hinweg in 15 Ländern

Die Entwicklung agenturübergreifender Plattformen in Europa

Das Konzept agenturübergreifender Plattformen, in deren Rahmen Strafverfolgungsbehörden und militärische Behörden mehrerer Länder ihr Wissen gemeinsam nutzen und im Vorfeld Sicherstellungen von Drogen koordinieren, bevor sie auf die Konsumentenmärkte gelangen, stammt ursprünglich aus Amerika. Die „Joint Interagency Task Force-South“ (JIATF-S), die im Jahr 1994 in Panama geschaffen wurde und ihren Sitz nun in Key West (Florida) hat, ist ein Modellbeispiel für diese Form der Zusammenarbeit. Die militärische Plattform JIATF-S koordiniert die auf dem Land- und Seeweg südlich der Vereinigten Staaten durchgeführten Maßnahmen, an denen neben dem US-Militär auch die Geheimdienste und Strafverfolgungsbehörden in den USA und den teilnehmenden Ländern, darunter Frankreich, die Niederlande, Spanien und das Vereinigte Königreich, beteiligt sind.

Innerhalb Europas wurden vor Kurzem zwei von den Strafverfolgungsbehörden geleitete agenturübergreifende Plattformen geschaffen, die die Aktionen gegen den Drogenhandel koordinieren sollen. Das Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics (MAOC-N) wurde im Jahr 2007 im Rahmen eines Vertrags zwischen Frankreich, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Spanien und dem Vereinigten Königreich errichtet. Das MAOC-N hat seinen Sitz in Lissabon und koordiniert die Maßnahmen zur Eindämmung der Drogenlieferungen über den Atlantik. JIATF-S wurde zu Beginn in das MAOC-N-Projekt eingebunden und fungiert nun neben der Europäischen Kommission, Europol, Deutschland, Griechenland, Kanada, Marokko, dem UNODC und seit Kurzem auch den Kapverden als Beobachter. Die zweite agenturübergreifende Plattform, das Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée (CeCLAD-M), wurde im Jahr 2008 geschaffen. Das CeCLAD-M ist eine Einheit der französischen Polizei und vereint Vertreter der französischen Strafverfolgungsbehörden und der Marine sowie Vertreter aus Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, dem Vereinigten Königreich, Zypern, Marokko und dem Senegal. Das Zentrum hat seinen Sitz in Toulon und ist berechtigt, verdächtige Schiffe und Flugzeuge im Mittelmeerraum abzufangen bzw. eine solche Maßnahme anzuordnen.

Ähnliche Plattformen könnten künftig auch im östlichen Mittelmeerraum und in der Schwarzmeerregion eingerichtet werden. Die Europäische Kommission hat jüngst eine Machbarkeitsstudie finanziert, in deren Rahmen zu überprüfen ist, ob in Westafrika eine europäische Plattform für den Austausch von Wissen und den Aufbau von Kapazitäten geschaffen werden soll.

einen Aufwärtstrend und in neun Ländern entweder eine Stabilisierung der Situation oder insgesamt einen Rückgang⁽²⁹⁾.

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

⁽²⁹⁾ Siehe Abbildung DLO-1 und Tabelle DLO-1 im Statistical Bulletin 2010.

Straftaten im Zusammenhang mit dem Konsum und dem Angebot von Drogen

Das Verhältnis zwischen Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot ist gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert geblieben. In den meisten europäischen Ländern (23 Länder) machten im Jahr 2008 nach wie vor Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum oder dem Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch den größten Teil der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus: Estland, Spanien, Frankreich, Österreich, Slowenien und Schweden meldeten dabei die höchsten Zahlen (81 % bis 92 %). In der Tschechischen Republik (87 %) standen Drogendelikte jedoch überwiegend im Zusammenhang mit dem Drogenangebot ⁽³⁰⁾.

Die Zahl der Drogendelikte im Zusammenhang mit dem Konsum ist in der Europäischen Union zwischen 2003 und 2008 in 19 der Berichtsländer gestiegen. Lediglich Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Österreich und Slowenien meldeten für diesen Zeitraum einen Rückgang. Insgesamt ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit dem Konsum in der Europäischen Union zwischen 2003 und 2008 um schätzungsweise 37 % gestiegen (Abbildung 2).

Zwar ist die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot im Zeitraum 2003 bis 2008 ebenfalls gestiegen, jedoch wurde hier in der Europäischen Union mit etwa 10 % eine wesentlich geringere Zunahme verzeichnet. Den Berichten zufolge beobachteten in diesem Zeitraum 17 Länder insgesamt eine Zunahme und acht Länder einen Rückgang der Zahl dieser Straftaten ⁽³¹⁾.

Nach Drogen aufgeschlüsselte Entwicklungen

Cannabis ist in Europa nach wie vor die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge ⁽³²⁾. In den meisten europäischen Ländern machten im Jahr 2008 die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis zwischen 50 % und 75 % der gesamten gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus. Nur in drei Ländern entfiel der Großteil der Drogendelikte auf andere Drogen: in der Tschechischen Republik und in Lettland auf

Methamphetamin (57 % bzw. 33 %) und in Litauen auf Heroin (26 %).

Im Zeitraum 2003 bis 2008 ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Cannabis in 15 Berichtsländern gestiegen. Auf EU-Ebene ergibt sich daraus eine Zunahme um schätzungsweise 29 % (Abbildung 2). Bulgarien, Deutschland, Italien, Österreich, Slowenien und die Tschechische Republik hingegen berichteten über eine rückläufige Entwicklung ⁽³³⁾.

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Kokain ist im Zeitraum von 2003 bis 2008 in 17 der Berichtsländer gestiegen; lediglich Bulgarien, Deutschland, Italien und Österreich meldeten eine rückläufige Entwicklung. In der Europäischen Union stieg die Zahl dieser Straftaten im selben Zeitraum um insgesamt 45 %, wobei die Entwicklung im letzten Jahr stagnierte ⁽³⁴⁾.

Im Zeitraum 2003 bis 2008 nahm die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Heroin im EU-Durchschnitt um 39 % zu; diese Tendenzen stützen den Wechsel von einer Abwärts- hin zu einer Aufwärtsentwicklung in diesem Bereich. Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Heroin ist im Zeitraum 2003 bis 2008 in 16 der Berichtsländer gestiegen; lediglich Bulgarien, Deutschland, Italien und Österreich meldeten für diesen Zeitraum eine rückläufige Entwicklung ⁽³⁵⁾.

Hinsichtlich der Zahl der in der Europäischen Union gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit Amphetaminen war mit einer Zunahme von schätzungsweise 24 % zwischen 2003 und 2008 weiterhin insgesamt ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. Dagegen ging die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Ecstasy im selben Zeitraum um schätzungsweise 35 % zurück (Abbildung 2).

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 ⁽³⁷⁾. Die nationalen Inhaftierungsraten liegen zwischen 66 und 285 Haftinsassen je

⁽³⁰⁾ Siehe Tabelle DLO-2 im Statistical Bulletin 2010.

⁽³¹⁾ Siehe Abbildung DLO-1 und Tabelle DLO-5 im Statistical Bulletin 2010.

⁽³²⁾ Siehe Tabelle DLO-3 im Statistical Bulletin 2010.

⁽³³⁾ Siehe Tabelle DLO-6 im Statistical Bulletin 2010.

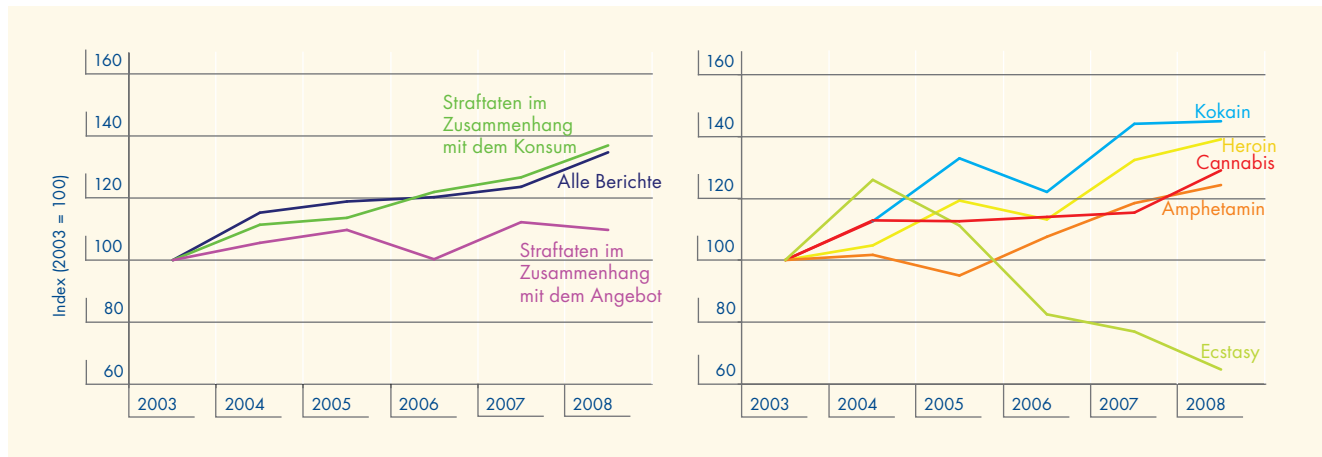
⁽³⁴⁾ Siehe Abbildung DLO-3 und Tabelle DLO-8 im Statistical Bulletin 2010.

⁽³⁵⁾ Siehe Tabelle DLO-7 im Statistical Bulletin 2010.

⁽³⁶⁾ Daten über Haftanstalten in Europa sind verfügbar beim Europarat.

⁽³⁷⁾ Der Begriff „Haftinsasse“ bezieht sich sowohl auf jene Personen, die sich in Untersuchungshaft befinden als auch auf Personen, die bereits zu einer Haftstrafe verurteilt worden sind.

Abbildung 2: Tendenzen in Berichten über Verstöße im Zusammenhang mit Drogen in den EU-Mitgliedstaaten, sortiert nach Art des Verstoßes und Art der beteiligten Droge



Anmerkung: Die Tendenzen zeigen alle verfügbaren Informationen bezüglich der Anzahl der nationalen Berichte über Verstöße im Zusammenhang mit Drogen (von strafrechtlicher und nichtstrafrechtlicher Relevanz), die von allen Strafverfolgungsbehörden in den Mitgliedstaaten der EU gemeldet wurden; alle Datenreihen wurden auf einen Wert von 100 im Jahr 2003 indiziert und anhand der landesspezifischen Bevölkerungszahlen gewichtet, um so eine Gesamttendenz für die Europäische Union abbilden zu können. Weitere Informationen sind den Abbildungen DLO-1 und DLO-3 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

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 (609) und den USA (753) gemeldeten Raten ⁽³⁸⁾.

In den meisten EU-Mitgliedstaaten liegt der Anteil der wegen Drogendelikten verurteilten Straftäter an den Haftinsassen zwischen 10% und 30%. Der Anteil der übrigen Haftinsassen, die wegen Eigentumsdelikten zur Suchtbefriedigung oder aufgrund anderer Straftaten im Zusammenhang mit Drogen verurteilt wurden, ist nicht bekannt.

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 (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, 2008; Vandam, 2009). Daten aus verschiedenen Studien, die seit dem Jahr 2003 durchgeführt worden sind, machen deutlich, dass bezüglich der Prävalenz des Drogenkonsums unter den Haftinsassen erhebliche Unterschiede bestehen: Beispielsweise gaben in einigen Ländern nur rund 3% der Insassen an, in dem Monat vor ihrem Haftantritt

regelmäßig Drogen konsumiert zu haben, in anderen Ländern wiederum lag der Anteil bei bis zu 77%. Darüber hinaus weisen Studien darauf hin, dass die schädlichsten Formen des Drogenkonsums unter Haftinsassen womöglich stärker verbreitet sind, und zwischen 6% und 38% der Befragten geben an, schon mindestens einmal Drogen injiziert zu haben ⁽³⁹⁾.

Die Mehrheit der Konsumenten reduziert oder beendet den Drogenkonsum bei Haftantritt, vor allem wegen der Schwierigkeiten bei der Beschaffung der Substanzen. Die Tatsache, dass illegale Drogen trotz aller ergriffenen Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ihren Weg in die meisten Haftanstalten finden, wird jedoch sowohl von Gefängnisexperten als auch von politischen Entscheidungsträgern in Europa anerkannt. In seit dem Jahr 2003 durchgeführten Studien variieren die Schätzwerte bezüglich des Drogenkonsums durch Haftinsassen zwischen 1% und 56%. Im Rahmen einer 2007 in Portugal durchgeführten Studie gaben 12% der Insassen einen regelmäßigen Konsum im letzten Monat der Haft an ⁽⁴⁰⁾. Eine Studie unter 246 Haftinsassen in Luxemburg kam zu dem Ergebnis, dass 31% der Befragten in der Haftanstalt Drogen injiziert hatten, während bei Studien in drei anderen Ländern Raten von 10% oder mehr ermittelt wurden ⁽⁴¹⁾. Offenbar nutzen injizierende Drogenkonsumenten in Haftanstalten ihre Spritzbestecke häufiger gemeinsam als Drogenkonsumenten in Milieus außerhalb von Haftanstalten. Dies wirft Fragen im

⁽³⁸⁾ Quelle: Die Zahlen für Russland und die Vereinigten Staaten von Amerika entstammen der Datenbank über Gefängnisse (World Prison Brief).

⁽³⁹⁾ Siehe Tabellen DUP-2 und DUP-105 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁴⁰⁾ Siehe Tabelle DUP-3 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁴¹⁾ Siehe Tabelle DUP-4 im Statistical Bulletin 2010.

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 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit ⁽⁴²⁾ in der Europäischen Union anerkannt, und seine Umsetzung wird im neuen EU-Drogenaktionsplan (2009-2012) eingefordert.

Die Zusammenarbeit zwischen den Haftanstalten und den Gesundheits- und Sozialdiensten in Europa nimmt immer mehr zu. Beispiele hierfür sind die Übertragung der Verantwortung für die Gesundheit von Haftinsassen von den nationalen Justizbehörden auf die Gesundheitsverwaltungen in Frankreich, Italien, Schweden, Norwegen sowie England und Wales (geplant auch für Schottland), die Integration gemeindebasierter Gesundheitsbehörden in multidisziplinäre Teams in Haftanstalten in Luxemburg, Portugal, Schweden und Slowenien sowie die zunehmende Bereitstellung interner Dienste durch gemeindebasierte Drogenstellen in den meisten Ländern.

Nationale Drogenstrategien und Aktionspläne enthalten häufig Ziele bezüglich der Betreuung in Haftanstalten, wie Verbesserungen der Gleichwertigkeit, Qualität und Kontinuität der Behandlung und Betreuung von Haftinsassen. Einige Länder haben spezifische Strategien in Bezug auf das Haftsystem erarbeitet. Spanien und Luxemburg setzen seit mehr als zehn Jahren politische Strategien für die Gesundheit in Haftanstalten um und haben die Wirksamkeit dokumentiert. Erst vor Kurzem ernannte Belgien Koordinatoren für Drogenstrategien in Haftanstalten, und es wurde eine zentrale Einheit eingerichtet, in der Mitarbeiter von Haftanstalten und Spezialisten aus dem Drogenbereich gemeinsam daran arbeiten, den Insassen bei ihrer Entlassung einen Therapieplatz zu sichern. Im ungarischen Haftsystem wurde 2008 ein Ausschuss für Drogen eingerichtet. Der Drogenaktionsplan 2007-2009 der tschechischen Haftanstalten sieht die Umsetzung neuer Dienste vor und umfasst eine Überwachungs- und Evaluierungskomponente. Im Vereinigten Königreich sieht die Drogenstrategie

2008-2011 des National Offender Management Service (NOMS, 2009) frühzeitige Maßnahmen in Bezug auf junge Menschen sowie Maßnahmen im Umgang mit Straftätern mit einem Drogenproblem vor, um den durch den Konsum von Alkohol und Drogen entstehenden Schaden so gering wie möglich zu halten.

Unterstützung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten

Haftinsassen in Europa können auf eine Reihe von Diensten zugreifen, die im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und den damit einhergehenden Problemen stehen. Die angebotenen Dienste umfassen unter anderem Informationen über Drogen und Gesundheit, die Gesundheitsversorgung bei Infektionskrankheiten, Drogentherapien, Maßnahmen zur Schadensminimierung und die Vorbereitung auf die Entlassung ⁽⁴³⁾.

In den letzten Jahren haben internationale Organisationen Maßnahmen zur Information und Beratung bezüglich des Umgangs mit Infektionskrankheiten in Haftanstalten erarbeitet. Das UNODC hat in Zusammenarbeit mit der WHO und UNAIDS eine Reihe von Informationsmaterialien für Haftanstaltsverwaltungen und andere Entscheidungsträger veröffentlicht, in denen die Einrichtung einer wirksamen nationalen Strategie im Kampf gegen die Verbreitung von HIV und Aids im Haftmilieu erläutert wird (UNODC, WHO und UNAIDS, 2006). Ein weiteres Dokument enthält Hinweise darüber, wie Informationen über Beratung und Tests bei Infektionskrankheiten in Haftanstalten wirksamer übermittelt werden können und wie die Vermittlung der Ergebnisse an die Insassen verbessert werden kann (UNODC, UNAIDS und WHO, 2010).

Einige wenige Länder, darunter Luxemburg, Spanien, die Tschechische Republik und das Vereinigte Königreich, haben eindeutige Bereiche und Normen im Zusammenhang mit der Gesundheitspflege definiert, und weitere Länder folgen diesem Beispiel. Mehrere Länder können nun melden, dass sie eine Bewertung der Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung von drogenabhängigen Haftinsassen vornehmen. In Irland beispielsweise wurde im Rahmen einer Studie (Irish Prison Service, 2009) die Notwendigkeit deutlich, die Kapazitäten der medizinischen Abteilung in Haftanstalten an die wachsende Zahl von Substitutionstherapien anzupassen, während in Frankreich ein neues Aufsichtsorgan (Generalinspektion für Haftanstalten und andere geschlossene Einrichtungen) auf Mängel im Bereich der Gesundheitsversorgung von Haftinsassen und mögliche Infektionsrisiken in diesem Milieu gestoßen ist. Die Niederlande haben eine neue Richtlinie bezüglich

⁽⁴²⁾ ABl. L 165 vom 3.7.2003, S. 31.

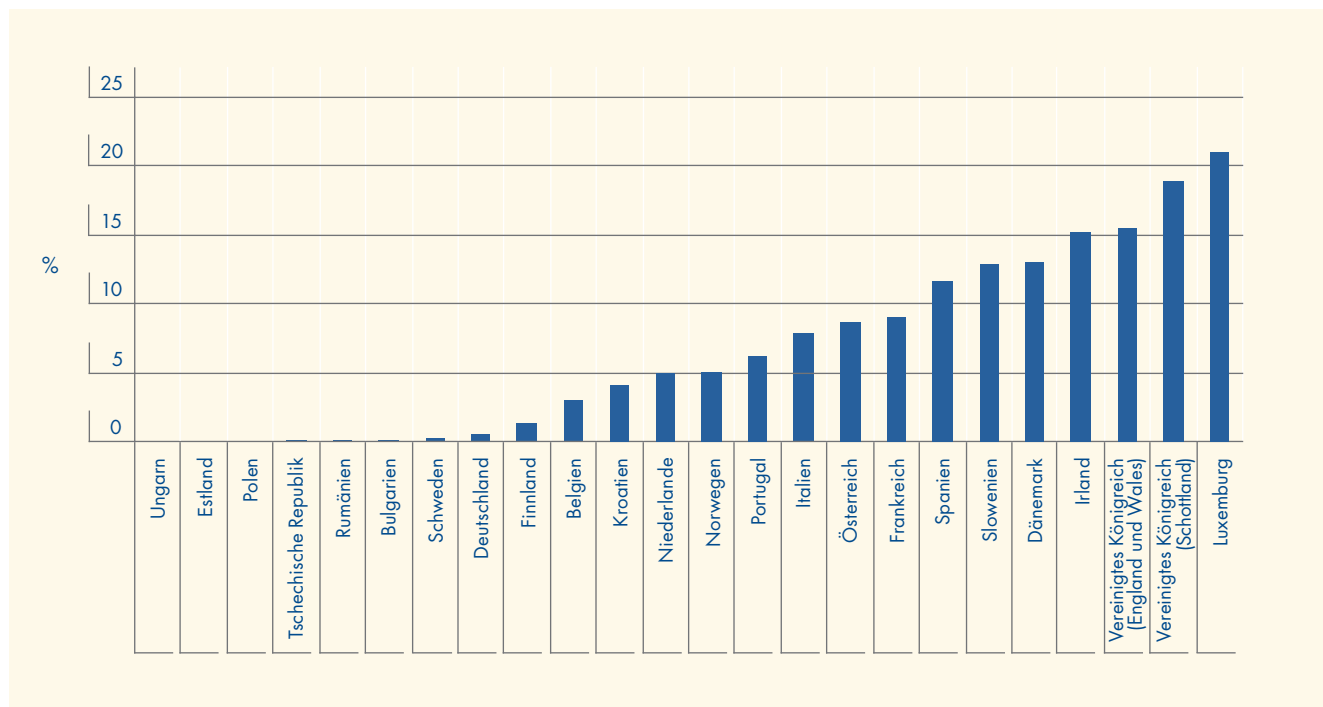
⁽⁴³⁾ Siehe Tabelle HSR-7 im Statistical Bulletin 2010.

der Betreuung von inhaftierten Drogenkonsumenten verabschiedet, die sich insbesondere auf drogenbedingte Infektionskrankheiten bezieht⁽⁴⁴⁾. Die Qualität der Dienste in Haftanstalten wurde durch Investitionen in Schulungen und Weiterbildung in mehreren Ländern ebenfalls verbessert. In Belgien erhielten alle Mitarbeiter in Haftanstalten eine Schulung zu den Vorschriften bezüglich des Konsums von Alkohol und Drogen in Haftanstalten; Gefängnisärzte in Kroatien wurden im Bereich der Substitutionstherapie weitergebildet, und ein vom UNODC geleitetes Projekt sah in Lettland die Schulung von medizinischem Gefängnispersonal, Sozialarbeitern und Psychologen in Bezug auf die Prävention von HIV und Informationen zur Drogenpolitik vor. Diese Kenntnisse wurden anschließend an die Haftinsassen weitervermittelt. In Finnland müssen neue Programme über die Behandlung in Haftanstalten zunächst von der Criminal Sanctions Agency (Stelle für strafrechtliche Sanktionen) akkreditiert werden.

Nach der Ausweitung der opioidgestützten Substitutionsbehandlung in der Gemeinschaft

melden viele Länder eine Zunahme bei der Zahl der Substitutionspatienten, die eine Haftstrafe antreten. Die Kontinuität der Betreuung bei einer Substitutionstherapie ist von besonderer Bedeutung angesichts der hohen Zahl an Todesfällen durch eine Überdosis nach der Haftentlassung (EBDD, 2009a); zudem könnte so die Zahl der Straftaten verringert werden, die zur Finanzierung des Drogenkonsums begangen werden. Im Jahr 2008 führten Bulgarien, Estland und Rumänien die Möglichkeit ein, eine begonnene opioidgestützte Substitutionsbehandlung auch nach Haftantritt fortzusetzen. In Griechenland, Lettland, Litauen, der Slowakei, Zypern und der Türkei steht diese Option in den Haftanstalten jedoch nicht zur Verfügung. In sechs Mitgliedstaaten erhalten Schätzungen zufolge über 10% aller Haftinsassen eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung, während in weiteren acht Ländern der Anteil zwischen 3% und 10% liegt (Abbildung 3). In den meisten Ländern stellt die Entgiftung noch immer die Standard-Therapieform für Opioidkonsumenten dar, die eine Haftstrafe antreten müssen.

Abbildung 3: Anteil der Haftinsassen, die eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung erhalten



Anmerkung: Daten liegen zu allen Ländern vor, in denen eine Substitutionsbehandlung in Haftanstalten verfügbar ist (mit Ausnahme von Malta). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2008, mit Ausnahme von Österreich und Schottland (2007), Belgien und die Niederlande (2009). Hinweise und Quellenangaben sind der Tabelle HSR-9 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽⁴⁴⁾ Siehe Best Practice Portal [Portal für vorbildliche Verfahren].



Kapitel 3 Cannabis

Einleitung

Cannabis ist die in Europa am weitesten verbreitete Droge und wird sowohl aus Drittländern eingeführt als auch in Europa selbst produziert. In den meisten Ländern ist der Cannabiskonsum im Laufe der 90er-Jahre und nach der Jahrtausendwende gestiegen, 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. Es wird davon ausgegangen, dass die Pflanze in 172 Ländern und Gebieten angebaut wird (UNODC, 2009). 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 offenbar weiter zu. Im Jahr 2008 berichteten alle 29 europäischen Berichtsländer über den Anbau von Cannabis im eigenen Land, wobei allerdings hinsichtlich Art und Umfang erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen dürften. Ein erheblicher Anteil des in Europa konsumierten Cannabis stammt jedoch wahrscheinlich aus dem regionalen Handel.

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)	1 637	6 563
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen)		
EU und Norwegen	892	60
(einschließlich Kroatien und Türkei)	(900)	(92)
Zahl der Sicherstellungen		
EU und Norwegen	367 400	273 800
(einschließlich Kroatien und Türkei)	(368 700)	(288 600)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)		
Spanne	3-10	3-16
(Interquartilspanne) ⁽¹⁾	(6-9)	(5-9)
Durchschnittliche Stärke (THC-Gehalt in %)		
Spanne	3-16	1-10
(Interquartilspanne) ⁽¹⁾	(6-10)	(5-8)

⁽¹⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise.

Anmerkung: Alle Daten für 2008.

Quelle: UNODC (2009, 2010b) für weltweite Daten und Nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

Darüber hinaus wird Cannabiskraut auch aus anderen Teilen der Welt nach Europa eingeführt, insbesondere aus Afrika (z. B. Nigeria, Kapverden, Südafrika) und weniger häufig aus Nord-, Mittel- und Südamerika (insbesondere Karibik), aus Nahost (Libanon) und Asien (Thailand). Albanien, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, die Republik Moldau, Montenegro und Serbien werden in einem aktuellen Bericht (INCB, 2010b) ebenfalls als Herkunftsländer für Cannabiskraut genannt.

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 in Afghanistan und Marokko produziert wird. Eine kürzlich durchgeführte Erhebung deutet darauf hin, dass die größte Menge Cannabisharz mit 1 500 bis 3 500 Tonnen pro Jahr (UNODC, 2010a) nun in Afghanistan produziert wird. Die neuesten Schätzungen für Marokko gehen für das Jahr 2005 von einer Gesamtproduktion an Cannabisharz von rund 1 000 Tonnen aus (UNODC und Regierung Marokkos, 2007). Obgleich ein Teil des in Afghanistan hergestellten Cannabisharzes in Europa verkauft wird, wird Marokko als Hauptlieferant dieser Droge für den europäischen Markt angesehen. Das in Marokko hergestellte Cannabisharz wird in der Regel über die Iberische Halbinsel und die Niederlande nach Europa geschmuggelt.

Sicherstellungen

Im Jahr 2008 wurden weltweit schätzungsweise 6 563 Tonnen Cannabiskraut und 1 637 Tonnen Cannabisharz sichergestellt (Tabelle 2). Dies entspricht einer Zunahme gegenüber dem Vorjahr um etwa 17 %

EBDD Insights: Die Cannabisproduktion und -märkte in Europa

Im Jahr 2011 wird die EBDD eine neue Ausgabe der „Insights“ zur Thematik der Cannabisproduktion und -märkte in Europa veröffentlichen. Der Bericht wird sich schwerpunktmäßig mit dem Angebot von Cannabisprodukten in den europäischen Ländern befassen und neben Aspekten des Vertriebs und der Marktstrukturen auch untersuchen, welche Arten von Produkten verfügbar sind, woher sie stammen und welche Marktanteile diese Produkte haben. Dem Cannabisanbau innerhalb Europas, der in den vergangenen Jahren immer mehr zugenommen hat, wird hierbei besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

(UNODC, 2010b). In Nordamerika wurden nach wie vor die größten Mengen Cannabiskraut beschlagnahmt (48 %), während sich die Sicherstellungen von Cannabisharz weiterhin auf West- und Mitteleuropa (57 %) konzentrierten.

Im Jahr 2008 wurden in Europa bei schätzungsweise 289 000 Sicherstellungen 92 Tonnen Cannabiskraut beschlagnahmt⁽⁴⁵⁾. Die Zahl der Sicherstellungen hat sich zwischen 2003 und 2008 um das Zweieinhalbfache erhöht. Die beschlagnahmten Mengen Cannabiskraut liegen seit dem Jahr 2003 relativ stabil bei etwas mehr als 90 Tonnen – lediglich in den Jahren 2004 und 2005 war ein Rückgang auf 65 Tonnen zu verzeichnen⁽⁴⁶⁾. Etwa die Hälfte aller in den Jahren 2005 bis 2007 vorgenommenen Sicherstellungen (mind. 20 Tonnen pro Jahr) entfielen auf das Vereinigte Königreich. Die Türkei (31 Tonnen) und Deutschland (9 Tonnen) meldeten für 2008 Sicherstellungen in Rekordhöhe.

Sowohl die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz als auch die beschlagnahmten Mengen sind in Europa höher als im Falle des Cannabiskrauts⁽⁴⁷⁾. Im Jahr 2008 wurden bei etwa 369 000 Sicherstellungen 900 Tonnen Cannabisharz beschlagnahmt. Damit beläuft sich die beschlagnahmte Menge Cannabisharz nahezu auf das Zehnfache des sichergestellten Cannabiskrauts. Zwischen 2003 und 2008 stieg die Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz stetig an, und auch die Höhe der sichergestellten Mengen nimmt nach einem anfänglichen Rückgang seit 2006 immer weiter zu. Knapp über die Hälfte aller Sicherstellungen von Cannabisharz und etwa drei Viertel der im Jahr 2008 beschlagnahmten Gesamtmenge wurden aus Spanien gemeldet, während in Frankreich (71 Tonnen), Portugal (61 Tonnen) und Italien (34 Tonnen) Rekordmengen an Cannabisharz sichergestellt wurden.

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabispflanzen ist seit 2003 kontinuierlich gestiegen, und im Jahr 2008 wurden schätzungsweise 19 000 Sicherstellungen getätigt. Die Länder melden die beschlagnahmten Mengen entweder als geschätzte Zahl der Pflanzen oder anhand des Gewichts. Die Zahl der beschlagnahmten Pflanzen stieg von etwa 1,7 Millionen im Jahr 2003 zunächst auf 2,8 Millionen im Jahr 2008 an und fiel im Folgejahr (2008) auf 1,2 Millionen⁽⁴⁸⁾. Das Gewicht der beschlagnahmten Pflanzen ist in diesem Zeitraum um den Faktor 4,5 gestiegen und erreichte im Jahr 2008 43 Tonnen, von denen 24 Tonnen aus Spanien und 15 Tonnen aus Bulgarien gemeldet wurden.

⁽⁴⁵⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Cannabis in Europa sind den Tabellen SZR-1 bis SZR-6 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

⁽⁴⁶⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2008 noch nicht vorliegen.

⁽⁴⁷⁾ 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.

⁽⁴⁸⁾ Diese Analyse enthält keine Daten zu den aus der Türkei gemeldeten Sicherstellungen in Höhe von 31 Millionen Cannabispflanzen im Jahr 2003 und 20 Millionen Pflanzen im Jahr 2004, da für die Folgejahre keine Daten zu beschlagnahmten Mengen vorliegen.

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 Cannabis Mengen 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 2008 meldeten die Berichtsländer durchschnittlich einen THC-Gehalt von Cannabis harz zwischen 3 % und 16 %. Die durchschnittliche Stärke von Cannabis kraut lag zwischen 1 % und 10 %. Hiervon ausgenommen wurde nach Möglichkeit Sinsemilla („Nederwiet“), das Cannabis kraut mit der höchsten Stärke. Angaben zur durchschnittlichen Stärke von Sinsemilla wurden nur von wenigen Ländern vorgelegt: Der THC-Gehalt lag höher als bei importiertem Cannabis kraut und schwankte zwischen 12 % in Norwegen bis zu etwas über 16 % in den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. Im Zeitraum 2003 bis 2008 wurden in den elf Ländern, die ausreichende Daten vorgelegt hatten, große Unterschiede bei der durchschnittlichen Stärke von Cannabis harz festgestellt. Beim Cannabis kraut hingegen nahm die Stärke in sechs der Berichtsländer zu, während vier Länder eine geringere Stärke meldeten. Angaben zur Stärke des im eigenen Land hergestellten Cannabis krauts für mehrere Jahre liegen ausschließlich aus den Niederlanden vor, wo die durchschnittliche Stärke von „Nederwiet“ seit dem 2004 verzeichneten Höchstwert von 20 % auf 16 % in den Jahren 2007 und 2008 zurückging ⁽⁴⁹⁾.

In den 17 Ländern, die entsprechende Angaben übermittelt haben, lag der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabis harz im Jahr 2008 zwischen 3 EUR und 10 EUR pro Gramm, wobei zwölf dieser Länder Preise zwischen 6 EUR und 9 EUR meldeten. In den 16 Ländern, aus denen Angaben hierzu vorliegen, bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabis kraut zwischen 3 EUR und 16 EUR pro Gramm, wobei zehn von ihnen Preise zwischen 5 EUR und 9 EUR meldeten. In fast allen Ländern, die Daten für den Zeitraum 2003 bis 2008 vorgelegt haben, sind die durchschnittlichen Verkaufspreise für Cannabis harz in diesem Zeitraum gefallen; lediglich Belgien und Österreich verzeichneten einen Anstieg der Preise. Die Preise für Cannabis kraut sind den verfügbaren Daten zufolge in diesem Zeitraum

stabil geblieben oder gestiegen; eine rückläufige Preisentwicklung wurde nur von Ungarn und der Türkei gemeldet.

Prävalenz und Konsummuster

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Nach vorsichtigen Schätzungen haben etwa 75,5 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

Umsätze und Gewinne aus dem illegalen Anbau von Cannabis

Von der Polizei vorgelegte Schätzungen deuten darauf hin, dass die im Jahr 2008 beschlagnahmten Cannabispflanzen einem Verkaufswert von 70 Mio. EUR in Belgien und 76 Mio. EUR im Vereinigten Königreich gleichzusetzen sind (NPIA, 2009); in Deutschland dürften sich die Einnahmen des Großhandels zwischen 36 und 61 Mio. EUR bewegt haben. Die Ermittlung des Gesamtumsatzes aus der illegalen kommerziellen Cannabisproduktion gestaltet sich jedoch schwierig, da sich die Zahlen lediglich auf beschlagnahmte Cannabispflanzen beziehen. Für Schätzungen der Gewinne müssen verschiedene andere Variablen ebenfalls berücksichtigt werden.

Die durch die illegale kommerzielle Cannabisproduktion generierten Umsätze hängen von verschiedenen Faktoren ab, darunter die Größe der Plantage, die Zahl der Pflanzen, die durchschnittlichen jährlichen Ernteerträge pro Pflanze und die Zahl der Ernten pro Jahr. Eine hohe Pflanzendichte und häufige Ernten haben in der Regel einen Rückgang des Ertrags pro Pflanze zur Folge. Die generierten Umsätze hängen auch davon ab, ob die Ernte direkt an die Konsumenten oder aber an Großabnehmer verkauft wird, da die Konsumentenpreise in der Regel höher sind.

Für die illegale kommerzielle Produktion von Cannabis im Innenanbau fallen verschiedene Kosten an, darunter die Gebäudekosten sowie die Kosten für das Saatgut bzw. die Pflanzen, die Erde oder Mineralwolle, Düngemittel, künstliches Licht und Pumpen, Werkzeuge und Lüftungsanlagen sowie für das Labor. Die Stromkosten, sofern der Strom nicht illegal bezogen wird, machen einen Großteil der Produktionskosten aus.

Zum Berechnen der Umsätze und der Gewinne aus den illegalen Cannabisplantagen haben die niederländischen Strafverfolgungsbehörden technische Standards entwickelt, die regelmäßig aktualisiert werden. Auch in Belgien und dem Vereinigten Königreich wird aktuell an neuen Methoden gearbeitet.

⁽⁴⁹⁾ Daten über Stärke und Preis sind den Tabellen PPP-1 und PPP-5 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

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 %.

Schätzungen zufolge haben etwa 23 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 täglich oder intensiv konsumieren. Schätzungsweise haben etwa 12,5 Millionen Europäer in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, das entspricht etwa 3,7 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen

Cannabis wird vor allem von jungen Menschen (15 bis 34 Jahre) konsumiert, wobei die höchsten 12-Monats-Prävalenzraten in der Regel unter den 15- bis 24-Jährigen festgestellt werden. Dies gilt für nahezu alle europäischen Berichtsländer mit Ausnahme Portugals ⁽⁵⁰⁾.

Daten aus Erhebungen in der Bevölkerung zeigen, dass durchschnittlich 31,6 % der jungen europäischen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) mindestens einmal Cannabis probiert haben, während 12,6 % in den letzten zwölf Monaten und 6,9 % 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 (16 %) oder im Laufe der letzten 30 Tage (8,4 %) Cannabis konsumiert haben, noch höher. Zwischen den Prävalenzschätzungen des Cannabiskonsums der einzelnen Länder bestehen erhebliche Unterschiede im Hinblick auf alle Prävalenzzeiträume. Länder am oberen Ende der Skala melden im Zusammenhang mit der 12-Monats-Prävalenz bei jungen Erwachsenen beispielsweise bis zu 30-mal höhere Werte als die Länder mit den niedrigsten Prävalenzraten.

Der Cannabiskonsum ist bei Männern in der Regel höher als bei Frauen. Beispielsweise reicht bei der 12-Monats-Prävalenz das Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 6,4:1 in Portugal bis hin zu 1,4:1 in Bulgarien ⁽⁵¹⁾.

Der Cannabiskonsum ist besonders unter bestimmten Gruppen junger Menschen sehr hoch, beispielsweise unter Personen, die regelmäßig Nachtclubs, Pubs oder Musikveranstaltungen besuchen (Hoare, 2009). Jüngste, auf Veranstaltungen mit elektronischer Tanzmusik in Österreich, der Tschechischen Republik und dem

Vereinigten Königreich durchgeführte Erhebungen haben ergeben, dass 80 % der Befragten bereits einmal Cannabis konsumiert haben – eine Rate, die viel höher liegt als der europäische Durchschnitt unter jungen Erwachsenen (Measham und Moore, 2009).

Cannabiskonsum unter Schülern

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), die alle vier Jahre durchgeführt wird, stellt vergleichbare Daten über den Alkohol- und Drogenkonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern in Europa zur Verfügung (Hibell et al., 2009). Im Jahr 2007 wurde die Studie in 25 EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen durchgeführt. Darüber hinaus führten Italien, Schweden, Spanien und das Vereinigte Königreich im Jahr 2008 eigene nationale Schulumfragen durch, und Belgien (Flämische Gemeinschaft) führte eine regionale Schulumfrage durch.

Den im Rahmen der ESPAD-Studie aus dem Jahr 2007 und der nationalen Schulumfragen von 2008 erhobenen Daten zufolge wurde die höchste Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in der Tschechischen Republik (45 %) festgestellt, während Estland, Frankreich, die Niederlande, die Slowakei und das Vereinigte Königreich Prävalenzraten zwischen 26 % und 32 % meldeten. In 15 Ländern lagen die Lebenszeitprävalenzraten des Cannabiskonsums zwischen 13 % und 25 %. Die niedrigsten Raten (unter 10 %) wurden aus Griechenland, Zypern, Rumänien, Finnland, Schweden und Norwegen gemeldet. Insgesamt bestehen bei Schülern hinsichtlich des Cannabiskonsums geringere geschlechtsspezifische Unterschiede als bei jungen Erwachsenen. Das Verhältnis von Jungen und Mädchen in Bezug auf den Cannabiskonsum unter Schülern reicht von nahezu 1:1 in Spanien und dem Vereinigten Königreich bis zu 2:1 oder noch größeren Unterschieden in Griechenland, Polen, Rumänien und Zypern ⁽⁵²⁾.

