



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

ISSN 1609-6088

JAHRESBERICHT 2012

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA

JAHRESBERICHT 2012

Rechtlicher Hinweis

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

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

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

Gebührenfreie Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Katalogisierungsdaten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2012

ISBN 978-92-9168-536-3

doi:10.2810/64343

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2012

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Luxembourg

GEDRUCKT AUF CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

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

Inhalt

Vorwort	5
Danksagung	7
Einleitende Bemerkungen	9
Übersicht: Erfolge ausbauen, dynamisch bleiben und auf den Wandel reagieren – aktuelle Herausforderungen für die europäische Drogenpolitik	13
Kapitel 1: Politische und rechtliche Entwicklungen	
Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene • Nationale Drogenstrategien • Öffentliche Ausgaben • Einzelstaatliche Rechtsvorschriften zu neuen psychoaktiven Substanzen • Drogenspezifische Forschungsarbeiten	21
Kapitel 2: Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa	
Prävention • Behandlung • Soziale Wiedereingliederung • Schadensminimierung • Qualitätsstandards • Strafverfolgung im Drogenbereich	31
Kapitel 3: Cannabis	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Gesundheitsschädigende Auswirkungen des Cannabiskonsums • Behandlung	44
Kapitel 4: Amphetamine, Ecstasy und halluzinogene Substanzen, GHB und Ketamin	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Gesundheitliche Auswirkungen des Amphetaminkonsums • Prävention in Freizeitmilieus • Behandlung	56
Kapitel 5: Kokain und Crack	
Angebot und Verfügbarkeit • Prävalenz und Konsummuster • Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums • Problematischer Kokainkonsum • Behandlung und Schadensminimierung	68
Kapitel 6: Opioidkonsum und injizierender Drogenkonsum	
Angebot und Verfügbarkeit • Problematischer Drogenkonsum • Injizierender Drogenkonsum • Behandlung problematischer Opioidkonsumenten	79
Kapitel 7: Drogenbedingte Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle	
Drogenbedingte Infektionskrankheiten • Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten • Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität • Reduzierung drogenbedingter Todesfälle	89
Kapitel 8: Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen	
Maßnahmen betreffend neue Drogen • Herstellung und Verbreitung neuer Drogen • Prävalenz • Umgang mit neuen Drogen	101
Literatur	109



Vorwort

Dies ist der 17. Jahresbericht der EBDD über den Stand der Drogenproblematik in Europa. Ein Rückblick in die vergangenen Jahre führt zu der befriedigenden Feststellung, dass bei der Entwicklung eines tiefgehenden Verständnisses des europäischen Drogenphänomens große Fortschritte erzielt wurden. Dieser Erfolg ist nicht allein der EBDD zuzuschreiben, denn auch die Mitgliedstaaten der Europäischen Union haben die Vorteile eines umfassenden Überblicks über die europäische Drogenproblematik seit Langem erkannt. Somit sind wir nicht nur sehr stolz auf die Leistung der Mitarbeiter der EBDD, die diese Veröffentlichung ermöglicht haben, sondern wir möchten auch betonen, dass es sich hier weitgehend um ein Kollektivwerk handelt. Dieser Bericht wurde nur möglich durch die Unterstützung und harte Arbeit unserer Partner, insbesondere innerhalb des Reitox-Netzes, von denen die nationalen Daten für die vorliegende Analyse stammen. Auch zahlreichen weiteren europäischen und internationalen Agenturen und Einrichtungen sind wir für die Unterstützung unserer Arbeit zu Dank verpflichtet.

Der diesjährige Bericht erscheint in einer für Europa bedeutungsvollen und schwierigen Zeit. Viele Länder haben mit finanziellen und wirtschaftlichen Problemen zu kämpfen, und unsere Berichterstattung muss vor diesem Hintergrund betrachtet werden. Die verabschiedeten Sparmaßnahmen bringen zahlreiche Herausforderungen mit sich und stellen die politisch Verantwortlichen vor schwere Entscheidungen, da konkurrierende Prioritäten Ansprüche an die öffentlichen Kassen stellen. In Zeiten wie diesen ist es wichtiger denn je, Investitionen gut zu durchdenken. Entscheidungen sollten auf einem gründlichen Verständnis der Natur der Probleme und auf einer Evaluierung der erfolgversprechendsten Maßnahmen begründet sein. Aufgabe der EBDD ist es, gemeinsam mit Fachleuten aus ganz Europa eine entsprechende Analyse zu erstellen. In diesem Bericht und dem dazugehörigen Internetmaterial finden Sie einen aktuellen, wissenschaftlich fundierten und umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der europäischen Drogenproblematik sowie Beispiele für innovative Verfahren und „Best practice“.

Bei der Betrachtung von Drogenfragen besteht die Tendenz, nur einzelne Aspekte dieses komplexen Problems herauszugreifen, als würden sie isoliert

bestehen. Wir wollen solch eine Herangehensweise hier vermeiden. Unserer Auffassung nach liegt die Stärke der EBDD-Analyse in der Zusammenführung unterschiedlicher Informationen über ein Spektrum von Themen, das von den Drogenmärkten und ihrer Kontrolle über den Drogenkonsum bis hin zur Nachfragereduzierung sowie politischen und rechtlichen Entwicklungen reicht. Dadurch können wir eine ganzheitliche Analyse vornehmen, die mehr ist als die Summe ihrer Teile – so lassen sich Fragen des Angebots nur im Zusammenhang mit den Nachfragefaktoren verstehen und umgekehrt. Um zum Beispiel die gegenwärtigen Veränderungen der Heroinvertfügbarkeit in Europa zu verstehen, müssen wir auch die Auswirkungen von Verbotsmaßnahmen berücksichtigen, mit denen erfolgreich gegen große kriminelle Organisationen vorgegangen wurde. Dabei wiederum ist unbedingt zu beachten, dass dies zu einem Zeitpunkt geschah, zu dem die Mittel für die Behandlung aufgestockt und somit ein großer Teil der Nachfrage vom Markt genommen wurde. Wie dem diesjährigen Bericht zu entnehmen ist, sind dies alles gleichermaßen bedeutende Bausteine, die es zusammzusetzen gilt, um sich einen soliden Eindruck von der Entwicklung der Heroinsituation in Europa zu verschaffen.

Dieser breite Blickwinkel ist notwendig, um der komplexen und dynamischen Drogenproblematik im heutigen Europa begegnen zu können. Wir stehen vor einer Reihe von alten und neuen Herausforderungen. Diese können mit den Fortschritten in der Informations- und Kommunikationstechnologie, der Verbreitung neuer psychoaktiver Substanzen sowie der wachsenden Verfügbarkeit und dem steigenden Konsum synthetischer Drogen zusammenhängen. Sie können aber auch von Problemen herrühren, die sich unseren Lösungsversuchen schon lange widersetzen und den Menschen und Gesellschaften Schaden zufügen. Die EBDD engagiert sich für die Schaffung einer Wissensbasis, damit die Drogendebatte in Europa weiterhin auf einem umfassenden, sachlichen und vor allem hilfreichen Verständnis dieser komplexen Frage aufbauen kann.

João Goulão

Vorsitzender, EBDD-Verwaltungsrat

Wolfgang Götz

Direktor, EBDD



Danksagung

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

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen und Sachverständigen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirates der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ – und der Europäischen Kommission;
- dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Europol;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel (Pompidou-Gruppe) des Europarates, dem United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung), 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); der Abteilung für kontrollierte Substanzen und Tabakprodukte des kanadischen Gesundheitsministeriums „Health Canada“, der US-amerikanischen Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Samhsa);
- 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 Bemerkungen

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 2010 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen). Die Grafiken und Tabellen in diesem Bericht betreffen in einigen Fällen nur 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 Daten in einem solchen Umfang zur Verfügung gestellt haben, dass sich Veränderungen während des betreffenden Zeitraums darstellen lassen. Fehlende Daten für das Jahr 2010 können durch Daten aus dem Jahr 2009 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 Anbausätzungen gewonnen, die wiederum auf Feldarbeit (Stichprobennahme vor Ort) und Luft- oder Satellitenüberwachung beruhen. Diese Schätzungen sind mit 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, Ressourcen, Strategien), gibt jedoch auch Aufschluss über Meldeverfahren und die Auswirkungen der ergriffenen Maßnahmen auf Drogenhändler. Die Analyse der Daten

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 2012 umfasst die Quelltabellen, die für die statistische Analyse herangezogen wurden. Es enthält darüber hinaus weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden und mehr als 100 ergänzende statistische Grafiken.

Die nationalen Berichte der 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.

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 für die nationale Ebene inflationsbereinigt angegeben. 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 Daten und Schätzungen in diesem Bericht stellen die besten verfügbaren Näherungswerte dar, sind aber mit Vorsicht zu interpretieren, da es in vielen Teilen der Welt noch immer an ausgefeilten Informationssystemen im Zusammenhang mit dem Drogenangebot mangelt.

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 Vorsicht zu interpretieren.

Erhebungen sind kostenintensiv und werden nur von wenigen europäischen Ländern jährlich, von den meisten jedoch in Abständen von zwei bis vier Jahren durchgeführt. Die in diesem Bericht vorgelegten Daten basieren auf den jüngsten verfügbaren Erhebungen der einzelnen Länder, die in den meisten Fällen zwischen 2006 und 2010 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. Folgende Länder nutzen hiervon abweichende Altersgrenzen: 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-Monate-Prävalenz häufig ähnliche Raten ermittelt, da der Einstieg in den illegalen Drogenkonsum selten in einem Alter von unter 15 Jahren erfolgt.

Bei der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) werden standardisierte Verfahren und Instrumente eingesetzt, um den Drogen- und Alkoholkonsum in repräsentativen Stichproben aus den Schülern zu ermitteln, die im Laufe des betreffenden Kalenderjahres das 16. Lebensjahr erreichen. Im Jahr 2011 wurden Daten in 36 Ländern erhoben, darunter in 24 EU-Mitgliedstaaten sowie Kroatien und Norwegen; die Ergebnisse wurden 2012 veröffentlicht. Außerdem ermitteln Spanien und das Vereinigte Königreich bei nationalen Erhebungen unter Schülern Daten zum Drogenkonsum, die mit den Daten aus den ESPAD-Erhebungen vergleichbar sind.

Behandlungsnachfrage

Daten zu Personen, die sich in Europa aufgrund drogenbedingter Probleme in Behandlung begeben, werden über den Indikator „Behandlungsnachfrage“ anonym an die EBDD gemeldet. Bei jedem in Behandlung tretenden Patienten werden Angaben zu Drogenkonsum, Behandlungskontakt und sozialen Merkmalen erfasst. Der Erhebungszeitraum für die Daten zur Behandlungsaufnahme erstreckt sich jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember eines Jahres. Patienten, die sich zu Beginn des Berichtsjahres in fortlaufender Behandlung befinden, werden in den Daten nicht erfasst. Wird der Anteil der Behandlungsnachfragen für eine bestimmte Primärdroge (Leitdroge) angegeben, so bildet die Zahl der Fälle, in denen die Leitdroge bekannt ist, den Nenner.

Maßnahmen

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





Übersicht

Erfolge ausbauen, dynamisch bleiben und auf den Wandel reagieren – aktuelle Herausforderungen für die europäische Drogenpolitik

Ausbau von Koordination und Zusammenarbeit

Die jüngste EBDD-Analyse zur derzeitigen Drogensituation in Europa weist nachdrücklich darauf hin, dass es darauf ankommt, zum einen die Probleme mit den herkömmlichen Drogen im Blick zu behalten und zum anderen Antworten auf neue Bedrohungen und Herausforderungen zu finden. Nach wie vor sind Heroin und Kokain für einen Großteil der Schäden sowie der Krankheits- und Todesfälle im Zusammenhang mit Drogenkonsum in Europa verantwortlich. Hier gilt es, die Entwicklung und Umsetzung evidenzbasierter Interventionen mit unvermindertem Engagement fortzusetzen. In vielerlei Hinsicht wurden bereits maßgebliche, obschon ungleich verteilte Fortschritte erzielt, doch könnten diese durch veränderte Umstände oder schleppende Initiative kompromittiert werden. Aus der Analyse geht außerdem hervor, dass Europa mehr Kapazitäten zur Ermittlung und Bewältigung der Herausforderungen eines zunehmend komplexen und dynamischen Drogenmarktes braucht.

Diese Notwendigkeiten sind vor dem Hintergrund der schwierigen finanziellen Lage vieler europäischer Länder zu betrachten, in deren Folge die Ressourcen für die Lösung gesundheitlicher und sozialer Probleme aller Art knapp bemessen sind. Unter diesen Umständen ist es vor allem wichtig, dass die verfügbaren Mittel in zielführende und nachweislich wirkungsvolle Maßnahmen investiert werden. Ein Weg dahin kann die Kooperation zwischen den EU-Mitgliedstaaten sein, bei der diese sich bemühen, die Erfolgsaussichten ihrer Tätigkeiten durch den Austausch von Erfahrungen, eine enge Zusammenarbeit oder eine stärkere Koordinierung ihrer Maßnahmen zu optimieren. Den politischen Rahmen für diese Kooperation bieten die EU-Drogenstrategie und die dazugehörigen Aktionspläne. Die gegenwärtige EU-Drogenstrategie (2005-2012) wurde positiv evaluiert, wobei insbesondere ihre Rolle bei der Erleichterung des Informationsaustausches Beachtung fand.

Nun soll ein neuer politischer Rahmen die Nachfolge der Drogenstrategie 2005-2012 antreten. Der Schwerpunkt wird wohl weiterhin auf einem evidenzbasierten und ausgewogenen Ansatz liegen, der eine ganze Palette

von Maßnahmen zur Reduzierung von Angebot und Nachfrage umfasst. Ebenso werden Monitoring, Forschung und Evaluierung sowie die Achtung der grundlegenden Menschenrechte nach wie vor zentrale Aspekte des EU-Ansatzes sein. Zudem wird der neue politische Rahmen Synergien zwischen Aktivitäten im Drogenbereich und allgemeineren Fragen im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheit schaffen, bei denen Drogen nur einen Teil des Problems ausmachen; Beispiele dafür sind die HIV-Prävention oder die Bekämpfung der organisierten Kriminalität. Ferner wird er dazu beitragen, dass Europa in der internationalen Drogendebatte mit einer starken gemeinsamen Stimme spricht.

Ein kompliziertes Bild: der Cannabis-Markt in Europa

In diesem Jahr führte die EBDD eine umfassende neue Analyse des Cannabis-Marktes durch, die ein zunehmend komplexes und facettenreiches Bild von Europas meistkonsumierter illegaler Droge zeichnete. Auf dem europäischen Markt sind derzeit eine Reihe verschiedener Cannabis-„Produkte“ erhältlich, wobei vor allem zwischen Cannabiskraut und Cannabisharz zu unterscheiden ist. Mit dem Anstieg der Cannabis-Produktion innerhalb der Europäischen Union wird das importierte Cannabisharz zunehmend durch lokal hergestellte Krautprodukte verdrängt. Dabei umfasst die Herstellung von Cannabis in der Union eine große Spannweite. Sie kann auf ausgedehnten Plantagen erfolgen, auf denen die Pflanzen im großen Maßstab und unter Verwendung ausgereifter Techniken angebaut werden, um den Ertrag und die Potenz zu maximieren. Das andere Ende des Spektrums bildet der Anbau einiger weniger Cannabis-Pflanzen für den Eigengebrauch.

Zwar steht die Mehrheit der Cannabisdelikte nach wie vor mit dem Drogenkonsum oder Drogenbesitz in Zusammenhang, doch berichten viele Länder, dass sie in erster Linie ihre Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels und -angebots ausbauen wollen. Daher geraten nun laut unseren Berichten schwerpunktmäßig die großen Anbaustätten ins Visier. Allerdings wird in Europa trotz der zunehmenden Zahl sichergestellter

Pflanzen und der Entwicklung einiger innovativer neuer Aufdeckungsmethoden nach wie vor weitaus mehr Harz als Cannabiskraut sichergestellt. Dieser Umstand legt nahe, dass der lokale Anbau von Cannabiskraut eine größere Herausforderung für Verfolgungsmaßnahmen darstellen könnte, insbesondere wenn er intensiv innerhalb von Gebäuden betrieben wird. Die Entwicklungen in diesem Bereich geben zunehmend Anlass zur Sorge: zum einen wegen der Kollateralschäden des Drogenanbaus für die lokalen Gemeinden und zum anderen, weil es Belege für eine Beteiligung der organisierten Kriminalität gibt.

Das Ausmaß und die Komplexität des Cannabis-Marktes sind wenig überraschend, da es sich um die beliebteste illegale Substanz in Europa handelt. Gleichzeitig ruft diese Substanz auch die größten Spaltungen in der politischen Arena und öffentlichen Meinung hervor. Interessanterweise scheint der Cannabiskonsum insgesamt relativ stabil zu sein und ist in einigen Ländern eventuell sogar zurückgegangen. Zudem sind die durch Cannabis verursachten Probleme zwar schwer messbar, inzwischen aber auch besser erforscht. So ist bekannt, dass sie mit einem intensiven und langfristigen Konsum im Zusammenhang stehen. Hier besteht Anlass zur Sorge, da zum Beispiel der Wechsel zum Konsum von Cannabiskraut dazu führen kann, dass die Konsumenten mit potenteren Formen der Droge in Berührung kommen. Des Weiteren ist Studien zufolge das Einstiegsalter vieler Konsumenten gegenwärtig sehr niedrig. Laut Schätzungen konsumiert 1 % der europäischen Erwachsenen die Droge täglich, und insbesondere unter jungen Männern sind intensive Konsummuster in einigen Ländern relativ verbreitet. Insgesamt ist festzustellen, dass jeder durch die Stabilisierung der Prävalenz hervorgerufene Optimismus durch die Erkenntnis getrübt werden muss, dass diese Droge nach wie vor ein ernsthaftes Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt, wovon die hohe Behandlungsnachfrage bei Cannabiskonsumern zeugt.

Europas Schüler heute: eine vorsichtiger Gruppe

Die jüngsten Ergebnisse des „Europäischen Projekts zur Erhebung von Daten über Alkohol und andere Drogen an Schulen“ (ESPAD) bieten einen wichtigen Einblick in die aktuellen Trends des Drogenkonsums unter Schülern. Hoffnungsvoll stimmen die Ergebnisse des Jahres 2011, wonach der Konsum bei allen verbreiteten Substanzen zurückgegangen oder stabil geblieben ist. Im Laufe der fünf Phasen der Erhebung ist der Zigarettenkonsum zwischen 1999 und 2007 ständig gesunken und seitdem stabil. Der jüngste Alkoholkonsum unter Schülern ist seit 2003 überall in Europa rückläufig, und den jüngsten Daten zufolge hat nun auch der zwischen 1995 und 2007

beobachtete Aufwärtstrend des Rauschtrinkens seinen Höhepunkt überschritten. Die Zahl der Schüler, die Erfahrung mit illegalen Drogen – vor allem mit Cannabis – haben, war bis 2003 gestiegen und ist nach einem leichten Rückgang im Jahr 2007 stabil. Diese Ergebnisse könnten uns Hinweise auf künftige Entwicklungen liefern, da die älter werdenden Kohorten eventuell die aktuellen Muster beibehalten.

Interessant ist die Beobachtung, dass Länder, die hohe Prävalenzschätzungen für eine Substanz melden, in der Regel auch relativ hohe Schätzwerte für andere Substanzen, ob legal oder illegal, angeben. So gehen hohe Alkoholkonsumraten und Rauschtrinken häufig mit dem Konsum von illegalen Drogen und Inhalantien einher. Dieses Ergebnis spricht für Präventionsansätze, die auf der Erkenntnis beruhen, dass bei der Arbeit mit jungen Menschen Interventionen gegen Drogen und Alkohol miteinander verknüpft werden müssen.

Drogen und Familienunterstützung: vernachlässigtes Thema und zu wenig genutzte Ressource

Die Probleme, die der Drogenkonsum eines Einzelnen verursachen kann, betreffen oft die ganze Familie. Familien und die damit zusammenhängende Frage des Drogenkonsums von Personen, die elterliche Verantwortung tragen, sind Gegenstand einer neuen EBDD-Studie. Laut den Ergebnissen der Studie sind Eltern mit Drogenproblemen nicht zwangsläufig schlechte Eltern, benötigen aber häufig zusätzliche Unterstützung. Vor allem die Behandlungsdienste müssen ein Gespür für die Bedürfnisse von Drogenkonsumenten mit Kindern entwickeln, da die Sorge um die Betreuung oder den Schutz des Kindes einem Hilfesuch im Wege stehen kann. Der Umgang mit drogenkonsumierenden Eltern kann für die Dienste auch deshalb eine Herausforderung darstellen, weil die Rechte der Eltern und die Rechte der Kinder gegeneinander abzuwiegen sind. Der Bericht kommt jedoch zu dem Schluss, dass gute Praktiken und zielgerichtete Interventionen einen spürbaren Unterschied machen können. Zum selben Ergebnis führt die Analyse von Interventionen für schwangere Drogenkonsumentinnen, die belegt, dass eine angemessene Beratung und Unterstützung sowohl für die Mutter als auch für das Kind positive Auswirkungen haben kann.

In zahlreichen Studien wurden der Stress und die sozialen Spannungen untersucht, die durch ein drogenkonsumierendes Familienmitglied entstehen können. Dennoch fehlt es in vielen europäischen Ländern an Unterstützungsdiensten für Familien. Dies könnte bedeuten, dass eine wichtige Ressource für die

Unterstützung der Gesundung übersehen wird. Auch in der Drogenprävention gewinnt die Einbeziehung des familiären Umfeldes zunehmend an Bedeutung, da es immer mehr Belege für die Wirksamkeit breit angelegter Präventionsstrategien gibt, die sich sowohl an die Betroffenen als auch an deren Umgebung richten. Der Familie kommt diesbezüglich eine besondere Bedeutung zu, und Verhältnisprävention zur Stärkung der Familien könnte das Risiko verschiedener problematischer Verhaltensweisen einschließlich des Drogenkonsums mindern. Trotz der nachgewiesenen positiven Wirkung sind die Maßnahmen in diesem Bereich aber meist nur ungenügend entwickelt, was wiederum auf das allgemeine Problem hindeutet, dass Ergebnisse der Präventionsforschung häufig nicht in die Politik und Praxis umgesetzt werden.

Drogenkonsumenten im Strafvollzug – eine gefährdete Gruppe

Zwar rückt das Thema „Alternativen zur Haftstrafe“ zunehmend in den Blickpunkt des Interesses, doch durchlaufen in Europa immer noch jedes Jahr zahlreiche Menschen mit Drogenproblemen einen Strafvollzug.

Dies spiegelt sich auch in Studienergebnissen wider, nach denen Drogenprobleme unter Häftlingen weitaus verbreiteter sind als in der Gesamtbevölkerung. Zwar stellen manche Konsumenten in der Haft den Drogenkonsum ein, doch kann die Verfügbarkeit von Drogen in einigen Gefängnissen auch dazu führen, dass andere den Konsum erst anfangen oder zu schädlicheren Verhaltensweisen übergehen. So nutzen möglicherweise injizierende Drogenkonsumenten häufiger ihre Bestecke gemeinsam, was die Gefahr der Übertragung von durch das Blut übertragbaren Krankheitserregern wie HIV- und Hepatitis-C-Virus erhöht.

In vielen Gefängnissen herrschen Überfüllung, mangelnde Hygiene und eine schlechte Gesundheitsversorgung, was zum allgemein schlechten Gesundheitszustand von Gefängnisinsassen beiträgt. Häftlinge mit Drogenproblemen können in dieser Hinsicht doppelt benachteiligt und in der Haft besonders anfällig für körperliche und psychische Gesundheitsprobleme sein – insbesondere gibt die erhöhte Gefahr von Selbstverletzung und Suizid Anlass zur Sorge. Es spricht daher vieles dafür, dass Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage in Gefängnissen nur erfolgreich sein können,

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 (Erhebungen aus den Jahren 2004 bis 2010/2011, insbesondere im Zeitraum 2008-2010). Die vollständigen Datenreihen sowie Angaben zur Methodik sind dem Statistical Bulletin zu entnehmen.

Cannabis

Lebenszeitprävalenz: etwa 80,5 Millionen (23,7 % der europäischen Erwachsenen)
 Konsum während der letzten 12 Monate: etwa 23 Millionen europäische Erwachsene (6,8 %) oder eine von drei Personen mit Cannabiserfahrung
 Konsum im vergangenen Monat: etwa 12 Millionen (3,6 %)
 Ländervariation der Prävalenz während der letzten 12 Monate: Gesamtspanne 0,3 % bis 14,3 %

Kokain

Lebenszeitprävalenz: etwa 15,5 Millionen (4,6 % der europäischen Erwachsenen)
 Konsum während der letzten 12 Monate: etwa 4 Millionen europäische Erwachsene (1,2 %) oder eine von vier Personen mit Kokainerfahrung
 Konsum im vergangenen Monat: etwa 1,5 Millionen (0,5 %)
 Ländervariation der Prävalenz während der letzten 12 Monate: Gesamtspanne 0,1 % bis 2,7 %

Ecstasy

Lebenszeitprävalenz: etwa 11,5 Millionen (3,4 % der europäischen Erwachsenen)
 Konsum während der letzten 12 Monate: etwa 2 Millionen (0,6 %) oder eine von sechs Personen mit Ecstasyerfahrung
 Ländervariation der Prävalenz während der letzten 12 Monate: Gesamtspanne 0,1 % bis 1,6 %

Amphetamine

Lebenszeitprävalenz: etwa 13 Millionen (3,8 % der europäischen Erwachsenen)
 Konsum während der letzten zwölf Monate: etwa 2 Millionen (0,6 %) oder eine von sechs Personen mit Amphetaminerfahrung
 Ländervariation der Prävalenz während der letzten 12 Monate: Gesamtspanne 0,0 % bis 1,1 %

Opioide

Problematische Opioidkonsumenten: schätzungsweise 1,4 Millionen Europäer
 Drogeninduzierte Todesfälle machen 4 % aller Todesfälle unter Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren aus, wobei in etwa drei Vierteln der Fälle Opioiden nachgewiesen wurden.
 Hauptdroge in etwa 50 % aller Drogentherapienachfragen.
 Etwa 710 000 Opioidkonsumenten haben im Jahr 2010 eine Substitutionsbehandlung erhalten.

wenn sie mit dem Angebot einer Drogenbehandlung einhergehen und mit allgemeiner körperlicher und psychischer Gesundheitsfürsorge gekoppelt werden.

Stehen angemessene Dienste zur Verfügung, kann die Haftzeit für einige Drogenkonsumenten die Möglichkeit bieten, ihren Drogenkonsum einzuschränken und Hilfsangebote anzunehmen. Die Zahl derartiger Chancen ist gestiegen, da viele Länder die Betreuungsinterventionen im Strafvollzug ausgebaut haben, darunter insbesondere die Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige. In der Regel reflektiert die Entwicklung des Behandlungsangebots im Strafvollzug die allgemeine Entwicklung in der jeweiligen Gemeinschaft, allerdings mit starker zeitlicher Verzögerung. Auch bestehen hinsichtlich der angebotenen Gesundheitsdienste große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern, und die Qualität der angebotenen Dienste muss insgesamt weiter ausgebaut und verbessert werden. Nur selten wird in Gefängnissen ein Betreuungsstandard angeboten, der dem allgemeinen Standard in der jeweiligen Gesellschaft entspricht oder vergleichbar ist.

Die Entlassung aus einer Haftanstalt kann ebenfalls ein entscheidender Punkt für Interventionen sein, da die Gefahr einer Überdosis zu diesem Zeitpunkt besonders groß ist, wenn die Betroffenen den Heroinkonsum wieder aufnehmen, ihre Opioid-Toleranz aber gesunken ist. Beratungen vor einer Entlassung sowie eine kontinuierliche Fürsorge sind daher von immenser Bedeutung. Wenn sichergestellt werden kann, dass die Betroffenen den Kontakt zu den Diensten aufrechterhalten, können diese die Gesundung unterstützen und somit auf äußerst kostengünstige Weise Leben retten.