Internationale Vergleiche

Die europäischen Zahlen können mit Daten aus anderen Teilen der Welt verglichen werden. In Kanada (2008) beispielsweise betrug die Lebenszeitprävalenz in Bezug auf den Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen 53,8 %, die 12-Monats-Prävalenz belief sich auf 24,1 %. In den Vereinigten Staaten belegen die Ergebnisse der National Survey on Drug Use and Health [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit] (Samhsa, 2008) eine Lebenszeitprävalenz von schätzungsweise 49 % unter jungen Erwachsenen

⁽⁵⁰⁾ Siehe Abbildung GPS-1 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁵¹⁾ Siehe Tabelle GPS-4 (Teil iii) und (Teil iv) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁵²⁾ Siehe Tabelle EYE-20 (Teil ii) und (Teil iii) im Statistical Bulletin 2010.

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	75,5 Millionen	23 Millionen	12,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Spanne	1,5-38,6 %	0,4-15,2 %	0,1-8,5 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (1,5 %) Malta (3,5 %) Zypern (6,6 %) Bulgarien (7,3 %)	Rumänien (0,4 %) Malta (0,8 %) Griechenland (1,7 %) Schweden (1,9 %)	Rumänien (0,1 %) Malta, Schweden (0,5 %) Griechenland, Polen (0,9 %) Litauen, Ungarn (1,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (38,6 %) Tschechische Republik (34,2 %) Italien (32,0 %) Vereinigtes Königreich (31,1 %)	Tschechische Republik (15,2 %) Italien (14,3 %) Spanien (10,1 %) Frankreich (8,6 %)	Tschechische Republik (8,5 %) Spanien (7,1 %) Italien (6,9 %) Frankreich (4,8 %)
15 bis 34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	42 Millionen	17 Millionen	9,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Spanne	2,9-53,3 %	0,9-28,2 %	0,3-16,7 %
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 (1,0 %) Griechenland (1,5 %) Polen (1,9 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (53,3 %) Dänemark (48,0 %) Frankreich (43,6 %) Vereinigtes Königreich (40,5 %)	Tschechische Republik (28,2 %) Italien (20,3 %) Spanien (18,8 %) Frankreich (16,7 %)	Tschechische Republik (16,7 %) Spanien (13,4 %) Italien (9,9 %) Frankreich (9,8 %)
15 bis 24 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	19,5 Millionen	10 Millionen	5,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Spanne	3,7-58,6 %	1,5-37,3 %	0,5-22,4 %
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 (4,9 %) Portugal (6,6 %)	Rumänien (0,5 %) Griechenland, Schweden (1,2 %) Zypern (2,0 %) Polen (2,5 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (58,6 %) Frankreich (42,0 %) Dänemark (41,1 %) Deutschland (39,0 %)	Tschechische Republik (37,3 %) Spanien (24,1 %) Italien (22,3 %) Frankreich (21,7 %)	Tschechische Republik (22,4 %) Spanien (16,9 %) Frankreich (12,7 %) Italien (11,0 %)

Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008/2009 (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 angesetzt. 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 2010 verfügbar.

(16 bis 34 Jahre, von der EBDD neu berechnet) und eine 12-Monats-Prävalenz von 21,5%, während die entsprechenden Werte in Australien (2007) bei den 14- bis 39-Jährigen bei 47% bzw. 16% lagen. Alle diese Angaben liegen über den entsprechenden europäischen Durchschnittswerten von 31,6% bzw. 12,6%.

Für den Cannabiskonsum unter Schülern melden Frankreich, die Slowakei, Spanien und die Tschechische Republik ähnlich hohe Lebenszeitprävalenzraten wie die Vereinigten Staaten und Australien ⁽⁵³⁾.

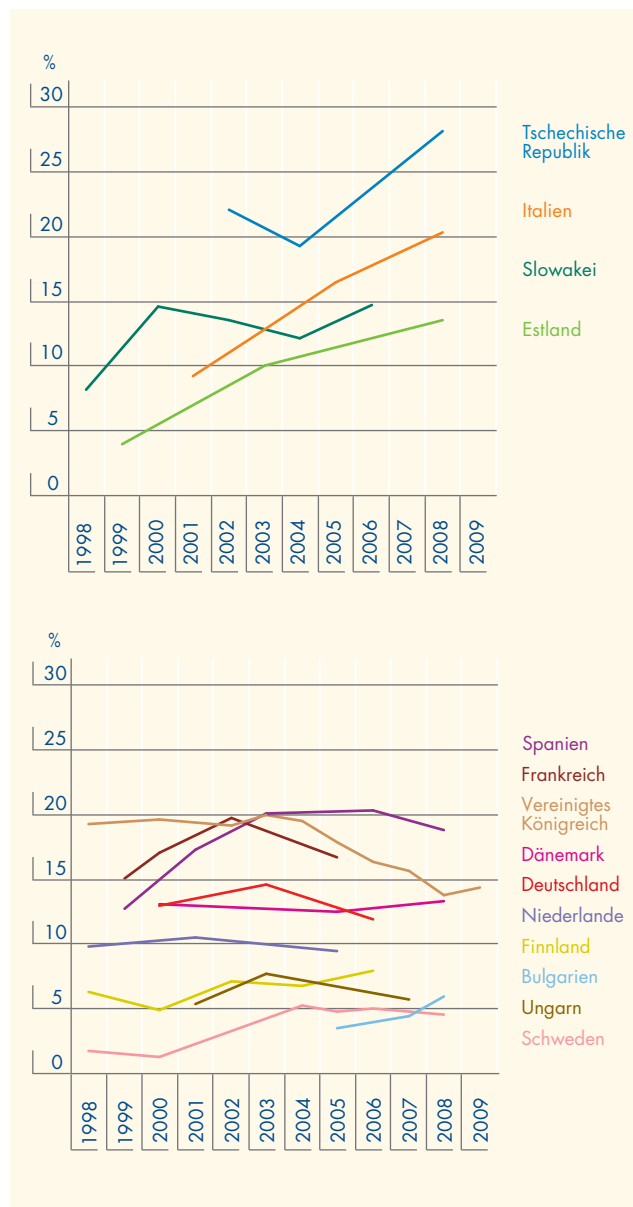
Tendenzen beim Cannabiskonsum

Für den Zeitraum zwischen 1998 und 2008 lassen sich in den 15 Ländern, die ausreichende Daten vorlegen konnten, drei wesentliche Tendenzen bezüglich des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen beobachten (Abbildung 4). Fünf Länder (Bulgarien, Griechenland, Ungarn, Finnland, Schweden) haben niedrige (unter 9%) und relativ stabile Prävalenzwerte bezüglich des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen im letzten Jahr gemeldet. Sechs Länder (Dänemark, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Spanien, Vereinigtes Königreich) haben hingegen insgesamt höhere Prävalenzwerte gemeldet, konnten jedoch in den vergangenen Jahren eine stabile oder sogar rückläufige Entwicklung verzeichnen. Vier weitere Länder (Estland, Italien, Slowakei, Tschechische Republik) haben ebenfalls einen höheren Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen gemeldet, jedoch war in diesen Ländern in den letzten Jahren eher ein Anstieg zu verzeichnen.

Bei einem Blick auf die jüngsten Tendenzen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen konnte der Großteil der zwölf Länder, die im Zeitraum 2003 bis 2008 wiederholt Erhebungen durchgeführt haben, eine stabile Situation melden (Dänemark, Deutschland, Finnland, Schweden, Spanien, Ungarn, Vereinigtes Königreich). Aus fünf Ländern wurde für diesen Zeitraum ein Anstieg des Cannabiskonsums gemeldet, und zwar um mindestens zwei Prozentpunkte in Bulgarien, Estland und der Slowakei und um rund acht Prozentpunkte in Italien und der Tschechischen Republik.

Hinsichtlich der Tendenzen beim Cannabiskonsum unter Schülern im Zeitverlauf wurden in Europa für den Zeitraum zwischen 1995 und 2007 ähnliche Muster ermittelt (EBDD, 2009a). Sieben vorwiegend nord- und südeuropäische Länder (Finnland, Griechenland, Malta, Rumänien, Schweden, Zypern, Norwegen) melden eine insgesamt stabile und niedrige Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums während des gesamten Zeitraums. Die meisten westeuropäischen Länder sowie Kroatien und

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



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-4 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.
 Quelle: Nationale Reitox-Berichte (2009), auf der Grundlage von demografischen Erhebungen, Berichten oder wissenschaftlichen Artikeln.

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, 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

⁽⁵³⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil xii) im Statistical Bulletin 2010.

zu haben. In dieser Region melden sechs Länder für den Zeitraum zwischen 2003 und 2007 eine stabile Situation, während zwei Länder eine Zunahme zu verzeichnen haben.

Drei Länder, die im Jahr 2008 Schulumfragen durchgeführt haben (Flämische Gemeinschaft Belgiens, Schweden und das Vereinigte Königreich) melden im Vergleich zu den 2007 gemeldeten Zahlen stabile oder niedrigere Lebenszeitprävalenzen beim Cannabiskonsum, während Spanien einen Rückgang um mehr als drei Prozentpunkte verzeichnen kann. 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 ⁽⁵⁴⁾.

Muster des Cannabiskonsums

Die verfügbaren Daten belegen die unterschiedlichsten Muster des Cannabiskonsums, vom experimentellen Konsum bis hin zur Abhängigkeit. Viele haben Cannabis nur ein- oder zweimal ausprobiert, andere wiederum konsumieren es gelegentlich oder über einen begrenzten Zeitraum. Von den 15- bis 64-Jährigen, die mindestens einmal Cannabis probiert haben, haben 30% die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert ⁽⁵⁵⁾. Von jenen, die die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben, haben durchschnittlich 50% dies auch in den letzten 30 Tagen getan.

Daten aus einer Stichprobe aus 13 europäischen Ländern, die sich auf insgesamt 77% der erwachsenen Bevölkerung in der Europäischen Union und in Norwegen beziehen, zeigen, dass rund 40% der schätzungsweise 12,5 Millionen Europäer, die in den vergangenen 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, die Droge an einem bis drei Tagen im letzten Monat konsumiert haben; ein Drittel hat die Droge an vier bis 19 Tagen konsumiert und ein Viertel an 20 Tagen oder mehr. 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, also 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 ⁽⁵⁶⁾. Die Prävalenz unter den Männern, die täglich oder fast täglich Cannabis konsumieren, ist möglicherweise um ein Vierfaches höher als bei den Frauen.

Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Aufnahme des Cannabiskonsums und der Abhängigkeit

Die Forschung hat sich umfassend mit der Frage befasst, warum einige Cannabiskonsumenden eine Abhängigkeit entwickeln, andere hingegen nicht. Eine der Erkenntnisse ist, dass die Faktoren für die Aufnahme des Cannabiskonsums sich häufig von den Faktoren unterscheiden, die zu einem problematischen Konsum oder zu einer Abhängigkeit führen. Verschiedene externe Faktoren (Konsum durch Altersgenossen, Verfügbarkeit von Cannabis) sowie individuelle Faktoren (z. B. eine positive Einstellung gegenüber einem möglichen künftigen Drogenkonsum) werden speziell mit der Aufnahme des Cannabiskonsums in Verbindung gebracht (Von Sydow et al., 2002). Einige andere Faktoren werden unterschiedlicher Gewichtung sowohl der Aufnahme des Konsums als auch der Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit zugeschrieben. Hierzu zählen unter anderem genetische Faktoren (Agrawal und Lynskey, 2006), individuelle Faktoren wie das Geschlecht (Männer sind besonders gefährdet), psychische Erkrankungen oder der Konsum weiterer Substanzen (Alkohol, Tabak usw.). Familiäre Faktoren wie eine schlechte Beziehung zur Mutter oder das Aufwachsen bei nur einem Elternteil werden ebenfalls mit der Aufnahme des Cannabiskonsums in Verbindung gebracht; die Trennung bzw. Scheidung der Eltern oder der Tod eines oder beider Elternteile in einem Alter unter 15 Jahre gelten hingegen als Faktoren, die eine Cannabisabhängigkeit auslösen können (Coffey et al., 2003; Swift et al., 2008; Von Sydow, 2002).

Faktoren, die speziell mit der Entwicklung einer Abhängigkeit in Verbindung gebracht werden, umfassen intensive oder riskante Konsummuster, den ständigen Konsum und ein frühes Einstiegsalter. Personen, die beim ersten Konsum von Cannabis im Alter zwischen 14 und 16 Jahren positive Erlebnisse (z. B. ein Glücksgefühl oder Lachanfalle) hatten, weisen ein erhöhtes Risiko einer Abhängigkeit zu einem späteren Zeitpunkt in ihrem Leben auf. Die Entwicklung einer Abhängigkeit wird auch auf verschiedene psychologische und mentale Faktoren (wie eine geringe Selbstachtung, eine geringe Selbstkontrolle und eine geringe Fähigkeit zur Problembewältigung) und sozioökonomische Faktoren (wie ein geringer sozioökonomischer Status oder eine schlechte finanzielle Lage) zurückgeführt (Coffey et al., 2003; Fergusson et al., 2003; Swift et al., 2008; Von Sydow, 2002).

Zehn europäische Länder, die Daten zur ESPAD-Studie unter 15- bis 16-jährigen Schülern vorgelegt haben, meldeten relativ hohe Anteile (5% bis 12%) männlicher Schüler, die 40-mal oder häufiger Cannabis konsumiert haben. Der Anteil der männlichen Schüler

⁽⁵⁴⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil xii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁵⁵⁾ Siehe Abbildung GPS-2 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁵⁶⁾ 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 angesetzt. 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-10 im Statistical Bulletin 2010.

ist damit mindestens doppelt so hoch wie unter weiblichen Schülern. In den meisten dieser Länder gaben zwischen 5 % und 9 % der befragten Schüler an, im Alter von 13 Jahren oder früher erstmals Cannabis konsumiert zu haben. Diese Gruppe ist gefährdet, da ein Zusammenhang zwischen einem frühen Einstieg in den Drogenkonsum und der Entwicklung intensiverer und problematischerer Formen des Drogenkonsums in späteren Jahren besteht.

Abhängigkeit wird selbst unter jungen Konsumenten zunehmend als mögliche Folge eines regelmäßigen Cannabiskonsums erkannt⁽⁵⁷⁾. Die Schwere und die Konsequenzen der Cannabisabhängigkeit mögen jedoch weniger gravierend erscheinen als jene, die gemeinhin mit anderen psychoaktiven Substanzen (z. B. Heroin oder Kokain) in Verbindung gebracht werden. Die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit erfolgt im Gegensatz zu anderen Substanzen möglicherweise eher schrittweise (Wagner und Anthony, 2002). Es wurde gemeldet, dass die Hälfte der abhängigen Cannabiskonsumenden, die ihren Drogenkonsum eingestellt haben, hierfür keine Behandlung in Anspruch nehmen mussten (Cunningham, 2000). Dennoch können einige Cannabiskonsumenden, insbesondere Intensivkonsumenten, auf Probleme stoßen, ohne jedoch die klinischen Kriterien einer Abhängigkeit zu erfüllen⁽⁵⁸⁾.

Der Cannabiskonsum wurde mit der Zugehörigkeit zu einer gefährdeten oder sozial benachteiligten Gruppe, wie vorzeitige Schulabgänger, Schulschwänzer, Kinder in Pflegeeinrichtungen, junge Straftäter und junge Menschen, die in wirtschaftlich benachteiligten Wohngebieten leben, in Zusammenhang gebracht (EBDD, 2008c). Eine weitere Verbindung wurde mit dem Konsum anderer Substanzen hergestellt. Beispielsweise konsumierten junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren, die einen häufigen oder starken Alkoholkonsum angaben, in den letzten zwölf Monaten Cannabis mit einer zwei- bis sechsmal höheren Wahrscheinlichkeit als die Allgemeinbevölkerung. Obwohl die meisten Cannabiskonsumenden keine anderen illegalen Drogen konsumieren, ist die Wahrscheinlichkeit hierfür höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Jugendliche Cannabiskonsumenden melden zudem eine zwei- bis dreimal höhere Prävalenz des Tabakkonsums als andere 15- bis 16-jährige Schüler.

Einige Cannabiskonsumenden weisen risikoreichere Muster des Konsums auf, indem sie beispielsweise Cannabis mit einem sehr hohen THC-Gehalt oder große

Mengen konsumieren oder die Droge nicht in Form eines Joints, sondern über eine Wasserpfeife inhalieren. Für diese Konsumenten werden in der Regel mehr Gesundheitsprobleme, einschließlich einer Abhängigkeit, gemeldet als für andere Konsumenten (Chabrol et al., 2003; Swift et al., 1998).

Behandlung

Behandlungsnachfrage

Im Jahr 2008 wurde Cannabis bei etwa 21 % der Behandlungsaufnahmen (ca. 85 000 Patienten) in 27 Ländern als Primärdroge genannt. Damit steht Cannabis nach Heroin an zweiter Stelle der am häufigsten gemeldeten Drogen. Der Anteil der Patienten, die Cannabis als Primärdroge angaben, lag in Bulgarien, Estland, Litauen, Luxemburg und Slowenien bei unter 5 %, in Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und Ungarn hingegen bei über 30 %, wobei die meisten der betroffenen Cannabiskonsumenden sich in ambulante Behandlung begeben haben⁽⁵⁹⁾.

Diese Abweichungen könnten auf Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz des Cannabiskonsums sowie des Konsums anderer Drogen, des Behandlungsbedarfs, der Erbringung und Organisation der Drogenbehandlung oder der Überweisungspraxis zurückzuführen sein. So verzeichnet Frankreich (neben Ungarn) die größten Anteile von Cannabispatienten, wobei es dort spezielle Beratungsstellen für junge Drogenkonsumenten gibt, während 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. Einige Konsumenten wiederum begeben sich unter Umständen aus anderen Gründen in Behandlung, z. B. aufgrund von psychischen Gesundheitsproblemen, und können andernorts keine geeigneten Behandlungsmaßnahmen finden (Zachrisson et al., 2006).

Viele Patienten, die sich wegen des Konsums von Cannabis einer Behandlung unterziehen, geben an, auch Alkohol oder andere Drogen zu konsumieren.

⁽⁵⁷⁾ Siehe Kasten „Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Aufnahme des Cannabiskonsums und der Abhängigkeit“.

⁽⁵⁸⁾ Siehe Kasten „Gesundheitsschädigende Auswirkungen des Cannabiskonsums“.

⁽⁵⁹⁾ Siehe Abbildung TDI-2 (Teil ii) sowie die Tabellen TDI-5 (Teil ii) und TDI-24 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁶⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-22 (Teil i) im Statistical Bulletin 2010.

Auf der Grundlage der Datenerhebung in 14 Ländern ist festzustellen, dass 65 % der Cannabispatienten eine weitere Droge konsumieren, vor allem Alkohol oder Kokain, wobei einige Patienten angeben, sowohl Alkohol als auch Kokain zu konsumieren (EBDD, 2009d). Cannabis wird von 24 % aller Patienten in ambulanter Behandlung als Sekundärdroge angegeben ⁽⁶⁰⁾.

Tendenzen bei den neuen Behandlungsnachfragen

In den 18 Ländern, für die Daten verfügbar sind, ist die Zahl der Erstpazienten, die Cannabis als Primärdroge angeben, zwischen 2003 und 2007 von etwa 23 000 auf 35 000 gestiegen; im Jahr 2008 ging die Zahl dann leicht zurück (33 000). In den Jahren 2005 und 2006 meldeten 13 Länder erstmals einen Rückgang bei der Anzahl der Cannabiskonsumenden, die sich erstmals in Behandlung begeben ⁽⁶¹⁾. Dies könnte mit den jüngsten rückläufigen Tendenzen beim Cannabiskonsum in Zusammenhang stehen, jedoch auch auf 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 und durchschnittlich 25 Jahre alt, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen 5,5:1 beträgt. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen geben 69 % und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen 83 % der ambulanten Erstpazienten Cannabis als Primärdroge an ⁽⁶²⁾.

Insgesamt sind 22 % der ambulanten Patienten, die Cannabis als Primärdroge nennen, Gelegenheitskonsumenten (bzw. haben Cannabis bis 30 Tage vor Behandlungsbeginn nicht mehr konsumiert), die vermutlich häufig aus dem Strafvollzugssystem überwiesen werden. 11 % dieser Patienten konsumieren Cannabis einmal wöchentlich oder seltener, und rund 17 % konsumieren die Droge zwei- bis sechsmal wöchentlich. Die problematischste Gruppe bilden die täglichen Cannabiskonsumenden, die 50 % der genannten Patienten ausmachen. Dabei wurden deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festgestellt. In Rumänien, Ungarn und Kroatien sind mehr als die Hälfte aller Cannabispatienten Gelegenheitskonsumenten, während in Belgien, Bulgarien, Dänemark, Frankreich, Irland, Malta,

Gesundheitsschädigende Auswirkungen des Cannabiskonsums

In jüngster Zeit haben sich mehrere Untersuchungen mit den gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Cannabiskonsums befasst (EBDD, 2008a; Hall und Degenhardt, 2009). Die Folgen des Konsums umfassen akute Störungen wie Angstzustände, Panikreaktionen oder auch psychotische Symptome, wie sie häufig von Erstkonsumenten gemeldet werden. Ein hoher Anteil der Notfallbehandlungen in Krankenhäusern in den wenigen Ländern, aus denen diesbezügliche Daten vorliegen, sind auf die oben genannten Probleme zurückzuführen. Der Konsum von Cannabis scheint zudem das Risiko eines Verkehrsunfalls um das Zwei- bis Dreifache zu erhöhen (EBDD, 2008b).

Der Konsum von Cannabis kann auch zu chronischen Problemen führen, die direkt auf die Konsummuster (Häufigkeit und Mengen) zurückgeführt werden können. Diese Probleme umfassen neben einer Cannabisabhängigkeit auch eine chronische Bronchitis oder andere Atemwegserkrankungen. Der Konsum von Cannabis während der Schwangerschaft kann zwar ein geringeres Geburtsgewicht zur Folge haben, es scheinen jedoch keine weiteren Geburtsfehler aufzutreten. Die Verbindung zwischen dem Cannabiskonsum und dem Auftreten von Depressionen oder Selbstmorden ist noch immer ungeklärt.

Die Auswirkungen von Cannabis auf die kognitiven Fähigkeiten und die Reversibilität dieser Folgen ist ebenfalls noch nicht geklärt. Ein regelmäßiger Konsum von Cannabis im Jugendalter kann bei jungen Erwachsenen zu mentalen Problemen führen; es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für psychotische Symptome und Störungen, die mit steigender Häufigkeit des Konsums zunehmen (Hall und Degenhardt, 2009; Moore et al., 2007).

Während das individuelle Risiko im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum niedriger einzuschätzen ist als das mit dem Konsum von Heroin oder Kokain verbundene Risiko, treten doch gesundheitliche Probleme auf, die – angesichts der hohen Prävalenz des Cannabiskonsums – signifikante Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben können. Besondere Aufmerksamkeit sollte daher dem Konsum unter Jugendlichen und Menschen mit psychischen Störungen gewidmet werden. Ein regelmäßiger Cannabiskonsum, der Konsum über einen längeren Zeitraum oder in Verbindung mit dem Steuern eines Autos oder anderen potenziell gefährlichen Aktivitäten sind in diesem Zusammenhang ebenfalls wichtige Bereiche.

den Niederlanden und Spanien über 50 % der Cannabispatienten die Droge täglich konsumieren ⁽⁶³⁾.

Behandlungsangebot

Die Behandlung für Cannabiskonsumenden umfasst zahlreiche Maßnahmen, darunter die internetbasierte

⁽⁶¹⁾ Siehe Abbildung TDI-1 und Tabelle TDI-3 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁶²⁾ Siehe Tabelle TDI-10 (Teil iii) und (Teil iv) sowie Tabelle TDI-21 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁶³⁾ Siehe Tabellen TDI-18 (Teil ii) und TDI-111 (Teil viii) im Statistical Bulletin 2010.

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

In Frankreich bietet das Netzwerk der Beratungszentren für Jugendliche, auch bekannt als „Cannabiskliniken“, den Patienten je nach Schwere des Konsums Therapien von unterschiedlicher Dauer und mit verschiedenen Behandlungsansätzen. Im Rahmen einer im Jahr 2007 in 226 der insgesamt 247 Beratungszentren durchgeführten Studie wurden 47 % der ambulanten Patienten als Gelegenheitskonsumenten eingestuft, die keine Symptome einer Abhängigkeit oder eines Missbrauchs zeigen; 30 % dieser Patienten erhielten keine weiteren Beratungsleistungen (Obradovic, 2009). Im Gegensatz dazu wurde bei 53 % der Patienten bei Behandlungsbeginn eine Abhängigkeit oder ein Missbrauchsverhalten diagnostiziert, rund 80 % von ihnen wurden weitere Beratungsleistungen angeboten, und die meisten anderen wurden in Behandlungszentren überwiesen. Die Hälfte der Patienten, die an einer zweiten Beratungssitzung teilgenommen haben, meldete einen Rückgang ihres Cannabiskonsums. Dies war häufiger der Fall bei Patienten, die sich aus eigenem Antrieb in Behandlung begeben haben oder von einem Arzt überwiesen wurden als bei Patienten, bei denen eine Behandlung gerichtlich angeordnet wurde; bei diesen Patienten war die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie die Behandlung nach einigen Sitzungen abbrechen.

Als eine Alternative zur strafrechtlichen Verfolgung sieht das Strafrechtssystem in Ungarn vor, geeignete Personen, die ein Drogendelikt begangen haben, an einen präventiven Beratungsdienst zu überweisen; die schwereren Fälle werden hingegen in spezialisierte Behandlungseinrichtungen überwiesen. Konsumenten, die aus den Strafvollzugsanstalten überwiesen werden, also rund 85 % aller Cannabiskonsumanten, müssen sich einer Drogenbehandlung unterziehen oder an einer psychosozialen Beratung teilnehmen, die über eine Dauer von sechs Monaten mindestens alle 14 Tage einmal stattfindet, um ein entsprechendes Zertifikat zu erhalten. Andernfalls müssen sie mit einer strafrechtlichen Verfolgung rechnen.

Deutschland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich bieten eine internetbasierte Cannabisbehandlung an, um den Zugang zu einer Behandlung für Konsumenten zu vereinfachen, die noch zögern, sich Hilfe im Rahmen des spezialisierten Drogenbehandlungssystems zu suchen. Online-

Behandlungsmaßnahmen umfassen entweder ein Selbsthilfeprogramm ohne Beraterkontakte oder ein strukturiertes Behandlungsprogramm mit geplanten Kontakten (siehe EBDD, 2009b). In den Niederlanden werden gegenwärtig ein Qualitätssiegel und Leitlinien in diesem Bereich entwickelt.

Die Niederlande melden zudem die Evaluierung einer neuen Motivationsmaßnahme für Familien von Cannabiskonsumanten, die neuerdings an Symptomen leiden, die auf eine Schizophrenie hindeuten. Diese Maßnahme zielt darauf ab, den Konsum von Cannabis zu verringern, die Einhaltung der Medikation zu verbessern und die Eltern-Kind-Beziehungen in dieser Gruppe zu stärken. Vorläufige Ergebnisse nach den ersten drei Monaten lassen auf einen signifikanten Rückgang des Cannabiskonsums im Vergleich zu herkömmlichen psychologischen Maßnahmen schließen, während bei den anderen Variablen keine abweichenden Ergebnisse festgestellt werden konnten.

Jüngste Studien über die Behandlung von Cannabiskonsumanten

Die Wirksamkeit zielgerichteter Maßnahmen für Cannabiskonsumanten wurde nur in relativ wenigen Studien untersucht (Levin und Kleber, 2008), obgleich die Zahl der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit dieser Droge immer mehr zunimmt. Es wurden Forschungsaktivitäten sowohl in Bezug auf pharmakotherapeutische als auch auf psychosoziale Maßnahmen durchgeführt, die Ergebnisse lassen jedoch keine eindeutigen Schlüsse zu.

Eine vor Kurzem veröffentlichte randomisierte kontrollierte Studie bewertete die Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung im Vergleich zu Informationen und Beratung in Bezug auf Drogen, es konnten jedoch keine wesentlichen Unterschiede beim Cannabiskonsum festgestellt werden (McCambridge et al., 2008). Die Studie zeigte außerdem, dass qualifizierte Therapeuten die Anzahl derjenigen beeinflussen können, die den Cannabiskonsum einstellen; dies schränkt jedoch die Übertragbarkeit der Maßnahmen ein. In diesem Bereich in Europa durchgeführte Studien bewerten die Wirksamkeit der multidimensionalen Familientherapie (INCANT), der Therapie auf der Grundlage motivationssteigernder, kognitiv-verhaltenstherapeutischer und psychosozialer Problemlösungskomponenten (CANDIS) sowie der internetbasierten Behandlung.

Zwei kürzlich veröffentlichte Studien über die Pharmakotherapie bei Cannabisabhängigkeit

konnten keine wesentlichen Ergebnisse erbringen. In den Niederlanden wurde im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirkung eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers (Olanzapin) und eines Dopamin-Antagonisten (Risperidon) auf Patienten mit psychotischer Komorbidität untersucht (van Nimwegen

et al., 2008). In den Vereinigten Staaten wurden in einer vorläufigen Studie die Wirkungen eines Antidepressivums (Nefazodon), eines Dopamin-Wiederaufnahmehemmers (Bupropion mit verzögerter Freisetzung) sowie eines Placebos bei Konsum- und Entzugserscheinungen unter Cannabiskonsumenten verglichen (Carpenter et al., 2009).

Die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Drogenbehandlung in die Praxis

Im Rahmen der Drogenbehandlung werden wissenschaftlich erprobte Methoden in der Regel nur sehr langsam in die klinische Praxis umgesetzt. Beispiele für die bestehende Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis sind unter anderem die eingeschränkte Verfügbarkeit der opioidgestützten Substitutionsbehandlung in mehreren europäischen Ländern und der seltene Einsatz von Kontingenzmanagement bei der Kokainbehandlung. Als mögliche Erklärungen hierfür werden die individuelle Präferenz bestimmter Behandlungsformen, mangelnde Schulungs- oder Finanzierungsmöglichkeiten, eine unzureichende Wissensverbreitung und der Mangel an organisatorischer Bereitschaft und der Unterstützung neuer Verfahren genannt (Miller et al., 2006).

Um diese Barrieren zu überwinden, wurde vor Kurzem in Deutschland eine Konferenz ausgerichtet, auf der die Übertragung von Projekten für die Behandlung eines

experimentellen Cannabiskonsums anhand des Nachweises der Wirksamkeit in die klinische Praxis untersucht wurde (Kipke et al., 2009). Zu den untersuchten Projekten zählten „CANDIS“, „Quit the shit“ und „FreD“, die bereits alle in früheren EBDD-Publikationen beschrieben wurden. Die Konferenz führt zu der Erkenntnis, dass unter anderem folgende Programmeigenschaften die Übertragung in die klinische Praxis vereinfachen: die Vereinbarkeit mit bestehenden Behandlungsangeboten, klare und strukturierte Protokolle, Seminare für Fachkräfte sowie Plattformen für den Erfahrungsaustausch. Als wesentliche Hindernisse wurden Probleme bei der Koordinierung der Zusammenarbeit, z. B. mit externen Partnern wie der Polizei, und eine mangelnde Finanzierung über die experimentelle Phase hinaus genannt.

Aspekte der Übertragbarkeit sollten bereits in die anfängliche Planung experimenteller Maßnahmen integriert werden. Die weitere Annahme von Maßnahmen mit aussagekräftigen oder langfristigen empirischen Nachweisen erfordert die Beteiligung aller Interessenvertreter.



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 bis vor Kurzem auf die Tschechische Republik und die Slowakei zu beschränken schien. Nun meldeten jedoch auch einige Länder im Norden Europas eine erhöhte Präsenz dieser Droge auf ihren nationalen Amphetaminmärkten.

Ecstasy gehört zu den synthetischen Substanzen, die chemisch mit dem Amphetamin verwandt sind, sich in ihrer Wirkung jedoch in gewisser Weise davon unterscheiden. Die bekannteste Droge der Ecstasy-Gruppe ist 3,4-Methylenedioxy-methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen (MDA, MDEA). Der Ecstasykonsum war in Europa bis zu den späten 80er-Jahren praktisch nicht nachgewiesen, stieg jedoch in den 90er-Jahren drastisch an. Die Popularität dieser Droge stand ursprünglich in Zusammenhang mit

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

	Amphetamin	Methamphetamin	Ecstasy	LSD
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen) ⁽¹⁾	197-624 ⁽²⁾		57-136	n. v.
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	23,0	17,9	2,3	0,1
Beschlagnahmte Mengen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	8,3 Tonnen (8,4 Tonnen)	300 Kilogramm (300 Kilogramm)	Tabletten 12,7 Millionen (13,7 Millionen)	Einheiten 141 100 (141 800)
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm) Spanne (Interquartilspanne) ⁽³⁾	Gramm 6-36 (9-19)	Gramm 12-126	Tabletten 2-19 (4-9)	Dosis 4-30 (7-12)
Spanne der durchschnittlichen Reinheit bzw. MDMA-Gehalt	3-34 %	22-80 %	17-95 mg	n. v.

⁽¹⁾ Die Angaben zur Produktion basieren auf Schätzungen bezüglich des Konsums und der Sicherstellungen.
⁽²⁾ Zur weltweiten Herstellung von Amphetamin und Methamphetamin sind nur aggregierte Schätzungen verfügbar.
⁽³⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise.
 Anmerkung: Alle Daten für 2008; n. v., keine Daten verfügbar.
 Quelle: UNODC (2010b) für weltweite Daten und Nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

der Tanzmusikszene. Grundsätzlich ist festzustellen, dass synthetische Drogen in der Regel in bestimmten Subgruppen oder sozialen Milieus konsumiert werden und zunehmend mit einem hohen episodischen Konsum von Alkohol in Verbindung gebracht werden können.

Die in Europa bekannteste halluzinogene Substanz ist Lysergsäurediethylamid (LSD). Der Konsum dieser Droge war niedrig und blieb über geraume Zeit recht stabil. Seit einigen Jahren gibt es jedoch Anzeichen für ein zunehmendes Interesse junger Menschen an natürlichen halluzinogenen Substanzen, wie sie beispielsweise in halluzinogenen Pilzen enthalten sind.

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 „Projekt Prism“ ist eine internationale Initiative, die die Abzweigung chemischer Grundstoffe für die illegale Herstellung synthetischer Drogen verhindern soll und sich dabei zum einen auf ein System stützt, in dem vor der legalen Ausfuhr von Grundstoffen Meldungen erfolgen, und zum anderen auf die Meldung von abgefangenen Lieferungen und Sicherstellungen im Falle verdächtiger Transaktionen zurückgreift. Informationen über die Tätigkeiten in diesem Bereich werden dem Internationalen Suchtstoffkontrollamt gemeldet (INCB, 2010a).

Den Berichten des INCB zufolge wurde im Jahr 2008 ein Rückgang der weltweiten Sicherstellungen von zwei zentralen Grundstoffen für die Herstellung von Methamphetamin verzeichnet: So wurden 12,6 Tonnen Ephedrin (gegenüber 22,7 Tonnen im Jahr 2007 und 10,3 Tonnen im Jahr 2006) und 5,1 Tonnen Pseudoephedrin (gegenüber 25 Tonnen im Jahr 2007 und 0,7 Tonnen im Jahr 2006) beschlagnahmt. Auf die EU-Mitgliedstaaten (vor allem die Niederlande und das Vereinigte Königreich) entfielen 0,3 Tonnen Ephedrin, d. h. rund die Hälfte der im Vorjahr beschlagnahmten Menge, und mehr als 0,5 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, stiegen dagegen im Jahr 2008 deutlich

auf 5 620 Liter (gegenüber 834 Litern im Jahr 2007) an. Insgesamt wurden in der Europäischen Union 2 757 Liter P-2-P beschlagnahmt, gegenüber 773 Litern im Jahr 2007.

Im Jahr 2008 wurden keine Sicherstellungen von 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P, PMK) gemeldet, das für die Herstellung von MDMA verwendet wird. Diese Entwicklung steht den weltweiten Sicherstellungen in Höhe von 2 297 bzw. 8 816 Litern in den Jahren 2007 bzw. 2006 gegenüber. Die weltweiten Sicherstellungen von Safrol, das bei der Herstellung von MDMA als Ersatz für 3,4-MDP-2-P dienen kann, sanken von dem im Jahr 2007 erreichten Höchstwert von 45 986 Litern auf 1 904 Liter im Jahr 2008. Die meisten Sicherstellungen von Safrol im Jahr 2008 erfolgten auf dem Gebiet der Europäischen Union.

Amphetamin

Die weltweite Produktion von Amphetamin erfolgt weiterhin vorwiegend in Europa, auf das mehr als 80 % aller im Jahr 2008 gemeldeten Amphetamin-Labors entfielen (UNODC, 2010b). Die weltweiten Sicherstellungen von Amphetamin sind im Jahr 2008 mit etwa 23 Tonnen weitgehend stabil geblieben (Tabelle 4). Mehr als ein Drittel der Sicherstellungen entfiel auf West- und Mitteleuropa: Hierin zeigt sich die Rolle der Europäer sowohl als wichtigste Hersteller als auch als Hauptkonsumenten dieser Droge (UNODC, 2010b).

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, Litauen und dem Vereinigten Königreich hergestellt. Im Jahr 2007 wurden in der Europäischen Union 29 Herstellungs-, Tablettier- oder Lagerstätten von Amphetamin aufgedeckt und Europol gemeldet.

In Europa wurden 2008 bei schätzungsweise 37 500 Sicherstellungen 8,3 Tonnen Amphetaminpulver beschlagnahmt⁽⁶⁴⁾. Die Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin schwankte in den letzten fünf Jahren bei einer insgesamt stabilen Entwicklung, lag jedoch im Vergleich zum Jahr 2003 allgemein höher; die beschlagnahmten Mengen sind im Zeitraum 2003 bis 2008 hingegen gestiegen⁽⁶⁵⁾.

Hinsichtlich der Reinheit der analysierten Stichproben des 2008 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

⁽⁶⁴⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2008 noch nicht vorliegen.

⁽⁶⁵⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Drogen in Europa sind den Tabellen SZR-11 bis SZR-18 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

der Stichproben von weniger als 10% in Dänemark, Österreich, Portugal, Slowenien, dem Vereinigten Königreich, Kroatien und der Türkei bis hin zu mehr als 25% in Lettland, den Niederlanden, Polen und Norwegen reicht. Im Laufe der letzten fünf Jahre ist die Reinheit des Amphetamins in den meisten der 17 Länder, die ausreichende Daten für eine Trendanalyse vorgelegt haben, stabil geblieben oder gesunken ⁽⁶⁶⁾.

In mehr als der Hälfte der 17 Berichtsländer bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Amphetamin im Jahr 2008 zwischen 9 EUR und 20 EUR pro Gramm. Die Verkaufspreise von Amphetamin sind in fast allen 13 Ländern, die für die Jahre 2003 bis 2008 Daten gemeldet haben, stabil geblieben oder gesunken; eine Ausnahme bildet Spanien, wo die Preise nach einem Anstieg in den Vorjahren im Jahr 2008 auf ein historisches Tief gesunken sind ⁽⁶⁷⁾.

Methamphetamin

Die Zahl der weltweit gemeldeten Methamphetamin-Labore ist im Jahr 2008 um 29% gestiegen. Der deutlichste Anstieg wurde in Nordamerika verzeichnet, doch auch in Ost- und Südostasien hat die Zahl der geheimen Labors zugenommen. Darüber hinaus wurde für Lateinamerika und Ozeanien eine Zunahme der Aktivitäten im Zusammenhang mit der Herstellung von Methamphetamin gemeldet. Im Jahr 2008 wurden 17,9 Tonnen Methamphetamin sichergestellt. Damit setzte sich die seit 2004 zu beobachtende stabile Tendenz fort. Die größten Mengen dieser Droge wurden in Ost- und Südostasien (insbesondere China) sichergestellt, gefolgt von Nordamerika (UNODC, 2010b).

Die Herstellung von Amphetamin in Europa

Im Jahr 2009 begannen die EBDD und Europol mit der Herausgabe einer Reihe gemeinsamer Veröffentlichungen über das Angebot illegaler Drogen in Europa. Nach Berichten über Methamphetamin und Kokain bietet der dritte, im Jahr 2010 veröffentlichte Bericht dieser Reihe einen umfassenden Überblick über Themen im Zusammenhang mit der Herstellung von und dem Handel mit Methamphetamin sowie über die diesbezüglichen Maßnahmen auf europäischer und internationaler Ebene. In den folgenden Jahren sollen im Rahmen dieser Serie auch Berichte über das Angebot anderer Drogen in Europa, einschließlich Ecstasy und Heroin, veröffentlicht werden.

Der Bericht ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung und online auf der Website der EBDD verfügbar.

In Europa ist die illegale Herstellung von Methamphetamin weitgehend auf die Tschechische Republik beschränkt, wo im Jahr 2008 etwa 458 kleine „Küchenlabors“ aufgedeckt wurden (Abbildung 5). Die Zahl der von der Tschechischen Republik gemeldeten „Küchenlabors“ für die Methamphetaminherstellung hat damit ihr bisheriges Rekordhoch erreicht. Die Zahl der Sicherstellungen von Grundstoffen nahm im Jahr 2008 ebenfalls zu. Darüber hinaus wird die Droge auch in Litauen, Polen und der Slowakei hergestellt.

Im Jahr 2008 wurden in Europa den Berichten zufolge bei schätzungsweise 4 700 Sicherstellungen etwa 300 kg Methamphetamin beschlagnahmt. Die Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin hat sich zwischen 2003 und 2008 stetig erhöht. Über den gleichen Zeitraum hinweg stiegen die beschlagnahmten Mengen im Jahr 2007 auf ein Rekordhoch, bevor sie im Jahr 2008 wieder leicht zurückgingen, was in erster Linie auf den Rückgang bei der in Norwegen beschlagnahmten Menge – einem der bedeutendsten Länder im Zusammenhang mit Sicherstellungen von Methamphetamin in Europa – zurückzuführen ist.

Ecstasy

Schätzungen des UNODC (2010b) zufolge belief sich die weltweite Herstellung von Ecstasy im Jahr 2008 auf 57 bis 136 Tonnen. Die Herstellung dieser Droge hat sich offenbar geografisch weiter verbreitet, da nun vermehrt Ecstasy im näheren Umfeld der Konsumentenmärkte in Ost- und Südostasien, Nordamerika sowie Ozeanien produziert wird. Dennoch wird Ecstasy nach wie vor größtenteils in West- und Mitteleuropa hergestellt, wobei die Produktion in erster Linie in den Niederlanden und Belgien erfolgt.

Die Zahl der weltweiten Sicherstellungen von Ecstasy fiel im Jahr 2008 sehr gering aus (2,3 Tonnen) (UNODC, 2010b). In West- und Mitteleuropa gingen die gemeldeten Sicherstellungen von 1,5 Tonnen im Jahr 2007 auf 0,3 Tonnen im Jahr 2008 zurück.

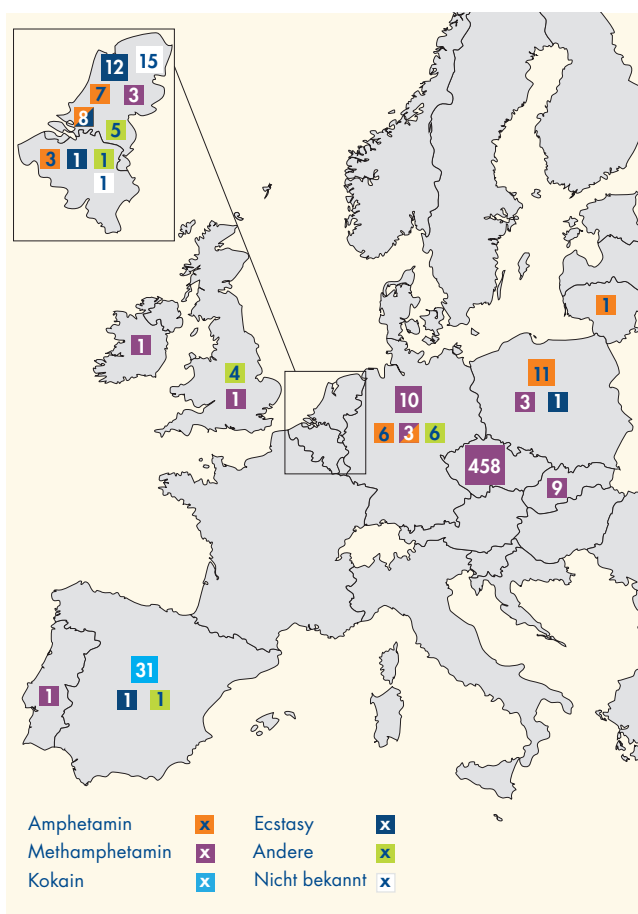
Die europäischen Länder berichteten über mehr als 19 100 Sicherstellungen, bei denen im Jahr 2008 schätzungsweise 13,7 Millionen Ecstasy-Tabletten beschlagnahmt wurden. Hierbei handelt es sich jedoch nur um eine vorläufige Einschätzung, da für das Jahr 2008 noch keine Daten aus den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich vorlagen, die zusammen im Jahr 2007 eine beschlagnahmte Menge von 18,4 Millionen Tabletten gemeldet haben.

Nach einer Stabilisierung zwischen 2003 und 2006 ist die Zahl der in Europa gemeldeten Sicherstellungen von

⁽⁶⁶⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über die Reinheit von Drogen in Europa sind der Tabelle PPP-8 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

⁽⁶⁷⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über die Preise von Drogen in Europa sind der Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

Abbildung 5: In der Europäischen Union ausgehobene Einrichtungen für die Herstellung illegaler Drogen gemäß den Meldungen an Europol



Anmerkung: Auf der Grundlage der Meldungen aus elf EU-Mitgliedstaaten an Europol. Die jeweiligen Drogen sind unter Angabe der im Land gemeldeten Einrichtungen farblich gekennzeichnet. Einrichtungen, in denen die Kombination aus Amphetamin und Methamphetamin oder aus Amphetamin und Ecstasy verarbeitet werden, sind durch zweifarbige Symbole gekennzeichnet. Einrichtungen, in denen andere synthetische Drogen verarbeitet werden, sind unter „Sonstiges“ zusammengefasst. Aufgeführt sind auch Einrichtungen, bei denen die Substanzen nicht bekannt sind. Bei den gemeldeten Einrichtungen wird an dieser Stelle nicht zwischen Herstellungs-, Tablettier- und Lagerstätten unterschieden. In allen gemeldeten Einrichtungen findet eine Umwandlung oder Sekundärextraktion von Kokain statt.

Quelle:

Ecstasy leicht zurückgegangen; die beschlagnahmten Mengen sind im Zeitraum 2003 bis 2008 insgesamt ebenfalls gesunken⁽⁶⁸⁾.

Insgesamt enthielten die meisten der im Jahr 2008 in Europa analysierten Ecstasy-Tabletten als einzige psychoaktive Substanz MDMA oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz (MDEA, MDA), wobei dies in 19 Ländern auf mehr als 60% aller analysierten Ecstasy-Tabletten zutraf. Geringere Anteile von Ecstasy-Tabletten, in denen MDMA oder eine andere analoge Substanz nachgewiesen wurde, wurden von sieben Ländern gemeldet (Lettland, Luxemburg,

Slowenien, Spanien, Vereinigtes Königreich, Zypern, Kroatien). Einige Länder melden, dass mCPP, eine Droge, die nicht unter die internationalen Drogenübereinkommen fällt, in einem beträchtlichen Anteil der analysierten Ecstasy-Tabletten nachgewiesen werden konnte (siehe Kapitel 8).

Die elf Länder, die entsprechende Daten zur Verfügung gestellt haben, meldeten einen typischen MDMA-Gehalt der im Jahr 2008 analysierten Ecstasy-Tabletten zwischen 5 mg und 72 mg. Darüber hinaus berichteten einige Länder (Belgien, Bulgarien, Deutschland, Estland, Lettland, Niederlande, Slowakei und Norwegen) über hochdosierte Ecstasy-Tabletten mit einem MDMA-Gehalt von über 130 mg. Hinsichtlich des MDMA-Gehalts 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. Die verfügbaren Daten für den Zeitraum 2003 bis 2008 sprechen dafür, dass der inflationsbereinigte Verkaufspreis für Ecstasy in Europa weiter gefallen ist.

Halluzinogene Substanzen

Im Zusammenhang mit LSD wird in Europa nach wie vor nur ein marginaler Konsum und Handel beobachtet. Die Zahl der Sicherstellungen von LSD ist zwischen 2003 und 2008 gestiegen, während die beschlagnahmten Mengen nach einem Höchststand im Jahr 2005 durch eine im Vereinigten Königreich erzielte Rekordmenge sich in eben diesem Zeitraum in einem wesentlich geringeren Bereich bewegen⁽⁶⁹⁾. Die (inflationsbereinigten) Verkaufspreise für LSD sind in acht Ländern seit 2003 stabil oder sind leicht gesunken, während Belgien und Schweden einen Anstieg der Preise verzeichneten. Im Jahr 2008 lagen die Preise in den meisten der 13 Berichtsländer durchschnittlich zwischen 5 EUR und 12 EUR pro Einheit.

Prävalenz und Konsummuster

Ein relativ hoher Konsum von Amphetaminen oder Ecstasy in der Allgemeinbevölkerung wird nur aus einigen EU-Mitgliedstaaten gemeldet (Estland, Tschechische Republik 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.

⁽⁶⁸⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten der Niederlande und des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2008 noch nicht vorliegen.

⁽⁶⁹⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2008 noch nicht vorliegen.

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

Schätzungen der Drogenprävalenz zufolge haben in Europa rund 12 Millionen Menschen Amphetamine probiert, und etwa 2 Millionen Europäer haben die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 5 zu entnehmen).

Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis

34 Jahre) verzeichnen die Länder mit Raten zwischen 0,1 % und 15,4 % sehr unterschiedliche Werte, wobei der gewichtete europäische Durchschnitt bei etwa 5,2 % liegt. Die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums in dieser Altersgruppe reicht von 0,1 % bis 3,2 %, wobei die meisten Länder Prävalenzraten zwischen 0,5 % und 2,0 % melden. Schätzungsweise haben durchschnittlich 1,5 Millionen (1,2 %) der jungen erwachsenen Europäer in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert.

Die im Jahr 2007 durchgeführten Erhebungen zeigen, dass unter den 15- bis 16-jährigen Schülern die Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums in den 26 EU-Mitgliedstaaten sowie in Norwegen und Kroatien zwischen 1 % und 8 % lag, wobei nur für Bulgarien, Lettland (jeweils 6 %) und Österreich (8 %) Prävalenzraten von mehr als 5 % gemeldet wurden. Die fünf Länder, die im Jahr 2008 eigene nationale Schulumfragen durchgeführt haben (Belgien-Flämische Gemeinschaft, Italien, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich), meldeten für Amphetamine eine Lebenszeitprävalenz von 3 % oder weniger ⁽⁷⁰⁾.

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	3,7 %	0,6 %
Spanne	0,0-12,3 %	0,0-1,7 %
Länder mit der höchsten Prävalenz	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Malta (0,4 %) Zypern (0,8 %)	Rumänien, Malta, Griechenland (0,0 %) Frankreich (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (12,3 %) Dänemark (6,3 %) Schweden (5,0 %) Tschechische Republik (4,3 %)	Tschechische Republik (1,7 %) Vereinigtes Königreich, Dänemark (1,2 %) Norwegen, Estland (1,1 %)
15 bis 34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,2 %	1,2 %
Spanne	0,1-15,4 %	0,1-3,2 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Zypern (0,8 %)	Rumänien, Griechenland (0,1 %) Frankreich (0,2 %) Zypern (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (15,4 %) Dänemark (10,5 %) Tschechische Republik (7,8 %) Lettland (6,1 %)	Tschechische Republik (3,2 %) Dänemark (3,1 %) Estland (2,5 %) Vereinigtes Königreich (2,3 %)

Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008/2009 (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 angesetzt. 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 2010 verfügbar.

⁽⁷⁰⁾ Siehe Tabelle EYE-11 im Statistical Bulletin 2010.

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. Finnland hat die jüngste nationale Schätzung des problematischen Amphetaminkonsums vorgelegt. Demzufolge gab es in Finnland im Jahr 2005 zwischen 12 000 und 22 000 problematische Amphetaminkonsumenten. Dieser Wert entspricht etwa dem Vierfachen der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten in Finnland.

Der Anteil der Drogenkonsumenten, die sich wegen des Konsums von Amphetamin als Primärdroge in Behandlung begeben haben, ist in den meisten europäischen Ländern (nämlich in 18 der 27 Berichtsländer) mit unter 5% relativ gering, macht jedoch vor allem in Schweden (32%), Finnland (20%) und Lettland (15%) einen erheblichen Anteil aller gemeldeten Behandlungsaufnahmen aus. In fünf weiteren Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Ungarn, Niederlande) gaben zwischen 6% und 10% der Patienten bei der Behandlungsaufnahme Amphetamin als Primärdroge an; in den übrigen Ländern liegt dieser Anteil bei unter 5%. Andere Patienten in Behandlung geben Amphetamin auch als Sekundärdroge an ⁽⁷¹⁾.

Amphetaminkonsumenten sind zu Behandlungsbeginn durchschnittlich 30 Jahre alt, wobei die Patienten in stationärer Behandlung im Durchschnitt etwas jünger sind (28 Jahre). Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei den Amphetaminpatienten ist niedriger als bei anderen illegalen Drogen, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen etwa 2:1 beträgt. Die Tschechische Republik, Estland, Lettland, Litauen, Schweden und Finnland melden im Zusammenhang mit dem injizierenden Konsum bei Amphetamin als Primärdroge relativ hohe Raten zwischen 57% und 82% ⁽⁷²⁾.

Zwischen 2003 und 2008 blieb die Zahl der Erstpatienten, die sich wegen des Konsums von Amphetamin in Behandlung begaben, in den meisten Ländern weitgehend stabil ⁽⁷³⁾.

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 Slowakei und die Tschechische Republik. Im Jahr 2008 war die Zahl der problematischen

Ausgewähltes Thema: Problematischer Konsum von Amphetamin und Methamphetamin, Folgen und Bewältigungsmaßnahmen

Amphetamine, und hierbei insbesondere Methamphetamin, werden in mehreren Teilen der Welt als Ursache für die größten drogenbedingten Probleme genannt. In Europa berichten nur einige wenige Länder über signifikante Schäden, die durch diese Drogen verursacht werden, sowie über hohe Zahlen von problematischen Amphetamin- und Methamphetaminkonsumenten. Ein neues ausgewähltes Thema der EBDD bietet eine Übersicht über die historischen und aktuellen Entwicklungen in diesen Ländern. Der Bericht deckt dabei die Epidemiologie des – in der Mehrzahl chronischen oder intensiven – Amphetamin- und Methamphetaminkonsums sowie der damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Probleme ab. Darüber hinaus werden Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Recht genannt, die speziell auf diese Probleme zugeschnitten sind.

Dieses ausgewählte Thema („Selected Issue“) ist ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder online auf der Website der EBDD verfügbar.

Methamphetaminkonsumenten in der Tschechischen Republik mit schätzungsweise 20 700 bis 21 800 (2,8 bis 2,9 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) knapp doppelt so hoch wie die geschätzte Zahl der problematischen Opioidkonsumenten, während sie in der Slowakei mit 5 800 bis 15 700 (1,5 bis 4,0 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) um etwa 20% unter der geschätzten Zahl der problematischen Opioidkonsumenten lag. Seit Kurzem tritt Methamphetamin auch auf den Drogenmärkten anderer Länder insbesondere im Norden Europas (Lettland, Schweden, Norwegen und in geringerem Maße auch in Finnland) in Erscheinung; Methamphetamin scheint dort teilweise Amphetamin als Droge zu ersetzen, da die Konsumenten die beiden Drogen praktisch nicht unterscheiden können. In Europa wird Methamphetamin von den problematischen Konsumenten in der Regel injiziert oder geschnupft. Im Gegensatz zu anderen Teilen der Welt wird die Droge hier jedoch nur selten geraucht.

Ein großer Anteil der Patienten in den beiden vorstehend genannten Ländern gibt bei Behandlungsbeginn Methamphetamin als Primärdroge an: 59% in der Tschechischen Republik und 29% in der Slowakei. 80% aller sich in Behandlung befindlichen Methamphetaminkonsumenten in der Tschechischen Republik geben an, die Droge hauptsächlich zu

⁽⁷¹⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil ii) und TDI-22 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁷²⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil iv) und TDI-37 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁷³⁾ Eine vollständige Analyse des problematischen Konsums von Amphetamin und Methamphetamin können Sie dem Ausgewählten Thema 2010 („Selected Issue“) entnehmen.

injizieren, in der Slowakei liegt dieser Wert bei 36 %⁽⁷⁴⁾. Darüber hinaus geben diese Patienten häufig an, weitere Drogen zu konsumieren, vor allem Heroin, Cannabis und Alkohol. Beide Länder berichten, dass der Konsum von Methamphetamin als Sekundärdroge insbesondere unter den Patienten weit verbreitet ist, die eine Substitutionstherapie erhalten.

In der Slowakei und der Tschechischen Republik sind Methamphetaminkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, mit durchschnittlich 25 bis 26 Jahren relativ jung. Berichten zufolge nimmt in der Tschechischen Republik der Anteil der Frauen an den Patienten, die sich wegen des Konsums von Methamphetamin als Primärdroge in Behandlung begeben, insbesondere unter den jüngeren Konsumenten zu. Zwischen 2003 und 2008 ist die Zahl der Erstpazienten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Methamphetamin in Behandlung begeben, in beiden Ländern gestiegen⁽⁷⁵⁾.

Ecstasy

Der Ecstasykonsum ist insbesondere unter jungen Erwachsenen verbreitet; hierbei werden in allen Ländern mit Ausnahme von Finnland und Schweden für Männer deutlich höhere Konsumraten gemeldet als für Frauen. Fast alle der rund 2,5 Millionen (0,8 %) europäischen Erwachsenen, die in den letzten zwölf Monaten Ecstasy konsumiert haben, sind der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen zuzuordnen (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 6 zu entnehmen). In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen sind sogar noch höhere Raten des Ecstasykonsums festzustellen: Die Lebenszeitprävalenz reicht hier von weniger als 1 % in Griechenland und Rumänien bis zu 20,8 % in der Tschechischen Republik, gefolgt von der Slowakei und dem Vereinigten Königreich (je 9,9 %) sowie Lettland (9,4 %). In den meisten anderen Ländern liegt die Prävalenz bei 2,1 % bis 6,8 %⁽⁷⁶⁾. Die Schätzungen für den Konsum in den letzten zwölf Monaten in dieser Altersgruppe liegen in den meisten Ländern zwischen 1,0 % und 3,7 %, wobei jedoch auf die erhebliche Spannweite zwischen der niedrigsten Schätzung von 0,3 % und dem höchsten Wert von 11,3 % hinzuweisen ist.

In der Altersgruppe der 15- bis 16-jährigen Schüler betrug die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums in den meisten der im Jahr 2008 untersuchten EU-Länder

zwischen 1 % und 5 %. Nur vier Länder meldeten höhere Prävalenzraten: Bulgarien, Estland, die Slowakei (jeweils 6 %) und Lettland (7 %). Die fünf Länder, die im Jahr 2008 eigene nationale Schulumfragen durchgeführt haben (Belgien-Flämische Gemeinschaft, Italien, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich), meldeten für Ecstasy eine Lebenszeitprävalenz von 4 % oder weniger⁽⁷⁷⁾.

Nur wenige Drogenkonsumenten begeben sich wegen Problemen im Zusammenhang mit Ecstasy in Behandlung. In 21 der 27 Berichtsländer wurde Ecstasy im Jahr 2008 von weniger als 1 % der Erstpazienten als Primärdroge genannt, während dieser Anteil in den übrigen Ländern zwischen 1 % und 3 % lag. Mit einem Durchschnittsalter von 24 Jahren zählen Ecstasykonsumenten zu den jüngsten Patienten, die sich in Behandlung begeben. Auf jede Patientin kommen hierbei zwei bis drei männliche Patienten. Ecstasykonsumenten geben häufig den gleichzeitigen Konsum anderer Substanzen an, darunter Alkohol, Kokain und in geringerem Maße auch Cannabis und Amphetamine⁽⁷⁸⁾.

LSD und halluzinogene Pilze

Die Lebenszeitprävalenz des LSD-Konsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) liegt Schätzungen zufolge zwischen 0 % und 6,1 %. In der Tschechischen Republik wurden jedoch anhand einer im Jahr 2008 durchgeführten Drogenerhebung höhere Prävalenzraten (10,3 %) festgestellt. Für den Konsum in den letzten zwölf Monaten wurden wesentlich niedrigere Prävalenzraten gemeldet⁽⁷⁹⁾.

In den wenigen Ländern, die vergleichbare Daten vorgelegt haben, liegt der LSD-Konsum häufig niedriger als der Konsum halluzinogener Pilze, für den unter jungen Erwachsenen Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 0,3 % und 14,1 % sowie Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz zwischen 0,2 % und 5,9 % 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⁽⁸⁰⁾.

⁽⁷⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) und (Teil iv) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁷⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-3 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁷⁶⁾ Siehe Tabelle GPS-7 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁷⁷⁾ Siehe Tabelle EYE-11 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁷⁸⁾ Siehe Tabellen TDI-5 und TDI-37 (Teil i), (Teil ii) und (Teil iii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁷⁹⁾ Siehe Tabelle GPS-1 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁸⁰⁾ ESPAD-Daten für alle Länder mit Ausnahme Spaniens. Siehe Abbildung EYE-2 (Teil v) im Statistical Bulletin 2010.

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	11 Millionen	2,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,3 %	0,8 %
Spanne	0,3-9,6 %	0,1-3,7 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,3 %) Griechenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Polen (1,2 %)	Rumänien, Schweden (0,1 %) Malta, Griechenland (0,2 %) Polen (0,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (9,6 %) Vereinigtes Königreich (8,6 %) Irland (5,4 %) Lettland (4,7 %)	Tschechische Republik (3,7 %) Vereinigtes Königreich (1,8 %) Slowakei (1,6 %) Lettland (1,5 %)
15 bis 34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	8 Millionen	2,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,8 %	1,7 %
Spanne	0,6-18,4 %	0,2-7,7 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien, Griechenland (0,6 %) Malta (1,4 %) Polen (2,1 %) Zypern (2,4 %)	Rumänien, Schweden (0,2 %) Griechenland (0,4 %) Polen (0,7 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (18,4 %) Vereinigtes Königreich (13,8 %) Irland (9,0 %) Lettland (8,5 %)	Tschechische Republik (7,7 %) Vereinigtes Königreich (3,9 %) Slowakei, Lettland, Niederlande (2,7 %)

Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008/2009 (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 angesetzt. 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 2010 verfügbar.

Tendenzen beim Konsum von Amphetaminen und Ecstasy

Die jüngsten Daten bestätigen die in den Vorjahresberichten festgestellte Stabilisierung beim Konsum von Amphetaminen und Ecstasy in Europa. Nachdem der Konsum in den 90er-Jahren insgesamt zugenommen hatte, weisen demografische Erhebungen nun auf eine allgemeine Stabilisierung der Popularität beider Drogen hin, wobei einige wenige Länder jedoch auch wieder einen leichten Anstieg zu verzeichnen hatten. Die in Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung festgestellten nationalen Tendenzen spiegeln jedoch unter Umständen nicht immer die Trends beim Konsum von Stimulanzien auf lokaler Ebene oder in den verschiedenen Subgruppen wider. Zielgerichtete Erhebungen in Nachtclubs geben Aufschluss darüber, dass die Prävalenz und die Muster des Konsums von Stimulanzien in Kombination mit Alkohol auch weiterhin hoch sind, während andere Erhebungen darauf schließen lassen, dass sich die Muster des Drogenkonsums unter Clubbesuchern zunehmend von den Konsummustern in der Allgemeinbevölkerung unterscheiden (Measham und Moore, 2009). Im Gegensatz dazu lassen die

jüngsten Beobachtungen aus Deutschland vermuten, dass der Substanzkonsum in der Clubszene in diesem Land rückläufig ist.

Die 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) ist im Vereinigten Königreich zwischen 1998 und 2008/2009 erheblich gesunken und von 6,2% auf 2,3% zurückgegangen. In Dänemark ist der Anteil von 0,5% im Jahr 1994 auf 3,1% im Jahr 2000 gestiegen und hat sich seitdem stabilisiert ⁽⁸¹⁾. In den anderen Ländern, die über wiederholte Erhebungen über einen ähnlichen Zeitraum berichten (Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Niederlande, Slowakei, Spanien), werden weitgehend stabile Tendenzen beobachtet (Abbildung 6). 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 2003 bis 2008 lediglich zwei Länder eine Veränderung um mehr als einen Prozentpunkt (Bulgarien von 0,9% im Jahr 2005 auf 2,1%

⁽⁸¹⁾ In Dänemark beziehen sich die Angaben für das Jahr 1994 auf „harte Drogen“, worunter vor allem Amphetamine verstanden wurden.

im Jahr 2008 und die Tschechische Republik von 1,5% im Jahr 2004 auf 3,2% im Jahr 2008).

In den Ländern, die überdurchschnittlich hohe Raten des Ecstasykonsums melden, erreichte der Konsum bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) Anfang des neuen Jahrtausends in der Regel Spitzenwerte zwischen 3% und 5% (Estland, Slowakei, Spanien, Vereinigtes Königreich, siehe Abbildung 6). Eine Ausnahme hierzu bildet die Tschechische Republik: Hier haben schätzungsweise 7,7% der 15- bis 24-Jährigen in den letzten zwölf Monaten Ecstasy konsumiert, und für den Zeitraum von 2003 bis 2008 ist ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. In diesem Zeitraum meldeten die meisten anderen Länder eine stabile Situation mit Ausnahme von Estland und Ungarn, wo die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums unter jungen Erwachsenen Anfang dieses Jahrtausends zunächst zugenommen hat, bevor wieder ein rückläufiger Trend zu verzeichnen war.

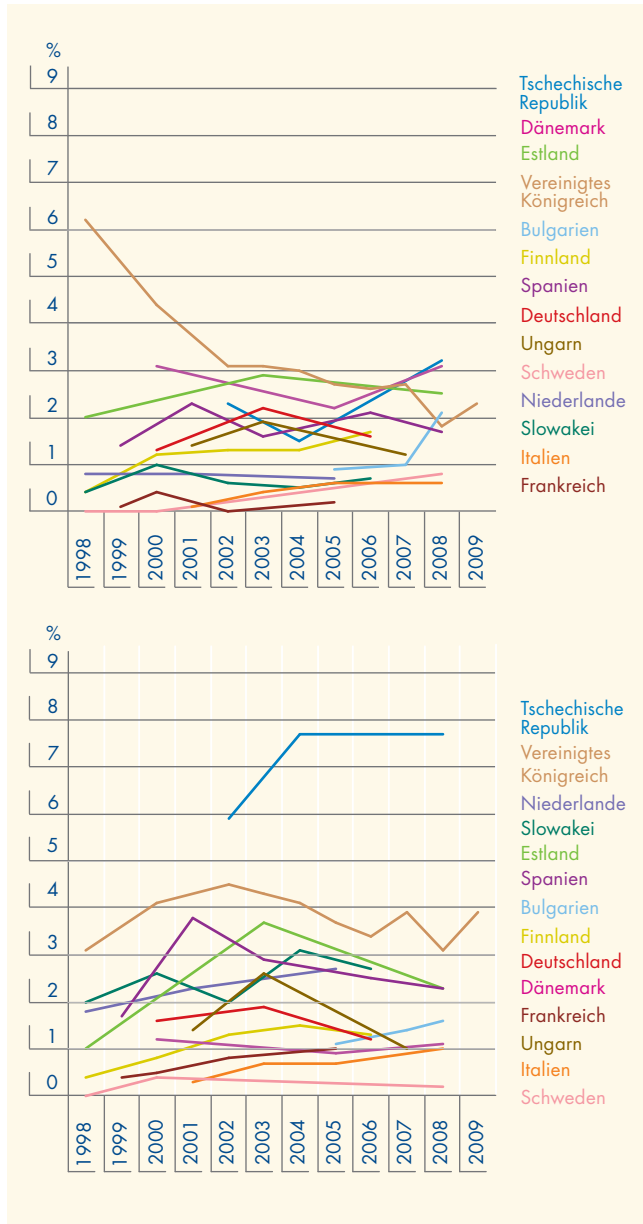
In acht Ländern (Dänemark, Frankreich, Irland, Italien, Österreich, Portugal, Spanien, Vereinigtes Königreich) geht aus den meisten der unlängst durchgeführten Erhebungen hervor, dass der Kokainkonsum bei jungen Erwachsenen in den letzten zwölf Monaten nun höher liegt als der Konsum von Amphetamin und Ecstasy.

Die ESPAD-Erhebung (2007) und andere im Jahr 2008 durchgeführte Schulumfragen lassen insgesamt auf geringfügige Änderungen im Hinblick auf die Prävalenzraten des Experimentierens mit Amphetaminen 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 und Italien verzeichnet, während Portugal, die Tschechische Republik und Kroatien einen Rückgang des Ecstasykonsums meldeten. Die übrigen Länder konnten eine stabile Situation verzeichnen.

Amphetamine und Ecstasy in Freizeitmilieus: Konsum und Maßnahmen

Neun Länder haben Daten zur Prävalenz von Stimulanzien vorgelegt, die aus Studien stammen, die im Jahr 2008 in der Nachtclubszene durchgeführt wurden. Schätzungen zufolge gibt es in den einzelnen Ländern und Milieus diesbezüglich große Unterschiede, und die Spanne reicht beim Lebenszeitkonsum von Ecstasy von 10% bis 85% und beim Amphetaminkonsum von 5% bis 69%. In drei dieser

Abbildung 6: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen (oben) und Ecstasy (unten) unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



Anmerkung: Es wurden ausschließlich Daten für Länder berücksichtigt, in denen im Zeitraum 1998 bis 2009 mindestens drei Erhebungen durchgeführt wurden. Weitere Informationen sind den Abbildungen GPS-8 und GPS-21 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

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

Studien wurden auch Lebenszeitprävalenzschätzungen für den Konsum halluzinogener Pilze vorgelegt, die zwischen 34% und 54% lagen. In sechs Ländern (Deutschland, Frankreich, Niederlande, Rumänien, Ungarn, Vereinigtes Königreich) berichteten die befragten Besucher von Clubs, die verschiedene Arten elektronischer Tanzmusik spielen, von Unterschieden bezüglich der Prävalenz und

der Konsummuster, wobei der Ecstasykonsum in aller Regel mit bestimmten Genres enger verknüpft zu sein scheint. Darüber hinaus wurde in drei der Berichtsländer (Niederlande, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich) in den untersuchten Stichproben eine höhere Verbreitung von Ecstasy im Vergleich zu Amphetaminen festgestellt. Beispielsweise hatten in Amsterdam 9 % der Clubbesucher am Abend der Erhebung Ecstasy konsumiert, während in Manchester 42 % der Clubbesucher angaben, bereits Ecstasy konsumiert zu haben oder planen, dies an diesem Abend noch zu tun. Die entsprechenden Werte in Bezug auf Amphetamine lagen bei 3,6 % (Amsterdam) bzw. 8 % (Manchester).

Lediglich aus 13 europäischen Ländern liegen aktuelle Meldungen zu Maßnahmen vor, die sich auf die Nachtclubs konzentrieren. In erster Linie wurden hier Maßnahmen wie die Bereitstellung von Informationen und Materialien zur Schadensminimierung gemeldet, doch nur einige wenige Informationsstrategien bezogen sich auch auf die normativen Einstellungen der Jugendlichen im Freizeitmilieu. Milieubezogene Ansätze, wie die Schaffung eines gesunden Umfelds für die Clubbesucher, sichere Transportmöglichkeiten, Aktionspläne in Bezug auf Verkauf und polizeiliche Überwachung, Chill-out-Bereiche, die Möglichkeit von Alkoholtests sowie Krisenmanagementmaßnahmen, werden entweder als eigenständige Einzelmaßnahmen oder als kombinierte Maßnahmen von sieben Ländern gemeldet (Belgien, Dänemark, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Spanien, Vereinigtes Königreich). Italien und Spanien melden nun ebenfalls eine verstärkte Zusammenarbeit der Beteiligten in der Clubszene (Gemeinden, Polizei und Inhaber von Restaurants oder Clubs).

Die mit dem Konsum von Alkohol verbundenen Gefahren in der Clubszene werden in Europa in zunehmendem Maße anerkannt. Milieubezogene Strategien im Zusammenhang mit Alkohol werden von Dänemark, Luxemburg, Schweden und dem Vereinigten Königreich sowie aus einigen Gebieten Spaniens gemeldet. Zu den zahlreichen Maßnahmen, die in diesen Ländern umgesetzt worden sind, zählen der verantwortungsvolle Verkauf von Alkohol, die Schulung des Personals, eine höhere Besteuerung der sogenannten Alcopops, eine Mindest-Altersgrenze von 16 Jahren für den Kauf von Alkohol und ein absolutes Alkoholverbot für Fahranfänger.

Da der Konsum von Drogen und Alkohol in der Clubszene häufig gemeinsam auftritt, könnten Richtlinien bezüglich des Alkoholkonsums auch eine Reduzierung des Konsums von Stimulanzien bewirken. Einer vor Kurzem in Großbritannien durchgeführten Erhebung (British Crime Survey) zufolge

ist die Häufigkeit von Nachtclubbesuchen in engem Zusammenhang mit dem polyvalenten Drogenkonsum zu sehen ⁽⁸²⁾. Die von der EBDD analysierten Daten aus den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung in neun europäischen Ländern zeigen, dass unter den Personen, die häufig und in hohem Maße Alkohol konsumieren, eine weitaus höhere Prävalenz des Amphetamin- und Ecstasykonsums gegeben ist als in der Allgemeinbevölkerung (EBDD, 2009d). Die Analyse der Daten aus der ESPAD-Schülerstudie für 22 Länder ergab, dass 85,5 % der 15- bis 16-jährigen Schüler, die in den vergangenen 30 Tagen Ecstasy konsumiert haben, auch fünf oder mehr Einheiten Alkohol bei einer Gelegenheit zu sich genommen haben (EBDD, 2009d). Die Niederlande meldeten, dass die Konsumenten nach übermäßigem Alkoholkonsum möglicherweise stimulierende Drogen wie Kokain und Amphetamine konsumieren, um wieder nüchtern zu werden.

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. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Amphetaminabhängigkeit durch gleichzeitig auftretende psychiatrische Störungen erschwert wird. In Europa werden Pharmazeutika (wie Antidepressiva, Sedativa oder Antipsychotika) bei der Behandlung früher Entzugserscheinungen zu Beginn der Entgiftung verabreicht; die Entgiftung erfolgt in der Regel stationär in spezialisierten psychiatrischen Abteilungen. In der Tschechischen Republik weisen Methamphetaminkonsumenten, die zur Entgiftung an eine Einrichtung überwiesen werden, häufig eine akute toxische Psychose auf, die in aller Regel mit aggressivem Verhalten gegen die eigene Person und gegen ihr Umfeld begleitet wird. Solche Patienten müssen oft körperlich unter Kontrolle gebracht werden, die Kommunikation mit ihnen gestaltet sich schwierig, und sie lehnen in der Regel jegliche Hilfe ab. Konsumenten mit psychotischen Störungen werden stationär in psychiatrischen Einrichtungen mittels atypischer Medikation mit Antipsychotika behandelt. Aus der Tschechischen Republik wird außerdem berichtet, dass aufgrund des geringen Alters der Patienten und des häufigen Auftretens familiärer Probleme eine Behandlung wegen Methamphetaminkonsums im Allgemeinen in einen familientherapeutischen Kontext eingebettet ist.

⁽⁸²⁾ Hierunter ist der gleichzeitige Konsum von zwei oder mehr illegalen Substanzen in einem bestimmten Zeitraum, z. B. im vergangenen Jahr, zu verstehen.

Mehrere Länder berichten, dass der Mangel an einer geeigneten pharmakologischen Ersatzsubstanz für die Behandlung einer Amphetaminabhängigkeit ein Problem darstellt, wenn es darum geht, die Konsumenten dazu zu bringen, die Therapie nicht vorzeitig abzubrechen. Dexamphetamin steht zwar als Ersatzstoff für die Behandlung von sehr problematischen Amphetaminkonsumenten in England und Wales zur Verfügung, von einer diesbezüglichen Verwendung raten die nationalen Leitlinien für die klinische Behandlung von Drogenabhängigen jedoch ab, da die Wirksamkeit noch nicht ausreichend belegt ist (NTA, 2007).

Faktengestützte Maßnahmen

Der Konsum von Drogen und Alkohol in Freizeitmilieus kann eine Vielzahl von gesundheitlichen und sozialen Problemen zur Folge haben, darunter Gewalttaten, erzwungener und ungeschützter Geschlechtsverkehr, Verkehrsunfälle, den Alkoholkonsum durch Minderjährige oder Belästigungen. Eine kürzlich durchgeführte Untersuchung der Wirksamkeit von Maßnahmen in diesem Milieu ergab, dass die am häufigsten angewendeten Maßnahmen nicht faktengestützt sind (Calafat et al., 2009). Darunter fallen auch die Bereitstellung von Informationen zur Schadensminimierung, die Förderung der Moderation, die verantwortungsvolle Abgabe von Alkohol, die Schulung der Mitarbeiter am Einlass und „Designated Driver“-Programme (Bestimmung eines Fahrers, der nüchtern bleibt). In einigen Fällen kann die mangelnde Wirksamkeit auf eine schlechte Umsetzung der Maßnahme zurückgeführt werden.

Es konnte nachgewiesen werden, dass die kombinierte Schulung von Patienten und Personal, die obligatorische Zusammenarbeit von Behörden und der Freizeitindustrie sowie der Strafverfolgung (Lizenzierung, Altersverifikation) die beste Strategie für die Verringerung von Verletzungen, problematischen Alkoholkonsummustern und dem Zugang von jungen Leuten zu Alkohol darstellt. Die Ergebnisse in Bezug auf den Konsum illegaler Drogen wurden leider nur in sehr geringem Maße ausgewertet.

Weitere Maßnahmen im gesellschaftlichen Bereich, die zu einer Reduzierung des Substanzkonsums in Nachtclubs führen könnten, umfassen eine Besteuerung alkoholischer Getränke, zeitliche Beschränkungen des Alkoholverkaufs, eine Beschränkung der abzugebenden Alkoholmengen, Alkoholkontrollen für Fahrer an speziellen Checkpoints, strengere Promillegrenzen, ein Mindestalter für die Abgabe von Alkohol und die Aussetzung von Lizenzen.

Wirksamkeit der Behandlung

Der chronische Konsum von Methamphetamin kann zu kognitiven Störungen führen, was zur Folge hat, dass diese Konsumenten möglicherweise nicht mehr optimal auf psychologische, kognitive und Verhaltenstherapien ansprechen (Rose und Grant, 2008). Dies erklärt die erheblichen Forschungsbemühungen, die zur Entwicklung neuer pharmakologischer Maßnahmen unternommen werden. In einigen Fällen dienen die untersuchten Medikamente dazu, die Patienten erst in die Lage zu versetzen, sich einer psychologischen Maßnahme zu unterziehen.