Weißes Pulver und Pillen: Stimulanzienkonsumenten weniger wählerisch

Kokain, Amphetamine, Ecstasy und jetzt manchmal auch synthetische Cathinone können aus der Sicht der Konsumenten gleichwertige und in gewissem Maße austauschbare Produkte darstellen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass – neben Preis und Qualität – auch die Verfügbarkeit die Wahl der Konsumenten beeinflusst, wodurch sich auch die starken Schwankungen auf den heutigen Stimulanzienmärkten erklären lassen. Wie einige jüngere Studien andeuten, geben Konsumenten auch nicht selten an, Stimulanzien in Form von unbekanntem Pillen oder weißem Pulvern eingenommen zu haben.

Die Prävalenzschätzungen für den Konsum von Amphetaminen und Ecstasy sind in Europa weitgehend stabil, obwohl die Verfügbarkeit beider Drogen offenbar durch angebotsseitige Faktoren eingeschränkt wurde. Der

Ecstasymarkt erholt sich derzeit von einer mangelnden Verfügbarkeit von MDMA, wegen der viele Tabletten andere Substanzen enthielten. In ähnlicher Weise wurde in Teilen Europas das Amphetamin in jüngster Zeit durch Methamphetamin verdrängt. Diese Entwicklung ist insofern beunruhigend, als sich der Methamphetaminkonsum in der Vergangenheit größtenteils auf die Tschechische Republik und die Slowakei beschränkte. Dies könnte sich jetzt ändern, und obwohl das verfügbare Datenmaterial begrenzt ist, gibt es Anlass zur Sorge. Sicherstellungsdaten legen nahe, dass die Droge in größerem Umfang verfügbar wird und die Produktion in einigen Ländern gestiegen ist. Aus Deutschland wurden bereits Todesfälle durch Überdosierung gemeldet, und auch in den Berichten anderer Länder wird die Droge immer häufiger genannt. Besonders besorgniserregend sind sporadisch bei der EBDD eingegangene Berichte über das Rauchen von Metamphetamin sowie die Verfügbarkeit von Crystal Methamphetamin, einer besonders reinen Form der Droge. Bisher wurde Methamphetamin in Europa äußerst selten geraucht, doch deuten Studienergebnisse aus anderen Teilen der Welt stark auf negative Auswirkungen hin.

Im Rahmen des EU-Frühwarnsystems zu neuen psychoaktiven Substanzen nimmt die Europäische Union momentan eine Risikobewertung von 4-Methylamphetamin vor. Anlass dafür war eine Häufung von Todesfällen im Zusammenhang mit dieser Substanz, die offenbar als Amphetamin verkauft oder damit gemischt wurde. Wahrscheinlich wurde diese Form von Amphetamin, die derzeit in den meisten Ländern Europas nicht kontrolliert ist, in geheimen Labors hergestellt, um neue chemische Möglichkeiten für die Amphetaminproduktion auszutesten. Daran zeigt sich sowohl die zunehmende Innovation bei der Herstellung synthetischer Drogen als auch das damit einhergehende Potenzial unbeabsichtigter gesundheitlicher Folgen.

Wachsende Vielfalt beim Konsum synthetischer Drogen

Ging es bisher vor allem um Probleme mit etablierten Stimulanzien oder um das Aufkommen neuer unkontrollierter psychoaktiver Substanzen, so sind nun auch andere synthetische Drogen auf dem europäischen Drogenmarkt aufgetaucht, die zunehmend Verbreitung finden. Bislang konsumieren zwar insgesamt nur wenige Europäer Drogen wie GHB, GBL, Ketamin und, in jüngerer Zeit, Mephedron, doch finden sich in einigen Bevölkerungsgruppen weitaus höhere Zahlen; dazu scheinen diese Drogen das Potenzial für eine weitere Verbreitung zu haben. Mittlerweile gibt es im Zusammenhang mit jeder dieser Substanzen Berichte über Gesundheitsprobleme, unter anderem über

Abhängigkeit bei chronischen Konsumenten sowie über einige unerwartete Probleme wie Blasen-Schäden bei Ketaminkonsumenten. Diese Entwicklungen sind zum Großteil unter dem Beobachtungsradar durchgeschlüpft und machen deutlich, dass die Drogeninformationssysteme sensibler auf aufkommende Trends und neuartige Gesundheitsprobleme reagieren müssen und dass besser erforscht werden muss, welche Interventionen sich wirklich zur Nachfragereduzierung in diesem Bereich eignen.

Kokain: Anzeichen für sinkenden Konsum und Status

Wenngleich ein verbreiteter Kokainkonsum nur in den südlichen und westlichen Ländern zu beobachten sein mag, ist die Droge gemessen an der Gesamtzahl der Konsumenten nach wie vor das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa. Nachdem sie sich ein Jahrzehnt lang wachsender Beliebtheit erfreute, deuten die jüngsten Daten nun auf einen Abwärtstrend hin. Auch die Wahrnehmung der Droge scheint im Wandel begriffen zu sein, denn einigen Studien zufolge verliert Kokain wohl sein Image als Statusdroge.

Dabei könnte eine Reihe von Faktoren eine Rolle spielen. So wurde die Qualität als möglicher Faktor genannt, da einige Konsumenten vielleicht aufgrund mangelnder Reinheit von Kokain zu anderen Stimulanzien übergehen. Auch mögen sich potenzielle Konsumenten inzwischen der negativen Folgen des Kokainkonsums stärker bewusst sein. Das Fazit einer jüngst durchgeführten EBDD-Studie zu den gesundheitlichen Folgen des Kokainkonsums lautete, dass die Probleme in den verfügbaren Datenquellen wahrscheinlich unterschätzt werden. Die vorhandenen Daten zu Akutpatienten in Notfallambulanzen legen nahe, dass sich die Zahl der kokainbedingten Notaufnahmen seit Ende der 1990er Jahre verdreifacht hat, 2008 aber offenbar einen Höchststand erreicht hatte. Auch die verfügbaren Daten zu Todesfällen durch Kokain verweisen auf einen Rekordwert im Jahr 2008. Der gleiche Trend zeichnet sich zudem in den Daten zu Behandlungsaufnahmen ab. Die Zahl der Patienten, die sich aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit Kokain erstmals im Leben in Behandlung begaben, stieg bis 2008 an, um dann zu sinken. Auch die Daten zur Verfügbarkeit vermitteln ein solches Bild. Ähnlich verhält es sich mit den Kokain-Sicherstellungen in Europa: Bei der Menge wurde im Jahr 2006 ein Höchststand erreicht, bei der Zahl der Beschlagnahmungen im Jahr 2008.

Heroin: Anzeichen für einen Rückgang

Schon seit den 1970er Jahren ist der Heroinkonsum, insbesondere der injizierende Konsum, Ursache vieler

drogenbezogener Probleme in Europa. Angesichts der Schäden, die mit Heroin in Verbindung stehen, wie Todesfälle durch Überdosierung, Verbreitung von HIV und Hepatitis C unter injizierenden Drogenkonsumenten und Kriminalität, ist es wenig verwunderlich, dass Heroinprobleme lange im Mittelpunkt der europäischen Drogenpolitik standen. Zwar bestehen die Probleme nach wie vor, aber in teils sehr viel geringerem Umfang, was an den Auswirkungen effektiver Strategien und dem langfristigen Rückgang des Heroinkonsums und insbesondere des injizierenden Konsums liegt. Es ist zunehmend davon auszugehen, dass allmählich eine neue Ära anbricht, in der Heroin bei der europäischen Drogenproblematik eine weniger zentrale Rolle spielt.

Bei einer solchen Analyse ist stets eine gewisse Vorsicht geboten, da sich künftige Entwicklungen nur schwer vorhersagen lassen. Zudem sind Heroinprobleme meist langfristiger und chronischer Natur, so dass viele derzeitige Konsumenten noch jahrelang Unterstützung brauchen werden. Nichtsdestoweniger deuten Indikatoren auf einen Rückgang im Konsum insgesamt und vor allem auf eine abnehmende Zahl neuer Konsumenten hin. Überall in Europa ist die Zahl der neuen Behandlungsnachfragen gesunken und das Durchschnittsalter der Patienten, die sich aufgrund von Heroinproblemen einer Behandlung unterziehen, gestiegen.

Marktindikatoren lassen vermuten, dass Heroin in Europa seit einigen Jahren nicht mehr so leicht verfügbar ist. In einigen Ländern wurde es auch durch andere Substanzen verdrängt, so unter anderem durch synthetische Opioide wie Fentanyl und Buprenorphin. In einigen nordeuropäischen Ländern ist der Heroinmarkt vor fast einem Jahrzehnt eingebrochen und hat sich nie vollständig erholt. Auch in jüngerer Zeit wurden kurzfristige Markteinbrüche gemeldet, die vermutlich auf erfolgreiche Verbotsbemühungen zurückgehen. Die aktuellen europäischen Zahlen zu den Aspekten Reinheit, Sicherstellungen, Drogendelikte und Verkaufspreise weisen sämtlich auf einen Rückgang hin. Es gilt, die Entwicklungen auf dem Markt für illegale Drogen genau zu beobachten, um festzustellen, ob die aktuelle Heroinknappheit in einigen Ländern zum vollständigen Verschwinden der Droge führen wird und welche Substanzen an ihre Stelle rücken. Diesbezüglich gelten neben synthetischen Opioiden auch Methamphetamin, Cathinone und Benzodiazepine als mögliche Kandidaten.

Insgesamt wird der beschriebene Wandel beim Heroinkonsum offenbar von Faktoren sowohl der Nachfrage- als auch der Angebotsseite beeinflusst. Neben erfolgreichen Verbotsbemühungen muss auch

der drastische Anstieg des Behandlungsangebots berücksichtigt werden, durch den ein Großteil der Nachfrage vom Markt genommen wurde. Weiterhin offen ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Opiumproduktion in Afghanistan und Mustern des Heroinkonsums in Europa, da die vorliegenden Daten keine eindeutigen Verbindungen erkennen lassen. Zwar besteht die Sorge, dass ein Anstieg der Produktion eine neue Welle des Heroinkonsums in den EU-Mitgliedstaaten auslösen könnte, doch lässt sich dies aus den bisherigen Daten nicht unbedingt schließen. Ganz im Gegenteil könnte die Europäische Union zumindest in mancher Hinsicht einen schwierigeren Absatzmarkt für dieses Produkt darstellen.

Injizierender Konsum ebenfalls rückläufig – aber immer noch ein großes öffentliches Gesundheitsrisiko

Indikatoren für den injizierenden Konsum legen nahe, dass auch diese besonders schädliche Konsumform seltener praktiziert wird. Als beste verfügbare Datenquelle dienen hier die gemeldeten Zahlen über den injizierenden Konsum unter neuen Patienten, die sich aufgrund von Drogenproblemen in Behandlung begeben. Bei der Zahl der neuen Heroinpatienten, die eine Behandlung beginnen, lässt sich ein Abwärtstrend feststellen, der sich vor allem in Westeuropa, aber auch in einigen osteuropäischen Ländern bemerkbar macht. Insgesamt gibt nun ein gutes Drittel (36 %) der Patienten, die sich aufgrund von Heroinproblemen in Behandlung begeben, an, die Droge vor allem zu injizieren. Auch andere Drogen werden injiziert: So gibt ein Viertel der Patienten, die aufgrund von Problemen mit Amphetamin eine Behandlung aufnehmen, einen injizierenden Konsum an, ebenso wie etwa 3 % der Patienten, die wegen Kokainproblemen eine Therapieeinrichtung aufsuchen. Die Abwendung vom injizierenden Konsum ist zwar eindeutig ermutigend, doch bleibt diese Art der Einnahme eine der häufigsten Ursachen für vermeidbare Gesundheitsprobleme und Todesfälle unter jungen Europäern. So steht der injizierende Konsum in engem Zusammenhang mit tödlichen Überdosierungen sowie schweren Infektionen. Kürzliche Ausbrüche von HIV-Infektionen in Griechenland und Rumänien rufen in Erinnerung, dass die Übertragung dieses Virus unter Drogenkonsumenten in Europa zwar erfolgreich bekämpft wird, in bestimmten Bevölkerungsgruppen aber nach wie vor die Gefahr einer raschen Verbreitung betehen kann. Dadurch wird zudem die Bedeutung eines angemessenen Abdeckungsgrads der Dienste zur HIV-Prävention und Schadensminimierung bei Risikogruppen hervorgehoben. Eine andere potenziell schwerwiegende und sogar

lebensgefährliche Folge des injizierenden Konsums können bakterielle Infektionen sein. So wurden im Juni und Juli 2012 aus fünf EU-Ländern Fälle von Milzbrand gemeldet, die möglicherweise mit verunreinigtem Heroin aus einer gemeinsamen Quelle im Zusammenhang standen. Infolge des Ausbruchs leiteten EBDD und ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) gemeinsam eine rasche Risikobewertung ein.

Eine neue Sicht auf neue Drogen

Das Internet hat die Beschränkungen von Raum und Zeit aufgehoben, wodurch sich auch neue Muster und Trends des Drogenkonsums rasch über geografische Grenzen hinweg ausbreiten können. Zahlreiche Belege für diese Feststellung wurden beim zweiten internationalen Forum zu neuen psychoaktiven Substanzen präsentiert, das in diesem Jahr von der EBDD und dem amerikanischen „National Institute on Drug Abuse“ veranstaltet wurde. Mittlerweile werden vergleichbare „Legal Highs“-Produkte in den Vereinigten Staaten ebenso wie in Japan, Teilen von Südostasien und europäischen Ländern angeboten. Dabei verfügt die Europäische Union gemessen an internationalen Standards über einen ausgereiften Frühwarn- und Risikobewertungsmechanismus, mit dessen Hilfe auf neue psychoaktive Substanzen reagiert werden kann. Dieser Mechanismus wird gegenwärtig überprüft, und ein neuer Rechtsrahmen wird erwartet. Es ist davon auszugehen, dass Maßnahmen in diesem Bereich die stärkste Wirkung zeigen, wenn sie länderübergreifend koordiniert werden und wenn ein Mechanismus auf EU-Ebene einen eindeutigen Mehrwert bietet. Im Jahr 2012 wurde dem System bisher weiterhin etwa eine neue psychoaktive Substanz pro Woche gemeldet. Dabei sind synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten und Cathinone nach wie vor am häufigsten vertreten, doch gibt es vermehrt auch Meldungen über Substanzen aus eher seltenen chemischen Gruppen. Bisher ahmen neue Substanzen in der Regel die Wirkungen von Cannabis oder Stimulanzien wie Ecstasy oder Kokain nach, und ihrer Verpackung nach zu urteilen sind sie eher auf den Markt für Partydrogen ausgerichtet. Allerdings liegen aus einigen wenigen Ländern auch Berichte über problematische Drogenkonsumenten vor, die dazu übergegangen sind, Cathinone wie Mephedron und MDPV zu injizieren.