Mehrere klinische Studien über den Einsatz von Pharmazeutika bei der Behandlung von Amphetaminabhängigkeit wurden jüngst veröffentlicht oder werden gegenwärtig noch durchgeführt. Von den neun veröffentlichten Studien wurden sechs in den Vereinigten Staaten, zwei in Schweden und eine in Australien durchgeführt. Die untersuchten Substanzen umfassten die Dopamin-Wiederaufnahmehemmer Methylphenidat und Bupropion zur Verringerung der Rückfallquote bei methamphetaminabhängigen Patienten; das Antipsychotikum Aripiprazol; Ondansetron, ein Mittel bei Angstzuständen; Amineptin, eine psychotrope Substanz; das Antihistamin Mirtazapin; Modafinil, ein neuroprotektives Agens; und der Opioidantagonist Naltrexon. In all diesen Studien konnte nur für Naltrexon eine Wirksamkeit bezüglich der Eindämmung des Konsums (nachweisbar entweder anhand von Urinproben oder durch eigene Aussagen) und einer langfristigen Abstinenz nachgewiesen werden. Die in den Vereinigten Staaten durchgeführten Studien haben außerdem untersucht, ob Citicolin, das die geistigen Funktionen von Methamphetaminsüchtigen verbessern kann, auch zu einer höheren Wirksamkeit bei anderen pharmazeutischen Behandlungen führen kann.

Schließlich ergab eine kontrollierte Studie, dass eine von einem entsprechenden Gericht überwachte ambulante Behandlung bessere Ergebnisse bringt als eine nicht überwachte Behandlungsform. In einer klinischen Studie konnte nachgewiesen werden, dass in einer durch Kontingenzmanagementmaßnahmen ergänzten Behandlung bessere Ergebnisse erzielt werden konnten als bei der reinen Behandlung ohne Kontingenzmanagement. Eine mögliche Impfung mit monoklonalen Drogen-Antikörpern zur Vermeidung einer Überdosierung und zur Rückfallprävention wurde in einer dieser jüngsten Abhandlungen ebenfalls beschrieben.



Kapitel 5: Kokain und Crack

Einleitung

Der Konsum von Kokain und die Zahl der Sicherstellungen dieser Droge haben in den vergangenen zehn Jahren zugenommen; Kokain ist damit nach Cannabis die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge in Europa. Das Konsumverhalten unterscheidet sich in den einzelnen Ländern erheblich, und die Droge wird insbesondere in den west- und südeuropäischen Ländern in hohem Maß konsumiert. Darüber hinaus bestehen erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Konsummuster und die soziodemografischen Merkmale der Kokainkonsumenten. Es gibt Gelegenheitskonsumenten, regelmäßige Konsumenten, die jedoch sozial integriert sind, und eher marginalisierte und häufig abhängige Konsumenten (einschließlich aktueller und ehemaliger Opioidkonsumenten). Aufgrund der vielfältigen Profile der Konsumenten stellt die Beurteilung der Prävalenz des Konsums dieser Droge, der damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Folgen und der notwendigen Maßnahmen eine außerordentlich komplexe Aufgabe dar.

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Der Anbau des Kokastrauchs, aus dem Kokain gewonnen wird, konzentriert sich nach wie vor auf drei Länder in der Andenregion. Schätzungen des UNODC (2010b) zufolge belief sich das aus dem Anbau des Kokastrauchs auf einem Gebiet von insgesamt 158 000 Hektar resultierende Produktionspotenzial von Kokain im Jahr 2009 auf 842 bis 1 111 Tonnen reines Kokain, verglichen mit geschätzten 865 Tonnen im Jahr 2008 (UNODC, 2010b). Für das Jahr 2009 wird die Größe des Anbaugebiets auf 158 000 Hektar geschätzt, was im Vergleich zu 167 600 Hektar im Jahr 2008 einen Rückgang um rund 5 % bedeutet; die geringere Anbaufläche wird in erster Linie auf die Verringerung des Kokaanbaus in Kolumbien zurückgeführt, die auch durch Anbausteigerungen in Peru und Bolivien nicht aufgefangen wurde.

Die Verarbeitung von Kokablättern zu Kokainhydrochlorid erfolgt in erster Linie in Kolumbien, Peru und Bolivien,

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

	Kokain	Crack ⁽¹⁾
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	842-1 111	n. v.
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	711 ⁽²⁾	n. v.
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen)		
EU und Norwegen	67	0,06
(einschließlich Kroatien und Türkei)	(67)	(0,06)
Zahl der Sicherstellungen		
EU und Norwegen	95 700	10 100
(einschließlich Kroatien und Türkei)	(96 300)	(10 100)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)		
Spanne	37-107	45-82
(Interquartilspanne) ⁽³⁾	(50-70)	
Spanne der durchschnittlichen Reinheit (%)	13-62	20-89

⁽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 reinen Kokains.

⁽³⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise.

Anmerkung: Alle Daten für 2008. Lediglich die Schätzungen zur weltweiten Herstellung betreffen das Jahr 2009; n. v., keine Daten verfügbar.

Quelle: UNODC (2010b) für weltweite Daten und Nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

ist jedoch auch in anderen Ländern zu beobachten. Die Bedeutung Kolumbiens für die Kokainherstellung wird durch die Daten über aufgedeckte Labors und Sicherstellungen von Kaliumpermanganat untermauert, einem chemischen Grundstoff, der bei der Synthese von Kokainhydrochlorid genutzt wird. Im Jahr 2008 wurden in Kolumbien 3 200 Kokainlabors aufgedeckt (INCB, 2010b) und insgesamt 42 Tonnen Kaliumpermanganat sichergestellt (90 % der weltweiten Sicherstellungen) (INCB, 2010a).

Die verfügbaren Informationen belegen, dass Kokain noch immer auf unterschiedlichen Routen über den Luft- und Seeweg nach Europa geschmuggelt wird. Kokainlieferungen nach Europa erfolgen über Länder wie Argentinien, Brasilien, Ecuador, Mexiko und Venezuela. Häufig wird die Droge auch über die Karibik nach Europa geschmuggelt. In den letzten Jahren wurden zudem alternative Routen über Westafrika entdeckt (EBDD und Europol, 2010). Obwohl bei den Sicherstellungen von über Westafrika eingeführtem Kokain im Jahr 2008 ein deutlicher Rückgang zu beobachten war (UNODC, 2009), ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass noch immer große Mengen dieser Droge über dieses Gebiet geschmuggelt werden (EBDD und Europol, 2010).

Die Iberische Halbinsel (insbesondere Spanien) sowie die Benelux-Länder (insbesondere die Niederlande) scheinen die bedeutendsten Einfuhrpunkte für Kokain zu sein, das nach Europa geschmuggelt wird. Frankreich, Italien und das Vereinigte Königreich werden häufig als wichtige Transit- oder Zielländer für Kokainlieferungen innerhalb Europas angegeben. Die jüngsten Berichte legen außerdem nahe, dass der Kokainhandel möglicherweise in Richtung Osten ausgeweitet wird (EBDD und Europol, 2010; INCB, 2010b). Die aggregierten Zahlen für zehn mittel- und osteuropäische Länder zeigen eine Zunahme der Kokainsicherstellungen von 469 Fällen im Jahr 2003 auf 1 212 Fälle im Jahr 2008, was jedoch noch immer nur rund 1 % aller Sicherstellungen in Europa ausmacht.

Sicherstellungen

Kokain ist nach Cannabiskraut und Cannabisharz die weltweit am häufigsten gehandelte Droge. Die weltweiten Sicherstellungen von Kokain sind im Jahr 2008 mit etwa 711 Tonnen weitgehend stabil geblieben (Tabelle 7) (UNODC, 2010b). Der größte Anteil der weltweit beschlagnahmten Mengen entfiel nach wie vor auf Südamerika mit 60 % (CND, 2009), gefolgt von Nordamerika mit 28 % sowie West- und Mitteleuropa mit 11 % (UNODC, 2009).

„Sekundäreextraktionslabors“ für Kokain in Europa

Die von Drogenhändlern in Europa eingerichteten geheimen Labors zur Verarbeitung von Kokain unterscheiden sich von jenen in Südamerika, wo Kokainbase oder Kokain-Hydrochlorid aus Kokablättern oder Kokapaste hergestellt werden. In den meisten der von europäischen Strafverfolgungsbehörden ausgehobenen Labors scheint hingegen Kokain aus Materialien gewonnen zu werden, in die die Droge vor dem Export zunächst eingebunden wurde.

Es wurde festgestellt, dass Kokain-Hydrochlorid und in geringerem Umfang auch Kokainbase in die unterschiedlichsten Trägermaterialien eingebracht werden, z. B. in Bienenwachs, Düngemittel, Kleidung, Pflanzen und diverse Flüssigkeiten. Die Möglichkeiten zur Einbindung des Kokains in die verschiedenen Materialien können sich in ihrer Raffinesse und Komplexität stark unterscheiden: Die einfachste Möglichkeit ist das Tränken von Kleidung in einer Lösung aus Kokain und Wasser, die Droge kann jedoch auch in Kunststoff eingebracht werden. In diesem Fall ist ein chemischer Umkehrprozess erforderlich, um das Kokain wieder zu extrahieren. Nach der Extraktion kann die Substanz mit verschiedenen Streckungsmitteln verdünnt und anschließend in Blöcke gepresst werden, die mit Logos versehen sind, die auf hochreines Kokain in den Herstellerländern hindeuten.

Berichten an Europol zufolge wurden im Jahr 2008 rund 30 verschieden große Sekundäreextraktionslabors für Kokain entdeckt, die alle in Spanien ansässig waren. In den Niederlanden wurde in Roosendaal (Provinz Nordbrabant) ein mittelgroßes Labor ausgehoben, in dem Kokain aus Kakaopulver und alkoholischen Flüssigkeiten extrahiert wurde. Ein Jahr zuvor hatten die niederländischen Behörden in dieser Provinz bereits zwei weitere Sekundäreextraktionslabors ausgehoben und dabei acht Tonnen Kunststoff (Polypropylen) sichergestellt, in dem Kokain enthalten war. Aus den in den Labors sichergestellten Dokumenten ging hervor, dass in dem Jahr mehr als 50 Tonnen dieses Kunststoffs aus Kolumbien importiert worden waren.

Die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Europa hat in den letzten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen, wobei seit 2004 ein besonders starker Anstieg zu beobachten ist. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Europa auf 96 000 Fälle, wobei jedoch die beschlagnahmte Gesamtmenge von 121 Tonnen im Jahr 2006 und 76 Tonnen im Jahr 2007 auf 67 Tonnen zurückging. Dieser Rückgang der insgesamt beschlagnahmten Menge Kokain ist weitgehend auf die Entwicklung in Portugal und Spanien zurückzuführen, da diese Länder einen Rückgang der beschlagnahmten Mengen seit 2006 meldeten ⁽⁸³⁾. Dies kann durch Änderungen bei den Handelsrouten

⁽⁸³⁾ Siehe Tabellen SZR-9 und SZR-10 im Statistical Bulletin 2010.

oder -praktiken oder durch eine Prioritätenverschiebung bei den Strafverfolgungsmaßnahmen erklärt werden. Spanien meldete im Jahr 2008 weiterhin sowohl die höchsten beschlagnahmten Kokainmengen als auch die meisten Sicherstellungen dieser Droge – etwa die Hälfte aller Beschlagnahmungen in Europa. Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten der Niederlande, die 2007 die zweithöchsten Mengen an beschlagnahmtem Kokain gemeldet haben, für das Jahr 2008 noch nicht vorliegen.

Reinheit und Preis

Im Jahr 2008 lag die durchschnittliche Reinheit des getesteten Kokains in den meisten Berichtsländern zwischen 25 % und 55 %, wobei jedoch Dänemark (nur auf Konsumentenebene, 23 %) und einige Regionen im Vereinigten Königreich (Schottland, 13 %) geringere Werte meldeten, während Belgien (59 %), Frankreich (60 %) und Rumänien (62 %) höhere Werte ermittelten ⁽⁸⁴⁾. Von den 21 Ländern, die ausreichende Daten für eine Analyse der Tendenzen bezüglich der Reinheit von Kokain im Zeitraum zwischen 2003 und 2008 zur Verfügung gestellt haben, meldeten 17 Länder eine rückläufige Entwicklung, drei berichteten über eine stabile Situation (Deutschland, Frankreich, Griechenland), und nur Portugal verzeichnete einen Anstieg.

In neun der 18 Berichtsländer bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Kokain im Jahr 2008 zwischen 50 EUR und 70 EUR pro Gramm. Polen und Portugal meldeten hingegen geringere Preise, aus Italien, Lettland, Schweden und der Tschechischen Republik liegen Angaben zu höheren Verkaufspreisen vor. Mit einer Ausnahme wurden in allen Ländern, die ausreichende Daten für einen Vergleich übermittelt haben, zwischen 2003 und 2008 sinkende Straßenpreise für Kokain verzeichnet. Lediglich Polen meldete trotz eines geringen Preisrückgangs im Jahr 2008 wieder höhere Verkaufspreise.

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 14 Millionen Europäer mindestens einmal Kokain konsumiert. Dies entspricht durchschnittlich 4,1 % 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 9,4 %, 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 1,3 %), 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 %. Die Prävalenzschätzung für den Kokainkonsum in den letzten 30 Tagen entspricht mit etwa 2 Millionen Konsumenten ungefähr 0,5 % der erwachsenen Bevölkerung.

Eine geringe Anzahl von Ländern (Dänemark, Irland, Italien, Spanien, Vereinigtes Königreich) meldete einen Kokainkonsum, der über dem europäischen Durchschnitt liegt. In vier dieser fünf Länder ist Kokain das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans. Eine Ausnahme bildet Dänemark, das ähnliche Prävalenzen für den Konsum von Kokain und von Amphetaminen meldet.

Kokainkonsum unter jungen Erwachsenen

In Europa haben schätzungsweise 8 Millionen junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre), das entspricht durchschnittlich 5,9 %, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert, wobei die nationalen Werte von 0,1 % bis 14,9 % reichen. In dieser Altersgruppe beträgt der 12-Monats-Konsum von Kokain im europäischen Durchschnitt schätzungsweise 2,3 % (rund 3 Millionen) und der Konsum in den letzten 30 Tagen 0,9 % (1,5 Millionen).

Besonders hoch ist der Konsum unter jungen Männern (15 bis 34 Jahre). Hier wurden in Dänemark, Spanien, Irland, Italien und dem Vereinigten Königreich 12-Monats-Prävalenzraten zwischen 4 % und 8,4 % ermittelt ⁽⁸⁵⁾. In zwölf der Berichtsländer lag bei der 12-Monats-Prävalenz das Verhältnis zwischen Männern und Frauen unter jungen Erwachsenen bei mindestens 2:1 ⁽⁸⁶⁾.

Zielgerichtete Erhebungen und Querschnittsumfragen in der Bevölkerung haben gezeigt, dass der Kokainkonsum mit bestimmten Lebensweisen und Milieus in Verbindung gebracht werden kann. Beispielsweise geht aus einer Analyse der Daten aus der British Crime Survey 2008 bis 2009 hervor, dass von den 16- bis 24-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen viermal oder häufiger einen Nachtclub aufgesucht haben, 14,2 % angeben, in den letzten zwölf

⁽⁸⁴⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-3 und PPP-7 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Abbildung GPS-13 im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁸⁶⁾ Siehe Tabelle GPS-5 (Teil iii) und (Teil iv) im Statistical Bulletin 2010.

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	14 Millionen	4 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Spanne	0,1-9,4 %	0,0-3,1 %	0,0-1,5 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Malta (0,4 %) Litauen (0,5 %) Griechenland (0,7 %)	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Ungarn, Polen, Litauen (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumänien, Griechenland (0,0 %) Malta, Schweden, Polen, Litauen, Estland, Finnland (0,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (9,4 %) Spanien (8,3 %) Italien (7,0 %) Irland (5,3 %)	Spanien (3,1 %) Vereinigtes Königreich (3,0 %) Italien (2,1 %) Irland (1,7 %)	Vereinigtes Königreich (1,5 %) Spanien (1,1 %) Italien (0,7 %) Österreich (0,6 %)
15 bis 34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	8 Millionen	3 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Spanne	0,1-14,9 %	0,1-6,2 %	0,0-2,9 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Litauen (0,7 %) Malta (0,9 %) Griechenland (1,0 %)	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Polen, Litauen (0,3 %) Ungarn (0,4 %)	Rumänien (0,0 %) Griechenland, Polen, Litauen (0,1 %) Ungarn, Estland (0,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (14,9 %) Spanien (11,8 %) Dänemark (9,5 %) Irland (8,2 %)	Vereinigtes Königreich (6,2 %) Spanien (5,5 %) Dänemark (3,4 %) Irland (3,1 %)	Vereinigtes Königreich (2,9 %) Spanien (1,9 %) Italien (1,1 %) Irland (1,0 %)

Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008/2009 (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 angesetzt. 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 2010 verfügbar.

Monaten Kokain konsumiert zu haben, während dieser Anteil unter den Befragten, die keinen Nachtclub besucht haben, bei nur 4 % liegt (Hoare, 2009). Zielgerichtete Erhebungen, die jüngst in der elektronischen Tanz- und Musikszene in den Niederlanden, Österreich, der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich durchgeführt worden sind, zeigten eine sehr hohe Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums zwischen 17,6 % und 86 %. Der Kokainkonsum kann zudem direkt mit diesem spezifischen Milieu in Zusammenhang gebracht werden: In einer 2008 durchgeführten Umfrage unter Clubbesuchern in Amsterdam berichteten 4,6 % der insgesamt 646 Befragten, dass sie am Abend der Erhebung Kokain konsumiert hätten, während eine Vor-Ort-Umfrage im Vereinigten Königreich ergab, dass von den 323 Befragten 22 % angaben, an diesem Abend bereits Kokain konsumiert zu haben oder planten, dies an diesem Abend noch zu tun.

Die Daten aus den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung lassen auch darauf schließen, dass die Prävalenz des „Rauschtrinkens“⁽⁸⁷⁾ unter Kokainkonsumenten sehr viel höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (EBDD 2009d). Die Niederlande berichten zudem, dass Konsumenten nach übermäßigem Alkoholkonsum möglicherweise Kokain konsumieren, um wieder nüchtern zu werden.

Kokainkonsum unter Schülern

Unter Schülern sind die Prävalenzschätzungen für den Kokainkonsum wesentlich niedriger als für den Cannabiskonsum. Der ESPAD-Umfrage aus dem Jahr 2007 zufolge liegt die 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 waren Prävalenzraten zwischen 3 % und 4 % zu verzeichnen, während Frankreich und

⁽⁸⁷⁾ Hierunter ist der Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken zu einer bestimmten Gelegenheit mindestens einmal pro Woche in den vergangenen zwölf Monaten zu verstehen.

das Vereinigte Königreich 5 % bzw. 6 % meldeten. Unter den älteren Schülern (17 bis 18 Jahre) ist die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums in der Regel höher und erreicht in Spanien bis zu 8 %⁽⁸⁸⁾.

Internationale Vergleiche

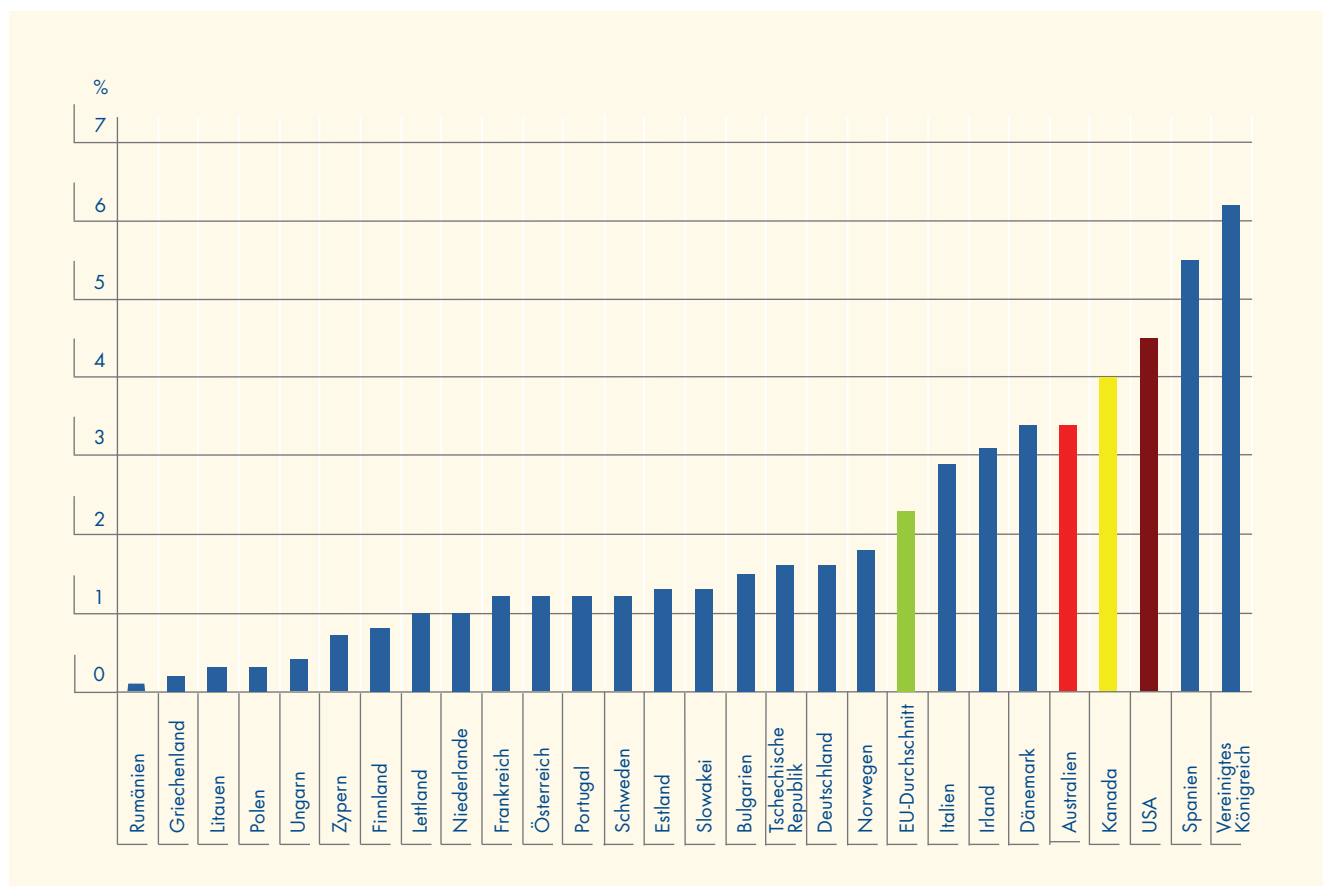
Insgesamt ist die geschätzte 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen in der Europäischen Union mit 2,3 % niedriger als in den entsprechenden Altersgruppen in Australien (3,4 % bei den 14- bis 39-Jährigen), Kanada (4,0 %) und den Vereinigten Staaten (4,5 % bei den 16- bis 34-Jährigen). Dänemark jedoch meldet den gleichen Wert wie Australien, während Spanien und das Vereinigte Königreich sogar höhere

Werte als Kanada und die Vereinigten Staaten meldeten (Abbildung 7).

Tendenzen beim Kokainkonsum

Bei den Tendenzen des Kokainkonsums in Europa sind verschiedene Muster auszumachen. In den zwei Ländern mit den höchsten Prävalenzraten des Kokainkonsums (Spanien und Vereinigtes Königreich) nahm der Konsum dieser Droge in den späten 90er-Jahren drastisch zu. Anschließend stabilisierten sich die Prävalenzraten, wobei aber weiterhin insgesamt ein Aufwärtstrend zu beobachten war. Drei weitere Länder (Dänemark, Irland und Italien) verzeichneten einen weniger ausgeprägten Anstieg der Prävalenz, der etwas später einsetzte. Die

Abbildung 7: 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) in Europa, Australien, Kanada und den USA



Anmerkung: Die Daten stammen aus der letzten verfügbaren Erhebung für die einzelnen Länder. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als Durchschnitt der nationalen Prävalenzraten berechnet, gewichtet nach der Bevölkerung der einzelnen Länder im Alter von 15 bis 34 Jahren (2006, Eurostat-Daten). Die Daten für die USA und Australien wurden anhand der ursprünglichen Erhebungsergebnisse für die Altersgruppen der 15- bis 34-Jährigen bzw. der 14- bis 39-Jährigen neu berechnet. Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-20 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte. SAMHSA (USA), Office of Applied Studies. National survey on drug use and health [Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit], 2008. Kanada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey [Kanadische Erhebung zur Überwachung des Alkohol- und Drogenkonsums]. 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 No 22. Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

⁽⁸⁸⁾ Siehe Tabellen EYE-3 bis EYE-10 im Statistical Bulletin 2010.

Konsumraten in diesen Ländern sind jedoch im Vergleich zum europäischen Durchschnitt hoch. In den anderen Ländern mit wiederholten Erhebungen zwischen 1998 und 2008/2009 scheint die Prävalenz unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) mit Werten von unter 2% für den Zeitraum des letzten Jahres stabiler (Abbildung 8).

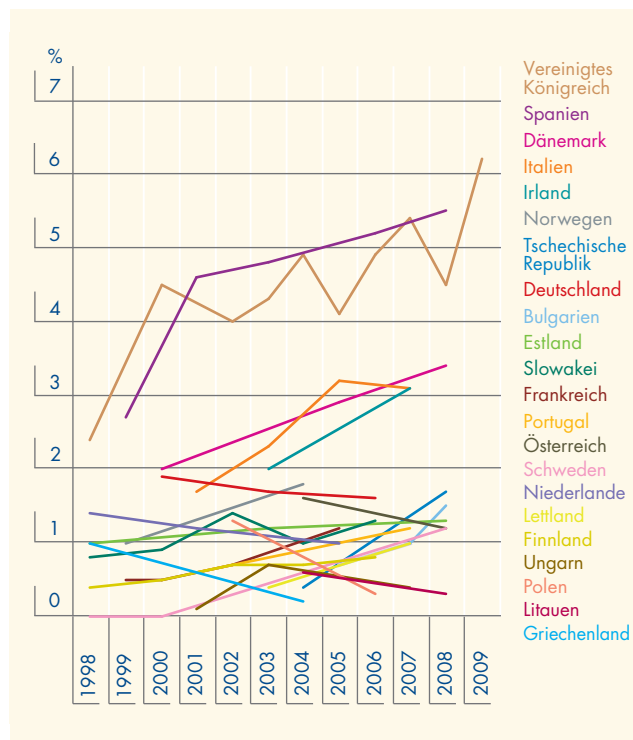
Ein Blick auf die jüngsten Entwicklungen in den 15 Ländern, die im Zeitraum zwischen 2003 und 2008 wiederholt Erhebungen durchgeführt haben, zeigt, dass die 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) sich zwar mindestens verdoppelt hat, in drei der Länder (Bulgarien, Lettland, Tschechische Republik) jedoch auch weiterhin unter der 2%-Marke liegt. In zwei Ländern (Irland, Vereinigtes Königreich) hat sich die Rate um rund 50% erhöht, und in acht Ländern (Deutschland, Estland, Finnland, Litauen, Österreich, Polen, Slowakei, Ungarn) ist entweder eine stabile Situation oder sogar eine rückläufige Entwicklung zu verzeichnen.

Den im Jahr 2007 durchgeführten ESPAD-Schulumfragen zufolge ist die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern seit 2003 in Frankreich, Malta, der Slowakei, Slowenien und Zypern 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. Aus den fünf Ländern, die im Jahr 2008 Schulumfragen durchgeführt haben, wurden keine Abweichungen von mehr als 1% gemeldet.

Muster des Kokainkonsums

In einigen europäischen Ländern wird Kokain von einer beträchtlichen Anzahl an Personen auf experimenteller Basis oder nur ein- oder zweimal konsumiert (Van der Poel et al., 2009). Unter den regelmäßigen oder Intensivkonsumenten können zwei große Gruppen unterschieden werden. Zu der ersten Gruppe zählen sozial integrierte Konsumenten, die Kokain vorzugsweise am Wochenende, auf Partys oder zu anderen besonderen Gelegenheiten bisweilen in großen Mengen („Binges“) oder in kurzen Abständen konsumieren. Viele der sozial integrierten Konsumenten geben an, ihren Kokainkonsum zu kontrollieren, indem sie sich selbst Regeln setzen, beispielsweise im Hinblick auf die Menge, Häufigkeit oder Begleitumstände des Konsums (Decorte, 2000). Einige dieser Konsumenten leiden an gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Kokainkonsum, oder sie entwickeln zwanghafte Konsummuster, die eine Behandlung unabdingbar machen. Studien lassen jedoch darauf schließen, dass ein beträchtlicher Anteil jener, die an kokainbedingten Störungen leiden, diese unter

Abbildung 8: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren)



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-14 (Teil i) im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.
Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Umständen auch ohne formale Behandlung überwinden kann (Cunningham, 2000).

Die zweite Gruppe umfasst die eher marginalisierten, sozial ausgegrenzten Konsumenten, einschließlich aktueller und ehemaliger Opioidkonsumenten, die Crack konsumieren oder Kokain injizieren. Ebenfalls zu dieser Gruppe zählen intensive Kokain- und Crackkonsumenten, die sozial benachteiligten Gruppen angehören, beispielsweise Prostituierte oder Immigranten (Prinzleve et al., 2004).

Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums

Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Folgen des Kokainkonsums unterschätzt werden. 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⁽⁸⁹⁾. Regelmäßiger Kokainkonsum, einschließlich Schnupfen der Droge, kann

⁽⁸⁹⁾ Siehe Kasten „Kokaininduzierte Todesfälle“ in Kapitel 7.

mit kardiovaskulären, neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie mit einem erhöhten Risiko von Unfällen und der Übertragung von Infektionskrankheiten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr in Verbindung gebracht werden (Brugal et al., 2009). 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).

Studien in Ländern mit hohen Konsumvolumina haben ergeben, dass ein beträchtlicher Anteil der Herzprobleme bei jungen Menschen mit dem Konsum von Kokain in Verbindung gebracht werden kann (Qureshi et al., 2001). In diesen Ländern scheint der Kokainkonsum auch mit einer hohen Anzahl von drogenbedingten Notfällen in Krankenhäusern in Zusammenhang zu stehen: In den Niederlanden beispielsweise beläuft sich der Anteil auf 32 %, und auch in Spanien und den Vereinigten Staaten ist ein Großteil der Fälle auf den Konsum von Kokain zurückzuführen. Eine jüngst durchgeführte Studie aus Spanien, in deren Rahmen 720 regelmäßige Kokainkonsumenten zwischen 18 und 20 Jahren befragt wurden, die jedoch nicht regelmäßig Heroin konsumierten, wurde ermittelt, dass 27 % von ihnen in den vergangenen zwölf Monaten bereits mindestens einmal eine akute Kokainvergiftung erlitten hatten. Von diesen Personen zeigten 35 % psychotische Symptome wie Halluzinationen oder Delirium, und mehr als 50 % gaben an, unter Schmerzen in der Brust gelitten zu haben (Santos et al., im Druck).

Die größten Gesundheitsrisiken werden mit dem injizierenden Kokainkonsum und dem Konsum von Crack in Verbindung gebracht (einschließlich kardiovaskulärer und psychischer Erkrankungen). Diese Erkrankungen werden in der Regel durch soziale Ausgrenzung und andere spezifische Probleme verschärft, beispielsweise durch die mit dem injizierenden Drogenkonsum verbundenen Risiken, einschließlich der Übertragung von Infektionskrankheiten und Überdosierungen (EBDD, 2007c).

Insgesamt gesehen gibt es in Europa Hinweise auf eine hohe und möglicherweise zunehmende Gesundheitsbelastung, die auf den Konsum von Kokain zurückzuführen, jedoch noch nicht vollständig erforscht und anerkannt ist. Bedenken wurden jüngst auch in Bezug auf die Verbindung des Kokainkonsums mit Gewaltverbrechen in der Nachtclubszene geäußert (Measham und Moore, 2009).

Levamisol als Kokain-Adulterans (Verfälschungsmittel)

Ein Adulterans – oder auch „Streckungsmittel“ – ist eine Substanz, die Drogen bewusst zugesetzt wird, um deren Verkaufswert oder den wirtschaftlichen Ertrag zu erhöhen. Besonders häufig sind solche Stoffe in Tabletten zu finden. Unterschieden werden müssen solche Streckungsmittel von Verunreinigungen, bei denen es sich um geringe Mengen an unerwünschten Substanzen aus dem synthetischen Verfahren handelt (King, 2009).

Aufgrund seines hohen Werts kann Kokain mehrmals mit einer oder mehrerer Substanzen verdünnt werden. Hierbei können beispielsweise inerte Verdünnungsmittel wie Zucker oder Stärke zum Einsatz kommen, durch die das Volumen erhöht wird. Pharmakologisch wirksame Streckungsmittel können ebenfalls verwendet werden, um die Wirkung der Droge zu steigern oder nachzuahmen oder um das Erscheinungsbild zu verbessern. In diese Kategorie fallen Analgetika (z. B. Paracetamol), Lokalanästhetika (z. B. Lidocain), Antihistamine (z. B. Hydroxyzin), Diltiazem und Atropin (Meijers, 2007).

Die Verwendung von Levamisol (l-Tetramisol) als Kokain-Adulterans wird seit dem Jahr 2004 aus den Vereinigten Staaten und aus Europa gemeldet. Levamisol wird in der Tiermedizin als Mittel gegen Parasiten verwendet und wurde früher auch in der Humanmedizin als Immunstimulans eingesetzt. Bei einer Einnahme über einen langen Zeitraum und in hohen Dosen können unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, wobei eine Agranulozytose ⁽¹⁾ die schwerwiegendste Nebenwirkung ist.

Levamisol wird in der Regel nicht bei Sicherstellungen von Kokain entdeckt, und es liegen so gut wie keine Mengenangaben hierzu vor. Die verfügbaren Informationen lassen jedoch darauf schließen, dass sowohl der Anteil der mit Levamisol verdünnten Kokainstichproben als auch die Konzentration von Levamisol in der Droge immer mehr zunehmen. Aus diesem Grund hat das Frühwarnsystem der Europäischen Union (Kapitel 6) eine Warnung ausgegeben und eine zusätzliche Datenerhebung veranlasst. Eine in den Vereinigten Staaten ausgegebene Gesundheitswarnung besagte, dass 70 % der im Jahr 2009 analysierten Kokainstichproben Levamisol ⁽²⁾ enthielten und dass bis Ende des Jahres 20 bestätigte oder wahrscheinliche Fälle von Agranulozytose (einschließlich zweier Todesfälle) gemeldet wurden. Die Zahl der Fälle erscheint im Vergleich zu der Anzahl der Kokainkonsumenten jedoch relativ gering.

⁽¹⁾ Bei Agranulozytose handelt es sich um eine hämatologische Erkrankung, die zu lebensgefährlichen Infektionen mit einem schnellen Verlauf führen kann.

⁽²⁾ SAMHSA-Pressemitteilung.

Problematischer Kokainkonsum und Behandlungsnachfrage

Regelmäßige Kokainkonsumenten, Konsumenten, die Kokain über einen langen Zeitraum konsumieren und Konsumenten, die Kokain injizieren, werden von der

EBDD als problematische Kokainkonsumenten eingestuft. Schätzungen bezüglich der Höhe des betreffenden Bevölkerungsanteils bieten eine annähernde Zahl der Personen, die möglicherweise einer Behandlung bedürfen. Sozial integrierte problematische Kokainkonsumenten sind in diesen Schätzungen jedoch unterrepräsentiert, auch wenn sie ebenfalls möglicherweise eine Behandlung benötigen. Nationale Schätzungen bezüglich problematischer Kokainkonsumenten sind lediglich für Italien verfügbar, für das Vereinigte Königreich (England) stehen hingegen regionale Schätzungen sowie Schätzungen zum Crackkonsum zur Verfügung. In Italien wurde die Zahl der problematischen Kokainkonsumenten im Jahr 2008 auf rund 172 000 geschätzt (4,2 bis 4,6 Fälle je 1 000 Angehörige der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen) ⁽⁹⁰⁾. Trenddaten zum problematischen Kokainkonsum und weitere Datenquellen lassen eine schrittweise Zunahme des Kokainkonsums in Italien vermuten.

Der Crackkonsum ist bei den sozial integrierten Kokainkonsumenten sehr wenig verbreitet und beschränkt sich in erster Linie auf marginalisierte und benachteiligte Gruppen wie Prostituierte, problematische Opioidkonsumenten und teilweise bestimmte ethnische Minderheiten (z. B. in Frankreich, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich). Dieses Muster lässt sich in erster Linie in einigen europäischen Städten beobachten (Prinzleve et al., 2004; Connolly et al., 2008). Die meisten Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Crack und die meisten Sicherstellungen dieser Droge in Europa werden aus dem Vereinigten Königreich gemeldet. Der Crackkonsum wird zudem als eine der Hauptkomponenten des Drogenproblems im Raum London ausgemacht. Schätzungen bezüglich des problematischen Crackkonsums in England aus den Jahren 2006 und 2007 zufolge wird diese Droge in 1,4 bis 17,0 Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren konsumiert; der nationale Durchschnitt liegt bei 5,2 bis 5,6 Fällen je 1 000 Einwohner ⁽⁹¹⁾. Es wird davon ausgegangen, dass mehr als zwei Drittel der problematischen Crackkonsumenten auch den problematischen Opioidkonsumenten zuzurechnen sind.

In den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten wird Kokain in Pulverform oder Crack häufig von Opioidkonsumenten konsumiert, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden (insbesondere in Italien, den Niederlanden, Spanien und dem Vereinigten Königreich). Der Konsum von Alkohol und Kokain steht

bei den Patienten in Substitutionsbehandlung ebenfalls in engem Zusammenhang.

Behandlungsnachfrage

Im Jahr 2008 wurde von etwa 17 % aller Patienten Kokain, vor allem Kokainpulver, als Hauptgrund für die Aufnahme einer Drogenbehandlung genannt, das entspricht etwa 70 000 gemeldeten Fällen in 27 europäischen Ländern. Unter den Erstpazienten ist der Anteil der Drogenkonsumenten, die Kokain als Primärdroge angeben, höher (24 %).

Hinsichtlich des Anteils und der Zahl der primären Kokainpatienten gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Die höchsten Anteile der Kokainkonsumenten werden aus Spanien (46 %), den Niederlanden (33 %) und Italien (28 %) gemeldet. In Belgien, Irland, Zypern, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich beläuft sich der Anteil der Kokainpatienten auf 11 % bis 15 % aller Drogenpatienten. In den übrigen europäischen Ländern geben weniger als 10 % der in Drogenbehandlung befindlichen Patienten Kokain als Primärdroge an, wobei dieser Anteil in acht Ländern unter 1 % liegt ⁽⁹²⁾.

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 (Italien, Niederlande, Spanien, Vereinigtes Königreich) bestimmt wird. Anhand der Daten aus 17 Berichtsländern ist ein Anstieg der Zahl der Kokainkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben von 37 000 im Jahr 2003 auf 52 000 im Jahr 2008 zu verzeichnen; der Anteil dieser Kokainkonsumenten an den Drogenpatienten ist in diesem Zeitraum von 17 % auf 19 % gestiegen. Bei den Erstpazienten stieg die Zahl der Kokainkonsumenten von rund 18 000 auf 28 000 und ihr Anteil von 22 % auf 27 % (anhand der Daten aus 18 Ländern). Was die Länder mit den höchsten Anteilen von Kokainpatienten betrifft, so melden Italien, die Niederlande und Spanien seit 2005 eine stabile Situation oder sogar einen Rückgang des Anteils und der Zahl von Erstpazienten, die Kokain als Primärdroge angeben, während im Vereinigten Königreich ein Anstieg zu verzeichnen ist ⁽⁹³⁾.

Patientenprofil

Fast alle Kokainpatienten werden von ambulanten Behandlungseinrichtungen gemeldet, wobei einige Kokainkonsumenten auch in Privatkliniken behandelt

⁽⁹⁰⁾ Siehe Tabelle PDU-102 (Teil i) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁹¹⁾ Siehe Tabelle PDU-103 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁹²⁾ Siehe Abbildung TDI-2 sowie die Tabelle TDI-5 (Teil i) und (Teil ii) und Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2010; die Daten für Spanien beziehen sich auf das Jahr 2007.

⁽⁹³⁾ Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-3 im Statistical Bulletin 2010.

werden könnten, die im derzeitigen Überwachungssystem so gut wie nicht erfasst sind.

Bei den Kokainpatienten in ambulanter Behandlung 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 6:1 und einem Durchschnittsalter von 34 Jahren. Konsumenten, die Kokain als ihre Primärdroge nennen, geben im Vergleich mit den Konsumenten anderer Drogen für den erstmaligen Konsum dieser Primärdroge ein höheres Einstiegsalter an (22,3 Jahre; 87 % unter 30 Jahren), und die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem ersten Konsum und dem ersten Behandlungseintritt beträgt ca. neun Jahre.

Die meisten Kokainpatienten schnupfen (63 %) oder rauchen (31 %) die Droge, während lediglich 3 % angeben, Kokain zu injizieren⁽⁹⁴⁾. Knapp die Hälfte von ihnen hat die Droge in dem Monat vor Behandlungsbeginn ein- bis sechsmal pro Woche konsumiert; 26 % haben die Droge täglich konsumiert und 25 % haben in diesem Zeitraum kein Kokain konsumiert⁽⁹⁵⁾. Eine im Jahr 2006 in 14 Ländern durchgeführte Analyse der Behandlungsdaten ergab, dass etwa 63 % der Kokainpatienten polyvalente Drogenkonsumenten sind. Davon konsumieren 42 % auch Alkohol, 28 % Cannabis und 16 % Heroin. Ferner wird Kokain von 32 % der Patienten in ambulanter Behandlung, insbesondere von primären Heroinkonsumenten, als Sekundärdroge genannt (EBDD, 2009d).

Im Jahr 2008 begaben sich etwa 10 000 Patienten wegen des Konsums von Crack als Primärdroge in ambulante Behandlung; das entspricht 16 % aller Kokainpatienten und 3 % aller ambulant behandelten Drogenpatienten. Die meisten Crackpatienten (etwa 7 500) werden aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, wo sie 42 % der in Behandlung befindlichen Kokainpatienten bzw. 5,6 % aller Drogenpatienten ausmachen. Die Niederlande melden ebenfalls, dass die Crackpatienten im Jahr 2008 einen beträchtlichen Anteil aller Erstpazienten ausmachten⁽⁹⁶⁾.

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. Die Ermittlung der Primärdroge in dieser Gruppe, zu der auch ehemalige Heroinkonsumenten zählen, die sich wegen des Konsums von Kokain erneut in Behandlung begeben, kann daher schwierig sein (NTA, 2010)⁽⁹⁷⁾.

Behandlung und Schadensminimierung

Behandlungsangebot

In Europa werden Behandlungen in Bezug auf eine Kokain- und Crackabhängigkeit im Allgemeinen in spezialisierten ambulanten Drogendiensten durchgeführt. Da gegenwärtig keine geeignete Pharmakotherapie zur Verfügung steht, erhalten Kokainpatienten eine psychosoziale Behandlung, z. B. in Form von Beratung und kognitiven Verhaltenstherapien. Einige Länder haben Leitlinien für die Behandlung von kokaininduzierten Problemen erarbeitet (z. B. Deutschland, Vereinigtes Königreich). Die Leitlinien des Vereinigten Königreichs empfehlen, abhängig von den Bedürfnissen der Patienten, zwischen drei und 20 Behandlungssitzungen mit dem Ziel, die zwiespältige Haltung gegenüber der Änderung des eigenen Verhaltens zu beseitigen, die Hinweise auf ein Drogenproblem und die Verlockungen im Zusammenhang mit Kokain besser erkennen und kontrollieren zu können, kokainbezogene Schäden zu minimieren und einer Rückfallgefahr vorzubeugen (NTA, 2006).

Die Pharmakotherapie wird in Europa in erster Linie dazu eingesetzt, um die Symptome einer Kokainabhängigkeit, insbesondere Angstzustände, zu behandeln. Eine qualitative Studie, die die verschiedenen Praktiken der Behandlung von Kokainkonsumenten in Frankreich untersuchte, hat ergeben, dass trotz nur weniger Nachweise der Wirksamkeit spezifische Medikationen wie Methylphenidat, Modafinil oder Topiramid zu Substitutionszwecken verschrieben werden oder um das Verlangen zu reduzieren (Escots und Suderie, 2009).

⁽⁹⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-17 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁹⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-18 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽⁹⁶⁾ Seit dem Jahr 2008 werden in den Niederlanden jene Kokainpatienten, die die Droge rauchen, als Crackkonsumenten eingestuft. Dies hat zu einem deutlichen Anstieg der gemeldeten Fälle im Vergleich zu den Vorjahren geführt. Die unzureichende Ermittlung von Crackpatienten ist möglicherweise auch in anderen Ländern gegeben.

⁽⁹⁷⁾ Siehe Tabelle TDI-10, Tabelle TDI-11 (Teil iii), Tabelle TDI-21 und Tabelle TDI-103 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

In Europa sind öffentliche Drogenbehandlungseinrichtungen zumeist auf die Bedürfnisse von Opioidkonsumenten zugeschnitten. Sozial integrierte Konsumenten von Kokainpulver könnten daher zögern, sich in Behandlung zu begeben, da sie ein Gefühl der Stigmatisierung empfinden. Dänemark, Irland, Italien und Österreich haben aus diesem Grund spezielle Programme für diese Bevölkerungsgruppe erarbeitet. Ein gemeinsames Merkmal dieser Programme ist, dass die Behandlung auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten erfolgen kann, um so die beruflichen Verpflichtungen zu berücksichtigen und um die Diskretion zu wahren.

In zwei aktuellen Studien wurde die Wirksamkeit einer psychosozialen Behandlung für Konsumenten von Kokainpulver (NTA, 2010) und Crack (Marsden et al., 2009) in Behandlungszentren in England untersucht. Beide Studien untersuchten die Veränderungen des Konsumverhaltens vor Behandlungsbeginn und nach sechs Monaten (bzw. früher im Fall einer Entlassung). In der ersten Studie wurde ermittelt, dass 61 % der Konsumenten von Kokainpulver (1 864 von 3 075 Konsumenten) kein Kokain mehr konsumieren und weitere 11 % den Konsum deutlich reduziert haben. Die zweite Studie ergab, dass 52 % der Crackkonsumenten (3 941 von 7 636) sechs Monate nach Behandlungsbeginn diese Droge nicht mehr konsumierten. Weniger positiv ist jedoch die Tatsache zu bewerten, dass die opioidgestützte Substitutionsbehandlung bei Patienten, die gleichzeitig Heroin und Crack konsumieren, weniger erfolgreich war als bei reinen Heroinkonsumenten. Dieses Ergebnis bestätigt die nachteiligen Auswirkungen des gleichzeitigen Konsums von Kokain oder Crack und Heroin in Bezug auf die Substitutionstherapie und bekräftigt noch einmal die Notwendigkeit, neue Strategien für die Behandlung von Patienten zu entwickeln, die neben der Heroinabhängigkeit auch eine Kokain- oder Crackabhängigkeit aufweisen.

Jüngste Studien über die Behandlung einer Kokainabhängigkeit

Für die Behandlung der Kokainabhängigkeit wurden mehr als 50 Arzneimittel untersucht. Bisher konnte jedoch bei keinem von ihnen eine eindeutige Wirksamkeit festgestellt werden, und weder die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) noch die US-Bundesbehörde zur Lebens- und Arzneimittel-Überwachung (Food and Drug Administration, FDA) haben bisher ein Arzneimittel für die Behandlung der Kokainabhängigkeit zugelassen (Kleber et al., 2007). Dennoch sind derzeit über 100 laufende randomisierte und kontrollierte Studien registriert, in denen neue Substanzen – teilweise in Kombination mit psychologischen Maßnahmen – getestet werden.

Kokain-Impfung

Die Kokain-Impfung wurde erstmals in den frühen 90er-Jahren in Tierversuchen erprobt. Nach der Impfung wird im Körper die Bildung von Antikörpern ausgelöst, die sich an die Kokainmoleküle im Blutkreislauf binden und dadurch die Inaktivierung dieser Moleküle durch natürlich vorkommende Enzyme ermöglichen.

Die erste randomisierte kontrollierte Untersuchung einer solchen Impfung wurde in den Vereinigten Staaten durchgeführt und umfasste 115 Patienten, die sich einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung unterzogen. Die Studie kam zu dem Schluss, dass die Patienten, die die Impfung erhalten und in der Folge eine ausreichende Zahl an Antikörpern gebildet haben, auch weiterhin abstinent blieben. Allerdings entwickelten nur rund vier von zehn geimpften Opioidkonsumenten (38 %) genug Antikörper, damit eine zweimonatige Blockade der Kokainsucht erreicht werden konnte (Martell et al., 2009). Ähnliche Ergebnisse wurden auch in einer späteren Studie erzielt, in der zehn männliche Kokainkonsumenten untersucht wurden, die die Droge rauchten, eine Abhängigkeit aufwiesen und sich nicht in Behandlung befanden.

Der Einsatz von Disulfiram, einer Substanz, die den Alkoholstoffwechsel beeinflusst, wurde mit einer Verringerung des Kokainkonsums bei Patienten in Verbindung gebracht, die gleichzeitig auch an Alkoholismus leiden. Diese Konsumreduzierung wurde auf eine geringere alkoholinduzierte Enthemmtheit und eine geringere Einschränkung des Urteilsvermögens zurückgeführt. Die jüngsten Studien haben zudem gezeigt, dass Disulfiram eine direkte Wirkung auf den Kokainstoffwechsel hat. Angesichts der geringen Qualität der Nachweise wurde dem klinischen Personal nahegelegt, vor Behandlungsbeginn die möglichen Vorteile einer solchen Behandlung gegen die potenziellen nachteiligen Effekte von Disulfiram abzuwägen (Pani et al., 2010).

Der Einsatz mehrerer antikonvulsiver Mittel wurde in 15 Studien bewertet, an denen 1 066 Patienten teilnahmen (Minozzi et al., 2009). Für die getesteten Arzneimittel wurden bezüglich der Wirkung, die Patienten vor einem Behandlungsabbruch zu bewahren, die Anzahl und Art der Nebenwirkungen zu reduzieren und den Kokainkonsum zu verringern, keine deutlich besseren Ergebnisse festgestellt als für die Placebos. Antipsychotische Mittel wurden in sieben Studien mit 293 Patienten bewertet (Amato et al., 2009). Der Umfang der Studien war in der Regel jedoch zu gering, als dass mögliche Wirkungen bestätigt werden konnten, doch die verfügbaren Ergebnisse stützen keinesfalls den Einsatz dieser Arzneimittel in der Behandlung einer Kokainabhängigkeit.

Bei den Patienten, die sich einer opioidgestützten Substitutionstherapie unterziehen, wurde festgestellt, dass der Einsatz von Bupropion, Dextroamphetamin und Modafinil zu höheren Kokainabstinenzraten führt als ein Placebo (Castells et al., 2010).

Bei den nichtpharmakologischen Maßnahmen konnten für einige psychosoziale Ansätze positive Ergebnisse hinsichtlich der Raten von Behandlungsabbrüchen, der Reduzierung des Kokainkonsums und der Erhöhung der Teilnahme an Therapien verzeichnet werden, insbesondere durch die Bereitstellung eines Kontingenzmanagements in Kombination mit Gutscheinen (Knapp et al., 2007). Mehrere laufende Studien untersuchen gegenwärtig die Wirkung von anreizbasierten Maßnahmen, in einigen Fällen auch in Zusammenhang mit einer Verhaltenstherapie und pharmakologischen Maßnahmen. Für die Behandlung durch Ohrakupunktur schließlich konnten keine nennenswerten Ergebnisse nachgewiesen werden (Gates et al., 2006).

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 diese Droge sowie über die Zielgruppe und deren Bedürfnisse wissen. Eine kürzlich durchgeführte Überprüfung der Maßnahmen zur Schadensminimierung bei Konsumenten von Stimulanzien kam zu dem Schluss, dass der Ermittlung der kokaininduzierten Schäden mehr Bedeutung beigemessen wurde als der Entwicklung von Maßnahmen, um diese Schäden zu verringern (Grund et al., 2010).

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, und 1:1-Austauschprogramme für Spritzen sind zu vermeiden. Aufgrund der potenziellen Häufigkeit des injizierenden Konsums sollte die Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck an die injizierenden Konsumenten nicht beschränkt werden (van Beek et al., 2001). In einigen Ländern (Spanien, Frankreich) werden in niedrighwelligen Diensten auch saubere Crackpfeifen angeboten.

Maßnahmen zur Schadensminimierung für Konsumenten von Kokainpulver 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. In weiten Teilen stehen neben den Sensibilisierungsmaßnahmen für diese Zielgruppe, der ein Großteil der Kokainkonsumenten in Europa angehört, jedoch kaum weitere Optionen zur Schadensminimierung zur Verfügung.



Kapitel 6: Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum

Einleitung

Seit den 70er-Jahren wird der Heroinkonsum, insbesondere der injizierende Konsum, in Europa in engem Zusammenhang mit den Problemen im sozialen Bereich und im Bereich der öffentlichen Gesundheit betrachtet. Noch heute sind die drogenbedingte Morbidität und Mortalität in der Europäischen Union größtenteils auf den Konsum dieser Droge zurückzuführen. In den späten 90er-Jahren sowie in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends 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. 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). Es wird davon

ausgegangen, dass die weltweite Opiumherstellung seit dem im Jahr 2007 verzeichneten Rekordhoch gesunken ist. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die afghanische Produktion im Jahr 2009 von 8 200 Tonnen auf etwa 6 900 Tonnen zurückgegangen ist. Der jüngsten Schätzung zufolge belief sich das weltweite Produktionspotenzial von Heroin auf 657 Tonnen, was somit im Vergleich zu einer geschätzten Menge von rund 750 Tonnen in den Jahren 2007 und 2008 einen Rückgang darstellt (UNODC, 2010b).

Heroin wird primär über zwei verschiedene Handelswege nach Europa eingeführt. Über die historisch bedeutende Balkanroute wird in Afghanistan hergestelltes Heroin

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

Herstellung und Sicherstellungen	Heroin
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	657
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	
Heroin	75
Morphin	17
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	
EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	8 (24)
Zahl der Sicherstellungen	
EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	54 400 (56 600)
Preis und Reinheit in Europa ⁽¹⁾	Braunes Heroin
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)	
Spanne (Interquartilspanne) ⁽²⁾	25-133 (33-80)
Durchschnittliche Reinheit (%)	
Spanne	7-43
⁽¹⁾	Da nur einige wenige Länder Daten zum Verkaufspreis und zur Reinheit von weißem Heroin übermittelt haben, wurden diese Informationen in der vorliegenden Tabelle nicht berücksichtigt. Die entsprechenden Daten können den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2010 entnommen werden.
⁽²⁾	Quartilsabstand der gemeldeten Durchschnittspreise oder Reinheit.
Anmerkung:	Daten für 2008. Lediglich die Schätzungen zur weltweiten Herstellung betreffen das Jahr 2009.
Quelle:	UNODC (2010b) für weltweite Daten und Nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

über Pakistan, Iran und die Türkei in verschiedene Transit- bzw. Zielländer geschmuggelt (Albanien, Bulgarien, die ehemaligen jugoslawischen Republiken, Italien, Österreich, Rumänien, Slowenien, Slowakei, Tschechische Republik, Ungarn). Außerdem gelangt Heroin über die sogenannte Seidenstraße über Mittelasien und Russland und anschließend über Weißrussland, Polen und die Ukraine unter anderem in die skandinavischen Länder (über Litauen) (INCB, 2010b). Innerhalb der Europäischen Union spielen die Niederlande und in geringerem Maße auch Belgien eine wichtige Rolle als weitere Umschlagplätze für den Weitertransport.

Sicherstellungen

Die weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Opium stiegen zwischen 2007 und 2008 erheblich von 510 auf 657 Tonnen (Tabelle 9), wobei mehr als 80 % der Gesamtmenge auf den Iran und rund 7 % auf Afghanistan entfielen. Bei den weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Heroin wurde im Jahr 2008 ein Anstieg auf 75 Tonnen verzeichnet, während bei der weltweit sichergestellten Morphiummenge ein Rückgang auf 17 Tonnen festzustellen war (UNODC, 2010b).

In Europa wurden im Jahr 2008 bei schätzungsweise 56 600 Sicherstellungen 23,6 Tonnen Heroin beschlagnahmt. Die meisten Sicherstellungen wurden nach wie vor aus dem Vereinigten Königreich gemeldet, während in der Türkei mit 15,5 Tonnen im Jahr 2008 erneut die größten Heroinmengen beschlagnahmt wurden⁽⁹⁸⁾. Den Daten für die Jahre 2003 bis 2008 aus 26 Berichtsländern zufolge ist die Zahl der Sicherstellungen seit dem Jahr 2003 gestiegen. Hinsichtlich der beschlagnahmten Mengen war in der Türkei eine andere Entwicklung zu beobachten als in der Europäischen Union (Tabelle 9). So meldete die Türkei zwischen 2003 und 2008 einen Anstieg der sichergestellten Heroinmengen um das Dreifache, während die beschlagnahmten Mengen in der Europäischen Union in diesem Zeitraum rückläufig waren, was in erster Linie auf die geringeren beschlagnahmten Mengen zurückzuführen ist, die Italien und das Vereinigte Königreich, also zwei Länder, die in der Regel die größten Mengen in der gesamten Europäischen Union sicherstellen, gemeldet haben⁽⁹⁹⁾.

Die weltweiten Sicherstellungen von Essigsäureanhydrid (das zur Herstellung von Heroin genutzt wird) sind von 57 300 Litern im Jahr 2007 auf 199 300 Liter im Jahr 2008 gestiegen und entfielen größtenteils auf Slowenien (86 100 Liter) und Ungarn (63 600 Liter). Das INCB hat

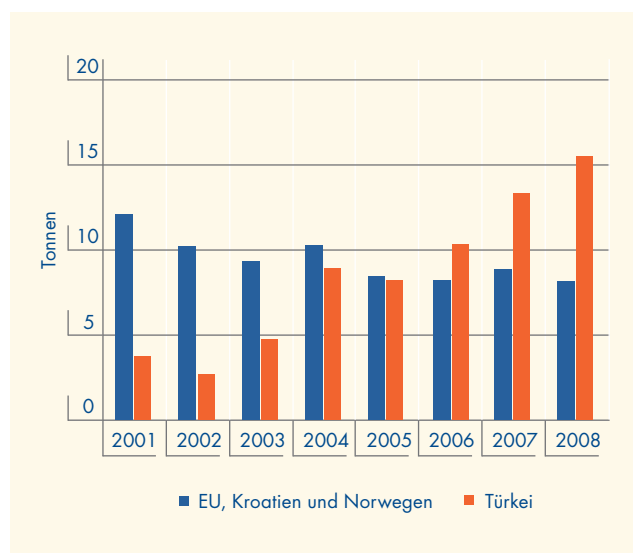
die Europäische Kommission und die EU-Mitgliedstaaten daher aufgefordert, gegen die Abzweigung von Essigsäureanhydrid aus dem Binnenmarkt vorzugehen (INCB, 2010a).

Reinheit und Preis

Im Jahr 2008 lag die durchschnittliche Reinheit von braunem Heroin in den meisten Berichtsländern zwischen 15 % und 30 %, wobei jedoch Frankreich (11 %), Österreich (nur auf Konsumentenebene, 11 %) und die Türkei (nur auf Konsumentenebene, 7 %) geringere Werte meldeten, während Bulgarien (31 %), Portugal (32 %), Rumänien (43 %) und Norwegen (31 %) höhere Werte ermittelten. Im Zeitraum 2003 bis 2008 ist die Reinheit von braunem Heroin in acht Ländern gestiegen, während in vier Ländern eine stabile Situation oder ein Rückgang zu beobachten war. In den wenigen europäischen Ländern, die diesbezüglich Daten übermittelt haben, war die durchschnittliche Reinheit von weißem Heroin in der Regel höher (30 % bis 50 %) (100).

Der Verkaufspreis für braunes Heroin war in den skandinavischen Ländern nach wie vor höher als im übrigen Europa, wobei die durchschnittlichen Preise in Schweden

Abbildung 9: Schätzungen bezüglich der beschlagnahmten Heroinmengen in der Europäischen Union, Kroatien und Norwegen sowie in der Türkei



Hinweise: Die hier angegebene Gesamtmenge des beschlagnahmten Heroins basiert auf Daten aus allen EBDD-Berichtsländern (27 EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, Türkei und Norwegen). Fehlende Angaben wurden anhand von Daten aus den vorhergehenden Jahren extrapoliert.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽⁹⁸⁾ Siehe Tabellen SZR-7 und SZR-8 im Statistical Bulletin 2010. Es ist zu beachten, dass im Falle fehlender Daten für das Jahr 2008 für die Schätzung der europäischen Gesamtwerte die entsprechenden Daten für das Jahr 2007 herangezogen werden.

⁽⁹⁹⁾ Diese Analyse ist vorläufig, da die Daten des Vereinigten Königreichs für das Jahr 2008 noch nicht vorliegen.

⁽¹⁰⁰⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

133 EUR pro Gramm und in Dänemark 107 EUR pro Gramm betragen. In acht weiteren Berichtsländern bewegte sich der Verkaufspreis für braunes Heroin zwischen 25 EUR und 80 EUR pro Gramm. Im Zeitraum 2003 bis 2008 ist der Verkaufspreis für braunes Heroin in fünf der neun europäischen Länder, die Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf übermittelt haben, gestiegen, während in vier Ländern ein Preisrückgang zu beobachten war. In den wenigen Ländern, die Angaben zum Verkaufspreis von weißem Heroin gemacht haben, lag dieser im Jahr 2008 zwischen 24 EUR und 213 EUR pro Gramm.

Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums

Die Daten in diesem Abschnitt wurden vom EBDD-Indikator für problematischen Drogenkonsum abgeleitet, der in erster Linie Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums und des Konsums von Opioiden umfasst, wobei in einigen Ländern auch die Konsumenten von Amphetaminen oder Kokain eine wichtige Komponente bilden. Aufgrund der relativ niedrigen Prävalenz und der Tatsache, dass diese Form des problematischen Drogenkonsums weitgehend im Verborgenen stattfindet, müssen Schätzungen zur Zahl der problematischen Opioidkonsumenten durch statistische Extrapolation aus den verfügbaren Datenquellen (in erster Linie Daten zu Drogentherapien und zur Strafverfolgung in diesem Bereich) gewonnen werden. Die meisten Länder können spezielle Schätzungen zu problematischen Opioidkonsumenten vorlegen; es ist jedoch anzumerken, dass diese Konsumenten meist als polyvalente Drogenkonsumenten beschrieben werden und die Prävalenz in städtischen Ballungsräumen und unter sozial ausgegrenzten Personen höher ist.

Die Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums in den europäischen Ländern bewegen sich im Zeitraum 2003 bis 2008 zwischen einem und acht Fällen je 1 000 Einwohnern im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Abbildung 10). Die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums insgesamt liegt schätzungsweise zwischen zwei und zehn Fällen je 1 000 Einwohner. Die höchsten gut dokumentierten Schätzungen des problematischen Opioidkonsums liegen aus Irland, Malta, Italien und Luxemburg vor, während die niedrigsten Schätzungen aus der Tschechischen Republik, Zypern, Lettland, Polen und Finnland gemeldet werden (wobei sowohl die Tschechische Republik als auch

Finnland in ihren Schätzungen von einer hohen Anzahl an problematischen Amphetaminkonsumenten ausgehen). Lediglich die Türkei meldet im Zusammenhang mit dem problematischen Opioidkonsum weniger als einen Fall je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Die durchschnittliche Prävalenz des problematischen Opioidkonsums beläuft sich in den Ländern der Europäischen Union und in Norwegen auf schätzungsweise 3,6 bis 4,4 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Dies entspricht etwa 1,35 Millionen (1,2 bis 1,5 Millionen) problematischen Opioidkonsumenten in der EU und Norwegen im Jahr 2008 ⁽¹⁰¹⁾. Diese Schätzung umfasst auch Konsumenten, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden; möglicherweise sind jedoch Konsumenten in Haftanstalten – insbesondere Straftäter, die eine längere Haftstrafe verbüßen – in diesen Schätzungen unterrepräsentiert.

Behandlung von Opioidkonsumenten

2008 wurden in Europa nach wie vor Opiode vom Großteil der Patienten (53 %), die sich in Behandlung begeben, als Primärdroge angegeben, Heroin wurde dabei von 48 % aller Patienten genannt ⁽¹⁰²⁾. 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, Estland 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 ⁽¹⁰³⁾. Neben den etwa 200 000 Behandlungsaufnahmen im Jahr 2008, bei denen Opiode als Primärdroge genannt wurden, gaben weitere 47 000 Konsumenten anderer Drogen Opiode als Sekundärdroge an ⁽¹⁰⁴⁾.

Viele Opioidkonsumenten nehmen an Programmen teil, die eine langfristige Betreuung anbieten, darunter insbesondere die Substitutionsbehandlung. Dies schlägt sich in einem höheren Anteil der Patienten mit Opioiden als Primärdroge an den in Drogenbehandlung befindlichen Patienten insgesamt im Vergleich zu den Vorjahren nieder. Bei einer kürzlich in neun Ländern durchgeführten Analyse der Daten über in Drogenbehandlung befindliche Patienten wurde festgestellt, dass primäre Opioidkonsumenten insgesamt 61 % aller gemeldeten Drogenpatienten ausmachten, jedoch nur 38 % der Erstpatienten ⁽¹⁰⁵⁾.

⁽¹⁰¹⁾ Diese Schätzung wurde auf der Grundlage neuer Daten von 1,4 auf 1,35 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.

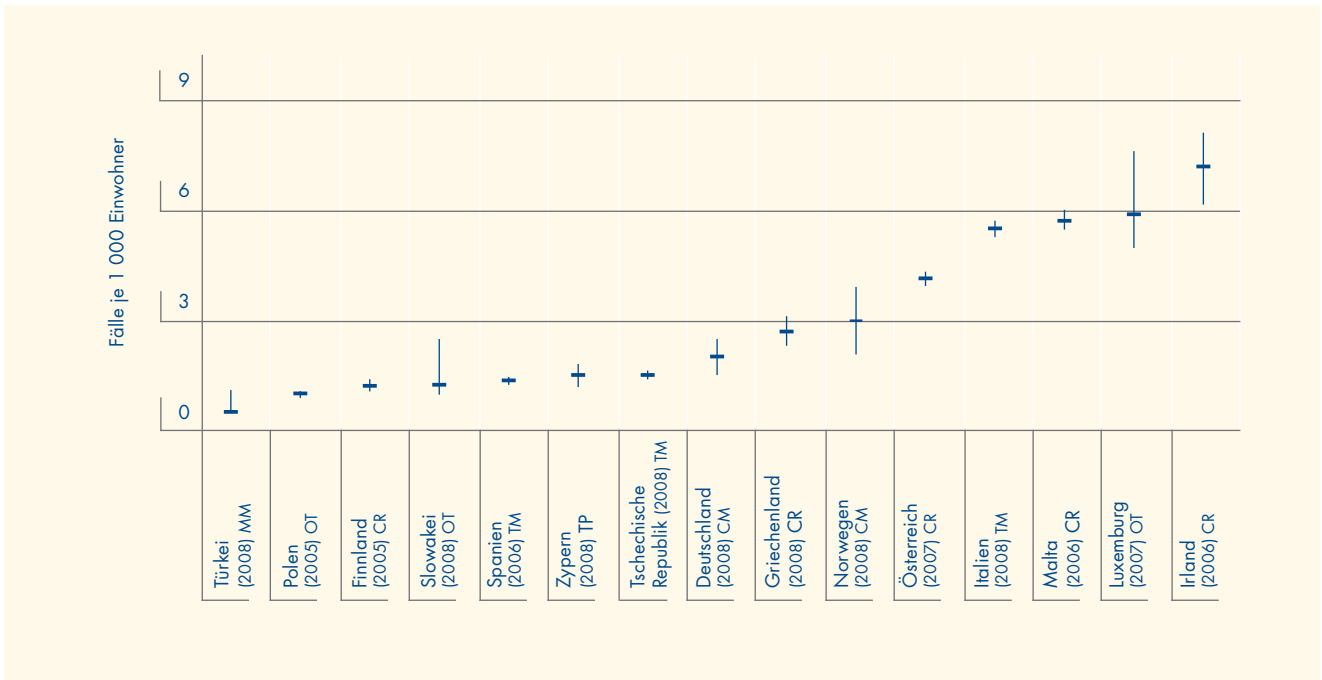
⁽¹⁰²⁾ Siehe Abbildung TDI-2 (Teil ii) sowie die Tabellen TDI-5 und TDI-113 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁰³⁾ Siehe Tabelle TDI-5 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁰⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-22 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁰⁵⁾ Siehe Tabelle TDI-38 im Statistical Bulletin 2010.

Abbildung 10: Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Opioidkonsums (bei Einwohnern im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkung: Der horizontale Balken bezeichnet eine Punktschätzung, ein vertikaler Balken ein Unsicherheitsintervall: ein 95%-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse. Aufgrund der verschiedenen Schätzmethoden und Datenquellen können die Zielgruppen geringfügig voneinander abweichen; die Daten sollten daher mit Vorsicht verglichen werden. In den Erhebungen aus Finnland (15 bis 54 Jahre), Malta (12 bis 64 Jahre) und Polen (alle Altersgruppen) wurden nicht die Standardaltersspannen herangezogen. Diese drei Raten wurden für die Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berichtigt. Für Deutschland gibt das Intervall den niedrigsten und den höchsten Wert aller vorliegenden Schätzungen wieder, während die Punktschätzung als einfacher Durchschnitt der mittleren Schätzwerte berechnet wurde. Die Schätzmethoden werden mit folgenden Abkürzungen bezeichnet: CR = Capture-Recapture (Fang-Wiederfang); TM = Treatment Multiplier (Behandlungsmultiplikator); MM = Mortality Multiplier (Mortalitätsmultiplikator); CM = Combined Methods (kombinierte Methoden); TP = Truncated Poisson; OT = Other Methods (andere Methoden). Weitere Informationen sind der Abbildung PDU-1 (Teil ii) und der Tabelle PDU-102 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

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 acht Ländern, in denen im Zeitraum 2003 bis 2008 wiederholte Prävalenzschätzungen vorgenommen wurden, lassen jedoch auf eine relativ stabile Situation schließen. Der in Österreich bis zum Jahr 2005 beobachtete offensichtliche Anstieg wird durch die jüngsten Schätzungen nicht bestätigt, die einen aktuellen Wert aufzeigen, der unter dem Wert aus dem Jahr 2003 liegt. Irland meldete ebenfalls einen Anstieg zwischen 2001 und 2006, wobei diese Entwicklung in Dublin mit 21 % weit weniger deutlich war als außerhalb der Hauptstadt (164 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

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 erstmals in Behandlung begeben, zwischen 2003 und 2008 gestiegen ist ⁽¹⁰⁷⁾. Was die jüngere Vergangenheit betrifft, so ist die Zahl der primären Opioidkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, zwischen 2007 und 2008 in elf Ländern gestiegen. Der allgemeine Aufwärtstrend in Bezug auf die Zahl der Erstpatienten ist im Jahr 2008 zwar zum Stillstand gekommen, sechs Länder meldeten jedoch auch darüber hinaus eine steigende Tendenz ⁽¹⁰⁸⁾.

⁽¹⁰⁶⁾ Ausführliche Informationen zu den Studien einschließlich der Konfidenzintervalle sind Tabelle PDU-6 (Teil ii) und Tabelle PDU-102 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

⁽¹⁰⁷⁾ Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-3 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁰⁸⁾ Einige der Veränderungen im Zeitverlauf können auf Änderungen bezüglich der Datenabdeckung oder der Verfügbarkeit von Behandlungen zurückzuführen sein, und die allgemeinen Tendenzen können durch die gemeldeten Werte aus Italien und dem Vereinigten Königreich beeinflusst werden, die die höchsten Anteile neuer Heroinpatienten melden. Siehe Tabellen TDI-3 und TDI-5 in den Statistical Bulletins 2009 und 2010.

Die Daten über drogeninduzierte Todesfälle im Jahr 2008, 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 2007 und 2008 einen Anstieg der Zahl der drogeninduzierten Todesfälle⁽¹⁰⁹⁾. Bei der Zahl der Heroinsicherstellungen in Europa ist seit 2003 eine Zunahme zu verbuchen, während die in der Europäischen Union beschlagnahmten Mengen abgenommen haben. Die meisten Länder, die diesbezüglich ausreichende Daten vorlegten, meldeten für den Zeitraum 2003 bis 2008 einen Anstieg der Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Heroin; diese Tendenzen stützen den Wechsel von einer Abwärts- hin zu einer Aufwärtsentwicklung in diesem Bereich.

Der Konsum von Heroin und opioidbasierten Medikamenten durch neue Konsumentengruppen, einschließlich sozial integrierter Personen und Besucher von Technopartys, wurden von dem französischen System „TREND“ gemeldet, das sowohl qualitative als auch quantitative Daten umfasst. Weitere qualitative Studien (Eisenbach-Stangl et al., 2009) meldeten ebenfalls einen geringen Anteil an Heroinkonsumenten in der Stichprobe der sozial integrierten Personen. Dies kann sowohl experimentelle Konsumenten umfassen als auch Personen, die ihren Konsum der Droge kontrollieren können (Shewan und Dalgarno, 2005; Warburton et al., 2005).

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 war bis 2007 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

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

Problematischer Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum in den Nachbarländern der Europäischen Union

Von allen Nachbarländern der Europäischen Union weist Russland den höchsten Anteil an Opioidkonsumenten in der Bevölkerung auf – Schätzungen zufolge konsumieren hier 1,5 bis 6,0 Millionen Menschen Opiode (UNODC, 2005). Eine neue Studie, die sich auf eine von der EBDD empfohlene Methode mit Behandlungsmultiplikator stützt, geht davon aus, dass es in Russland rund 1,68 Millionen problematische Opioidkonsumenten gibt, was einem Schnitt von 16 Konsumenten je 1 000 Einwohnern im Alter von 15 bis 64 Jahren entspricht (UNODC, 2009). Die russische Drogenkontrollbehörde (FDCS) schätzt, dass pro Jahr 10 000 Heroinkonsumenten an einer Überdosierung sterben (INCB, 2010b). Die zweitgrößte Gruppe der Opioidkonsumenten in den Nachbarländern der EU wird in der Ukraine vermutet, wobei die Schätzungen sich hier auf 323 000 bis 423 000 Opioidkonsumenten belaufen. Dies entspricht zwölf bis 13 Fällen je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (UNODC, 2009). Darüber hinaus meldeten auch Albanien, Belarus und Moldau dem UNODC im Jahr 2008 einen möglichen Anstieg der Zahl der Opioidkonsumenten.

Die Schätzungen für das Jahr 2007 gingen von 1 825 000 aktuellen injizierenden Drogenkonsumenten (17,8 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren) in Russland und von 375 000 Konsumenten (11,6 Fälle je 1 000 Einwohner) in der Ukraine aus, wobei nahezu 40% dieser Konsumenten in beiden Ländern HIV-positiv sind (Mathers et al., 2008). Die Rate der neu gemeldeten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten liegt im Vergleich zu anderen Ländern und Regionen wie Australien, Kanada, der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten in Russland mit 79 Fällen je 1 Million Einwohner (2006) und in der Ukraine mit 153 Fällen je 1 Million Einwohner (2006) ebenfalls deutlich höher (Wiessing et al., 2009).

jedoch auch mit dem Konsum von Amphetaminen. Nur 14 Länder waren in der Lage, neuere Schätzungen für die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen⁽¹¹⁰⁾, obwohl diese für die öffentliche Gesundheit 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 Einwohnern im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, wobei aus Estland die außergewöhnlich hohe Zahl von 15 Fällen je

⁽¹⁰⁹⁾ Siehe Tabelle DRD-2 (Teil i) im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹¹⁰⁾ Siehe Abbildung PDU-2 im Statistical Bulletin 2010.

1 000 Einwohnern gemeldet wurde. Wenn der aus Estland gemeldete Wert als „Ausreißer“ betrachtet wird, liegt der gewichtete Durchschnitt bei 2,6 Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren ⁽¹¹¹⁾. Extrapoliert auf die Gesamteinwohnerzahl der Europäischen Union entspräche dies zwischen 0,75 und 1 Million aktiver injizierender Drogenkonsumenten. Die Zahl der ehemaligen injizierenden Konsumenten ist wahrscheinlich noch höher (Sweeting et al., 2008), hierzu liegen jedoch aus den meisten EU-Ländern keine Daten vor.

Opioidkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, geben häufig an, die Droge in erster Linie zu injizieren. Dies trifft in 16 Ländern auf mehr als die Hälfte der Opioidkonsumenten in Behandlung zu, in sechs Ländern liegt der Anteil zwischen 25 % und 50 %, und in weiteren fünf Ländern beträgt der Anteil unter 25 %. Die niedrigsten Anteile injizierender Drogenkonsumenten an den Opioidpatienten melden die Niederlande (5 %) und Spanien (19 %), während aus Litauen (99 %), Rumänien (95 %), Estland (91 %) und der Slowakei (86 %) die höchsten Werte gemeldet werden ⁽¹¹²⁾.

Das Ziehen von Schlussfolgerungen hinsichtlich der Tendenzen bei der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums im Zeitverlauf gestaltet sich aufgrund des Mangels an Daten und der hohen Konfidenzintervalle der Schätzungen schwierig. Die verfügbaren Daten lassen jedoch auf eine stabile Situation in Griechenland, der Tschechischen Republik, Zypern und Norwegen schließen ⁽¹¹³⁾. Ein statistisch relevanter Rückgang wurde im Zeitraum 2004 bis 2006 im Vereinigten Königreich verzeichnet. Der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an den Patienten, die sich wegen des Konsums von Heroin in Behandlung begeben, ist in den letzten Jahren insgesamt gesunken, wobei aus 13 Ländern zwischen 2002 und 2007 ein statistisch signifikanter Rückgang gemeldet wird. Lediglich drei Länder (Bulgarien, Litauen, Slowakei) meldeten in diesem Zeitraum eine Zunahme ⁽¹¹⁴⁾. Der Anteil der injizierenden Konsumenten ist unter den Opioidkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben, insgesamt ebenfalls ein wenig niedriger (38 %) als unter allen Opioidkonsumenten, die eine Behandlung aufnehmen (42 %). Dies gilt für 20 der 23 Berichtsländer. Eine detailliertere Analyse der Prävalenzen und Tendenzen des injizierenden Drogenkonsums wird an anderer Stelle vorgestellt (EBDD, 2010c).

Nichtinjizierender Opioidkonsum

Nachdem sich die Zahl der injizierenden Opioidkonsumenten in mehreren europäischen Ländern entweder stabilisiert hat oder sogar zurückgegangen ist, wurde anderen Arten des Konsums, z. B. durch Inhalieren der verdampften Droge (Chasing) oder durch Rauchen, der Aufnahme in Pulverform durch Schnupfen oder der oralen Aufnahme verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet. Wenige Länder haben Schätzwerte bezüglich des Anteils der nichtinjizierenden Konsumenten vorgelegt, und lediglich Norwegen hat aktuelle Daten zur Verfügung gestellt. Hier wurde geschätzt, dass im Jahr 2008 das Rauchen der Droge für 1 450 Heroinkonsumenten – bzw. 15 % aller geschätzten Heroinkonsumenten in Norwegen – den einzigen Aufnahmeweg darstellte. Daten zu Konsumenten, die sich in spezialisierte Behandlungseinrichtungen begeben haben, bestätigen, dass in einigen Ländern ein beträchtlicher Anteil der Opioidkonsumenten die Droge raucht oder schnupft. Das Rauchen der Droge beispielsweise wurde von der Hälfte bis zu drei Vierteln der primären Opioidkonsumenten in Belgien, Irland, den Niederlanden, Spanien und dem Vereinigten Königreich, die sich in ambulante Behandlung begaben, als Hauptkonsumweg angegeben. Rund ein Drittel der Opioidkonsumenten in Österreich und etwa die Hälfte der Konsumenten in Griechenland und Frankreich gaben an, die Droge hauptsächlich zu schnupfen (!).