„Badesalze“ und „Pflanzennährstoffe“: die Herausforderungen komplexer und wechselnder Produkte und Mischungen

Eine wichtige Aufgabe des EU-Frühwarnsystems ist der Austausch forensischer und toxikologischer Informationen. Die Identifizierung der in Produkten enthaltenen

psychoaktiven Chemikalien kann sich schwierig gestalten, da es sich häufig um unklare Verbindungen oder Mischungen von Chemikalien handelt. Offenbar gibt es immer mehr Produkte, die mehrere psychoaktive Substanzen enthalten. Bei Testkäufen wurden in einigen Proben sowohl kontrollierte als auch unkontrollierte Substanzen gefunden. Die verbreitete Bezeichnung „Legal Highs“ ist daher häufig irreführend, und die Konsumenten dieser Produkte wissen vermutlich zum einen selten, was genau sie konsumieren, und machen sich zum anderen zu wenig Gedanken über die gesundheitlichen und rechtlichen Folgen. Auf internationaler Ebene nimmt die Verwirrung noch zu, da die Debatte am Fehlen einer einheitlichen Terminologie und forensischer Informationen scheitert. So umfasst die allgemeine Bezeichnung „Badesalze“ in den Vereinigten Staaten beispielsweise eine Reihe von Produkten, die neue psychoaktive Substanzen enthalten und in der Europäischen Union oft als „Pflanzennährstoffe“ vertrieben werden.

Auch Erhebungen zum Drogenkonsum werden durch neue psychoaktive Substanzen erschwert, da viele Konsumenten nicht wissen, was sie eigentlich eingenommen haben. Die wenigen verfügbaren Studien zeichnen ein sehr heterogenes Bild der Situation in den einzelnen Ländern, wobei der Konsum insgesamt relativ niedrig zu sein scheint, aber dennoch nicht zu vernachlässigen ist. Ferner legen sie nahe, dass der Konsum dieser Substanzen innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen schnell steigen und wieder fallen kann. Dabei scheint die Verfügbarkeit ein wichtiger Faktor zu sein. So ging in Polen die Eröffnung zahlreicher Verkaufsstellen mit einem Anstieg des gemeldeten Konsums sowie der Zahl der Notaufnahmen aufgrund psychoaktiver Substanzen

einher. Beides nahm wieder ab, nachdem Maßnahmen zur Begrenzung der Verfügbarkeit ergriffen worden waren. In Deutschland weisen einige Daten darauf hin, dass der Konsum von „Spice“ – das häufig synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten enthält – nach einem Eilverbot zurückgegangen ist, aber nicht vollständig eingestellt wurde. Ebenso scheint Mephedron trotz der Einführung von Kontrollmaßnahmen auf EU-Ebene in einigen Ländern weiter auf dem illegalen Markt erhältlich zu sein.

Bislang steht bei der politischen Debatte um neue Drogen vor allem die Weiterentwicklung der Kontrollmaßnahmen im Mittelpunkt. Die Länder nutzen dabei eine Kombination von Marktregulierung, bestehenden Gesetzen zur Drogenkontrolle und spezifisch ausgerichteten neuen Gesetzen. Allerdings wächst auch das Interesse daran, umfassendere Fragen im Zusammenhang mit neuen Drogen anzugehen und insbesondere die potenziellen Folgen dieser Drogen für Gesundheit und Gesellschaft besser zu verstehen sowie angemessene Strategien zur Nachfragesenkung zu finden. Der EBDD wurden Berichte über akute medizinische Notfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum neuer psychoaktiver Substanzen übermittelt, doch sind diese Daten derzeit schwer zu interpretieren. Aktuell hat die Verbesserung der Möglichkeiten zur Beobachtung und Analyse in diesem Bereich eindeutig Vorrang. Zudem beginnen die EU-Mitgliedstaaten damit, sich über die Einführung spezifischer Strategien im Hinblick auf neue psychoaktive Substanzen auszutauschen. Zu den neuen, derzeit geprüften Ansätzen zählen innovative internetbasierte Präventionsprogramme sowie speziell an Schüler gerichtete präventive Hinweise.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 1

Politische und rechtliche Entwicklungen

Einleitung

In diesem Kapitel geht es um aktuelle Entwicklungen in der Drogenpolitik in der Europäischen Union und um die Frage, inwieweit die Mitgliedstaaten ihre Strategien zu legalen und illegalen Drogen bzw. ihre Drogen- und Sicherheitsstrategien miteinander verknüpft haben. Außerdem werden verschiedene nationale und transnationale Strategien in Drittstaaten dem europäischen drogenpolitischen Ansatz gegenübergestellt sowie auf bestehende Ähnlichkeiten und Unterschiede untersucht.

Ferner werden die Budgetausstattung nationaler Drogenstrategien sowie aktuelle Trenddaten aus Studien zu öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich untersucht. Vorgestellt wird außerdem eine neue Analyse zu den rechtlichen Reaktionen der Mitgliedstaaten auf die zunehmenden Herausforderungen durch das Auftreten neuer Drogen. Am Schluss des Kapitels folgen Ausführungen zu aktuellen europäischen Entwicklungen in der drogenspezifischen Forschungsarbeit.

Politische Entwicklungen auf internationaler und EU-Ebene

Auf dem Weg zu einer neuen EU-Drogenstrategie

Die derzeitige EU-Drogenstrategie (2005-2012) ist die erste, für die eine externe Evaluierung vorgenommen wurde. Die Gutachter stellten fest, dass sich die Strategie günstig auf die Anstrengungen der Mitgliedstaaten im Drogenbereich ausgewirkt hat und die maßgeblichen Akteure die evidenzbasierte Orientierung der EU-Strategie begrüßen (Rand Europe, 2012). Besonders hervorgehoben wurden die Bereiche Information, Forschung und Evaluierung, in denen die EU durch ihren Ansatz und ihre Infrastruktur einen aktiven Beitrag zum Wissenstransfer innerhalb Europas leistet. Für die nächste Strategie, die 2012 erarbeitet wird, empfehlen die Gutachter die Beibehaltung eines ausgewogenen Ansatzes, die Annahme integrierter strategischer Handlungskonzepte

für legale und illegale Substanzen einschließlich neuer psychoaktiver Substanzen, den Ausbau der Evidenzbasis für die Reduzierung des Drogenangebots sowie klare Aussagen zu den jeweiligen Aufgaben der EU-Koordinierungsstellen.

Angesichts des derzeitigen politischen Interesses an der Thematik und ihrer eindeutigen europäischen Dimension werden Maßnahmen gegen neue psychoaktive Substanzen ein wichtiger Bestandteil der neuen Strategie sein. Die Strategie wird auf mehreren Initiativen aus dem Jahr 2011 aufbauen; zu nennen sind der europäische Pakt gegen synthetische Drogen ⁽¹⁾ und ein operativer Aktionsplan gegen synthetische Drogen und neue psychoaktive Substanzen ⁽²⁾, die beide vom Rat der Europäischen Union angenommen wurden, sowie die Mitteilung der Europäischen Kommission „Eine entschlossenere europäische Reaktion auf das Drogenproblem“, in der Maßnahmen gegen illegale Drogen angekündigt werden ⁽³⁾. Vorgesehen sind unter anderem neue europäische Rechtsvorschriften, die eine schnellere und wirksamere Reaktion auf das Auftreten schädlicher neuer psychoaktiver Substanzen (die sogenannten Legal Highs, siehe Kapitel 8) ermöglichen. Legislative Maßnahmen sind auch in den Bereichen Drogenhandel, Kontrolle von Drogenausgangsstoffen, Geldwäsche und Einziehung von Vermögenswerten aus Straftaten geplant. Darüber hinaus ist ein Vorschlag zur Festlegung von Mindestqualitätsstandards bei der Prävention, Behandlung und Minderung von Gesundheitsschäden in Arbeit.

Drogenstrategien auf dem westlichen Balkan

Wie in der Evaluierung der EU-Drogenstrategie festgestellt wurde, ist die internationale Zusammenarbeit und insbesondere die Zusammenarbeit mit Kandidaten- und Beitrittsländern ein nützliches und einflussreiches politisches Instrument. Vor den Erweiterungen der Europäischen Union in den Jahren 2004 und 2007 erhielten die künftigen EU-Mitgliedstaaten Unterstützung bei der Erarbeitung ihrer Drogenstrategien, die sich

⁽¹⁾ Online verfügbar.

⁽²⁾ Siehe Kasten „COSI: Ständiger Ausschuss für die operative Zusammenarbeit im Bereich der inneren Sicherheit“ (Kapitel 2).

⁽³⁾ KOM(2011) 689/2.

Tabelle 1: Aktuelle Drogenstrategien in Kandidatenländern und möglichen Kandidatenländern auf dem westlichen Balkan

Land	Titel des Strategiedokuments	Zeitraum	Schwerpunkt	Hinweis
Albanien	Nationale Strategie gegen Drogen	2004-2010	Illegale Drogen	Mögliches Kandidatenland
Bosnien und Herzegowina	Nationale Strategie zur Drogenüberwachung, Prävention und Bekämpfung des Drogenmissbrauchs	2009-2013	Illegale Drogen	Mögliches Kandidatenland
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Nationale Drogenstrategie	2006-2012	Illegale Drogen	Kandidatenland
Kosovo (*)	Nationale Anti-Drogen-Strategie und Aktionsplan	2009-2012	Illegale Drogen	Mögliches Kandidatenland
Montenegro	Nationale Drogenstrategie	2008-2012	Illegale Drogen	Kandidatenland
Serbien	Nationale Drogenbekämpfungsstrategie	2009-2013	Illegale Drogen	Kandidatenland

(*) Diese Bezeichnung berührt nicht die Standpunkte zum Status und steht im Einklang mit der Resolution 1244/99 des UN-Sicherheitsrates und dem Gutachten des Internationalen Gerichtshofs zur Unabhängigkeitserklärung des Kosovo.

am ausgewogenen und evidenzbasierten Ansatz der Europäischen Union orientieren.

Ein ähnlicher Prozess ist momentan auf dem westlichen Balkan im Gang, wo drei Kandidatenländer und drei potenzielle Kandidatenländer vor kurzem umfassende und ausgewogene Drogenstrategien und -aktionspläne verabschiedet haben (siehe Tabelle 1). Die Länder dieser Region sehen sich mit vielen gemeinsamen Herausforderungen konfrontiert, wozu auch ihre Lage an einer der historischen Drogenschmuggelrouten Europas und die dadurch bedingten Heroin- und sonstigen mit Drogen in Zusammenhang stehenden Probleme zählen (4). Ihre nationalen Strategien richten sich auf die Reduzierung der Drogennachfrage und des Drogenangebots und reflektieren in einigen Fällen die Vorgaben der EU-Dokumente im Hinblick auf strategische Ziele und Strukturen, indem sie auch Systeme für die Überwachung und Evaluierung sowie Koordinierungsmechanismen vorsehen. Die Aktionspläne sind oft sehr detailliert und enthalten für jede Aktion Angaben zum Zeitrahmen und zu den verantwortlichen Akteuren sowie Umsetzungsindikatoren und Kostenvoranschläge.

Nationale Drogenstrategien

Für die nächste EU-Drogenstrategie wird unter anderem der Übergang zu einem stärker integrierten Ansatz empfohlen, der neben illegalen Drogen auch legale Drogen sowie möglicherweise Verhaltenssüchte berücksichtigt. Nachgedacht werden sollte auch über eine stärkere Verknüpfung der Drogenpolitik mit Sicherheitsstrategien im breiteren Sinne, so z. B. mit der Bekämpfung des organisierten Verbrechens. Im Folgenden soll der diesbezügliche Stand in den EU-Mitgliedstaaten, Kroatien, der Türkei und Norwegen betrachtet werden.

Länderübergreifende Drogenstrategien

Seit 1990 hat die Europäische Union mehrere Strategien und Aktionspläne im Drogenbereich umgesetzt, und die nächste Drogenstrategie wird die neunte ihrer Art sein. Auch in anderen Teilen der Welt haben transnationale Organisationen in der Zwischenzeit ähnliche Dokumente verabschiedet.

In Afrika stellte die Afrikanische Union einen „Aktionsplan für Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung“ (2007-2012) auf, und die 15 Mitgliedstaaten der Ecowas (Westafrikanische Wirtschaftsgemeinschaft) vereinbarten eine politische Erklärung und einen „Regionalplan gegen Drogenschmuggel, organisiertes Verbrechen und Drogenmissbrauch“ (2008-2011). In Asien verabschiedeten die zehn Mitgliedstaaten der ASEAN (Vereinigung Südostasiatischer Nationen) den „ASEAN-Arbeitsplan zur Bekämpfung von Produktion, Handel und Konsum illegaler Drogen“ (2009-2015). Die OAS (Organisation Amerikanischer Staaten) nahm 2010 eine „Hemispheric Drug Strategy“ für ihre 35 Mitgliedstaaten in verschiedenen Teilen des amerikanischen Kontinents an.

Während die Strategie der OAS dem EU-Ansatz am nächsten kommt, legen andere transnationale Organisationen den Schwerpunkt auf Angebotsreduzierung und Strafverfolgung. So besteht das Ziel des ASEAN-Arbeitsplans darin, die Produktion, die Verarbeitung, den Schmuggel und den Missbrauch illegaler Drogen zu beseitigen und die ASEAN bis 2015 zur drogenfreien Zone zu machen. Die Afrikanische Union will mit ihrem Plan die Strafverfolgung und damit die Drogenkontrolle stärken, weshalb sechs der sieben Schwerpunktbereiche die Drogenkontrolle und Verbrechensverhütung zum Thema haben. Die Ecowas verfolgt zwar einen ausgewogeneren Ansatz, legt aber in ihrer Strategie einen starken Akzent auf Sicherheitsfragen, die mit dem Drogenschmuggel verbunden sind.