Die Wahl des Aufnahmewegs ist von verschiedenen Faktoren abhängig, beispielsweise vom Wirkungsgrad, vom sozialen Druck oder von gesundheitlichen Bedenken (Bravo et al., 2003); die Art des konsumierten Opioids spielt ebenfalls eine Rolle. Das hauptsächlich in Afghanistan hergestellte allgemein verfügbare braune Heroin (Heroinbase) wird in erster Linie geraucht, oder das verdampfte Heroin wird inhaliert. Weißes Heroin (in Salzform), das in der Regel aus Südostasien stammt, kann in Pulverform leicht über die Nase aufgenommen werden; die Droge kann außerdem ohne weitere Zusätze in kaltem Wasser gelöst und anschließend injiziert werden. Das Rauchen oder Inhalieren von weißem Heroin hingegen ist kaum effizient. Substitutionsmittel für Opioide werden vornehmlich in flüssiger Form und nicht als Tabletten ausgegeben, oder sie enthalten Zusätze, die die Wirkung herabsetzen oder ändern, wenn die Substanz injiziert wird.

(!) Siehe Tabelle TDI-17 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

Behandlung problematischer Opioidkonsumenten

Die zum Indikator „Behandlungsnachfrage“ der EBDD erfassten Daten können genutzt werden, um eine der wesentlichen Subgruppen von Drogenkonsumenten zu

⁽¹¹¹⁾ Der gewichtete Durchschnitt liegt bei 0,26 % mit einer gewissen Unsicherheitsrate (gewichtete Durchschnittswerte im oberen und unteren Bereich der Länderschätzungen) zwischen 0,23 % und 0,30 %, was für das Jahr 2008 zu einer geschätzten Anzahl von 886 606 (788 778 bis 1 040 852) Konsumenten führt. Diese Schätzung basiert auf Daten, die jedoch nur von zwölf der 27 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen vorgelegt wurden, und ist daher mit Bedacht zu interpretieren.

⁽¹¹²⁾ Siehe Tabelle TDI-5 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹¹³⁾ Siehe Tabelle PDU-6 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹¹⁴⁾ Siehe Tabelle PDU-104 im Statistical Bulletin 2010.

beschreiben, die eine Behandlung aufnehmen, und insbesondere jene, die sich im Verlauf des Jahres in eine spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtung begeben haben.

Patienten, die sich erstmals wegen des primären Konsums von Opioiden in Behandlung begeben, sind im Durchschnitt 34 Jahre alt; das Durchschnittsalter der Frauen und der Erstpatienten liegt etwas niedriger⁽¹¹⁵⁾. Fast alle Länder verzeichnen seit 2003 einen Anstieg des Durchschnittsalters bei den Opioidpatienten. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beläuft sich bei den ambulanten 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, Spanien, Italien) einen niedrigeren Anteil der Opioidpatienten ausmachen⁽¹¹⁶⁾.

Unter den Opioidpatienten werden höhere Arbeitslosenraten, ein niedrigeres Bildungsniveau und mehr psychische Störungen verzeichnet als unter den übrigen Patienten, die eine andere Droge als Opioide als Primärdroge angeben⁽¹¹⁷⁾. 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 zehn Jahre⁽¹¹⁸⁾.

Angebot und Erfassungsgrad von Behandlungen

Die Behandlung von Opioidkonsumenten wird zumeist ambulant erbracht, unter anderem von spezialisierten Zentren, Allgemeinärzten und niedrigschwelligen Diensten (siehe Kapitel 2). In einigen wenigen Ländern stellen stationäre Einrichtungen einen wichtigen Teil des Drogenbehandlungssystems dar, insbesondere in Bulgarien, Finnland, Griechenland, Lettland, Polen, Rumänien und Schweden⁽¹¹⁹⁾. 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 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. Frankreich und die Tschechische Republik evaluieren derzeit die Resultate ihrer therapeutischen Gemeinschaften, erste Ergebnisse werden im Jahr 2010 erwartet. Im Rahmen des französischen Aktionsplans soll die künftige Verfügbarkeit dieser Behandlungsmöglichkeit ausgeweitet werden. In Polen machen therapeutische Gemeinschaften einen Großteil der Anbieter von Drogenbehandlungen aus. Aus wirtschaftlichen Gründen und aufgrund der sich verändernden Patientenprofile, ist Berichten zufolge eine schrittweise Verkürzung der Dauer der Behandlungsprogramme zu verzeichnen. Kroatien und Portugal schließlich haben vor Kurzem Leitlinien für therapeutische Gemeinschaften erarbeitet.

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. Allgemeinärzte können im Hinblick auf den Verbleib in der Behandlung, die Abstinenzraten oder den gleichzeitigen Konsum anderer Substanzen bessere Ergebnisse erzielen als spezialisierte Behandlungszentren. Zu diesem Ergebnis kam eine über die Dauer von zwölf Monaten durchgeführte naturalistische Studie unter 2 694 Patienten in Deutschland, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden (Wittchen et al., 2008). Weitere Studien haben gezeigt, dass die Einführung der Substitutionsbehandlung im Rahmen der Grundversorgung nicht nur machbar ist, sondern auch kostengünstig sein kann (Gossop et al., 2003; Hutchinson et al., 2000).

Die Gesamtzahl der Opioidpatienten, die in der Europäischen Union sowie in Kroatien und Norwegen eine Substitutionsbehandlung erhalten, steigt weiter an und lag im Jahr 2008 bei schätzungsweise 670 000 Patienten, während diese Zahl im Jahr 2007 bei 650 000⁽¹²⁰⁾

⁽¹¹⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-10, TDI-32 und TDI-103 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹¹⁶⁾ Siehe Tabellen TDI-5 und TDI-21 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹¹⁷⁾ Siehe auch Kapitel 2.

⁽¹¹⁸⁾ Siehe Tabellen TDI-11, TDI-33, TDI-107 und TDI-109 im Statistical Bulletin 2010.

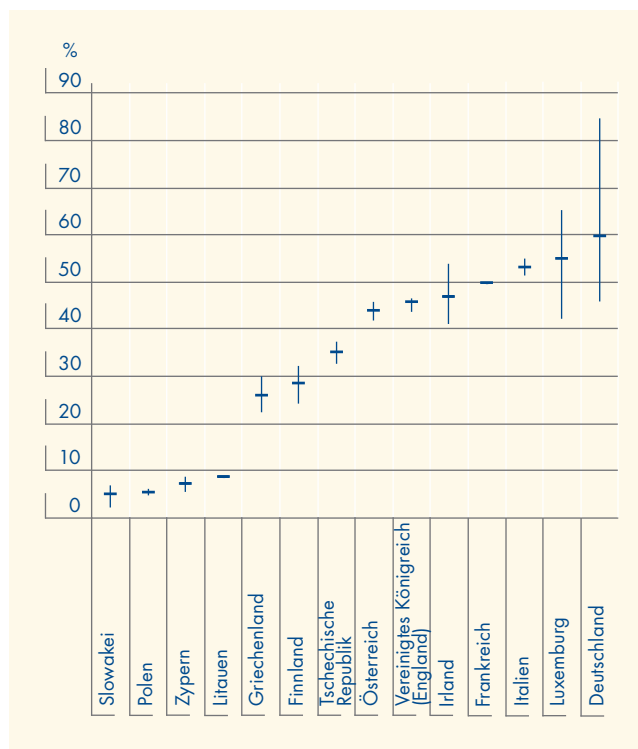
⁽¹¹⁹⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹²⁰⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2010.

und im Jahr 2003 bei rund 500 000 lag. In einigen mittel- und osteuropäischen Ländern konnte ein gewisser Anstieg der Patientenzahlen verzeichnet werden, doch in den Ländern, die nach 2004 der Europäischen Union beigetreten sind, liegt der Anteil der Patienten noch immer nur bei rund 2 % aller Patienten in einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung in der Europäischen Union ⁽¹²¹⁾.

Ein Vergleich der Anzahl der Patienten in einer Substitutionsbehandlung in der Europäischen Union mit den geschätzten Zahlen problematischer Opioidkonsumenten deutet darauf hin, dass rund 50 % dieser Konsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten. Der Erfassungsgrad der Behandlung variiert in den einzelnen Ländern jedoch erheblich: Sieben der 14 Länder, für die Schätzungen bezüglich der Zahl der problematischen Opioidkonsumenten vorliegen, berichten über Raten unter 40 %, und vier weitere Länder melden eine Abdeckung von weniger als 10 % (Abbildung 11). Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass schätzungsweise zwei von drei problematischen Opioidkonsumenten in der Europäischen Union in Ländern leben, in denen der Erfassungsgrad einer Substitutionsbehandlung hoch ist ⁽¹²²⁾.

Abbildung 11: Geschätzter Anteil der problematischen Opioidkonsumenten, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung HSR-1 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.
 Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

In Europa erhalten die meisten Substitutionspatienten Methadon (70 % bis 75 %), jedoch werden in immer mehr Ländern auch andere Substanzen verschrieben. So ist inzwischen mit Ausnahme von vier Ländern (Bulgarien, Polen, Spanien, Ungarn) in allen EU-Mitgliedstaaten hochdosiertes Buprenorphin verfügbar, das in 20 % bis 25 % aller Substitutionsbehandlungen in Europa und bei mehr als 50 % der derartigen Behandlungen in Frankreich, Lettland, Schweden, der Tschechischen Republik, Zypern und Kroatien eingesetzt wird. In Frankreich wurde schon immer vorwiegend Buprenorphin verschrieben, doch zunehmend erfolgt eine Verschiebung hin zu Methadon, das nun einem wachsenden Anteil an Substitutionspatienten verschrieben wird. Die Kombination aus Buprenorphin und Naloxon wurde im Jahr 2006 von der Europäischen Arzneimittel-Agentur zugelassen und seitdem in 14 Ländern eingeführt. Weitere Substitutionsmittel, die jedoch nur einen geringen Anteil aller Substitutionsbehandlungen ausmachen, sind unter anderem retardiertes Morphin (Bulgarien, Österreich, Slowenien), Codein (Deutschland, Österreich, Zypern) und Diacetylmorphin (Heroin). Die Verschreibung von Heroin ist eine verbreitete Behandlungsform in Dänemark, Deutschland und den Niederlanden, die auch in Spanien und dem Vereinigten Königreich angewendet wird; in Belgien und Luxemburg werden diesbezügliche Pilotprojekte erarbeitet.

Zugang zur Behandlung

Vorschriften bezüglich der Bereitstellung und Verbreitung der opioidgestützten Behandlung sind der Schlüssel zum Zugang zu einer solchen Behandlung. Durch entsprechende Rechtsrahmen sind Allgemeinärzte (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande, Portugal, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich, Zypern, Kroatien) bzw. speziell ausgebildete oder zugelassene Ärzte (Deutschland, Irland, Luxemburg, Österreich, Slowenien, Norwegen) berechtigt, ein oder mehrere Substitutionsmittel verschreiben. In anderen Ländern (Bulgarien, Estland, Finnland, Griechenland, Litauen, Polen, Rumänien, Schweden, Slowakei, Spanien, Ungarn) hingegen dürfen nur spezialisierte Behandlungszentren eine Substitutionsbehandlung durchführen.

In den meisten europäischen Ländern dürfen Substitutionsmittel von Allgemeinärzten, Apotheken oder mobilen Einheiten abgegeben werden. In Bulgarien, Estland, Griechenland, Polen und der Slowakei ist dies jedoch anders geregelt: Hier dürfen die Substitutionsmittel ausschließlich von spezialisierten Behandlungszentren abgegeben werden. Hochdosiertes Buprenorphin kann in der Tschechischen Republik von allen Allgemeinärzten und in Lettland von jeder Apotheke abgegeben werden. In

⁽¹²¹⁾ Siehe Abbildung HSR-2 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹²²⁾ Diese Schätzungen sollten aufgrund der mangelnden Präzision der Datenreihen mit Bedacht interpretiert werden.

Finnland, Rumänien und Ungarn sind Apotheken lediglich zur Abgabe der Kombination aus Buprenorphin und Naloxon berechtigt. Berichten zufolge erhalten in Ungarn und Rumänien nur wenige Patienten diese Medikation, da sie in diesen beiden Ländern erst seit Kurzem verfügbar und sehr kostenintensiv ist.

Kürzlich wurden Informationen bezüglich der Kosten der Substitutionsmittel für Opioidkonsumenten erfasst. Von den 26 Berichtsländern gaben 17 an, dass die Medikation (in den meisten Fällen Methadon) kostenfrei ist, außer, die Behandlung wird bei einem privaten Anbieter durchgeführt. In Belgien und Luxemburg müssen sich die Patienten nur dann an den Kosten für die Substitutionsmittel beteiligen, wenn sie von einem Allgemeinarzt verschrieben werden. In Finnland, Lettland, Portugal, der Tschechischen Republik und Ungarn ist die Methadonbehandlung kostenfrei; für die Behandlung mit Buprenorphin oder der Kombination aus Buprenorphin und Naloxon muss der Patient die Kosten vollständig oder teilweise tragen. In Lettland beispielsweise belaufen sich die monatlichen Kosten für eine tägliche Dosis Buprenorphin in Höhe von 8 mg auf rund 250 EUR. Methadon ist bei ähnlicher Wirksamkeit in der Regel günstiger als andere Substitutionsmittel, wie z. B. Buprenorphin (WHO, 2009); dadurch lässt sich teilweise erklären, warum viele nationale Krankenversicherungen Methadon anderen Substitutionsmitteln vorziehen und die Kosten für eine solche Behandlung vollständig erstatten. Generische Versionen von hochdosiertem Buprenorphin, die in der Regel günstiger sind, sind seit dem Jahr 2006 in Frankreich verfügbar und werden dort rund 30 000 Patienten (30% aller Buprenorphinpatienten) verschrieben.

Bezüglich der Informationen zu den Kosten für die Bereitstellung von Substitutionsbehandlungen und die Abgabe von Substitutionsmitteln konnten in Europa regionale Unterschiede festgestellt werden. Länder in Nord- und Osteuropa wenden häufig ein stärker zielgerichtetes Zugangsmodell mit höheren Eintrittsschwellenwerten an, wohingegen viele westeuropäische Länder ein eher dezentrales Modell mit geringen Zugangsschwellen vorziehen. Diese Unterschiede können verschiedene Betreuungsmodelle widerspiegeln, wobei einige Länder die Prioritäten auf eine Abstinenz und psychosoziale Maßnahmen legen und andere Länder den Schwerpunkt auf die Stabilisierung der Patienten und deren Verbleib in Behandlung sowie auf Ansätze zur Schadensminimierung legen.

Wirksamkeit und Qualität der Behandlung

Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung in Kombination mit psychosozialer Betreuung ist in

EBDD-„Insight“ zur heroingestützten Behandlung

Gegenwärtig erhalten rund 1 500 chronische problematische Opioidkonsumenten in fünf EU-Mitgliedstaaten eine heroingestützte Behandlung. Die meisten dieser Länder sowie die Schweiz und Kanada haben experimentelle Studien durchgeführt, in denen die Ergebnisse dieser Behandlungsform bewertet wurden. Im Jahr 2011 wird die EBDD mit der Unterstützung von internationalen Forschern und Medizinerinnen eine Studie zu dieser Behandlungsform veröffentlichen, in der die in den letzten Jahren gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse dargestellt werden. Darüber hinaus werden auch die Entwicklung, die Bereitstellung auf operativer Ebene und die klinische Praxis im Zusammenhang mit einer heroingestützten Behandlung erläutert und einige der Herausforderungen beschrieben, die mit der Durchführung einer solchen Behandlung einhergehen. Eine Reihe von Mindestqualitätsstandards wird ebenfalls aufgestellt werden.

Europa die wirksamste Option für die Behandlung von Opioidkonsumenten. Im Vergleich zu einer Entgiftung und im Gegensatz zu einem Verzicht auf Behandlung zeigen Behandlungen mit Methadon oder hochdosiertem Buprenorphin deutlich bessere Erfolge bezüglich der Einschränkung des Drogenkonsums, der Kriminalität, des Risikoverhaltens und der Übertragung von HIV, von Überdosierungen und der allgemeinen Mortalität und senken zudem den Anteil der Patienten, die die Behandlung abbrechen (WHO, 2009).

Langfristig gesehen können bei einem Opioidentzug in der Regel nur geringe Erfolge erzielt werden (Mattick et al., 2009); ein solcher Entzug kann den Patienten – sofern eine solche Behandlung ihr ausdrücklicher Wunsch ist – jedoch durchaus helfen. Sowohl bei der stationären als auch bei der ambulanten Behandlung wird eine Entgiftung über die Herabsetzung der Methadon- oder Buprenorphindosierung (als bevorzugte Behandlungsformen) oder der Alpha-2-Agonisten erreicht. Beschleunigte Methoden des Entzugs, bei denen Opioidantagonisten in Kombination mit starken Beruhigungsmitteln zum Einsatz kommen, werden aufgrund von Sicherheitsbedenken nicht empfohlen (Gowing et al., 2010). Nach dem Opioidentzug sollte Patienten, die auch weiterhin abstinent bleiben möchten, zur Einnahme von Naltrexon geraten werden, um einen Rückfall zu verhindern.

Die Kombination aus Buprenorphin und Naloxon (die auf dem Markt als Suboxone erhältlich ist), wurde entwickelt, um die injizierende Einnahme von Buprenorphin zu vermeiden. Zur Wirksamkeit hinsichtlich der Verhinderung der intravenösen Aufnahme von Buprenorphin liegen jedoch noch keine eindeutigen Erkenntnisse vor (Bruce et al., 2009, Simojoki et al., 2008).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 7:

Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle

Einleitung

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

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

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

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

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, C und D, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Tetanus, Botulismus, Anthrax (Milzbrand) und Infektionen mit dem humanen T-Zell-lymphotropen Virus. Die EBDD beobachtet systematisch Infektionen mit HIV und Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten ⁽¹²³⁾.

HIV und Aids

Ende 2008 war die Inzidenz der gemeldeten HIV-Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in den meisten Ländern der Europäischen Union nach wie vor niedrig, und die Gesamtsituation in der EU erscheint im weltweiten Vergleich relativ positiv (ECDC und WHO Europa, 2009; Wiessing et al., 2009). Dies könnte zumindest teilweise auf die verbesserte Verfügbarkeit von Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen wie Substitutionsbehandlungen sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen zurückzuführen sein (Wiessing et al., 2009). 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 2008 noch immer relativ hohe Raten verzeichnet wurden. Damit wird deutlich, wie wichtig es ist, für eine hohe Reichweite und Wirksamkeit lokaler Präventionsverfahren zu sorgen.

Tendenzen bei HIV-Infektionen

Die Daten über neu diagnostizierte Fälle im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum für das Jahr 2008 zeigen, dass seit dem in den Jahren 2001 und 2002 aufgrund der Epidemien in Estland, Lettland und Litauen ⁽¹²⁴⁾ verzeichneten Höchststand die Infektionsraten

⁽¹²³⁾ Ausführliche Angaben zu Methoden und Definitionen sind dem Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

⁽¹²⁴⁾ Die Meldeverfahren bezüglich HIV-Infektionen haben sich in den letzten Jahren geändert; die Daten sind nun nach dem Jahr der Diagnose und nicht mehr nach dem Jahr der Meldung kategorisiert (ECDC und WHO Europa, 2009). Dies hat in einigen Ländern niedrigere Zahlen zur Folge, was vermutlich zu einer höheren Genauigkeit bezüglich der Inzidenz führt (z. B. Portugal). In einigen Fällen können Meldeverzögerungen jedoch auch dazu geführt haben, dass die Anzahl der Fälle unterschätzt wurde. Siehe Tabelle INF-104 im Statistical Bulletin 2010.

in der Europäischen Union in der Regel weiterhin rückläufig sind. Im Jahr 2008 lag die Gesamtrate neu diagnostizierter Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in den 24 Mitgliedstaaten, für die nationale Daten verfügbar sind, bei 2,6 Fällen je 1 Million Einwohner. Dies entspricht gegenüber den im Jahr 2007 verzeichneten 3,7 Fällen einen Rückgang ⁽¹²⁵⁾. Von den vier Ländern mit den höchsten Raten neudiagnostizierter Infektionen (Estland, Lettland, Litauen, Portugal) gaben alle erneut eine rückläufige Entwicklung an, wobei diese Abwärtstendenz in Estland und Lettland besonders deutlich ist (Abbildung 12). In Estland sank die Zahl von 86 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2007 auf 27 Fälle je 1 Million Einwohner im Jahr 2008, und in Lettland konnte ein Rückgang von 62 (2007) auf 44 Fälle (2008) je 1 Million Einwohner verzeichnet werden.

Insgesamt war zwischen 2003 und 2008 keine starke Zunahme neuer HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten zu beobachten, und die Zahl der gemeldeten Fälle ist weiterhin niedrig. Allerdings stieg die Zahl der neu gemeldeten injizierenden Konsumenten in Bulgarien von 0 Neukonsumenten je 1 Million Einwohner im Jahr 2003 auf 6,8 Fälle im Jahr 2008, und Schweden verzeichnete im Jahr 2007 ein Rekordhoch von 6,7 Fällen. 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 2003 bis 2008 sind Prävalenzdaten aus 24 Ländern verfügbar ⁽¹²⁶⁾. In 16 Ländern ist die HIV-Prävalenz in diesem Zeitraum unverändert geblieben. In sechs von sieben Ländern (Bulgarien, Italien, Polen, Portugal, Spanien und Norwegen) war auf der Grundlage nationaler Stichproben ein statistisch signifikanter Rückgang der HIV-Prävalenz zu verzeichnen; Frankreich dagegen stützte diese Tendenzen auf die Daten aus fünf Städten. Drei Länder meldeten regionale Zunahmen: Bulgarien (Sofia), Italien (zwei von 21 Regionen) und Litauen (Vilnius). Bezüglich der neu diagnostizierten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten ist in diesen drei Ländern jedoch eine Abwärtstendenz zu verzeichnen.

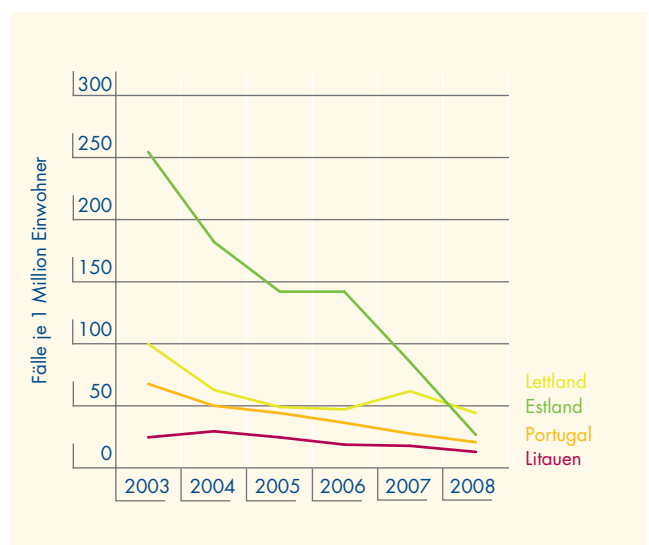
Der Vergleich der Tendenzen bei den neu gemeldeten Infektionen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum mit den Tendenzen bei der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten lässt erkennen, dass die Inzidenz der HIV-Infektionen im Zusammenhang

mit dem injizierenden Drogenkonsum in den meisten Ländern auf nationaler Ebene zurückgeht.

Trotz einer stark rückläufigen Entwicklung ist die für das Jahr 2008 gemeldete jährliche Rate neuer HIV-Diagnosen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum in Lettland (44 Fälle je 1 Million Einwohner), Estland (27), Portugal (20,7) und Litauen (12,5) noch immer hoch, was darauf schließen lässt, dass die Übertragung dieser Krankheit bei den injizierenden Konsumenten in diesen Ländern noch immer relativ verbreitet ist.

Weitere Hinweise auf aktuelle Fälle der HIV-Übertragung in den letzten Jahren gehen aus Berichten hervor, in denen in mehreren Ländern unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten Prävalenzraten von mehr als 5 % gemeldet werden (Untersuchungsgegenstand waren hierbei 50 oder mehr injizierende Drogenkonsumenten unter 25 Jahren): Estland (zwei Regionen, 2005), Frankreich (fünf Städte, 2006), Lettland (eine Stadt, 2007), Litauen (eine Stadt, 2006) und Polen (eine Stadt, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Obwohl diese Daten mit Vorsicht zu interpretieren sind, da einige der Stichproben sehr klein sind, zeigen sie doch statistisch relevante Anstiege bezüglich der HIV-Prävalenz unter jungen injizierenden Konsumenten zwischen 2003 und 2008 in Belgien (Flämische Gemeinschaft) und Bulgarien, während in Schweden und Spanien ein Rückgang zu verzeichnen ist. Daten zur HIV-Prävalenz bei neuen

Abbildung 12: Tendenzen bei neu gemeldeten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in vier Mitgliedstaaten mit hohen Infektionsraten



Anmerkungen: Die Abbildung zeigt die Daten, die bis Ende Oktober 2009 gemeldet wurden.

Quelle: ECDC und WHO Europa.

⁽¹²⁵⁾ Aus Dänemark, Italien, Österreich und Spanien liegen keine nationalen Daten vor.

⁽¹²⁶⁾ Siehe Tabelle INF-108 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹²⁷⁾ Siehe Tabelle INF-109 im Statistical Bulletin 2010.

injizierenden Konsumenten, die die Droge erst seit weniger als zwei Jahren injizieren, bestätigen zudem einen leichten Rückgang der Angehörigen dieser Gruppe in Schweden ⁽¹²⁸⁾.

Aids-Inzidenz und Zugang zu HAART

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

Estland verzeichnet mit schätzungsweise 30,6 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2008 gegenüber 33,5 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2007 trotz einem Rückgang die höchste Aids-Inzidenz im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum. Relativ hohe Aids-Inzidenzraten wurden mit 25,5, 10,7, 10,2 bzw. 8,9 neuen Fällen je 1 Million Einwohner auch aus Lettland, Litauen, Portugal und Spanien gemeldet. Was diese vier Länder betrifft, so ist die Entwicklung in Spanien und Portugal rückläufig, nicht jedoch in Lettland und Litauen ⁽¹²⁹⁾.

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 ganz Europa unter injizierenden Drogenkonsumenten weit verbreitet. Die HCV-Antikörper-Prävalenzraten in nationalen Stichproben aus injizierenden Drogenkonsumenten lagen im Zeitraum 2007 bis 2008 zwischen etwa 12 % und 85 %, wobei acht von zwölf Ländern Prävalenzraten von über 40 % meldeten ⁽¹³⁰⁾. Drei Länder (Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn) berichten über Prävalenzraten unter 25 % in nationalen Stichproben aus injizierenden Drogenkonsumenten. 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

Ausbruch von Anthrax unter Heroinkonsumenten im Vereinigten Königreich und in Deutschland

Anthrax – oder Milzbrand – ist eine akute Infektionskrankheit, die durch das Bakterium *Bacillus anthracis* verursacht wird. Die Krankheit tritt meist bei wildlebenden oder domestizierten Tieren auf und ist in der Regel auf bestimmte durch Landwirtschaft geprägte Gebiete beschränkt; in Europa kommt diese Krankheit sehr selten vor.

Im Dezember 2009 gab das Vereinigte Königreich eine Warnmeldung aus, in der der Ausbruch von Anthrax unter injizierenden Drogenkonsumenten in Schottland gemeldet wurde. Bis zum 31. Mai 2010 wurden in Schottland insgesamt 42 Fälle gemeldet, von denen 13 tödlich verliefen; in England gab es drei Fälle (davon zwei Todesfälle), in Deutschland wurden zwei Fälle (ein Todesfall) gemeldet. Die in Deutschland und England aufgetretenen Erreger konnten nicht von den in Schottland aufgetretenen Sporen unterschieden werden, was auf eine gemeinsame Infektionsquelle hindeutet. Darüber hinaus traten alle gemeldeten Fälle unter Heroinkonsumenten auf: Es ist daher zu vermuten, dass eine kontaminierte Heroinlieferung die Ursache war. In den Ende Mai 2010 in Schottland analysierten Stichproben von Heroin konnten jedoch keine Anthraxsporen mehr nachgewiesen werden.

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die EBDD führten gemeinsame Risikobewertungen im Zusammenhang mit dem Ausbruch von Anthrax durch. Die Informationen wurden regelmäßig aktualisiert und verbreitet, wodurch Meldungen über eine Häufung von Todesfällen unter Drogenkonsumenten auch in anderen Ländern zutage kamen. Es konnte jedoch bewiesen werden, dass diese Todesfälle nicht auf eine Infektion mit Anthrax zurückzuführen waren.

auch innerhalb der einzelnen Länder zuweilen sehr unterschiedliche HCV-Antikörper-Prävalenzraten ermittelt. Beispielsweise reichen in Italien die regionalen Schätzungen von etwa 31 % bis 87 % (Abbildung 13).

In jüngeren Studien (2007 bis 2008) 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 ⁽¹³¹⁾. 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

⁽¹²⁸⁾ Siehe Tabelle INF-110 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹²⁹⁾ Siehe Abbildung INF-1 und Tabelle INF-104 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹³⁰⁾ Siehe Tabelle INF-111 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹³¹⁾ Siehe Abbildung INF-6 (Teil ii) und (Teil iii) im Statistical Bulletin 2010.

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 2007 bis 2008 haben vier der neun Länder, die Daten über die Verbreitung dieses Virus unter injizierenden Drogenkonsumenten vorgelegt haben, für die Anti-HBc-Prävalenz Raten von über 40 % gemeldet ⁽¹³²⁾.

In neun Ländern ist ein Rückgang der HCV-Prävalenz zu beobachten, während drei Länder einen Anstieg verzeichnen und in vier Ländern die Datensätze auf beide Tendenzen hinweisen; angesichts der geringen Stichprobengröße in einigen Fällen ist bei der Interpretation dieser Daten jedoch Vorsicht geboten ⁽¹³³⁾. Studien über junge injizierende Konsumenten (unter 25 Jahren) weisen auf eine meist stabile Prävalenz sowie einige rückläufige Tendenzen hin, auch wenn in einer Region Griechenlands (Attica) ein Anstieg ermittelt wurde. Dieser Erkenntnisse werden auch durch die Daten über neue injizierende Konsumenten (injizierender Konsum seit weniger als zwei Jahren) aus Griechenland, und zwar sowohl für Attica als auch auf landesweiter Ebene, gestützt. Die Daten über neue injizierende Konsumenten zeigen auch für Slowenien einen Anstieg, wobei die Stichprobengröße gering ist, sowie eine rückläufige Tendenz in Portugal (landesweit) und Schweden (Stockholm).

Für Hepatitis B und C wurden unterschiedliche Tendenzen ermittelt, die jedoch aufgrund der geringen Datenqualität nur schwer zu interpretieren sind. Gewisse Rückschlüsse auf die Epidemiologie dieser Infektionen lassen sich jedoch dem Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen gemeldeten Fällen entnehmen, in denen Risikofaktoren bekannt sind (Wiessing et al., 2008). Bei Hepatitis B ist der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen gemeldeten Fällen im Zeitraum 2003 bis 2008 in acht von 17 Ländern zurückgegangen. Bei Hepatitis C ist der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen gemeldeten Fällen zwischen 2003 und 2008 in sechs Ländern gesunken und in drei anderen Ländern

gestiegen (Malta, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich) ⁽¹³⁴⁾.

Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten

Die Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten ist eines der wichtigsten Ziele der Europäischen Union im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie Bestandteil der Drogenstrategien der meisten EU-Mitgliedstaaten. Um die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten einzudämmen, greifen die Länder auf die folgenden Maßnahmen zurück, wobei diese in unterschiedlichen Kombinationen zur Anwendung kommen: Drogenbehandlung, insbesondere die opioidgestützte Substitutionstherapie, Ausgabe steriler Spritzbestecke und anderen Zubehörs sowie 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 ⁽¹³⁵⁾. Die vorstehenden Maßnahmen wurden zusammen mit der antiretroviralen Therapie und der Diagnose und Behandlung von Tuberkulose von UN-Agenturen als grundlegende Maßnahmen zur Prävention von HIV sowie zur Behandlung und Betreuung von injizierenden Drogenkonsumenten genannt (WHO, UNODC und UNAIDS, 2009).

In Europa ist die Verfügbarkeit von Behandlungen und Maßnahmen zur Schadensminimierung seit Mitte der 90er-Jahre erheblich gestiegen. Die opioidgestützte Substitutionstherapie und Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sind in allen Ländern mit Ausnahme der Türkei eingeführt worden. Während solche Maßnahmen in einigen Ländern noch immer recht selten angeboten werden, wird angenommen, dass einer von zwei problematischen Opioidkonsumenten in Europa Zugang zu einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung erhalten könnte (siehe Kapitel 6). Eine vor Kurzem durchgeführte Untersuchung (Kimber et al., 2010) kam zu dem Schluss, dass ausreichend Belege dafür vorliegen, dass sich diese Art der Behandlung positiv auf die Entwicklung der HIV-Übertragungsraten und auf das von den Konsumenten selbst gemeldete Risikoverhalten bei einem injizierenden Konsum auswirkt; die Nachweise in Bezug auf die Verringerung der Übertragung von Hepatitis C sind jedoch weitaus geringer. Eine in Amsterdam durchgeführte Kohortenstudie zeigte

⁽¹³²⁾ Siehe Tabelle INF-115 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹³³⁾ Siehe Tabelle INF-111 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹³⁴⁾ Siehe Tabellen INF-105 und INF-106 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹³⁵⁾ Weitere Informationen zu den nationalen Prioritäten und zum Angebotsumfang sind der Tabelle HSR-6 im Statistical Bulletin 2009 zu entnehmen.

jedoch, dass die vollständige Teilnahme an Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen und einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung zu einem weitaus geringeren Auftreten von HIV und HCV unter injizierenden Drogenkonsumenten führt (Van den Berg et al., 2007); eine andere jüngst durchgeführte Kohortenstudie im Vereinigten Königreich stellte einen Zusammenhang zwischen der opioidgestützten Substitutionsbehandlung und dem statistisch relevanten Rückgang der HCV-Fälle her (Craine et al., 2009).

Maßnahmen

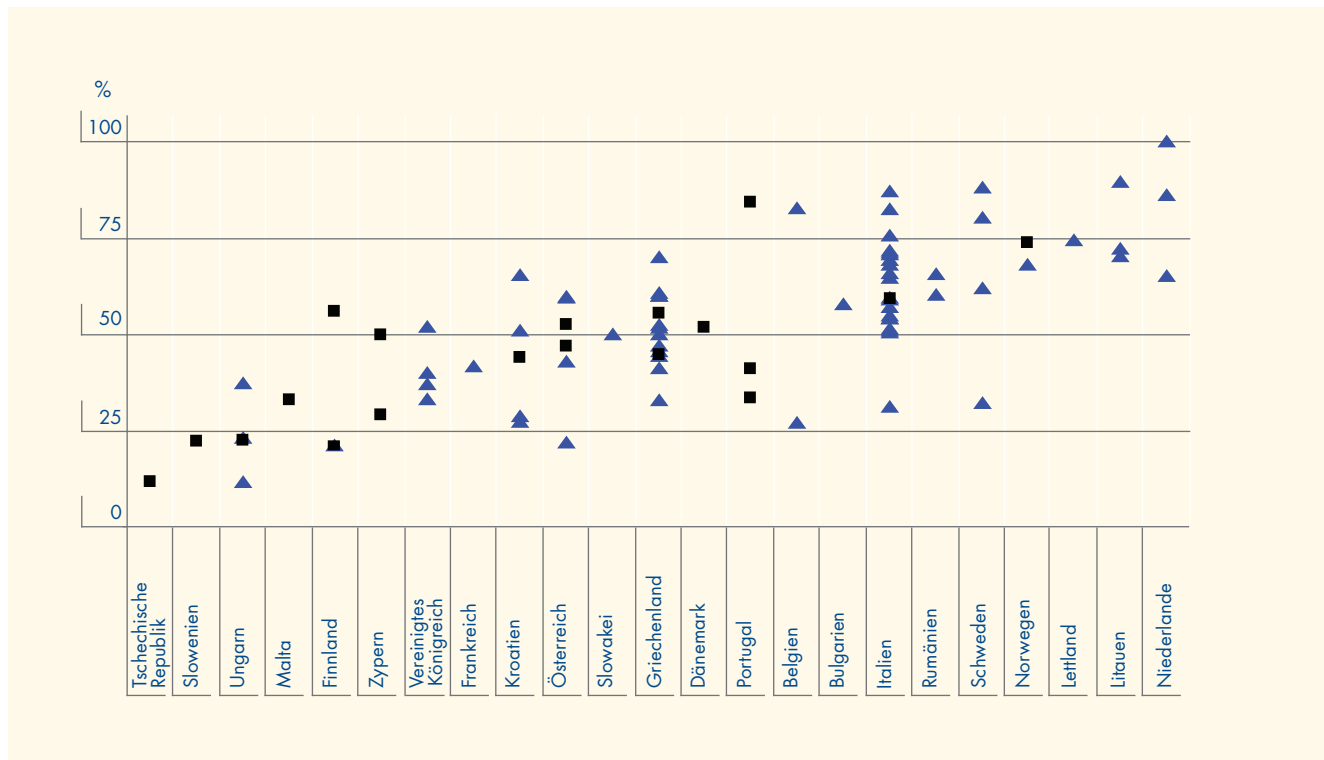
Der Zugang zu sterilem Spritzbesteck wird am häufigsten als Priorität genannt. Daten zur Anzahl der im Rahmen von speziellen Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen ausgegebenen Spritzen zwischen 2007 und 2008 stehen mit Ausnahme von vier Ländern zur Verfügung ⁽¹³⁶⁾. Sie zeigen, dass im Rahmen dieser Programme rund 40 Millionen Spritzen pro Jahr ausgegeben werden. Dies entspricht einem Jahresdurchschnitt von 80 Spritzen pro

geschätztem injizierenden Konsumenten in den Ländern, die entsprechende Daten vorgelegt haben.

Die Zahl der pro Jahr und pro injizierendem Konsumenten durchschnittlich ausgegebenen Spritzen kann für 13 europäische Länder berechnet werden (Abbildung 14). In sieben dieser Länder liegt die durchschnittliche Zahl der im Rahmen spezieller Programme ausgegebenen Spritzen bei weniger als 100 je injizierendem Konsumenten, in fünf Ländern kommen auf einen Konsumenten 140 bis 175 Spritzen, und Norwegen meldet die Ausgabe von mehr als 320 Spritzen pro injizierendem Konsumenten ⁽¹³⁷⁾. Zur Vorbeugung gegen HIV schätzen die UN-Agenturen die jährliche Ausgabe von 100 Spritzen pro injizierendem Drogenkonsumenten als niedrig und die Ausgabe von 200 Spritzen pro Konsument als hoch ein (WHO, UNODC und UNAIDS, 2009).

Eine kürzlich durchgeführte Studie über die Kostenwirksamkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in Australien – einem

Abbildung 13: HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten



Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf die Jahre 2007 und 2008. Die schwarzen Quadrate bezeichnen Stichproben mit nationaler Erfassung, die blauen Dreiecke bezeichnen Stichproben mit subnationaler (lokaler oder regionaler) Erfassung. Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind aufgrund der verschiedenen Milieus und Erhebungsmethoden mit Vorsicht zu interpretieren; die nationalen Strategien der Stichprobenerhebung können voneinander abweichen. Die Länder sind nach aufsteigender Prävalenz auf Grundlage der nationalen (oder, sofern nicht verfügbar, der subnationalen) Durchschnittswerte aufgeführt. Weitere Informationen sind der Abbildung INF-6 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽¹³⁶⁾ Siehe Tabelle HSR-6 im Statistical Bulletin 2009 sowie Tabelle HSR-5 im Statistical Bulletin 2010. Aus Dänemark, Deutschland, Italien und dem Vereinigten Königreich lagen für den Zeitraum 2007/2008 keine Informationen zur Zahl der ausgegebenen Spritzen vor.

⁽¹³⁷⁾ Die Zahlen umfassen keine Apothekenverkäufe, die für Drogenkonsumenten in mehreren Ländern eine wichtige Bezugsquelle für sterile Spritzen darstellen können.