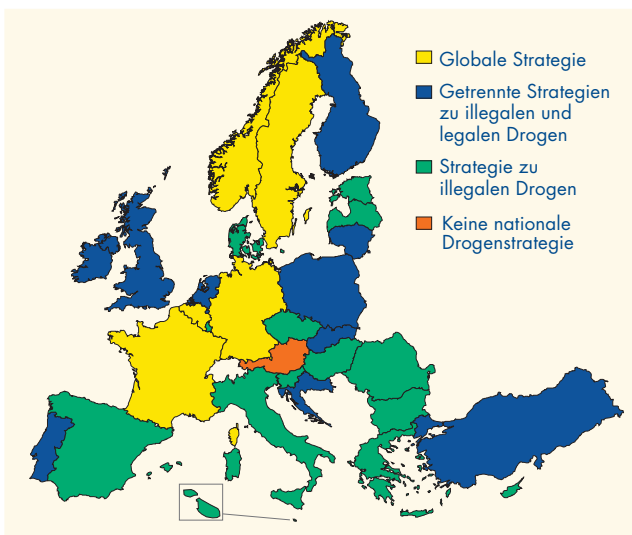
(4) Siehe Länderübersichten auf der EBDD-Website.

Integration von Maßnahmen gegen legale und illegale Drogen

Nationale Drogenstrategien und Aktionspläne sind ein Eckpfeiler der EU-Drogenpolitik und ein bewährtes Instrument zur Darlegung nationaler drogenpolitischer Ziele. Bei der Frage, inwieweit diese Strategiepapiere legale und illegale Drogen gleichermaßen berücksichtigen, zeigen sich länderspezifische Unterschiede (Abbildung 1).

Fünf Länder haben „globale“ Strategien oder Aktionspläne zu legalen und illegalen Drogen – sowie in einigen Fällen zu Verhaltensstörungen – aufgestellt. Dieser breite Ansatz kommt bereits im Titel der Dokumente zum Ausdruck. So verfolgt Belgien eine „Umfassende und integrierte Drogenstrategie“, Frankreich einen „Staatlichen Plan zur Bekämpfung von Drogen und Drogensucht“, Deutschland eine „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“; Schweden eine „Gesamtstrategie zu Alkohol, Suchtstoffen, Doping und Tabak“ (ANDT) und Norwegen einen „Aktionsplan im Bereich Drogen und Alkohol“. Mit Ausnahme Norwegens, das außerdem über Strategien gegen Rauchen und Spielsucht verfügt, haben diese Länder keine getrennten Strategien in Bezug auf andere legale Drogen oder auf Verhaltensstörungen aufgestellt.

Abbildung 1: Erfassungsbereiche nationaler Drogenstrategien



Anmerkung: Die globalen Strategien beziehen sich auf legale und illegale Drogen sowie in einigen Fällen auf das Suchtverhalten. Bei einigen illegalen Drogen betreffenden Strategien ist das Augenmerk auch auf legale Drogen gerichtet. Während das Vereinigte Königreich über getrennte Strategien für illegale und legale Drogen verfügt, verfolgen England und Schottland jeweils separate Strategien zu illegalen Drogen, Alkohol und Rauchen; Wales und Nordirland hingegen haben globale Drogenstrategien entwickelt, die auch Alkohol abdecken, sowie getrennte Strategien zur Bekämpfung des Rauchens.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

In zehn Ländern existieren jeweils getrennte Strategien bzw. Aktionspläne zu illegalen und legalen Drogen. Die jeweils erfassten legalen Drogen und der Umfang der Behandlung einzelner Substanzen variieren je nach Land. So verfolgen die Niederlande und die Slowakei getrennte Strategien zu Alkohol und Rauchen, Litauen dagegen eine Gesamtstrategie. In den sieben übrigen Ländern richten sich die Strategien zu legalen Drogen ausschließlich auf Alkohol und Rauchen, wobei Irland und Portugal ins Auge fassen, die Strategien zu illegalen Drogen und Alkohol zusammenzufassen.

Vierzehn Länder haben jeweils nur eine Drogenstrategie bzw. einen Drogenaktionsplan aufgestellt, die in allen Fällen hauptsächlich auf illegale Drogen ausgerichtet sind, zum Teil jedoch legale Drogen berücksichtigen, wenn auch in unterschiedlichem Maße. In einigen Ländern, wie beispielsweise Spanien, zeigen die Strategien eine deutliche Tendenz zu spezifischen Initiativen in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum. Andere Länder nehmen gelegentlich Bezug auf legale Drogen oder Arzneimittel (Bulgarien, Malta) oder fordern für die Zukunft eine bessere Integration der Strategien zu Drogen und Alkohol (Griechenland, Luxemburg). Nur in einem Land – Estland – stellt die Drogenstrategie ausschließlich auf illegale Drogen ab.

Der Trend zu einem integrierten Ansatz in puncto Substanzkonsum zeigt sich besonders in den Ländern, die der EU schon vor 2004 angehörten. Sie haben bereits globale Strategien verabschiedet, arbeiten an der Integration von Strategien zu illegalen Drogen und Alkohol oder berücksichtigen zahlreiche legale Drogen in ihren Strategien zur Bekämpfung illegaler Drogen. Kennzeichnend für Mittel- und Osteuropa sind getrennte Strategien bzw. allein auf illegale Drogen ausgerichtete Strategien, in denen legale Drogen eher selten angesprochen werden.

Trotz dieses Trends zur gleichzeitigen Behandlung legaler und illegaler Substanzen in Strategiedokumenten wurden die nationalen Koordinierungs- und Finanzierungsstrukturen nicht immer entsprechend geändert.

Drogenstrategien und Sicherheitsfragen

Die Angebotsreduzierung nimmt in Europa einen wichtigen Platz in der Drogenpolitik ein. Die Planung und Koordinierung dieser Maßnahmen ist nicht nur Teil der Drogenstrategie, sondern steht auch mit der allgemeinen sicherheitspolitischen Entwicklung im Zusammenhang. Auf EU-Ebene beispielsweise ist der Kampf gegen die schwere organisierte Kriminalität im Zusammenhang mit dem

Drogenhandel ein zentraler Baustein der Strategie für die innere Sicherheit der Europäischen Union (Europäischer Rat, 2010).

Was die nationale Ebene angeht, so verfügen 15 Länder zusätzlich zur Drogenstrategie über mindestens ein weiteres Strategiedokument, das auch Maßnahmen zur Angebotsreduzierung vorsieht: eine Sicherheitsstrategie (zwei Länder), eine Strategie zur Bekämpfung des organisierten Verbrechens (elf Länder) oder beide Arten von Strategien (zwei Länder). In 14 weiteren Ländern enthält lediglich die nationale Drogenstrategie Maßnahmen zur Angebotsreduzierung. In Österreich existiert in diesem Bereich kein nationales Strategiedokument.

Nach Angabe von Drogensachverständigen ist in den Ländern, die die Nachfragereduzierung sowohl in der Drogenstrategie als auch in einer anderen Strategie ansprechen, zumeist die nationale Drogenstrategie das wichtigste Dokument in diesem Bereich. Zwei Länder (Niederlande, Vereinigtes Königreich) berichten, dass beide Dokumente gleichermaßen von Bedeutung seien. Belgien verfolgt einen „Nationalen Sicherheitsplan“ und Slowenien ein „Nationales Programm zur Kriminalitätsverhütung und -bekämpfung“, die bei der Angebotsreduzierung jeweils eine größere Rolle spielen als die jeweiligen Drogenstrategien.

Seit nunmehr 20 Jahren gehört die Drogenpolitik unübersehbar zu den politischen Schwerpunktgebieten, was vor allem an der Zunahme des Drogenkonsums und der damit zusammenhängenden Probleme liegt. Dass die Drogenstrategien jetzt immer häufiger mit den allgemeinen Politiken verknüpft werden, liegt vermutlich an der stabiler gewordenen Drogensituation und an den neuen politischen Prioritäten auf nationaler Ebene (Staatsschulden, Arbeitslosigkeit). In der Praxis könnte dies bedeuten, dass die Nachfragereduzierung künftig eher dem Bereich Gesundheit und Bekämpfung von Verhaltenssucht zugeordnet sein wird, während sich die Angebotsreduzierung stärker in den Bereich Sicherheit und Bekämpfung des organisierten Verbrechens verlagert. Daraus ergibt sich die Frage, ob die heutigen umfassenden und ausgewogenen Drogenstrategien in der Zukunft noch einen Platz haben werden.

Öffentliche Ausgaben

Die in den nationalen Drogenstrategien und Aktionsplänen vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Probleme werden größtenteils vom Staat finanziert. Daher kann die Rechnungsführung über diese

Drogenpolitische Beratung

Drogenpolitische Beratung wird von den Regierungen aus verschiedenen Gründen in Anspruch genommen, so z. B. bei der Erarbeitung neuer Drogenstrategien, der Vorbereitung gesetzlicher Änderungen oder der Evaluierung früherer politischer Entscheidungen.

Von den 30 betrachteten Ländern geben 28 an, über ein Gremium zu verfügen, das offiziell mit derartigen Beratungsaufgaben beauftragt ist. In einigen Fällen ist dies eine auf gesetzlicher Grundlage geschaffene Einrichtung, in anderen nicht. In der Hälfte der Länder existieren eigens geschaffene Beratungsgremien; in den übrigen wird diese Beratungsfunktion von vorhandenen Einrichtungen – meist nationalen Drogenkoordinationsstellen – wahrgenommen. Den Beratungsgremien, deren Mitgliederzahl von acht bis über 30 reicht, gehören vor allem politische Entscheidungsträger, Vertreter des öffentlichen Dienstes, Wissenschaftler, Betreuer von Drogenabhängigen und Vertreter der Zivilgesellschaft an. Den Vorsitz kann ein Politiker (Schweden), ein Akademiker (Belgien) oder auch ein hochrangiger Beamter (Estland) führen. Zu ihren Aufgaben zählen die Unterstützung bei der Aufnahme von Drogen in das Drogengesetz, die Durchführung und Finanzierung von Forschungsarbeiten und die Beratung von Entscheidungsträgern.

Hier einige Beispiele für Beratungsgremien in Europa: Das National Advisory Committee on Drugs in Irland hat 16 Mitglieder und wird von einem Akademiker geleitet. Der britische 24-köpfige Advisory Council on the Misuse of Drugs legt die dem Gesetz zu unterstellenden Drogen fest und fungiert als Berater der Regierung. Der deutsche Drogen- und Suchtrat hat 27 Mitglieder und unterstützt unter Leitung des Drogenbeauftragten der Bundesregierung die Durchführung und Weiterentwicklung der nationalen Drogenstrategie sowie die Zusammenarbeit zwischen der nationalen und kommunalen Ebene. In der Tschechischen Republik sind fünf Ausschüsse und mehrere Arbeitsgruppen beim staatlichen Rat zur Koordinierung der Drogenpolitik für Unterstellungs- und Beratungsaufgaben zuständig.

Drogenpolitische Beratungsgremien sind in Europa offenbar zu einer Standardeinrichtung geworden, unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf Aufbau, Funktion und Zusammensetzung. Generell bieten sie den Regierungen und anderen Sektoren ein Forum für die Kommunikation, die Koordinierung und die Auswertung drogenpolitisch relevanter Informationen.

öffentlichen Mittel ein wichtiges Evaluierungsinstrument sein. In diesem Abschnitt wird untersucht, ob den Strategiepapieren jeweils spezifische Budgets zugeordnet sind und ob Angaben zu den tatsächlichen Ausgaben vorliegen. Es kann allerdings nur eine vorläufige Übersicht über die betreffenden nationalen Gepflogenheiten gegeben werden, da sich die Mittel auf verschiedene staatliche Ebenen aufteilen und die Praxis der

Rechnungsführung in den europäischen Ländern nicht einheitlich ist.

Sparprogramme, wie sie in einigen Ländern infolge der jüngsten globalen wirtschaftlichen Rezession aufgelegt wurden, können sich auch auf die öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich auswirken. Auch diese Frage soll bei unserer ersten Betrachtung von Trenddaten zur Charakterisierung drogenbezogener öffentlicher Ausgaben untersucht werden.

Drogenstrategien und Budgetausstattung

Sieben der 29 europäischen Länder, die über nationale Drogenstrategien oder Aktionspläne verfügen, haben für deren Umsetzung Gesamt- oder Einzelbudgets eingerichtet. In Zypern ist der Drogenstrategie 2009-2012 eine Budgetaufstellung für die einzelnen Jahre beigefügt, auch werden die jährlichen Ausgaben veröffentlicht. Estland stellt für die nationalen Drogenstrategien ein Budget bereit und nimmt jährliche Ausgabenschätzungen vor. In der Tschechischen Republik wurde für den Aktionsplan 2010-2012 erstmals ein Richtbudget aufgestellt. Auch der griechische Aktionsplan für 2011-2012 ist mit einem Budget versehen. Dasselbe gilt in Frankreich für den Nationalen Plan 2008-2011 (der bis 2012 verlängert wurde), dessen Umsetzung jedoch nicht öffentlich evaluiert wird. Für die Drogenstrategie des Vereinigten Königreichs ist zwar kein zentrales Budget vorhanden, aber Nordirland, Schottland und Wales verfügen über strategiegebundene Budgets und veröffentlichen Ausgabenschätzungen. In England existiert zwar kein spezifisches Budget, doch werden regelmäßig Informationen über die getätigten Ausgaben veröffentlicht. In manchen Ländern decken die Budgets nur einen Teil der Drogenstrategien ab, so beispielsweise in Rumänien, wo lediglich für die Gesundheits- und Sozialmaßnahmen des Drogenaktionsplans 2009-2012 ein Budget bereitgestellt wird.

Drei Länder stellen ihre Drogenstrategien nicht mehr mit einem eigenen Budget aus: Irland, Portugal und die Slowakei stellten zwar für frühere Aktionspläne Budgets und jährliche Ausgabenschätzungen auf, nicht aber für die laufenden Pläne. In Portugal und der Slowakei befassen sich momentan interministerielle Ausschüsse mit dieser Thematik.

In acht Ländern beinhaltet der staatliche Gesamthaushaltsplan jedes Jahr auch ein Budget zur vollständigen oder teilweisen Finanzierung der Drogenstrategie bzw. des Drogenaktionsplans.

Luxemburg stellt für den mehrjährigen Aktionsplan ein jährliches Budget zur Verfügung und legt umfassende Ausgabenschätzungen vor. In Kroatien steht das Jahresbudget für den Drogenbereich in engem Zusammenhang mit dem Aktionsplan. In Bulgarien, Dänemark, Ungarn, Schweden, Finnland und Norwegen genehmigen die Regierungen jährliche Budgets für Drogeninitiativen.

Elf Länder haben in letzter Zeit keine eigenen Budgets für ihre nationalen Drogenstrategien bzw. -aktionspläne aufgestellt, sondern die Maßnahmen werden direkt von den für die Umsetzung zuständigen Stellen finanziert.

In Europa finden sich also die unterschiedlichsten Verfahrensweisen, und nur wenige Länder verfolgen bei der Zuweisung von Haushaltsmitteln im Drogenbereich und bei der Darstellung der Mittelverwendung einen klaren und transparenten Ansatz. Dies könnte zwar an technischen Schwierigkeiten liegen, erschwert aber die ohnehin problematische Einschätzung der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich und die Beurteilung des wirtschaftlichen Aspekts der Drogenpolitik.

Trends bei den öffentlichen Ausgaben im Drogensektor

Eine höchst aktuelle Frage ist der Einfluss der derzeitigen Wirtschaftskrise und der daraus resultierenden Sparmaßnahmen auf die Drogenpolitik und die drogenspezifischen Budgets. Diese Thematik wird anhand neuerer Schätzungen der öffentlichen Ausgaben europäischer Länder im Drogensektor untersucht. Dabei ist allerdings Vorsicht geboten, weil Umfang und Qualität der verfügbaren Angaben zu den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sind und die Analysen verschiedene Jahre betreffen, auf verschiedenen Methoden beruhen und sich nicht immer auf dieselben Haushaltslinien beziehen.

Zum Teil sind die staatlichen Mittel für drogenbezogene Ausgaben in den nationalen Haushalten ausdrücklich als solche gekennzeichnet. Beim größten Teil der drogenbezogenen Ausgaben handelt es sich jedoch um sogenannte versteckte Ausgaben, die durch eine Kostenmodellrechnung ermittelt werden müssen. Der Gesamthaushalt ergibt sich dann als Summe der ausdrücklich für den Drogenbereich gekennzeichneten Ausgaben und der nicht auf diese Weise gekennzeichneten Ausgaben.

In den vergangenen Jahren waren die öffentlichen Ausgaben im Drogensektor in sechs Ländern rückläufig. Im Vereinigten Königreich verzeichnete England ⁽⁵⁾ 2010/2011 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum einen Rückgang von

(5) Der Anteil Englands am drogenspezifischen Gesamtbudget beträgt in der Regel über 80 %, zumal dort 84 % der Bevölkerung des Vereinigten Königreichs leben. Die gekennzeichneten Ausgaben machen nur einen kleinen Teil der drogenspezifischen Gesamtausgaben im Vereinigten Königreich aus.

5 %, den auch ein geringer Anstieg der gekennzeichneten Ausgaben in Nordirland, Schottland und Wales nicht ausgleichen konnte. In Estland lagen die gekennzeichneten Ausgaben 2010 um 3 % unter denen des Vorjahres und sogar um 54 % unter denen des Jahres 2008; in Irland sanken die gekennzeichneten Ausgaben verglichen mit dem Vorjahr um 3 %. In Ungarn wurden die Mittel für die gekennzeichneten Maßnahmen bei einer Halbjahresüberprüfung des Haushalts 2010 um 25 % gekürzt. Die verfügbaren Daten für Kroatien deuten darauf hin, dass die gekennzeichneten öffentlichen Ausgaben im Drogensektor im Haushaltsplan 2010 um 10 % unter denen von 2009 lagen. Bei der Tschechischen Republik war aufgrund der verbesserten Datenlage zunächst ein Anstieg der Ausgaben im Jahr 2010 zu vermuten, doch ergab eine detaillierte Analyse einen Rückgang der Mittel für Behandlung und Schadensminimierung.

Bei weiteren vier Ländern lassen die aktuellsten Schätzungen für die Ausgaben im Drogenbereich keinerlei Mittelkürzungen erkennen. In Belgien erhöhten sich die öffentlichen Gesamtausgaben in diesem Bereich im Zeitraum 2004-2008 (vor der Krise) um 18,5 %. In Schweden lagen sie 2011 deutlich über dem Niveau von 2007. Luxemburg verzeichnete 2010 einen Gesamtanstieg von 5,6 % gegenüber dem Vorjahr. In Finnland stieg dieser Gesamtwert 2009 um 1,6 %.

Die bisherigen Studien deuten auf erhebliche länderspezifische Unterschiede hin, was Art und Schwere der Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Budgets und Ausgaben im Drogenbereich angeht.

Einzelstaatliche Rechtsvorschriften zu neuen psychoaktiven Substanzen

Seit einigen Jahren werden in Europa neue psychoaktive Substanzen verschiedenster Art in noch nie dagewesenem Tempo verfügbar. Die Plötzlichkeit ihres Auftretens, gepaart mit einem Mangel an Informationen über die Risiken des Konsums, stellen jetzt das etablierte Verfahren der Aufnahme einzelner Substanzen in die Liste der kontrollierten Substanzen in Frage. Die meisten europäischen Länder wenden dieses Verfahren auch weiterhin an, doch etliche haben mit innovativen Änderungen im Drogenrecht bzw. in der Strafverfolgung auf das Problem reagiert ⁽⁶⁾.

Die grundlegendste Neuerung sind Rechtsvorschriften, die den unerlaubten Vertrieb psychoaktiver Substanzen unter Strafe stellen, wie es in Irland, Österreich und Rumänien der Fall ist. In diesen drei Beispielländern sind neben einigen Ähnlichkeiten auch wesentliche Unterschiede vorhanden. So definieren alle drei Länder „psychoaktive Substanz“

als Substanz, die das zentrale Nervensystem anregt oder hemmt und Abhängigkeit, Halluzinationen oder Störungen der Motorik oder des Verhaltens hervorruft. In Irland betrifft das Verbot nur Substanzen, die „wesentliche“ Störungen hervorrufen; in Österreich nur Substanzen, von denen anzunehmen ist, dass sie in bestimmten Verkehrskreisen Verbreitung zur missbräuchlichen Anwendung finden und dass eine Gefahr für die Gesundheit von Konsumentinnen und Konsumenten nicht ausgeschlossen werden kann. Das rumänische Gesetz macht das Verbot jetzt nicht mehr von einer schädlichen Wirkung abhängig, wie es zuvor in einer aus demselben Jahr stammenden Regierungsverordnung der Fall war. In Österreich werden die unter das betreffende Gesetz fallenden Stoffe oder Stoffgruppen vom Bundesminister für Gesundheit mittels Verordnung bezeichnet, während in Irland und Rumänien keine ausdrückliche Bezeichnung erforderlich ist – die Regelung erfasst implizit jede Substanz, die die im Gesetz definierten Eigenschaften aufweist. In Österreich ist es eine Straftat, einem anderen eine Substanz mit dem Vorsatz zu überlassen oder zu verschaffen, dass sie von dem anderen zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewendet wird. In Irland steht bereits die Kenntnis eines wahrscheinlichen Konsums unter Strafe; Rumänien wendet keine dieser Voraussetzungen an. Auf das Anbieten solcher Substanzen steht in Österreich eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren, in Irland von bis zu fünf Jahren und in Rumänien von bis zu acht Jahren, die sich in Österreich und Rumänien wesentlich erhöht, wenn die Weitergabe den Tod eines Menschen oder schwere Körperverletzungen zur Folge hat.

Eine Reihe von Ländern hat die vorhandenen Drogengesetze mit Blick auf die Stärkung oder Beschleunigung der Verfahren zur Aufnahme neuer Substanzen erweitert. In Ungarn (2010) und Finnland (2011) wurden formelle wissenschaftliche Ausschüsse für die Risikobeurteilung eingerichtet, deren Aufgabe in der Schaffung faktischer Grundlagen für Entscheidungen über die Kontrolle neuer Substanzen besteht. Das Vereinigte Königreich führte 2011 per Gesetz ein neues Verfahren ein („temporary class drug orders“), durch das bezeichnete Substanzen für höchstens ein Jahr unter sofortige Kontrolle gestellt werden können; in dieser Zeit wird die Notwendigkeit einer ständigen Kontrolle geprüft. Ein ähnlicher Vorschlag zur vorläufigen Kontrolle von Substanzen wurde vom slowakischen Parlament beschlossen, aber vor den Wahlen von 2012 zurückgestellt. Manche Länder haben vorhandene Gesetze weiter ausgestaltet, indem nicht mehr wie bisher einzelne Stoffe, sondern definierte Stoffgruppen aufgelistet werden. Luxemburg und Italien stellten 2009 bzw. 2011 synthetische Cannabinoide als Stoffgruppe unter Kontrolle; in Italien kam

⁽⁶⁾ Siehe EBDD (2011d) mit einer Übersicht über politische Fragen in europäischen Ländern.

anschließend noch die Gruppe der Cathinone hinzu. Zypern nahm 2011 die Stoffgruppen synthetische Cannabinoide, Cathinone und Phenethylamine in das Drogengesetz auf, während Frankreich und Deutschland derzeit die Machbarkeit dieses Ansatzes prüfen.

Aufgrund der oft langwierigen legislativen Verfahren nutzen einige Länder andere vorhandene Gesetze, um schneller auf neue Substanzen reagieren zu können. So stützen sich mindestens acht Länder bei der Kontrolle nichttherapeutischer Substanzen auf die Arzneimittelgesetze. Italien, Polen, Portugal und das Vereinigte Königreich haben verschiedene Verbraucherschutzgesetze erlassen, die sich teils gegen psychoaktive Erzeugnisse im Allgemeinen richten (was zur Schließung von Geschäften geführt hat) und teils gegen einzelne Substanzen. So wurde beispielsweise Mephedron als „Pflanzendünger“ oder „Badesalz“ vertrieben, obwohl es für diese Verwendungszwecke ungeeignet ist. Dies mögen zwar nur Sofortmaßnahmen für die Zeit bis zur Annahme drogenrechtlicher Regelungen sein, doch geben sie den Ländern Zeit für die Erarbeitung innovativer Lösungen.

Eine weitere Option zur Kontrolle potenziell schädlicher Stoffe ist die Anpassung geltender Gesetze. Polen änderte 2010 die Definition von „Ersatzdroge“ (Substanz, die anstelle einer Droge oder zum selben Zweck wie diese konsumiert wird) durch Streichung des Erfordernisses der schädlichen Wirkung und der Gültigkeit allgemeiner Produktsicherheitsvorschriften für diese Substanzen. Eine gleichzeitig vorgenommene Aktualisierung des Gesundheitsschutzgesetzes ermöglicht dessen Anwendung bereits dann, wenn der Verdacht besteht, dass von einer Ersatzdroge eine Gefahr für die menschliche Gesundheit ausgeht. In Ungarn wurde dem Arzneimittelgesetz 2012 ein vorübergehender Anhang mit einer Liste nichttherapeutischer Mittel hinzugefügt, die auf das zentrale Nervensystem einwirken und die psychische Verfassung, das Verhalten oder die Wahrnehmung beeinflussen können, wodurch sie möglicherweise eine ebenso ernste Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen wie die bereits in den anderen Anhängen aufgeführten Substanzen. Der einschlägige Abschnitt des Strafgesetzbuchs wurde ebenfalls novelliert und ahndet nunmehr die Überlassung und den Vertrieb solcher Substanzen mit bis zu drei Jahren Freiheitsentzug. In Schweden dürfen die Strafvollzugsbehörden seit 2011 aus Gründen des Schutzes der öffentlichen Sicherheit bestimmte Stoffe sicherstellen und vernichten, die mutmaßlich zu Rauschzwecken konsumiert werden und Gesundheitsschäden oder den Tod verursachen können. Nach den neuen Gesetzen in Österreich und im Vereinigten Königreich kann die Polizei unter bestimmten Voraussetzungen eine Substanz in beliebiger Menge

beschlagnehmen, selbst wenn keine Straftat begangen wurde.

Immer häufiger werden auch Maßnahmen gegen die Bewerbung und den offenen Verkauf neuer psychoaktiver Substanzen ergriffen. So steht auf die Bewerbung der psychoaktiven Wirkungen einer zum Kauf angebotenen Substanz in Irland eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren und in Rumänien von ein bis drei Jahren. In der Tschechischen Republik kann die Förderung der Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz mit bis zu acht Jahren Gefängnis bestraft werden. In Rumänien drohen drei bis zehn Jahre Freiheitsentzug für die Werbeaussage, dass die Erzeugnisse legal vertrieben werden. Polen verhängt hohe Geldbußen für das Anbieten von „Ersatzdrogen“, während ihre Bewerbung mit bis zu einem Jahr Freiheitsentzug bestraft werden kann. In Rumänien sind empfindliche Geldbußen fällig, wenn eine rechtswidrige Website nicht innerhalb von zwölf Stunden nach einer entsprechenden ministeriellen Anweisung geschlossen wird.

Das rasche Aufkommen neuer und unbekannter Drogen hat viele unterschiedliche Maßnahmen nach sich gezogen, die ständig weiterentwickelt werden. So haben seit 2009 mindestens sieben Länder eine innovative Lösung eingeführt und eine weitere initiiert. In Europa bestehen große Unterschiede im Hinblick auf das Strafmaß und auf den Umfang der psychoaktiven Wirkung oder potenziellen Schädigung, an dem es sich orientiert. Dennoch sind zwei Trends erkennbar: die Androhung von Freiheitsentzug als Abschreckungsmaßnahme gegen das Angebot von Drogen und die Straffreiheit des Besitzes einer Substanz für den Eigengebrauch.

Drogenspezifische Forschungsarbeiten

Ergänzend und flankierend zu den Schwerpunktmaßnahmen der EU-Drogenstrategie fördert die Europäische Kommission verschiedene drogenspezifische Forschungsprojekte und Studien. Seit 2007 hat sie zu diesem Zweck mehr als 18 Mio. EUR in das Siebte Rahmenprogramm für Forschung und Innovation (RP7) investiert.