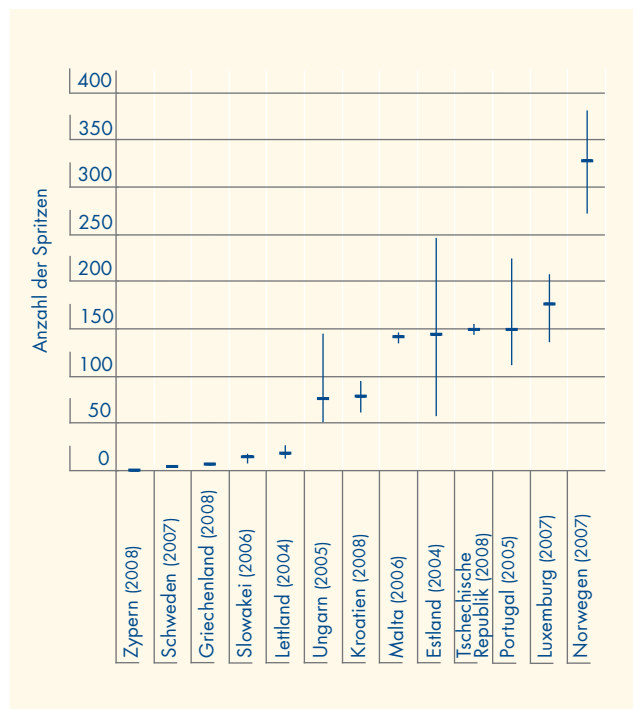
Land, in dem jährlich 30 Millionen Spritzen ausgegeben werden – legt nahe, dass durch diese Programme seit ihrer Einführung im Jahr 2000 mehr als 32 000 Fälle von HIV-Infektionen und knapp 100 000 Fälle von Hepatitis C vermieden werden konnten (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

Neue Daten für das Jahr 2008, die von 14 Ländern vorgelegt wurden, weisen auf einen Anstieg bei der Ausgabe von Spritzen an Drogenkonsumenten in Belgien (Flämische Gemeinschaft), Estland, der Tschechischen Republik, Ungarn, dem Vereinigten Königreich (Nordirland) und Kroatien hin und bestätigen somit frühere Tendenzen. Ein Anstieg wurde auch für Portugal und Litauen gemeldet, wo die Zahlen zuvor rückläufig waren. Einen Rückgang im Vergleich zum Jahr 2007 mussten Griechenland, Rumänien und die Slowakei sowie Luxemburg und Polen verzeichnen (in den beiden letztgenannten Ländern war die rückläufige Entwicklung bereits im Vorjahr zu beobachten). Das in Zypern eingerichtete Programmangebot wurde von den Drogenkonsumenten nicht wahrgenommen.

Im Rahmen von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in Europa wird zunehmend auch anderes Zubehör für den injizierenden Konsum (z. B. Mischbehälter) ausgegeben, um die gemeinsame Nutzung dieser Gegenstände zu verhindern. Darüber hinaus werden auch Gegenstände für den nicht-injizierenden Konsum von Drogen ausgegeben, beispielsweise Pfeifen oder Alufolie, um die Konsumenten davon abzubringen, die Droge weiterhin zu injizieren. Ein weiteres Beispiel wird aus der Tschechischen Republik gemeldet, wo niedrigschwellige Dienste damit begonnen haben, injizierende Konsumenten von Methamphetamin mit Hartgelatinekapselformen zu versorgen, die mit der Substanz gefüllt und dann geschluckt werden können.

Europäische Länder haben jüngst über die neuesten Entwicklungen im Bereich der Diagnose, Prävention und Behandlung chronischer Hepatitis Bericht erstattet. Dies umfasst auch die Verabschiedung spezifischer Programme oder Aktionspläne (z. B. in Dänemark, Frankreich und im Vereinigten Königreich (England, Schottland und Nordirland)). Bestehende Maßnahmen umfassen außerdem spezielles Informationsmaterial; Schulungen für neue oder junge injizierende Konsumenten über die sichere Verwendung der Drogenspritzen, umgesetzt durch mobile Teams (z. B. Rumänien) oder in Form von Peer-Education (z. B. in Haftanstalten in Spanien und Luxemburg); sowie leicht zugängliche und kostenlose Beratungen und Tests. Das Vereinigte Königreich berichtet zudem über den Einsatz von Kontingenzmanagement, um die Bereitschaft zu Tests zu erhöhen. Weitere gemeldete Maßnahmen zielen darauf ab, die Verbreitung des

Abbildung 14: Im Rahmen spezieller Programme ausgegebene Spritzen pro geschätztem injizierendem Drogenkonsumenten



Anmerkung: Die Angaben beruhen auf den Schätzungen bezüglich der Anzahl der injizierenden Drogenkonsumenten in den angegebenen Jahren und den jüngsten verfügbaren Daten zur Anzahl der im Rahmen spezieller Nadel- und Spritzenaustauschprogramme ausgegebenen Spritzen (2006 bis 2008). Die vollständigen Hinweise und Quellenangaben sind der Abbildung HSR-3 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

injizierenden Konsums durch den Verbleib der Patienten in Behandlung niedrig zu halten, Dienste zur Behandlung der Virushepatitis in ein Umfeld zu integrieren, das sich mit Drogenkonsumenten befasst, und Leitlinien für die HCV-Behandlung bereitzustellen, um so den Zugang zu einer solchen Behandlung zu verbessern (z. B. Tschechische Republik). Mehrere Länder haben darüber hinaus Initiativen auf den Weg gebracht, die eine Vertiefung des Wissens und eine höhere Sensibilisierung der Anbieter von Gesundheits- und Sozialdiensten (Österreich) bzw. der Öffentlichkeit im Allgemeinen (z. B. Deutschland, Irland, Niederlande) bezüglich der chronischen Virushepatitis zum Ziel haben.

Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität

Der Drogenkonsum zählt in Europa zu den häufigsten Ursachen für Gesundheitsprobleme und Todesfälle unter jungen Menschen, und auch ein beträchtlicher Anteil von Todesfällen bei Erwachsenen kann darauf zurückgeführt werden. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass 10 % bis 23 % der Todesfälle in der Altersgruppe der

15- bis 49-Jährigen mit dem Opioidkonsum in Verbindung zu bringen sind (Bargagli et al., 2008).

Neben den Todesfällen durch den unmittelbaren Konsum schließt die Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auch Todesfälle ein, die mittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind. Die Todesursachen umfassen Überdosierungen (drogeninduzierte Todesfälle), HIV/Aids, Verkehrsunfälle (insbesondere in Kombination mit Alkohol), Gewalt, Selbstmorde und chronische Gesundheitsprobleme infolge eines wiederholten Konsums (z. B. kardiovaskuläre Probleme bei Kokainkonsumenten) ⁽¹³⁸⁾.

Drogeninduzierte Todesfälle

Zwischen 1995 und 2007 meldeten die EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, die Türkei und Norwegen jährlich 6 400 bis 8 500 drogeninduzierte Todesfälle. Im Jahr 2007 entfiel knapp die Hälfte aller gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle auf das Vereinigte Königreich und Deutschland. Mit Raten zwischen zwei bis knapp 85 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (durchschnittlich 21 Todesfälle je 1 Million Einwohner) verzeichnen die europäischen Länder sehr unterschiedliche Mortalitätsraten im Zusammenhang mit Todesfällen durch Überdosierungen. In 14 von 28 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. Unter den Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren waren 4% aller Todesfälle auf Überdosierungen zurückzuführen ⁽¹³⁹⁾. Bereiche mit einer höheren Prävalenz des problematischen Drogenkonsums können unverhältnismäßig stärker betroffen sein. Beispielsweise lag im Jahr 2008 die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle in Schottland bei 112,5 je 1 Million Einwohner und damit deutlich höher als im Vereinigten Königreich insgesamt (38,7 je 1 Million Einwohner).

Faktoren wie die Prävalenz und Muster des Drogenkonsums (injizierender Konsum, polyvalenter Konsum), das Alter und die Komorbidität der Drogenkonsumenten, die Verfügbarkeit von Behandlungs- und Notfalldiensten sowie die Qualität der Datenerhebung und der Berichterstattung können die Gesamtzahl der gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle beeinflussen. Infolge der erzielten Verbesserungen 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 ⁽¹⁴⁰⁾. Dennoch sind angesichts der zwischen den einzelnen Ländern zu beobachtenden Qualitätsunterschiede in der Diagnosesicherung sowie in der Berichterstattung Vergleiche mit Bedacht anzustellen.

Opioidbedingte Todesfälle

Heroin

Bei den meisten in Europa gemeldeten drogeninduzierten Todesfällen spielen Opioide, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, eine Rolle. In den 20 Ländern, die im Jahr 2008 Daten übermittelt haben, entfielen mehr als drei Viertel (77% bis 100%) dieser Todesfälle auf Opioide, wobei elf Länder Anteile von über 85% meldeten ⁽¹⁴¹⁾. 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 (81%) Männer. Das Durchschnittsalter der Todesopfer liegt in der Mehrzahl der Länder bei Mitte 30 und steigt in vielen Ländern, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass sich die Zahl der jungen Heroinkonsumenten möglicherweise stabilisiert oder sinkt und eine Verschiebung hin zu älteren problematischen Opioidkonsumenten stattfindet. Insgesamt sind 13% der Opfer der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen unter 25 Jahre alt, wobei in Malta, Österreich und Rumänien (Länder mit niedrigen Zahlen drogeninduzierter Todesfälle) mindestens 40% der Todesfälle durch Überdosierung auf diese Altersgruppe entfallen. Dies könnte darauf schließen lassen, dass die Heroinkonsumenten oder injizierenden Drogenkonsumenten in diesen Ländern im Durchschnitt jünger sind ⁽¹⁴²⁾.

Mit tödlichen und nichttödlichen Heroin-Überdosierungen werden verschiedene Faktoren in Verbindung gebracht, unter anderem der injizierende Konsum sowie der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen,

⁽¹³⁸⁾ Siehe „Drogenbedingte Mortalität: ein komplexer Begriff“ im Jahresbericht 2008.

⁽¹³⁹⁾ Siehe Abbildung DRD-7 (Teil i) sowie die Tabellen DRD-5 (Teil ii) und DRD-107 (Teil i) im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁴⁰⁾ Ausführliche methodische Informationen sind dem Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

⁽¹⁴¹⁾ Da es sich bei den meisten der an die EBDD gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle um Überdosierungen von Opioiden (vor allem Heroin) handelt, werden die allgemeinen Merkmale der gemeldeten Fälle für die Darstellung und Analyse der heroинbedingten Todesfälle herangezogen. Siehe Abbildung DRD-1 im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁴²⁾ Siehe Abbildungen DRD-2 und DRD-3 sowie Tabelle DRD-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2010.

insbesondere von Alkohol, Benzodiazepinen und einigen Antidepressiva. Ebenfalls in Zusammenhang mit Überdosierungen gebracht werden ein exzessiver kurzfristiger Drogenkonsum (Binge-Konsum), Komorbidität, Wohnungslosigkeit, eine schlechte psychische Verfassung (z. B. Depressionen), die Tatsache, dass keine Behandlung erfolgt, Erfahrungen mit früheren Überdosierungen und Einsamkeit zum Zeitpunkt der Überdosierung (Rome et al., 2008). Darüber hinaus wurde in einer Reihe von Langzeitstudien festgestellt, dass das Risiko von Überdosierungen unmittelbar nach der Entlassung aus einer Haftanstalt oder Drogenbehandlung besonders hoch ist (WHO, 2010).

Andere Opioide

Eine norwegische Studie an 3 800 Personen, die über einen Zeitraum von sieben Jahren verfolgt und beobachtet wurde, hat gezeigt, dass durch eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung das Risiko einer tödlichen Überdosierung deutlich verringert wird und die Mortalität während der Behandlung (verglichen mit der Situation vor Behandlungsbeginn) zurückgeht. Die Verringerung des Risikos spielt sowohl für Todesfälle durch Überdosierungen (relatives Risiko bei 0,2) als auch bei Todesfällen aus anderen Gründen (relatives Risiko bei 0,5) eine wesentliche Rolle (Clausen et al., 2008).

Jedes Jahr werden zudem Todesfälle gemeldet, die mit Substanzen in Verbindung gebracht werden, die bei der opioidgestützten Substitutionsbehandlung zum Einsatz kommen. Dies spiegelt jedoch nur die hohe Anzahl an Konsumenten wider, die sich einer solchen Behandlung unterziehen, und lässt keinerlei Rückschlüsse darauf zu, dass die Substanzen ursächlich für diese Todesfälle waren. Todesfälle durch Überdosierungen bei Patienten, die eine Substitutionsbehandlung aufgenommen haben, können auch auf den gleichzeitigen Konsum anderer Drogen zurückzuführen sein, da einige Patienten auch während der Behandlung im Straßenverkauf übliche Opioide zu sich nehmen, in hohem Maße Alkohol konsumieren oder sich verschreibungspflichtiger psychoaktiver Substanzen bedienen. Die meisten Todesfälle, die – häufig in Kombination mit anderen Substanzen – auf Substitutionsmittel zurückzuführen sind, treten jedoch bei Personen auf, die sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden (Heinemann et al., 2000).

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 gerichtsmedizinischen Untersuchungen noch

Nichttödliche Opioid-Überdosierungen

Studien zufolge hat die Mehrheit der Opioidkonsumenten (in der Regel zwischen 50% und 60%) bereits einmal eine Überdosierung überlebt, und bei 8% bis 12% der Konsumenten war in den vergangenen sechs Monaten eine solche Überdosierung zu verzeichnen, wobei bei einigen Konsumenten mehr als einmal eine Überdosierung aufgetreten ist. Auf jeden drogeninduzierten Todesfall entfallen schätzungsweise 20 bis 25 nichttödliche Überdosierungen. Die Zahl der jedes Jahr in Europa auftretenden nichttödlichen Überdosierungen kann aufgrund der nur bedingt verfügbaren Überwachung und der verschiedenen Definitionen einer solchen Überdosierung in den einzelnen Ländern nicht genau angegeben werden. Die verfügbaren Daten lassen jedoch darauf schließen, dass es in Europa jährlich zu 120 000 bis 175 000 nichttödlichen Überdosierungen kommt.

Konsumenten, die bereits eine Überdosierung überlebt haben, haben jedoch ein deutlich höheres Risiko, später in ihrem Leben an einer Überdosierung zu sterben (Stoové et al., 2009). Außerdem können nichttödliche Überdosierungen eine Reihe von Morbiditätssymptomen auslösen, darunter Lungenschäden, Lungenentzündung oder muskuläre Beschwerden. Überdosierungen können auch neurologische Schäden bewirken, und die Zahl der erlebten Überdosierungen ist ein signifikanter Prädiktor für kognitive Auffälligkeiten. Insgesamt ist die Morbidität unter älteren, langfristigen und abhängigen Konsumenten höher (Warner-Smith et al., 2001).

Das frühe Erkennen einer Überdosierung durch Opioide und die rechtzeitige Anwendung von Notfallmaßnahmen können wichtige Faktoren sein, um den Tod des Konsumenten zu verhindern. Ein enger Kontakt zu den Notdiensten und sofortige Maßnahmen zur Behandlung einer akuten Vergiftung können dabei helfen, Informationen zur Vermeidung von Überdosierungen zu gewinnen und die Betroffenen an eine weiterführende Beratung und Behandlung zu überweisen.

Die Überwachung nichttödlicher Überdosierungen ermöglicht die Kreuzvalidierung der Informationen zu drogeninduzierten Todesfällen. In der Tschechischen Republik beispielsweise nahm die Zahl der Krankenhausaufenthalte bei nichttödlichen Überdosierungen zwischen 2001 und 2008 ab, was auf den Rückgang der opioidgeführten Todesfälle zurückzuführen ist. Gleichzeitig hat jedoch die Zahl der tödlichen Überdosierungen und der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Methamphetamin zugenommen.

immer das Opioid Buprenorphin nachgewiesen. Dabei wurde die Droge allerdings in der Regel in Kombination mit anderen Substanzen wie Alkohol, Amphetaminen, Cannabis oder Arzneimitteln eingenommen oder injiziert.

In Estland standen die meisten der in den Jahren 2007 und 2008 gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle in Zusammenhang mit dem Konsum von 3-Methylfentanyl. Aus Finnland wurden bei verschiedenen Todesfällen Opioide 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

Auf eine Kokainvergiftung durch Überdosierung zurückzuführende Todesfälle sind offenbar recht selten⁽¹⁴³⁾. Da Überdosierungen dieser Droge jedoch schwerer zu definieren und zu ermitteln sind als Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden, können die gemeldeten Zahlen möglicherweise zu niedrig sein.

Im Jahr 2008 wurden den Berichten zufolge in 15 Mitgliedstaaten etwa 1 000 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain verzeichnet. Es gibt Anzeichen dafür, dass Kokain in einer zunehmenden Anzahl der von den europäischen Ländern gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle nachgewiesen wurde; mangels Vergleichbarkeit der verfügbaren Daten ist es jedoch nicht möglich, eine gesamteuropäische Tendenz festzustellen. In den zwei Ländern mit der höchsten Prävalenz des Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung wurde in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der auf den Kokainkonsum zurückzuführenden Todesfälle beobachtet. In Spanien wurde zwischen 2002 und 2007 ein deutlicher Anstieg der Todesfälle durch Kokainkonsum (ohne Beteiligung anderer Opioide) verzeichnet. Im Vereinigten Königreich hat sich die Zahl der ausgestellten Totenscheine bei Todesfällen im Zusammenhang mit Kokain zwischen 2003 (161) und 2008 (325) verdoppelt.

Todesfälle, bei denen Ecstasy nachgewiesen wurde, werden nur selten gemeldet, wobei die Droge in vielen Fällen nicht als unmittelbare Todesursache ermittelt wurde⁽¹⁴⁴⁾. Das von der EBDD im Jahr 2010 veröffentlichte ausgewählte Thema zum problematischen Konsum von Amphetamin und Methamphetamin stützt sich auf die Daten zu Todesfällen, die mit diesen beiden Substanzen in Verbindung gebracht werden.

Tendenzen bei drogeninduzierten Todesfällen

In Europa wurde in den 80er- und frühen 90er-Jahren eine drastische Zunahme der drogeninduzierten Todesfälle beobachtet, die mit der Verbreitung des Heroinkonsums und des injizierenden Drogenkonsums einherging. Seitdem

Kokaininduzierte Todesfälle

Das Auftreten von Todesfällen im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum ist ein weitaus komplexeres Phänomen als die tödlichen Opioid-Überdosierungen, bei denen eine relativ deutliche klinische Diagnose getroffen werden kann. Viele kokaininduzierte Todesfälle rücken daher aufgrund der nicht eindeutigen Symptome und der sozialen Profile der Opfer vermutlich gar nicht in den Blickpunkt der Polizei oder der Gerichtsmediziner.

Beim Kokainkonsum kann der Tod auf verschiedene Arten auftreten. Reine pharmakologische Überdosierungen von Kokain kommen zwar vor, Todesfälle treten in der Regel aber nur bei einer massiven Einnahme dieser Droge auf. Die meisten Todesfälle unter Kokainkonsumenten sind auf kardiovaskuläre Erkrankungen oder Schlaganfälle zurückzuführen (Sporer, 1999). Diese sind nicht von der Dosierung der Droge abhängig und können auch bei Gelegenheitskonsumenten oder dem Konsum geringer Mengen auftreten, insbesondere bei Menschen mit kardio- oder zerebrovaskulären Vorerkrankungen. Die meisten Todesfälle im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum treten jedoch unter problematischen Konsumenten mit Krankheitsbildern auf, die auf einen chronischen Konsum zurückgeführt werden können (wie eine koronare Arteriosklerose, eine linksventrikuläre Hypertrophie oder andere Erkrankungen) (Darke et al., 2006). Diese Krankheitsbilder können durch den Konsum von Alkohol (Kolodgie et al., 1999) oder Tabak weiter verschärft werden. Bei einer unbestimmten Zahl kokaininduzierter Todesfälle kann unter Umständen keine Verbindung zum Konsum dieser Droge hergestellt werden, da es an klinischer Genauigkeit mangelt und der Tod auch erst Tage oder Wochen nach Auftreten der akuten Symptome eintreten kann. Krankheitsbilder, die auf einen regelmäßigen Kokainkonsum zurückzuführen sind, können auch Ursache für spätere Myokardinfarkte sein, die durch andere Faktoren ausgelöst wurden (ähnlich wie beim Konsum von Tabak).

Die Bewertung der Gesamtzahl der Gesundheitsprobleme und der Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain stellt eine große Herausforderung dar und erfordert den Einsatz anderer Methoden als jener, die bei der Bewertung von Todesfällen durch Opioid-Überdosierungen zur Anwendung kommen.

bewegt sich die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle auf hohem Niveau⁽¹⁴⁵⁾.

Für den Zeitraum 2000 bis 2003 meldeten die meisten EU-Mitgliedstaaten eine rückläufige Entwicklung (23 %) bei der Zahl der Todesfälle, gefolgt von einem Anstieg (11 %) zwischen 2003 und 2007. Die verfügbaren vorläufigen Daten lassen darauf schließen, dass im Jahr 2008 eine mindestens ebenso hohe Zahl zu verzeichnen war wie im Vorjahr, wobei aus elf von 18 Ländern, für die ein

⁽¹⁴³⁾ Siehe Kasten „Kokaininduzierte Todesfälle“.

⁽¹⁴⁴⁾ Daten über Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen als Heroin sind der Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen.

⁽¹⁴⁵⁾ Siehe Abbildungen DRD-8 und DRD-11 im Statistical Bulletin 2010.

Vergleich möglich ist, eine zunehmende Tendenz gemeldet wurde. Im Vereinigten Königreich und in Deutschland, auf die der Großteil der gemeldeten Fälle in Europa entfällt, ist seit 2003 bzw. 2006 ein jährlicher Anstieg der Fälle zu beobachten. Weitere Länder (z. B. Finnland, Frankreich und Norwegen) melden ebenfalls einen Anstieg.

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. Unter anderem sind die folgenden möglichen Erklärungen zu nennen, die jedoch weiter untersucht werden müssen: steigende Raten des polyvalenten Drogenkonsums (EBDD, 2009d) oder hochriskanter Verhaltensweisen, ein Anstieg der Zahl der rückfälligen Opioidkonsumenten, die nach ihrer Entlassung aus der Haft oder einer Behandlung bekanntermaßen besonders gefährdet sind, sowie ein höheres Durchschnittsalter bei der Kohorte der Drogenkonsumenten, möglicherweise in Verbindung mit einer stärker gefährdeten Bevölkerungsgruppe chronisch abhängiger Drogenkonsumenten. Einige Länder, darunter Deutschland, Spanien und das Vereinigte Königreich, melden beispielsweise einen höheren Anteil der über 35-Jährigen an diesen Fällen, was auf ein steigendes Durchschnittsalter bei den drogenbedingten Todesfällen hindeutet (Abbildung 15).

Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum

Neben drogeninduzierten Todesfällen schließt die Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auch Todesfälle ein, die mittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind, beispielsweise durch die Übertragung von Infektionskrankheiten, kardiovaskuläre Probleme oder Unfälle. Die Zahl der Todesfälle, die in mittelbarem Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stehen, ist schwer zu bemessen, ihre Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit können jedoch erheblich sein. Diese drogenbedingten Todesfälle betreffen in erster Linie problematische Drogenkonsumenten, zuweilen jedoch auch Gelegenheitskonsumenten (z. B. Verkehrsunfälle).

Für die Schätzung der drogenbedingten Gesamtmortalität können unterschiedliche Verfahren herangezogen werden: Ein Ansatz besteht in der Zusammenführung der Daten aus Kohortenstudien zur Mortalität mit Schätzungen der Prävalenz des Drogenkonsums. In einem anderen Ansatz

wird der Anteil der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum anhand der vorhandenen allgemeinen Todesursachenstatistiken geschätzt.

Kohortenstudien zur Mortalität

Im Rahmen von Kohortenstudien zur Mortalität werden Gruppen problematischer Drogenkonsumenten im Zeitverlauf beobachtet, wobei durch die Herstellung von Verknüpfungen zu Todesursachenregistern versucht wird, die Ursachen aller in diesen Gruppen verzeichneten Todesfälle zu ermitteln. Diese Studien erlauben die Bestimmung der allgemeinen und ursachenspezifischen Mortalität in der Kohorte sowie die Schätzung, inwieweit die Mortalität in der Gruppe die Mortalitätsraten in der Allgemeinbevölkerung übersteigt⁽¹⁴⁶⁾.

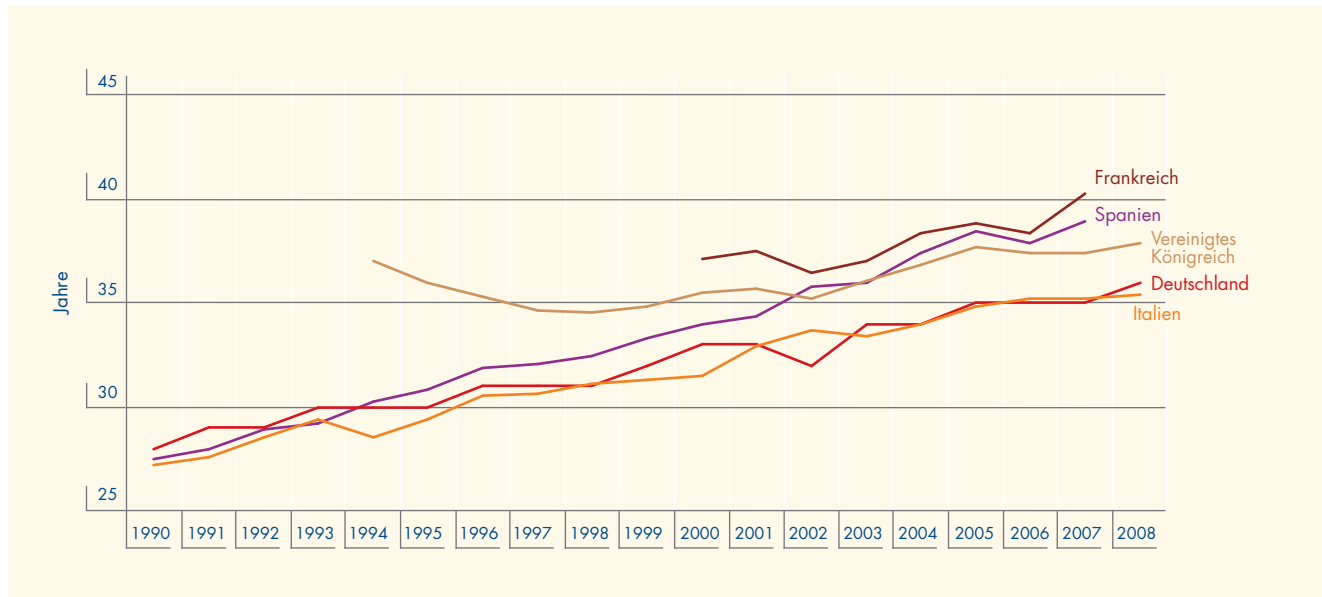
In Abhängigkeit von den untersuchten Rekrutierungsmilieus (z. B. Drogenbehandlungseinrichtungen) und den Einschlusskriterien (z. B. injizierende Drogenkonsumenten) weisen die meisten Kohortenstudien unter problematischen Drogenkonsumenten jährliche Mortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus. Diese Mortalitätsraten liegen grob geschätzt zehn- bis zwanzigmal höher als in der gleichen Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung. Hinsichtlich der relativen Bedeutung der Todesursachen sind Unterschiede sowohl zwischen den Ländern als auch im Zeitverlauf festzustellen. Als Hauptursache sind jedoch im Allgemeinen Überdosierungen auszumachen, auf die in Ländern mit niedrigen HIV/Aids-Prävalenzen bis zu 50 % bis 60 % der Todesfälle unter injizierenden Drogenkonsumenten entfallen. Neben HIV/Aids und anderen Krankheiten werden häufig auch Selbstmord und Alkoholmissbrauch als Todesursachen angeführt, was von einer kürzlich in Stockholm durchgeführten Studie gestützt wird, die zu dem Ergebnis kam, dass 17 % der Todesfälle in einer Kohorte von vorwiegenden Opioidkonsumenten auf Selbstmord und 15 % auf Unfälle zurückzuführen waren. In 30 % aller Todesfälle war Alkohol im Spiel (Stenbacka et al., 2010).

Mittelbar mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehende Todesfälle

Anhand vorliegender Daten von Eurostat und des Berichts über die Überwachung der HIV- und Aidsraten in Europa („HIV/Aids surveillance“) schätzt die EBDD, dass in der Europäischen Union im Jahr 2007 rund 2 100 Menschen an einer HIV/Aids-Erkrankung gestorben sind, die in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stand⁽¹⁴⁷⁾, wobei 90 % der Todesfälle auf Frankreich, Italien, Portugal und Spanien entfielen. Nach der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) im Jahr 1996 war

⁽¹⁴⁶⁾ Weitere Informationen zu den Kohortenstudien zur Mortalität finden Sie auf der Website der EBDD unter Key indicators (Schlüsselindikatoren).

⁽¹⁴⁷⁾ Siehe Tabelle DRD-5 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2010.

Abbildung 15: Tendenzen bezüglich des Durchschnittsalters bei drogeninduzierten Todesfällen in einigen europäischen Ländern

Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung DRD-3 im Statistical Bulletin 2010 zu entnehmen. Die Daten für das Vereinigte Königreich basieren auf der in der Drogenstrategie verwendeten Definition.
 Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

die HIV/Aids-Mortalität in den meisten EU-Ländern stark rückläufig. In Estland und Lettland wird jedoch seit 2003 eine Zunahme beobachtet. Die höchsten HIV/Aids-Mortalitätsraten unter Drogenkonsumenten werden aus Portugal gemeldet, gefolgt von Estland, Spanien, Litauen und Italien; in den meisten anderen Ländern sind die Mortalitätsraten niedrig ⁽¹⁴⁸⁾.

Zu den weiteren Ursachen für Todesfälle unter Drogenkonsumenten zählen chronische Krankheiten wie Lebererkrankungen, die häufig infolge von Hepatitis-C-Infektionen (HCV) auftreten und durch schweren Alkoholkonsum und eine HIV-Koinfektion noch verschlimmert werden können. Seltener sind die Todesfälle auf andere Infektionskrankheiten zurückzuführen. Nichtinfektiöse Todesursachen sind u. a. Krebs und kardiovaskuläre Probleme ⁽¹⁴⁹⁾.

Anderen Ursachen für Todesfälle unter Drogenkonsumenten wird weit weniger Aufmerksamkeit beigemessen, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass sie erhebliche Auswirkungen auf die Mortalität haben. Eine neue Studie der WHO (Degenhardt et al., 2009) geht davon aus, dass in Europa rund ein Drittel der Mortalität infolge eines problematischen Drogenkonsums auf Selbstmorde und Traumata zurückzuführen ist, was somit mehreren Tausend Todesfällen jährlich entsprechend würde. Insbesondere mit Blick auf den Tod durch Selbstmord wurde bei einer Auswertung der vorhandenen Literatur (Darke und Ross, 2002) unter Heroinkonsumenten

ein 14-mal höheres Risiko für einen Selbstmord festgestellt als in der Allgemeinbevölkerung.

Noch immer liegen kaum Informationen zur Zahl der Todesfälle im Straßenverkehr vor, die auf Fahren unter Drogeneinfluss zurückzuführen sind. Einige Studien deuten auf ein gesteigertes Unfallrisiko im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen hin und stellen fest, dass der kombinierte Konsum von Drogen und Alkohol zu weiteren Beeinträchtigungen führt (EBDD, 2008b).

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

15 Länder berichten, dass die Reduzierung drogeninduzierter Todesfälle Teil ihrer nationalen Drogenstrategie ist, entsprechende Strategien auf regionaler Ebene umgesetzt sind oder dass spezifische Aktionspläne für die Prävention drogenbedingter Todesfälle vorhanden sind. Österreich meldet, dass aktuell ein diesbezügliches Strategiepapier erarbeitet wird.

Maßnahmen

Eine Behandlung verringert das Mortalitätsrisiko von Drogenkonsumenten erheblich (Davoli et al., 2007), obgleich mit dem Eintritt in eine Behandlung oder dem Ausscheiden aus einer Behandlung neue Risiken im Zusammenhang mit der Drogentoleranzrate hinzukommen. Studien zeigen, dass das Risiko von drogeninduzierten Todesfällen bei einem Rückfall nach einer Behandlung

⁽¹⁴⁸⁾ Siehe Abbildung DRD-7 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2010.

⁽¹⁴⁹⁾ Insbesondere im Zusammenhang mit Kokain siehe „Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums“ in Kapitel 5.

oder in den Wochen nach einer Haftentlassung generell erhöht ist. Dies führte zur Veröffentlichung von Empfehlungen der WHO Europa bezüglich der Prävention von Überdosierungen in Haftanstalten und einer verbesserten Fortführung der Betreuung nach der Haftentlassung (WHO, 2010).

Dänemark und Norwegen haben vor Kurzem in ihren Leitlinien für die Substitutionsbehandlung die Verwendung von Buprenorphin aufgrund des pharmakologischen Sicherheitsprofils priorisiert. Spanien hat jüngst die Kombination aus Buprenorphin und Naloxon für Patienten in Substitutionsprogrammen zugelassen, die vom nationalen Gesundheitssystem umgesetzt werden, um auf diese Weise die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle zu verringern.

Neben der Verbesserung des Zugangs zu Drogenbehandlungsprogrammen wurden auch weitere Maßnahmen zur Reduzierung des Risikos von Überdosierungen bei Drogenkonsumenten untersucht. Diese Maßnahmen beziehen sich auf persönliche, situative und drogenbezogene Faktoren. Eine vor Kurzem durchgeführte Überprüfung der Belege (Rome et al., 2008) führte zu der Empfehlung, Allgemeinärzte für die Gefahren von Mehrfachverschreibungen, insbesondere bei Antidepressiva, zu sensibilisieren. In Luxemburg wurden Maßnahmen zur Steuerung der Verschreibung mehrerer Arzneimittel an Substitutionspatienten und damit auch zur Verringerung der wegen des Konsums von Benzodiazepinen eingeleiteten Notfälle ergriffen.

Die Bereitstellung von Informationsmaterialien ist eine der gemeinsamen Maßnahmen in Europa, mit denen die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle verringert werden soll⁽¹⁵⁰⁾. Maßnahmen zur Prävention von Überdosierungen sowie zur Identifizierung von Konsumenten und in Bezug auf die Reaktion auf den Drogenkonsum für die Konsumenten selbst sowie für Nachbarn, Freunde und Familienangehörige und auch für Anbieter von Diensten, die mit Drogenkonsumenten arbeiten, wird aus zahlreichen Ländern gemeldet. Die Bereitstellung dieser Maßnahmen erfolgt jedoch häufig nur eingeschränkt und sporadisch.

Nach einer Vielzahl von Fentanyl-Überdosierungen fordern estnische Experten nun die Einführung von nationalen Programmen für die Prävention von Überdosierungen. Belgien, Estland, die Niederlande und die Tschechische Republik berichten von Frühwarnsystemen, die

Informationen zu neuartigen Drogen oder gefährlichen Kombinationen über niedrigschwellige Dienste, Heime oder Behandlungseinrichtungen erfassen und verbreiten. In den Niederlanden wurde im Jahr 2009 ein Monitoring-System zur Überwachung akuter drogenbezogener Gesundheitsprobleme getestet, das gegenwärtig erweitert wird.

Ein Ansatz, der viele Leben retten könnte, sind Schulungen zu Überdosierungen in Kombination mit einer Notfalldosis Naloxon – ein Mittel, das die Wirkung von Opioiden umkehrt –, die an die Teilnehmer ausgegeben wird. Diese Maßnahme zielt auf Drogenkonsumenten und ihre Familien ab, also die Menschen, die im Falle einer Überdosierung möglicherweise in der Nähe des Konsumenten sind, und soll sie in die Lage versetzen, bis zum Eintreffen des Notarztes wirksame Maßnahmen zu ergreifen. Studien belegen, dass solche geschulten Personen verbesserte Kenntnisse über die Anzeichen einer Überdosierung und ein gestärktes Selbstvertrauen bei der Verabreichung von Naloxon zeigen. Im Jahr 2009 wurde in England ein Projekt ins Leben gerufen, in dessen Rahmen Pakete mit einer mit Naloxon vorgefüllten Spritze an 950 Familienangehörige von Drogenkonsumenten verteilt wurden. Diese Pakete enthalten eine einmalige Dosis Naloxon und werden im Rahmen einer laufenden Studie auch an Opioidkonsumenten in England, Schottland und Wales ausgegeben, die aus der Haft entlassen werden. Diese vorgefüllten Spritzen sind auch in Italien über die Drogenagenturen erhältlich; in Portugal wurden sie im Rahmen eines Tests eingesetzt, und auch in Bulgarien wurde diese Maßnahme eingeführt. Die Bereitstellung von mit Naloxon versetztem Nasenspray wurde im Rahmen eines konsumentengesteuerten Projekts in Kopenhagen gestartet.

Räume für den überwachten Drogenkonsum ermöglichen ein schnelles Eingreifen bereits bei den ersten Anzeichen einer Überdosierung. Die operativen Daten belegen, dass solche Überdosierungen vor Ort erfolgreich bewältigt werden konnten und keine tödlichen Überdosierungen gemeldet wurden. Die sofortige Hilfe verringert auch die Schäden bei einer nichttödlichen Überdosierung, einschließlich irreversibler Schädigungen des Gehirns oder anderer lebenswichtiger Organe durch eine Sauerstoffunterversorgung (Hedrich et al., 2010).

⁽¹⁵⁰⁾ Siehe Tabelle HSR-8 im Statistical Bulletin 2009.



Kapitel 8:

Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen

Einleitung

Neue psychoaktive Substanzen und neue Muster des Drogenkonsums können – auch wenn sie in der Regel erstmals beschränkt auf soziale Gruppen oder bestimmte Orte auftreten – mit erheblichen Folgen für die öffentliche Gesundheit und die Drogenpolitik verbunden sein. Die Bereitstellung zeitnaher und objektiver Informationen über neue Gefahren für politische Entscheidungsträger, Fachkräfte und die breitere Öffentlichkeit ist sowohl aus methodischer als auch aus praktischer Sicht eine Herausforderung. Zudem ist dieser Aspekt jedoch auch angesichts der zunehmend dynamischen und sich schnell verändernden Natur der Drogenproblematik in Europa von zunehmender Bedeutung. Das Frühwarnsystem der Europäischen Union wurde als ein Schnellreaktionsmechanismus für das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen in der Drogenszene entwickelt.

In den vergangenen Jahren wurde eine hohe Anzahl an nicht reglementierten synthetischen Verbindungen gemeldet. Diese Substanzen werden über das Internet als „Legal Highs“ vertrieben und wurden so gestaltet, dass sie nicht unter die Kontrollen fallen. Sie stellen eine große Herausforderung für die aktuellen Ansätze zur Überwachung und Kontrolle psychoaktiver Substanzen dar. Wie in diesem Kapitel erwähnt, haben sich in den vergangenen zwei Jahren neue Substanzen auf Pflanzenbasis in rauchbarer Form verbreitet, die mit synthetischen Cannabinoiden gestreckt sind; zudem ist auch die Beliebtheit verschiedener synthetischer Cathinone gestiegen.

Maßnahmen betreffend neue Drogen

Im Jahr 2009 wurden über das europäische Frühwarnsystem offiziell 24 neue synthetische psychoaktive Substanzen gemeldet. Dabei handelt es sich um die höchste Anzahl an Substanzen, die innerhalb eines Jahres gemeldet wurde; die Zunahme ist in erster Linie auf die Feststellung neun neuer synthetischer Cannabinoide im vergangenen Jahr zurückzuführen. Außerdem wurden im Jahr 2009 neue Substanzen gemeldet, die

den chemischen Familien zuzurechnen sind, denen üblicherweise neue psychoaktive Drogen entstammen: fünf Phenethylamine, zwei Tryptamine und vier synthetische Cathinone. Es wurden keine neuen Piperazine oder psychoaktiven Pflanzen gemeldet.

Seit der Einführung des ersten Frühwarnsystems im Jahr 1997 wurden auf diesem Weg mehr als 110 Substanzen an die EBDD und Europol gemeldet. In den letzten fünf Jahren sind neue Gruppen von Substanzen aufgetreten. Dazu zählen verschiedene Piperazine, synthetische Cathinone und synthetische Cannabinoide. In den vergangenen zwei Berichtsjahren wurden jedoch keine Piperazine gemeldet. Nur sechs der gemeldeten Substanzen waren Pflanzen oder pflanzlichen Ursprungs, und es ist wahrscheinlich, dass synthetische psychoaktive Substanzen auch weiterhin die am häufigsten gemeldeten neuen Substanzen ausmachen werden.

Im Jahr 2009 wurden drei Substanzen mit medizinischen Eigenschaften gemeldet. Hierzu zählt auch Pregabalin, ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel, das unter dem Namen Lyrica zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen, Epilepsie und generalisierten Angststörungen vermarktet wird. Einer jüngsten Überprüfung der pharmakovigilanten Daten zufolge gibt es in Finnland, Schweden und Norwegen Bedenken hinsichtlich des Missbrauchs dieser Substanz. Informationen des Frühwarnsystems deuten ebenfalls darauf hin, dass Pregabalin ursächlich für den Tod mehrerer Konsumenten in Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich gewesen sein könnte, da es bei der gerichtsmedizinischen toxikologischen Analyse nachgewiesen wurde. Berichte von Konsumenten legen nahe, dass Pregabalin eine ähnliche Wirkung wie Alkohol, GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure), Ecstasy und Benzodiazepine hat. Darüber hinaus soll es die Entzugserscheinungen bei einem Heroinentzug (Opioidentzug) mildern.

Im Rahmen des Frühwarnsystems werden auch nicht reglementierte psychoaktive Produkte – sogenannte „Legal Highs“ – überwacht, die über das Internet sowie über „Smart-Shops“ oder „Head-Shops“ vertrieben, mit aggressiven und hochentwickelten Marketingstrategien

beworben und bei denen in einigen Fällen sogar bewusst falsche Angaben zu den Inhaltsstoffen gemacht werden. Der Markt für solche „Legal Highs“ zeichnet sich durch die hohe Geschwindigkeit aus, mit der die Lieferanten neue Alternativen bereitstellen, um die Drogenkontrollen zu umgehen.

Mephedron

In den vergangenen Jahren meldete das Frühwarnsystem zunehmend synthetische Cathinone. Aktuell werden 15 dieser Substanzen überwacht, darunter Mephedron, Methylon, Methedron und MDPV⁽¹⁵¹⁾. Diese „Designer“-Substanzen sind Derivate von Cathinon, einem der psychoaktiven Grundstoffe der Khat-Pflanze (*Catha edulis*), der strukturell eng mit dem Amphetamin⁽¹⁵²⁾ verwandt ist.

Mephedron ist ein Derivat von Methcathinon, einer im UN-Übereinkommen von 1971 aufgeführten Droge. Die Substanz trat 2007 erstmals in Europa auf und scheint seitdem unter jungen Konsumenten an Popularität gewonnen zu haben, was zu einer hohen Nachfrage nach

dieser Substanz geführt hat. Dies scheint insbesondere im Vereinigten Königreich der Fall zu sein, wo Mephedron auch die Aufmerksamkeit der Medien erregt hat. Berichte aus anderen Mitgliedstaaten lassen auf einen Konsum dieser Substanz auch in anderen Teilen Europas schließen.

Sicherstellungen von relevanten Mengen an Mephedron wurden im Jahr 2009 aus Deutschland, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich gemeldet. In Schweden wurde durch toxikologische Ergebnisse die Rolle von Mephedron in einem Todesfall bestätigt, und im Vereinigten Königreich wurden mehrere Todesfälle hinsichtlich der möglichen Beteiligung von Mephedron untersucht. Dänemark, Deutschland, Estland, Irland, Rumänien, Schweden, das Vereinigte Königreich, Kroatien und Norwegen haben jüngst Mechanismen zur Kontrolle von Mephedron eingeführt.

Mephedron ist leicht über das Internet erhältlich, wo es als legale Alternative zu Kokain oder Ecstasy angeboten wird. Die Substanz wird in verschiedenster Weise angeboten, darunter als „Material für die chemische Forschung“, „Badesalz“, für die „botanische Forschung“, als „Pflanzennährstoff“ oder „Pflanzendünger“, häufig mit dem Zusatz „nicht für den menschlichen Verzehr“, um mögliche Kontrollmechanismen zu umgehen. Häufig gibt die Liste der Inhaltsstoffe keinen Aufschluss über das Vorhandensein psychoaktiver Substanzen. Eine im März 2010 durchgeführte englischsprachige Suche nach Online-Shops, die Mephedron vertreiben, ergab, dass mindestens 77 Websites diese Substanz führen. Die meisten dieser Shops hatten ihren Sitz im Vereinigten Königreich und verkauften ausschließlich Mephedron. Seit das Vereinigte Königreich Mephedron und andere synthetische Cathinone im April 2010 als kontrollierte Substanzen klassifiziert hat, wurden die meisten der für den Verkauf von Mephedron bestimmten Websites geschlossen.

Im Rahmen einer Online-Erhebung, die Ende 2009 in Zusammenarbeit mit dem britischen Musikmagazin Mixmag durchgeführt wurde, wurden Daten über den Konsum von 29 Substanzen, einschließlich einer Vielzahl von „Legal Highs“, erhoben⁽¹⁵³⁾. Mephedron wurde hierbei von den 2 295 Befragten als die am vierthäufigsten konsumierte Droge (nach Cannabis, Ecstasy und Kokain) und als die am häufigsten konsumierte Substanz in der Gruppe der „Legal Highs“ genannt. Rund ein Drittel (33,6%) der Befragten gab an, Mephedron in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben; 37,3% meldeten einen Konsum in den letzten zwölf Monaten und 41,7% gaben an, die Substanz noch nie konsumiert zu

Überwachung neuer psychoaktiver Substanzen in Europa

Mit dem Beschluss des Rates betreffend neue psychoaktive Substanzen⁽¹⁾ wurde ein europäisches System zum raschen Austausch von Informationen über neue psychoaktive Substanzen eingeführt, die eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung und die Gesellschaft darstellen können (EBDD, 2007b). Die EBDD und Europol spielen, in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Netzwerken der nationalen Partner, eine zentrale Rolle bei der Umsetzung des Frühwarnsystems. Sobald eine neue psychoaktive Substanz auf dem europäischen Markt entdeckt wird, stellen die Mitgliedstaaten sicher, dass die Informationen zu Herstellung, Handel und Konsum dieser Substanz über die nationalen Reitox-Knotenpunkte und die nationalen Europol-Stellen an die EBDD und Europol übermittelt werden. Der Beschluss des Rates bildet auch einen Rahmen für die Bewertung der mit diesen neuen Substanzen verbundenen Risiken (siehe EBDD, 2010b). Informationen zu Substanzen, für die ein medizinischer Nutzen nachgewiesen und anerkannt ist, können ebenfalls über dieses Frühwarnsystem ausgetauscht werden; in diesem Fall wird jedoch keine Risikobewertung im Sinne des Beschlusses durchgeführt.

(1) 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).

(151) Mephedron (4-Methylmethcathinon); Methylon (3,4-Methylenedioxy-N-methylcathinon); Methedron (4-Methoxymethcathinon) und MDPV (3,4-Methylenedioxypropylvaleron).

(152) Drogenprofile zu Khat und synthetischen Cathinonderivaten sind auf der Website der EBDD verfügbar.

(153) Persönliche Mitteilung von Adam Winstock, King's College London.

Gemeinsamer Bericht von EBDD und Europol zu Mephedron

Im Januar 2010 haben die EBDD und Europol eine gemeinsame Bewertung der verfügbaren Informationen zu Mephedron auf der Grundlage der in den operativen Leitlinien zum Frühwarnsystem festgelegten Kriterien abgeschlossen (EBDD, 2007b). Diese umfassen die Menge des beschlagnahmten Materials, Belege für eine Beteiligung der organisierten Kriminalität, Belege für den internationalen Handel mit dieser Substanz, die toxikopharmakologischen Eigenschaften der psychoaktiven Substanz, Belege für eine (rasche) weitere Ausbreitung sowie Belege für schwere Vergiftungen oder Todesfälle in Verbindung mit der Substanz.

Die EBDD und Europol sind darin übereingekommen, dass die verfügbaren Informationen zu Mephedron die Voraussetzungen für die Erstellung eines gemeinsamen Berichts erfüllen. Dieser gemeinsame Bericht von der EBDD und Europol wurde dem Rat der Europäischen Union, der Europäischen Kommission und der Europäischen Arzneimittel-Agentur vorgelegt, und es wurde beschlossen, eine formale Risikobewertung zur Substanz Mephedron durchzuführen.

haben. Die entsprechenden Zahlen für Methylon waren 7,5%, 10,0% und 10,8%. Die geringen Unterschiede zwischen der 30-Tage- und der Lebenszeitprävalenz lassen auf ein neues und sich schnell verbreitendes Phänomen schließen. Die Ergebnisse können jedoch nicht als repräsentativ für die breitere Masse der Clubbesucher angesehen werden, da Online-Erhebungen methodisch eingeschränkt sind; andererseits können solche Erhebungen jedoch einen guten Ausgangspunkt für den Zugang zu bestimmten Bevölkerungsgruppen bilden (Verster et al., 2010).

Überwachung von Online-Shops für den Verkauf von Drogen

Seit dem Jahr 2006 dient das Frühwarnsystem der jährlichen Überwachung der Vermarktung neuer psychoaktiver Substanzen über das Internet. Änderungen an den Methoden haben zu einer verbesserten Qualität und einem höheren Erfassungsgrad der Erhebungen geführt, die Daten der verschiedenen Jahre können jedoch nicht direkt miteinander verglichen werden.

Im Jahr 2010 wurden 170 Online-Shops ermittelt, die Drogen verkaufen; 30 dieser Shops boten sowohl „Legal Highs“ als auch halluzinogene Pilze an und vertrieben dabei eine große Auswahl an Substanzen aus beiden Gruppen; 34 Shops verkauften ausschließlich

halluzinogene Pilze, und 106 Shops hatten ausschließlich „Legal Highs“ im Angebot (¹⁵⁴).

Die Zahl der Vertreiber von halluzinogenen Pilzen scheint seit dem Jahr 2006, in dem 39 Shops dieser Art ermittelt worden sind, zugenommen zu haben (EBDD, 2006). Im Jahr 2010 wurden insgesamt 64 Online-Shops gemeldet, die halluzinogene Pilze im Angebot haben: Die meisten dieser Shops verkaufen in diesem Zusammenhang weniger psilocybinhaltige Pilze als vielmehr Pflanzsets für den Anbau der Pilze, Sporen und Fliegenpilze (*Amanita muscaria*).

Eine im Jahr 2009 durchgeführte Online-Erhebung, die sich ausschließlich auf „Legal Highs“ konzentrierte, kam zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der Online-Shops seinen Sitz im Vereinigten Königreich hat, gefolgt von Deutschland und den Niederlanden. Der Überblick für das Jahr 2010 zeigte aufgrund des erweiterten Erfassungsgrads ein anderes Muster: Hier wurden 38 Online-Shops in den Niederlanden, 20 im Vereinigten Königreich und ebenfalls 20 in Deutschland ermittelt. Zu den Ländern, in denen mindestens fünf Online-Shops angesiedelt sind, zählen Frankreich, Polen und Ungarn; eine geringere Zahl an Shops wird aus Italien, Portugal, Schweden, der Slowakei, Spanien und der Tschechischen Republik gemeldet. 38 Online-Shops haben ihren Sitz in den Vereinigten Staaten, und der Standort von 15 Shops konnte nicht bestimmt werden. Anders als die im Vereinigten Königreich ansässigen Shops gelten viele der niederländischen Shops als spezialisierte Shops. Insgesamt ist die Hauptsprache in 73 % aller Online-Shops Englisch, und 42 % bieten daneben keine weitere Sprachauswahl an.

Das „Spice“-Phänomen

„Spice“ wird über das Internet und in spezialisierten Shops als Räuchermischung verkauft. Im Jahr 2008 entdeckten forensische Chemiker, dass das pflanzliche Produkt bei Weitem nicht so harmlos ist, wie dies dargestellt wird. Die wahren psychoaktiven Bestandteile von „Spice“ wurden als synthetische Zusatzstoffe identifiziert, z. B. Substanzen wie der Cannabinoidrezeptor-Agonist (¹⁵⁵) JWH-018, der die Wirkung des in Cannabis enthaltenen Tetrahydrocannabinol (THC) nachahmt.

Das sogenannte „Spice“-Phänomen hat auch im Jahr 2009 hohe Aufmerksamkeit erhalten. Im Verlauf dieses Jahres haben sich die Namen und Verpackungen von „Spice“-ähnlichen Produkten mehrfach geändert. Die psychoaktiven Bestandteile, die diesem Produkt

⁽¹⁵⁴⁾ Siehe Kasten „Überblick über die Methoden von Online-Shops für den Verkauf von Drogen“.

⁽¹⁵⁵⁾ Ein Agonist ist eine chemische Substanz, die sich an einen spezifischen Rezeptor einer Zelle bindet und dort eine Reaktion auslöst. Ein Agonist imitiert häufig die Wirkung von endogenen oder natürlich vorkommenden Substanzen.

Überblick über die Methoden von Online-Shops für den Verkauf von Drogen

Die Erhebung für das Jahr 2010 wurde zwischen dem 25. Januar und dem 5. Februar durchgeführt und konzentrierte sich auf Online-Shops (Einzel- und Großhändler), in denen jeder Internetnutzer in Europa sogenannte „Legal Highs“ (einschließlich „Spice“), GHB/GBL oder halluzinogene Pilze erwerben kann. Online-Shops, die keine Lieferungen in mindestens einen EU-Mitgliedstaat anboten, wurden in der Erhebung nicht berücksichtigt.

Die Suchanfragen wurden zunächst in englischer Sprache getestet, um eine möglichst hohe Anzahl an relevanten Treffern zu erzielen. Anschließend wurde die Suche in den 15 Sprachen durchgeführt, die von 84 % der Bevölkerung der Europäischen Union als Muttersprache gesprochen werden (!). Im Rahmen der Erhebung wurden drei verschiedene Suchmaschinen genutzt: Metacrawler, Google und jeweils eine nationale Suchmaschine (abhängig vom jeweiligen Land und der dort gesprochenen Sprache).

Die Stichproben umfassten die ersten 100 Links und wurden so lange fortgesetzt, bis mindestens 20 aufeinanderfolgende Links sich als nicht relevant erwiesen. Für jede ermittelte Website wurden Informationen zu den folgenden Punkten zusammengestellt: angebotene Produkte, Produktbeschreibungen, Preise, Verfügbarkeit, Zielländer für Lieferungen, Inhaltsstoffe, Gesundheitswarnungen und Nutzerbewertungen.

(!) Dänisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Maltesisch, Niederländisch, Polnisch, Portugiesisch, Schwedisch, Slowakisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch.

zugesetzt werden, haben sich in Reaktion auf neue Kontrollmechanismen ebenfalls verändert (EBDD, 2009f). Im Jahr 2009 wurden über das Frühwarnsystem neun neue synthetische Cannabinoide gemeldet (¹⁵⁶).

Die Vielzahl der synthetischen Cannabinoide und deren Varianten oder anderer Substanzen, die den Pflanzenprodukten zugesetzt werden können, stellen eine große Herausforderung in Bezug auf die Ermittlung, die Überwachung und die Bewertung des Risikos dar. Über die pharmakologischen, toxikologischen und sicherheitsbezogenen Profile dieser Bestandteile und deren Wirkung auf den menschlichen Organismus ist kaum etwas bekannt. Art und Umfang der zugesetzten synthetischen Cannabinoide können deutlich variieren, und einige dieser Bestandteile sind bereits in sehr geringen Dosierungen hochwirksam. Infolgedessen kann eine versehentliche Überdosierung, verbunden mit dem Risiko einer schweren psychischen oder anderweitigen Störung, nicht ausgeschlossen werden.

Keines der synthetischen Cannabinoide unterliegt den Kontrollen im Rahmen der UN-Übereinkommen, und es liegen keine Informationen darüber vor, ob eines oder mehrere dieser Cannabinoide in der Europäischen Union als Arzneimittel zugelassen sind. Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Jahresberichts hatten mehrere Mitgliedstaaten „Spice“, „Spice“-ähnliche Produkte und die zugehörigen Bestandteile verboten oder unter Kontrolle gestellt (¹⁵⁷). Die angeblichen pflanzlichen Inhaltsstoffe von „Spice“-Produkten werden auf internationaler Ebene nicht kontrolliert, doch einige Mitgliedstaaten (Lettland, Polen, Rumänien) haben eine oder mehrere dieser Substanzen in die Liste der kontrollierten Substanzen aufgenommen. Bei den Ländern außerhalb der Europäischen Union ist die Schweiz zu nennen, die die „Spice“-Mischungen im Rahmen der Lebensmittelverordnung kontrolliert.

In der im Jahr 2010 durchgeführten Online-Erhebung wurde festgestellt, dass die Zahl der Online-Shops, die „Spice“ anbieten, im Vergleich zum Vorjahr stark zurückgegangen ist. Trotz einer weiteren Abdeckung wurden in der Erhebung nur 21 Shops (2009: 55 Shops) ermittelt, die „Spice“-ähnliche Produkte im Angebot haben. In diesem Jahr waren nur noch zwei derartige Online-Shops im Vereinigten Königreich ansässig, im Vergleich zu 23 Shops im Vorjahr. Der jüngste Überblick zeigt, dass 15 Shops angaben, „Spice“ vorrätig zu haben, doch nur bei acht von ihnen war ersichtlich, in welchem Land sie ihren Sitz haben: So waren drei der Shops in den Vereinigten Staaten ansässig sowie jeweils einer in Polen, Portugal, Rumänien, Spanien und dem Vereinigten Königreich. Die übrigen sechs Online-Shops, die „Spice“-ähnliche Produkte vertreiben, meldeten, dass die Produkte angeblich nicht vorrätig seien, was den Schluss nahelegt, dass diese Shops lediglich mit der Marke „Spice“ geworben haben, um Kunden anzuziehen, ohne derartige Produkte tatsächlich im Angebot zu haben.

Anders als bei illegalen Drogen wurden keine großen Mengen an beschlagnahmten „Spice“-ähnlichen Produkten gemeldet, und es liegen auch keine Berichte zu einer mit diesem Phänomen verbundenen Kriminalisierung vor. Zusammen mit den geringen Kenntnissen über die chemische Zusammensetzung und die Wirkungen der neuen Bestandteile schafft diese Tatsache eine Art „Grauzone“ im Hinblick auf die Überwachung solcher Produkte.

Prävalenz beim Konsum von „Legal Highs“

Der Begriff „Legal Highs“ umfasst eine Vielzahl an Produkten, die von Pflanzenmischungen über synthetische

(¹⁵⁶) Siehe Drogenprofil zu synthetischen Cannabinoiden und „Spice“ auf der Website der EBDD.

(¹⁵⁷) Dänemark, Deutschland, Estland, Frankreich, Irland, Lettland, Litauen, Luxemburg, Österreich, Polen, Rumänien, Schweden, Vereinigtes Königreich.

oder Designerdrogen bis hin zu „Partypillen“ reichen und die auf unterschiedliche Weise konsumiert werden (durch Rauchen, Schnupfen oder Inhalieren). Darüber hinaus können derlei Produkte als Raumerfrischer, pflanzliche Räuchermittel oder Badesalze vertrieben werden, auch wenn sie eigentlich einer anderen Verwendung dienen. Diese Vielfalt erschwert die Sammlung und Deutung von Prävalenzdaten zu „Legal Highs“.

Nur einige wenige aktuelle Erhebungen melden Prävalenzdaten bezüglich des Konsums von „Legal Highs“. Eine polnische Studie aus dem Jahr 2008 unter 18-jährigen Schülern ergab, dass 3,5% von ihnen bereits mindestens einmal „Legal Highs“ konsumiert hatten, ein Anteil, der mit dem Konsum von halluzinogenen Pilzen (3,6%) vergleichbar ist. 2,6% der befragten Schüler gaben an, in den letzten zwölf Monaten „Legal Highs“ konsumiert zu haben (¹⁵⁸).

In einer unter 1 463 Schülern zwischen 15 und 18 Jahren durchgeführten Studie an allgemeinen und berufsbildenden Schulen in Frankfurt gaben 6% der Befragten an, mindestens einmal „Spice“ konsumiert zu haben, und 3% hatten diese Droge in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung konsumiert. Diese Zahlen könnten durch die Aufmerksamkeit beeinflusst worden sein, die „Spice“ zum Zeitpunkt der Erhebung in den Medien erhalten hat, da nur 1% der Befragten angab, „Spice“ bereits mehr als fünfmal konsumiert zu haben. Knapp zwei Drittel derjenigen, die bereits einmal „Spice“ versucht haben, gaben zudem den Konsum von Cannabis in den letzten 30 Tagen an.

Die jüngste Online-Erhebung des Mixmag-Magazins, in deren Fokus Clubbesucher im Vereinigten Königreich stehen, kam zu dem Ergebnis, dass 56,6% der Befragten bereits „Legal Highs“ konsumiert haben. Hierzu zählen auch die pflanzlichen Produkte „Spice“ und „Magic“, BZP-haltige Partypillen und andere Partydrogen mit einer 30-Tage-Prävalenz des Konsums von 2,0%, 4,6% bzw. 5,3%. Die Befragten gaben an, diese Drogen von Freunden erhalten zu haben (95%) oder sie über Websites (92%), in Shops (78%), an Ständen auf Festivals (67%) oder von Dealern (51%) gekauft zu haben.

Follow-up zu weiteren Substanzen

Piperazine: BZP und mCPP

Die Daten zu Sicherstellungen von Piperazinen sind zunehmend schwerer zu erfassen und zu interpretieren. Dies ist auf die zahlreichen unterschiedlichen Mischungsverhältnisse von Substanzen in Pulvern und Tabletten (¹⁵⁹) zurückzuführen, ist jedoch auch der Tatsache geschuldet, dass Piperazine auch mit anderen Arten von Drogen, wie Amphetamin und MDMA, kombiniert werden. Darüber hinaus verfügen kriminaltechnische Labors nicht immer über die nötigen Ressourcen, um alle Bestandteile einer Mischung zu ermitteln; dies gilt insbesondere für Substanzen, die keiner Kontrolle unterliegen.

Die Verfügbarkeit von BZP scheint nach der Entscheidung des Rates aus dem Jahr 2008, diese Substanz in der Europäischen Union (¹⁶⁰) Kontrollmaßnahmen zu unterstellen, abgenommen zu haben. Einige Mitgliedstaaten melden jedoch auch weiterhin hohe Mengen an sichergestelltem BZP.

Im Jahr 2009 war mCPP nach wie vor die auf dem Ecstasymarkt am weitesten verbreitete neue synthetische Droge (¹⁶¹), wobei die Substanz entweder alleine oder in Kombination mit MDMA angeboten wurde. Informationen aus dem Frühwarnsystem, einschließlich Berichte von Konsumenten aus den Niederlanden und Meldungen von Sicherstellungen aus Dänemark und dem Vereinigten Königreich, belegen, dass der Anteil von Ecstasypillen, die mCPP (oder generell Piperazine) enthalten, in der ersten Jahreshälfte 2009 deutlich gestiegen ist und somit vermutlich über dem Anteil der MDMD-haltigen Ecstasypillen liegt. Das Dutch Drug Information Monitoring System meldete außerdem, dass die Zahl der von Konsumenten zum Zwecke der Analyse vorgelegten Stichproben sich im Vergleich zu den Vorjahren verdoppelt hat, was möglicherweise auf steigende Bedenken bezüglich der nachteiligen Wirkung von Piperazinen zurückzuführen ist. Der Anteil von Ecstasypillen, die diese Substanzen enthalten, ist in der zweiten Jahreshälfte 2009 möglicherweise zurückgegangen; im Vereinigten Königreich jedoch ist diese Entwicklung unter Umständen

¹⁵⁸ CBOS-Umfrage (2008), Stichprobe von 1 400 erwachsenen Schülern der Oberstufe. 15% der Befragten gaben einen Drogenkonsum in den letzten zwölf Monaten an.

¹⁵⁹ Zum Beispiel: BZP (1-Benzylpiperazin); CPP (Chlorophenylpiperazin); TFMPP (1-(3-Trifluoromethylphenyl)-Piperazin) und DBZP (1,4-Dibenzylpiperazin). CPP verfügt über drei Stellungsisomere, die häufig nur schwer voneinander zu unterscheiden sind; mCPP (1-(3-Chlorophenyl)-Piperazin) ist dabei das vorherrschende Isomer.

¹⁶⁰ Beschluss 2008/206/JI des Rates vom 3. März 2008 über Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Vorschriften für die neue synthetische Droge 1-Benzylpiperazin (BZP) (ABl. L 63, 7.3.2008).

¹⁶¹ mCPP unterliegt auf internationaler Ebene keinen Kontrollen, doch eine Vielzahl europäischer Länder hat in den vergangenen Jahren entsprechende Kontrollmaßnahmen eingeführt (Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Lettland, Litauen, Malta, Rumänien, Slowakei, Ungarn, Zypern, Kroatien, Türkei und Norwegen).

durch die höhere Verfügbarkeit von Cathinonderivaten abgebremst worden.

Diese Veränderungen spiegeln die Entwicklung auf dem zunehmend komplexer werdenden Ecstasymarkt wider, die durch Fluktuationen bei der Verfügbarkeit von PMK, dem chemischen Grundstoff von MDMA, erklärt werden kann.

GHB/GBL und Ketamin

GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure) unterliegt seit dem Jahr 2001 internationalen Kontrollen, während Ketamin, ein medizinisches Produkt, gegebenenfalls von den Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer nationalen Drogen- oder Arzneimittelvorschriften kontrolliert wird. Der Konsum von Gamma-Butyrolacton (GBL), das sich nach der Aufnahme schnell in GHB umwandelt, hat jüngst ebenfalls Bedenken in Europa geweckt. GBL gilt auf EU-Ebene als nicht erfasster Grundstoff und unterliegt dem freiwilligen Überwachungsprogramm für Drogengrundstoffe. Einige Länder (Italien, Lettland, Österreich, Schweden, das Vereinigte Königreich und Norwegen) haben GBL in ihrer nationalen Drogengesetzgebung berücksichtigt und entsprechende Kontrollen eingeführt.

Die Prävalenz des Konsums von GHB und Ketamin in der Allgemeinbevölkerung ist niedrig, kann jedoch in bestimmten Gruppen, Milieus und geografischen Regionen weitaus höher liegen. Die Mixmag-Online-

Erhebung mit der Zielgruppe der Clubbesucher im Vereinigten Königreich ergab eine 30-Tage-Prävalenz des Konsums von lediglich 1,7% für GHB und 1,6% für GBL, jedoch von 32,4% für Ketamin. Eine Umfrage unter Clubbesuchern in Amsterdam, die in den Jahren 2003 und 2008 durchgeführt wurde (646 Befragte) zeigte einen leichten Anstieg bei der 30-Tage-Prävalenz des GHB-Konsums von 4,2% auf 4,7%. In der Tschechischen Republik belegte eine 2008 durchgeführte Umfrage unter 363 Clubbesuchern eine 30-Tage-Prävalenz von 0,3% für GHB und 0,6% für Ketamin. In London kam eine Umfrage unter 173 Clubbesuchern, die in clubeigenen Räumen für medizinische Betreuung um medizinische Hilfe ersuchten, zu dem Ergebnis, dass mindestens zwei Drittel von ihnen die Hilfe wegen des Konsums von GHB/GBL benötigten (Wood et al., 2009). Eine regelmäßig durchgeführte Umfrage unter 15- bis 16-jährigen Schülern in Frankfurt belegte, dass der Anteil des GHB-Konsums von 1% (2002) auf 5% (2008) gestiegen ist.

Der Überblick der EBDD über das Internet für das Jahr 2010 zeigt keine in der EU registrierten Online-Shops, die GHB anbieten, wogegen GBL von vier Shops angeboten wurde. Keiner dieser Shops schien jedoch die Substanz GBL als Droge anzubieten oder darauf hinzuweisen, dass GBL wegen seiner psychoaktiven Eigenschaften als solche konsumiert werden könnte.



Literatur ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. und Lynskey, M. T. (2006), „The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence“, in *Addiction* 101, S. 801–12.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P. P. und Davoli, M. (2007), „Antipsychotic medications for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. und Hughes, B. (2008), „Cannabis control in Europe“ in *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monographs Nr. 8, Volume 1, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 97-117.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, in *European Journal of Public Health* 16, S. 198-202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H. und McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study“, in *BMJ* 337, S. 478.
- Bravo, M. J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. und Silva, T. (2003), „Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic“, in *Addiction* 98, S. 749-760.
- Bruce, R. D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. und Aliche, F. L. (2009), „Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market“, in *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, S. 68-72.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. et al. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, in *European Addiction Research* 15, S. 171-178.
- Calafat, A., Juan, M. und Duch, M. A. (2009), „Preventive interventions in nightlife: a review“, in *Adicciones* 21, S. 387-414.
- Carpenter, K. M., McDowell, D., Brooks, D. J., Cheng, W. Y. und Levin, F. R. (2009), „A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence“, in *American Journal of Addiction* 18, S. 53-64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. und Capellà, D. (2010), „Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C. und Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, in *Canadian Journal of Psychiatry* 48, S. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. und Waal, H. (2008), „Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study“, in *Drug and Alcohol Dependence* 94, S. 151-157.
- CND (Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen) (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Suchtstoffkommission, Wien.
- Coffey, C., Carlin, J. B., Lynskey, M., Li, N. und Patton, G. (2003), „Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study“, in *British Journal of Psychiatry* 182, S. 330-336.
- Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (online verfügbar).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M., et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (online verfügbar).
- Costa Storti, C. und De Grauwe, P. (2010), „Modelling disorganized crime: the cannabis market“, in *Bulletin of Narcotic Drugs* (wird noch veröffentlicht).
- Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), *Die Standards des CPT – „Inhaltliche“ Abschnitte der Jahresberichte des CPT*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2006 (online verfügbar).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J. V. et al. (2009), „Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size“, in *Epidemiology and Infection* 137, S. 1255-1265.
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, in *Drug and Alcohol Dependence* 59, S. 211-213.
- Darke, S., und Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, in *Addiction* 97, S. 1383-1394.
- Darke, S., Kaye, S. und Dufflou, J. (2006), „Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes“, in *Addiction* 101, S. 1771-1777.

⁽¹⁶²⁾ Die Hyperlinks zu den online verfügbaren Veröffentlichungen können der PDF-Version des Jahresberichts auf der Website der EBDD (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>) entnommen werden.

- 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“, in *Addiction* 102, S. 1954-1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgien.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. und Linskey, M. (2009), „Illicit drug use“, in *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati et al. (Hrsg.), Weltgesundheitsorganisation, Genf (online verfügbar).
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, in *Journal of Primary Prevention* 28, S. 421-447.
- Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (2008), *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 (online verfügbar).
- ECDC und WHO-Regionalbüro für Europa (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. und Thom, B. (Hrsg.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (Vereinigtes Königreich).
- EBDD (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, Thematic papers, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (online verfügbar).
- EBDD (2007a), *Drogen und Kriminalität – ein komplexer Zusammenhang*, Drogen im Blickpunkt, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monographs, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights Nr. 8, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Selected Issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009a), *Jahresbericht 2009: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Thematic papers, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).
- EBDD (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2009f), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, Thematic papers, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (online verfügbar).
- EBDD (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, Monographs, Rhodes, T. und Hedrich, D. (Hrsg.), Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- EBDD und Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, gemeinsame EBDD-Europol-Veröffentlichungsreihe, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- Escots, S. und Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Europäische Kommission (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- Europäische Kommission (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (online verfügbar).
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. et al. (2010), „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial“, in *Drug and Alcohol Dependence* 108, S. 56-64.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. und Madden, P. A. F. (2003), „Early reactions to cannabis predict later dependence“, in *Archives of General Psychiatry* 60, S. 1033-1039.

- Fletcher, A., Bonell, C. und Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies“, in *Journal of Adolescent Health* 42, S. 209-220.
- Gates, S., Smith, L. A. und Foxcroft, D. (2006), „Auricular acupuncture for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. und Marsden, J. (2003), „Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up“, in *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, S. 313-321.
- Gowing, L., Ali, R. und White, J. M. (2010), „Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal“, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J. P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2010), „The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction“, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monographs, Rhodes, T. und Hedrich, D. (Hrsg.), Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 191-232.
- Hall, W. und Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, in *Lancet* 374, S. 1383-1391.
- Hedrich, D., Kerr, T. und Dubois-Arber, F. (2010), „Drug consumption facilities in Europe and beyond“, in *Harm reduction: evidence and impacts*, Monographs, Rhodes, T. und Hedrich, D. (Hrsg.), Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 305-331.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoltdt, A. und Puschel, K. (2000), „Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?“, in *Forensic Science International* 113, S. 449-455.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Schwedischer Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN), Stockholm.
- Hoare, J. (2009), „Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey“, in *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S. J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. et al. (2000), „One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme“, in *Addiction* 95, S. 1055-1068.
- INCB (Internationales Suchtstoff-Kontrollamt) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Vereinte Nationen: New York (online verfügbar).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, United Nations, New York (online verfügbar).
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (online verfügbar).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. et al. (2010), „Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness“, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monographs, Rhodes, T. und Hedrich, D. (Hrsg.), Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, S. 115-163.
- King, L. A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. und Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), „Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis“, in *Sucht* 55, S. 365-368.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F. Jr., George, T. P., Greenfield, S. F. et al. (2007), *American Psychiatric Association: Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, 2. Ausgabe, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl.), S. 5-123.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M., und Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders“, in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- Kolodgie, F.D. et al. (1999), „Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers“, in *Experimental and Molecular Pathology* 66, S. 109-122.
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., Smit, F., Verdurmen, J. E. E., Van den Eijnden, R. J. J. M. et al. (2009), „Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously“, in *Addiction* 104, S. 1669-1678.
- Levin, F. R. und Kleber, H. D. (2008), „Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review“, in *American Journal of Addiction* 17, S. 161-164.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. et al. (2009), „Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study“, in *Lancet* 374, S. 1262-1270.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. et al. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial“, in *Archives of General Psychiatry* 66, S. 1116-1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage“, in *Lancet* 375, S. 1014-1028.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2008), „Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review“, in *Lancet* 372, S. 1733-1745.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. und Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

- McCambridge, J., Szym, 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“, in *Addiction* 103, S. 1819-1820.
- Measham, F. und Moore, K. (2009), „Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy“, in *Criminology and Criminal Justice* 9, S. 437-464.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. und Brigham, G. S. (2006), „Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, S. 25-39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. et al. (2008), „Anticonvulsants for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. et al. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review“, in *Lancet* 370, S. 319-328.
- Muscat, R. (Hrsg.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Straßburg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (online verfügbar).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008-2011*, Ministry of Justice, London.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, March (online verfügbar).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (online verfügbar).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (online verfügbar).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, London (online verfügbar).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (online verfügbar).
- Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007) – Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), Saint-Denis.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. und Davoli, M. (2010), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Petrie, J., Bunn, F. und Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review“, in *Health Education Research* 22, S. 177-191.
- Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (online verfügbar).
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, in *European Addiction Research* 10, S. 147-155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. und Hopkins, L. N. (2001), Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke. Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, in *Circulation* 103, S. 502-506.
- Nationale Berichte des Reitox-Netzwerks (2009), verfügbar auf der Website der EBDD.
- Rome, A., Shaw, A. und Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Rose, M. E. und Grant, J. E. (2008), „Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions“, in *Annals of Clinical Psychiatry* 20, S. 145-155.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
- Santos, S., Brugal, M. T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. et al. (im Druck), „Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine“, *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. und Dalgarno, P. (2005), „Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)“, in *British Journal of Health Psychology* 10, S. 33-48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. und Alho, H. (2008), „A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)“, in *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (online verfügbar).
- Sporer, K. A. (1999), „Acute heroin overdose“, in *Annals of Internal Medicine* 130, S. 585-590.
- Stenbacka, M., Leifman, A. und Romelsjö, A. (2010), „Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up“, in *Drug and Alcohol Review* 29, S. 21-27.
- Stoové, M. A., Dietze, P. M. und Jolley, D. (2009), „Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data“, in *Drug and Alcohol Review* 28, S. 347-352.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. und Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, in *Statistical Methods in Medical Research* 18, S. 381-395.

- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L. und Patton, G. C. (2008), „Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood“, in *Addiction* 103, S. 1361-1370.
- Swift, W., Hall, W., Diddcott, P. und Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area“, in *Addiction* 93, S. 1149-1160.
- UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), Wien.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), Wien.
- UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), Wien (online verfügbar).
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), Wien.
- UNODC und Regierung Marokkos (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), Wien.
- UNODC, UNAIDS und WHO (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Technical paper, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.
- UNODC, WHO und UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, United Nations Office on Drugs and Crime, Wien.
- Van Beek, I., Dwyer, R. und Malcolm, A. (2001), „Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!“, in *Drug and Alcohol Review* 20, S. 333-342.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. A. und Prins, M. (2007), „Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users“, in *Addiction* 102, S. 1454-1462.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), „Trends, motivations and settings or recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands“, in *International Journal of Drug Policy* 20, S. 143-151.
- Van Nimwegen, L. J., de Haan, L., van Beveren, N. J., van der Helm, M., van den Brink, W. und Linszen, D. (2008), „Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial“, in *Canadian Journal of Psychiatry* 53, S. 400-405.
- Vandam, L. (2009), Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature“ in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. et al. (Hrsg.), Maklu, Antwerpen.
- Verster, J. C., Kuerten, Y., Olivier, B. und van Laar, M. W. (2010), „The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety“, in *Open Addiction Journal* 3, S. 24-31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. und Wittchen H. U. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults“, in *Drug and Alcohol Dependence* 68, S. 49-64.
- Wagner, F. A. and Anthony, J. C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol“, in *Neuropsychopharmacology* 26, S. 479-488.
- Warburton, H., Turnbull, P. J. und Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. und Hall, W. (2001), „Heroin overdose: causes and consequences“, in *Addiction* 96, S. 1113-1125.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen (online verfügbar).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- WHO (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Weltgesundheitsorganisation Europa, Kopenhagen.
- WHO, UNODC und UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. und Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability“, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (online verfügbar).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. und Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users“, in *American Journal of Public Health* 99, S. 1049-1052.
- Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. et al. (2008), „Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients“, in *Drug and Alcohol Dependence* 95, S. 245-257.
- Wood, D. M., Nicolauo, M. und Dargan, P. I. (2009), „Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment“, in *Substance Use & Misuse* 44, S. 1495-1502.
- 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 (online verfügbar).

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht 2010: Stand der Drogenproblematik in Europa

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union

2010 — 119 S. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-429-8

doi:10.2810/32024

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bei den Vertretungen und Delegationen der Europäischen Union.
Die entsprechenden Kontaktdaten finden sich unter <http://ec.europa.eu> oder können per Fax unter der Nummer +352 2929-42758 angefragt werden.

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements (wie z. B. das *Amtsblatt der Europäischen Union* oder die Sammlungen der Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Union):

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/eu_bookshop/index_de.htm).

Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine der dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Die EBDD, die 1993 gegründet wurde und ihren Sitz in Lissabon hat, ist die zentrale Informationsstelle zur Drogen- und Drogensuchtproblematik in Europa.

Die EBDD sammelt, analysiert und verbreitet sachliche, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik. Dabei vermittelt sie ihren Zielgruppen einen fundierten Einblick in die Drogenproblematik auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle sind eine wichtige Informationsquelle für ein breites Publikum wie politische Entscheidungsträger und ihre Berater, Fachkräfte und Forscher im Drogenbereich sowie ganz allgemein für die Medien und die Öffentlichkeit.

Mit dem Jahresbericht bietet die EBDD einen jährlichen Überblick über die Drogenproblematik in der EU und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren.



Amt für Veröffentlichungen