Zwei große europäische Studien hatten Drogen- und Alkoholabhängigkeit im Kontext von Hirnfunktionsstörungen zum Gegenstand. Wie die kürzlich abgeschlossene Studie zu psychosozialen Begünstigungsfaktoren für Hirnstörungen in Europa („Psychosocial factors relevant to brain disorders in Europe“ – PARADISE) zeigte, führen Suchterkrankungen zu schweren Belastungen im täglichen Leben. Am häufigsten wurden Einschränkungen der kognitiven und emotionalen Funktionen, Selbstvernachlässigung und Beziehungsverluste sowie Probleme in beruflicher und wirtschaftlicher Hinsicht

beobachtet. In einer anderen europäischen Großstudie hieß es 2011, dass gemessen an den behinderungsbereinigten Lebensjahren (DALY) Hirnerkrankungen den größten Anteil an der gesellschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten in der Europäischen Union haben, nämlich 26,6 % (Wittchen et al., 2011). Dieser Studie zufolge zählen Drogen- und Alkoholabhängigkeit zu den häufigsten Hirnstörungen; nur Angststörungen, Schlaflosigkeit, schwere Depressionen und somatoforme Störungen sind noch stärker verbreitet.

Bei einer Studie über den Zugang zu Opioid-Medikation in Europa („Access to opioid medication in Europe“ – ATOME) wurden die Ursachen für die Unterversorgung mit opioiden Arzneimitteln für Patienten mit mittelstarken bis starken Schmerzen oder mit Opioidabhängigkeit untersucht. Erste Ergebnisse dieses noch bis Ende 2014 laufenden Projekts waren die Veröffentlichung neuer Leitlinien der WHO (2011) in 14 Sprachen und eine Untersuchung zu potenziellen Hindernissen beim Zugang und bei der Verfügbarkeit von Opioiden. Zum Abschluss der Studie sollen Länderberichte mit konkreten Empfehlungen für legislative Änderungen vorgelegt werden.

Am Projekt ALICE RAP („Addictions and lifestyles in contemporary Europe – reframing additions project“), dessen Laufzeit 2016 endet, sind über 100 Wissenschaftler und 70 Forschungseinrichtungen aus mehr als 30 Ländern beteiligt. In den sieben großen Arbeitsbereichen soll wissenschaftliches Faktenwissen zusammengetragen werden, um den öffentlichen und politischen Dialog über die Herausforderungen von Drogen- und sonstigen Abhängigkeiten für die europäische Gesellschaft zu unterstützen und die Debatte über das Herangehen an die Suchtproblematik zu stimulieren.

Im Februar 2012 ging das Projekt Linksch an den Start („Grasping the links in the chain: understanding the unintended consequences of international counter-narcotics measures for the EU“), bei dem sieben Partner aus vier Ländern unbeabsichtigte Folgen von Drogenbekämpfungsmaßnahmen untersuchen. Es soll einen Beitrag zu einer umfassenderen Drogenbekämpfungsstrategie leisten, die möglichst ohne ungewollte Auswirkungen bleibt. Nicht zuletzt wird 2013 im Rahmen der Vernetzung des europäischen Forschungsraums (ERA-NET) ein aus dem RP7 gefördertes Projekt zu illegalen Drogen anlaufen.

Auch im Rahmen des Programms der Europäischen Kommission zur Drogenprävention und -information („Drug prevention and information programme“ – DPIIP) wurden mehrere Projekte gefördert, darunter die Studie „Further analysis of the EU illicit drugs market and responses to

it“, bei der Merkmale und Funktionsweise der Märkte für Cannabis, Kokain, Amphetamine und Ecstasy in der Europäischen Union untersucht wurden, und das Projekt „New methodological tools for policy and programme evaluation“ (DPE), dessen Teilnehmer Indikatoren für die Überwachung von Angebot und Nachfrage illegaler Drogen entwickeln sowie Maßnahmen und Interventionen evaluieren (7).

DRUID: „Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines“ (Einfluss von Drogen, Alkohol und Medikamenten auf die Fahrtüchtigkeit)

Das Ziel des 2011 abgeschlossenen Projekts DRUID bestand darin, neue Erkenntnisse zum Einfluss von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten auf die Sicherheit im Straßenverkehr zu gewinnen und Empfehlungen für die Politik zu erarbeiten. Mithilfe harmonisierter Datenerhebungsprotokolle wurden in 13 europäischen Ländern bei 50 000 willkürlich ausgewählten Kraftfahrern sowie bei 4 500 Kraftfahrern, die bei einem Unfall schwer verletzt oder getötet worden waren, Proben von Körperflüssigkeiten entnommen. Wie sich herausstellte, hatten 3,5 % der Fahrer Alkohol getrunken, und bei 1,5 % der Getesteten war der allgemein zulässige Blutalkoholgehalt von 0,5 g/l überschritten, wobei das Risiko, bei einem Verkehrsunfall ums Leben zu kommen, gegenüber den nüchternen Fahrern stark erhöht war.

Bei den Tests auf Spuren illegaler Drogen wurden in der Gruppe der willkürlich getesteten Kraftfahrer am häufigsten Tetrahydrocannabinol (THC) (1,3 %) und Kokain (0,4 %) gefunden. Der Nachweis von THC stand im Zusammenhang mit einem leicht erhöhten Risiko des Kraftfahrers, verletzt zu werden oder für einen tödlichen Unfall verantwortlich zu sein, während der Einfluss von Kokain und Amphetamin mit einem erhöhten Risiko für den Fahrer selbst einherging. Psychoaktive Medikamente und vor allem Benzodiazepine wurden bei 1,4 % der Fahrer nachgewiesen; sie gingen mit einem signifikant erhöhten Risiko einher, bei einem Verkehrsunfall ums Leben zu kommen. Noch höher waren all diese Risiken, wenn Substanzen zusammen mit Alkohol oder anderen Drogen eingenommen wurden, was in Europa häufig der Fall ist.

Die Auswertung der Ergebnisse ergab, dass die meisten Geräte und Methoden für Drogentests im Straßenverkehr nicht die nötige Genauigkeit bieten. Zu den wirksamen Bekämpfungsmaßnahmen zählen der Führerscheinentzug für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten sowie Rehabilitationsprogramme. Maßgeblich für ihren Erfolg ist jedoch die Unterscheidung zwischen verschiedenen Typen straffälliger Personen. Dennoch lautete eine der wichtigsten Schlussfolgerungen von DRUID, dass für Maßnahmen zur Bekämpfung des Fahrens unter Drogeneinfluss keine Mittel genutzt werden sollten, die eigentlich für die Bekämpfung von Alkohol am Steuer bestimmt sind.

(7) Weitere Informationen über Forschungsarbeiten zur Drogenproblematik in Europa sind auf der Forschungs-Website der EBDD abrufbar.

Entwicklungen in der Suchtforschung (!)

In den EU-Mitgliedstaaten hat sich der Umfang der Suchtforschung im letzten Jahr nahezu verdreifacht, auch wenn die neuen Publikationen in diesem Bereich weiterhin zu nahezu einem Drittel von US-Wissenschaftlern stammen. Im Jahr 2011 stieg nicht nur die Zahl der Veröffentlichungen zu Alkohol, Nikotin und Psychostimulanzien, sondern es kamen im Suchtbereich auch deutlich mehr genetische und bildgebende Verfahren zum Einsatz. Entwicklungsbedarf besteht jedoch im Hinblick auf klinische Versuche mit neuen Suchtbehandlungsstrategien, auf die nicht einmal 7 % der Studien entfielen.

Wichtige veröffentlichte klinische Studien in diesem Bereich betrafen die Substitutionstherapie und den Einsatz von Anti-Craving-Substanzen bei Methamphetamin-Abhängigkeit, den Einsatz von Buprenorphin/Naloxon bei Opioidabhängigkeit sowie neue Opioid-Entzugstherapien beispielsweise unter

Verwendung von Tetrodotoxin. Weitere Studien galten den verhaltensphysiologischen, physiologischen und molekularen Grundlagen des assoziativen bzw. konditionierten Lernens bei Drogenmissbrauchsparadigmen sowie der Erarbeitung möglicher neuer Zielsetzungen in der Therapieentwicklung.

In der neurowissenschaftlichen Suchtforschung werden vor allem das Belohnungssystem des Gehirns und die Wirkung von Dopamin untersucht, doch weisen neue Daten auf andere Möglichkeiten hin. Beispielsweise haben Neuroimaging-Studien an Tieren und Menschen gezeigt, dass der präfrontale Kortex das Drogenkonsumverhalten wesentlich mitbestimmt. Mit fortschreitendem Suchtprozess verändern sich die Interaktionen zwischen den dorsalen und ventralen Regionen des präfrontalen Kortex, was auf einen Einfluss von Neurotransmittern wie Noradrenalin, Serotonin, Glutamat und Cannabinoiden hindeutet.

(!) Erarbeitet von Fernando Rodríguez de Fonseca und Jean-Pol Tassin, Mitglieder des Wissenschaftlichen Ausschusses der EBDD.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 2

Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa

Einleitung

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in Europa gegeben, und es werden Tendenzen und Entwicklungen aufgezeigt, soweit dies möglich ist. Zunächst werden Präventionsmaßnahmen untersucht, gefolgt von Maßnahmen in den Bereichen Behandlung, soziale Reintegration und Schadensminimierung. Alle diese Maßnahmen sind Teil eines umfassenden Systems zur Nachfragereduzierung und werden zunehmend koordiniert und integriert. Im letzten Abschnitt geht es um Prioritäten bei der Strafverfolgung im Drogenbereich und um Verstöße gegen die Drogengesetzgebung.

Prävention

Innerhalb der Drogenprävention ist zwischen verschiedenen Ebenen oder Strategien zu unterscheiden, von der Verhältnisprävention, die auf die Gesellschaft insgesamt abzielt, bis hin zur indizierten Prävention, die den Schwerpunkt auf bestimmte gefährdete Personen legt. Die größten Herausforderungen für die Prävention bestehen darin, diese verschiedenen Strategien auf den Grad der Anfälligkeit der Zielgruppen abzustimmen (Derzon, 2007) und sicherzustellen, dass die Interventionen wissenschaftlich fundiert sind und genügend Reichweite haben. Zumeist richten sich die Präventionsstrategien auf den Substanzkonsum im Allgemeinen, wobei zum Teil auch damit zusammenhängende Probleme wie Gewalt und sexuelles Risikoverhalten in den Blick genommen werden. Nur wenige Programme gelten einer spezifischen Substanz, wie z. B. Alkohol, Tabak oder Cannabis.

Milieubezogene Strategien

Durch die Verhältnisprävention soll das kulturelle, soziale, räumliche und wirtschaftliche Umfeld verändert werden, das die Wahl der Menschen bezüglich des Konsums von Drogen beeinflusst. Typisch für die betreffenden Strategien sind Maßnahmen wie die Erhöhung der Alkoholpreise, Tabakwerbeverbote und Rauchverbote überall dort, wo

ihre Wirksamkeit gut belegt ist. Weitere milieubezogene Strategien haben die Schaffung eines sicheren schulischen Umfelds zum Ziel. Die europäischen Länder nennen unter anderem folgende Beispiele: Förderung eines positiven und unterstützenden Lernklimas (Polen, Finnland); Vermittlung gesellschaftlicher Normen und Werte (Frankreich); mehr Sicherheit an den Schulen durch Polizeipräsenz im Umfeld (Portugal).

Es wurde die Auffassung geäußert, dass soziale Probleme wie Substanzkonsum, Teenagerschwangerschaften und Gewalt vor allem in Ländern mit einem hohen Maß an sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit auftreten (Wilkinson und Pickett, 2010). Finnland und andere skandinavische Länder stellen umfangreiche Mittel für milieubezogene Strategien bereit, die die soziale Eingliederung in Familie, Schule, Gemeinde und Gesellschaft fördern und dazu beitragen, den Drogenkonsum zu senken und niedrig zu halten. Präventionsprogramme und Maßnahmen zur Bekämpfung spezifischer Probleme oder Drogen werden in diesen Ländern seltener angewandt.

Universale Prävention

Die universale Prävention hat ganze Bevölkerungsgruppen zum Gegenstand, vorwiegend an Schulen und auf Gemeinschaftsebene. Sie soll substanzbezogenes Risikoverhalten eindämmen, indem sie jungen Menschen die nötigen Kompetenzen zur Vermeidung oder Verzögerung des Einstiegs in den Substanzkonsum vermittelt. In der Tschechischen Republik wurde kürzlich bei der Evaluation des Präventionsprogramms „Unplugged“ festgestellt, dass nach Angaben der teilnehmenden Schüler der Raucheranteil signifikant abgenommen hatte und die Häufigkeit von Rauchen, Betrunkensein, Cannabiskonsum und sonstigem Drogenkonsum zurückgegangen war (Gabrhelik et al., 2012). Andererseits wurde kürzlich über Abstriche an der universalen Prävention in Griechenland und Spanien sowie über einen Personalabbau im Präventionsbereich in Lettland berichtet, was die bereits geäußerte Vermutung bekräftigt, dass die Prävention zu den Bereichen gehört,

Prävention: der Umgebungskontext

Jüngste Erkenntnisse der sozialen Neurowissenschaft (Steinberg, 2008) stützen die sozialwissenschaftliche Erkenntnis, dass der Umgebungskontext bei Heranwachsenden starken Einfluss auf das Risikoverhalten hat.

Etwa mit Beginn der Pubertät steigt die Risikobereitschaft aufgrund von Veränderungen im sozioemotionalen System des Gehirns, wodurch das Streben nach Belohnung stärker wird und die Impulskontrolle in Gegenwart Gleichaltriger abnimmt. Die verstärkte Empfänglichkeit für Meinungen anderer und für wahrgenommene Normen macht verständlich, warum ein Großteil des Risikoverhaltens Jugendlicher, wie zum Beispiel unkontrollierter Drogen- und Alkoholmissbrauch und rücksichtsloses Verhalten im Straßenverkehr, fast ausnahmslos im sozialen Kontext stattfindet. Im entscheidenden Moment besteht die Gefahr, dass Jugendliche in Gruppen keine überlegten Entscheidungen treffen oder Gefahren nicht rational einschätzen.

Die Forschung zeigt, dass der Schwerpunkt bei der Präventivarbeit mit Jugendlichen nicht auf der Aufklärung liegen sollte, sondern auf Normen und Wahrnehmungen von Normalität. Sie unterstreicht die Wichtigkeit einer auf Umgebungskontexte wie Schule, Familie und Freizeitbereich konzentrierten Prävention. Ferner belegt sie die Bedeutung der elterlichen Kontrolle und spricht für Maßnahmen zur Begrenzung von Schadensmöglichkeiten in Umgebungen, in denen Jugendliche in Gruppen interagieren, insbesondere im Freizeitbereich und im Nachtleben. Vor allem aber stützen diese Erkenntnisse den milieubezogenen Präventionsansatz, der insbesondere auf die Änderung des Umfeldes und nicht allein auf Überzeugungsarbeit gerichtet ist.

in denen angesichts der Krise der Rotstift angesetzt wird (EBDD, 2011a).

Das von der EBDD herausgegebene Handbuch der Präventionsstandards (EBDD, 2011b) soll die Mitgliedstaaten bei der Qualitätssicherung ihrer Präventionsprogramme unterstützen und wurde schon von mehreren Ländern erfolgreich genutzt. So nahm Irland vor Kurzem eine Bewertung des nationalen Präventionsprogramms für Sekundarschulen vor. Die Tschechische Republik verbesserte ihr Präventionsförderungsprogramm, indem sie das erste Zertifizierungssystem in Europa einführte und Fördermittel nur noch für zertifizierte Projekte vergeben werden. Durch die Zertifizierung von Fachleuten sollen die Qualität der Programmdurchführung erhöht und eine effiziente Verwendung öffentlicher Gelder sichergestellt werden.

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. Deutschland, Dänemark, Spanien, Portugal und Österreich ergriffen gezielte Präventionsmaßnahmen für Berufsschüler, da bei dieser Gruppe Jugendlicher ein erhöhtes Risiko der Entstehung von Drogenproblemen festgestellt wurde. Irland verfolgt gegenüber gefährdeten Jugendlichen einen breiten Präventionsansatz durch Förderung von Lese-, Rechtschreib- und Rechenkenntnissen bei benachteiligten Schülern. Italien und nordeuropäische Gemeinden berichten über gezielte gemeindenahe Maßnahmen für stark gefährdete Jugendliche, bei denen individuelle und milieubezogene Strategien – aufsuchende Sozialarbeit, Jugendarbeit und formelle Kooperation zwischen kommunalen Behörden und freien Trägern – miteinander kombiniert werden. Es geht darum, Jugendliche mit hohem Risiko zu erreichen, ohne sie für spezifische Programme zu rekrutieren.

Häufig wird auch über Frühinterventionsansätze in Europa berichtet, die sich jedoch in Bezug auf Ziel und Inhalt je nach Land unterscheiden. Bei der aktuellen Präventionsstrategie im Vereinigten Königreich hat der Begriff „Frühintervention“ wieder seine ursprüngliche Bedeutung angenommen: Kinder aus benachteiligten Verhältnissen erhalten bereits in frühen Lebensjahren Unterstützung in sozialer und emotionaler Hinsicht sowie beim Lernen ⁽⁸⁾. Das Auftreten von Problemen (einschließlich Substanzkonsum) soll von vornherein verzögert oder verhindert werden, anstatt abzuwarten und erst zu reagieren, wenn die Probleme bereits aufgetreten sind (Allen, 2011). Bei der Frühintervention können auch Programme zur Elternbildung eine wichtige Rolle spielen, doch sind aktive Elternarbeit und Elternschulung im Bereich der selektiven Prävention nach wie vor selten.

Indizierte Prävention

Indizierte Prävention zielt darauf ab, Menschen mit Verhaltensstörungen oder psychischen Problemen zu ermitteln, die einen problematischen Substanzkonsum im späteren Leben vermuten lassen, und für diese Menschen individuelle, spezifische Maßnahmen anzubieten. In den meisten europäischen Ländern stützt sich die Prävention hauptsächlich auf die Beratung junger Substanzkonsumenten. Eine Ausnahme in dieser Hinsicht ist „Preventure“ ⁽⁹⁾ im Vereinigten Königreich, ein an die dortigen Gegebenheiten angepasstes Programm aus

⁽⁸⁾ Während der Begriff „Frühintervention“ heute für Interventionen im „Frühstadium des Substanzkonsums“ verwendet wird.

⁽⁹⁾ Siehe dazu EDDRA-Website (Austausch über Nachfragereduzierungsmaßnahmen).

Kanada speziell für Jugendliche, die Alkohol wegen des intensiven Erlebnisses trinken („sensation seeking“). Als eines der am positivsten bewerteten Programme aus dem heutigen Angebotsspektrum wird es jetzt auch in der Tschechischen Republik und in den Niederlanden durchgeführt.

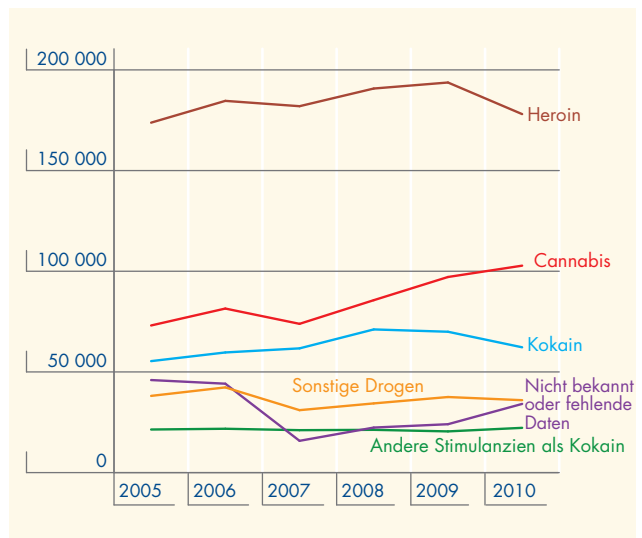
Behandlung

In Europa stützt man sich bei der Behandlung von Drogenkonsumenten in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen, die opioidgestützte Substitutionstherapie und Entgiftung. Die Höhe der Anteile der unterschiedlichen Behandlungsformen in den einzelnen Ländern ist von mehreren Faktoren abhängig, unter anderem von der Organisation des nationalen Gesundheitssystems. Drogenbehandlungsdienste können in einer Vielzahl von Einrichtungen angeboten werden: in spezialisierten Behandlungseinrichtungen, einschließlich Einrichtungen für die ambulante oder stationäre Behandlung, in psychiatrischen Einrichtungen und in Krankenhäusern, in Behandlungseinrichtungen in Haftanstalten, in niedrighschwelligten Einrichtungen und in allgemeinärztlichen Praxen.

Es liegen keine Daten vor, die eine Beschreibung der gesamten Gruppe der Drogenkonsumenten in Europa erlauben, die sich gegenwärtig einer Drogenbehandlung unterziehen. Informationen zu einer wichtigen Untergruppe dieser Bevölkerungsgruppe werden jedoch im Rahmen des Indikators „Behandlungsnachfrage“ der EBDD gesammelt, der Daten zu jenen Personen erfasst, die sich im Laufe des Kalenderjahres in spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtungen begeben; diese Daten lassen Rückschlüsse auf bestimmte Merkmale der Patienten und deren Profile des Drogenkonsums zu⁽¹⁰⁾. Im Jahr 2010 wurden mittels dieses Indikators rund 472 000 Drogenkonsumenten erfasst, die eine Behandlung aufgenommen hatten. In 38 % dieser Fälle (178 000 Personen) hatten sich die Betroffenen erstmals im Leben in Behandlung begeben. In den letzten fünf Jahren gaben die in eine Behandlung eintretenden Patienten am häufigsten Heroin, Cannabis und Kokain als Primärdrugs an, wobei der stärkste Anstieg bei Cannabis zu beobachten war (siehe Abbildung 2).

Auf der Grundlage vieler verschiedener Quellen, einschließlich des Indikators Behandlungsnachfrage und der nationalen Opioid-Substitutionsregister, kann davon

Abbildung 2: Entwicklung der geschätzten Anzahl der in eine Behandlung eintretenden Patienten nach Primärdrugs



Anmerkung: Näheres dazu siehe Abbildung TDI-1 (Teil (ii) im Statistical Bulletin 2012).

Quelle: Nationale Reintox-Knotenpunkte.

ausgegangen werden, dass sich im Jahr 2010 in der Europäischen Union sowie in Kroatien, der Türkei und Norwegen mindestens 1,1 Millionen Menschen wegen ihres illegalen Drogenkonsums in Behandlung begeben haben⁽¹¹⁾. Von diesen Personen hat mehr als die Hälfte eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung erhalten, bei einem weiteren bedeutenden Anteil erfolgte die Behandlung von Problemen im Zusammenhang mit Opioiden, Stimulanzien, Cannabis und anderen illegalen Drogen durch andere Behandlungsformen⁽¹²⁾. Diese Schätzung bezüglich der Behandlung von Drogenkonsumenten in der Europäischen Union muss zwar verfeinert werden, lässt jedoch zumindest für Opioidkonsumenten auf ein beachtliches Behandlungsangebot schließen. Zurückzuführen ist dies auf den großzügigen Ausbau der spezialisierten ambulanten Dienste in den letzten 20 Jahren unter umfassender Beteiligung von primären Gesundheitsdiensten, Selbsthilfegruppen, allgemeinen psychologischen Diensten sowie Anbietern von aufsuchenden und niedrighschwelligten Diensten.

Ambulante Behandlung

Es liegen Informationen zu rund 400 000 Drogenkonsumenten vor, die sich im Jahr 2010 in eine spezialisierte ambulante Behandlung begaben. Fast die

⁽¹⁰⁾ Der Indikator „Behandlungsnachfrage“ umfasst Daten zu spezialisierten Drogenbehandlungseinrichtungen in 29 Ländern. Die meisten Länder haben Daten zu mehr als 60 % dieser nationalen Einrichtungen übermittelt; bei einigen Ländern konnte der Anteil der erfassten Einrichtungen jedoch nicht ermittelt werden (siehe Tabelle TDI-7 im Statistical Bulletin 2012).

⁽¹¹⁾ Siehe nachfolgender Kasten „Schätzungen zur Zahl der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten in Europa“ und Tabelle HSR-10 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹²⁾ Ausführlichere Informationen zu bestimmten Arten der Drogenbehandlung im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Substanzen sind den entsprechenden Kapiteln zu entnehmen.

Hälfte der in eine Behandlung eintretenden Personen (48 %) nannte Opioide und insbesondere Heroin als Primärdroge; 27 % gaben Cannabis, 17 % Kokain und 4 % andere Stimulanzien als Kokain als Primärdroge an ⁽¹³⁾. Die meisten Drogenkonsumenten begeben sich aus eigenem Antrieb in Behandlung (35 %), gefolgt von Überweisungen durch Sozial- und Gesundheitsdienste (29 %) und Überweisungen aus dem Strafvollzug (20 %). Die verbleibenden Patienten begeben sich auf Anraten von Familie, Freunden und informellen Netzen in Behandlung ⁽¹⁴⁾.

Die in eine ambulante Behandlung eintretenden Drogenkonsumenten sind im Durchschnitt 31 Jahre alt. In dieser Gruppe ist der Anteil der Männer nahezu viermal so hoch wie der der Frauen, was sich teilweise durch den höheren Anteil an Männern unter den problematischen Drogenkonsumenten erklären lässt. Hohe Anteile der Männer im Verhältnis zu den Frauen können bei allen Substanzen verzeichnet werden, variieren jedoch je nach Droge und Land ⁽¹⁵⁾. Im Allgemeinen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Süden Europas sowie bei Kokain- und Cannabispatienten stärker ausgeprägt als im Norden Europas und bei Stimulanzien- und Opioidpatienten ⁽¹⁶⁾. Unter denjenigen, die sich in ambulante Behandlung begeben, sind die Patienten mit primärem Cannabiskonsum fast zehn Jahre jünger (25) als die Patienten mit primärem Konsum von Kokain (33) und Opioiden (34). Insgesamt sind die Patienten den Länderangaben zufolge in Ungarn, Polen, Rumänien und der Slowakei am jüngsten (26-27) und in Italien, Portugal und Norwegen am ältesten (34-35) ⁽¹⁷⁾.

In Europa stützt man sich bei der ambulanten Behandlung von Drogenkonsumenten in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen und die opioidgestützte Substitutionstherapie. Die psychosozialen Maßnahmen umfassen Beratung, motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Fallmanagement, Gruppen- und Familientherapie sowie Rückfallprävention. Sie unterstützen die Konsumenten bei der Bewältigung und Überwindung ihrer Drogenprobleme und stellen die grundlegende Behandlungsform für Konsumenten von Stimulanzien wie Kokain oder Amphetaminen dar ⁽¹⁸⁾. Opioidkonsumenten erhalten diese Behandlungsform häufig in Kombination mit einer Substitutionsbehandlung.

In fast allen Ländern liegt die ambulante psychosoziale Betreuung in der gemeinsamen Verantwortung von öffentlichen und freien Trägern. In 20 Ländern erfolgt die Versorgung vorwiegend durch öffentliche Einrichtungen und in acht Ländern vorwiegend durch freie Träger ⁽¹⁹⁾, die außerdem in weiteren elf Ländern den zweitgrößten Anteil am Patientenaufkommen haben. Gewerbliche Einrichtungen spielen in diesem Therapiebereich generell eine weniger bedeutende Rolle, sind aber – mit Patientenanteilen zwischen 5 % und 35 % – immerhin in acht Ländern (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Lettland, Litauen, Slowakei, Türkei, Zypern) zweitwichtigster Anbieter.

Bei einer 2010 durchgeführten Umfrage in Europa gaben nationale Sachverständige an, dass eine ambulante psychosoziale Behandlung in 14 Ländern für fast alle Behandlungssuchenden und in elf Ländern für die Mehrzahl der Behandlungssuchenden zur Verfügung steht. In drei Ländern (Bulgarien, Estland, Rumänien) allerdings erhalten den Schätzungen zufolge nur knapp 50 % der betreffenden Behandlungssuchenden einen Therapieplatz. Hinter diesen Angaben verbergen sich möglicherweise große Unterschiede innerhalb einzelner Länder, so auch in der Verfügbarkeit spezieller Therapieprogramme für Zielgruppen wie ältere Drogenkonsumenten oder ethnische Minderheiten. Einige Länder berichten, dass eine solche spezielle Versorgung in Krisen- und Sparzeiten schwer zu bewerkstelligen ist.

Nach den Angaben der Sachverständigen zur ambulanten psychosozialen Behandlung bestehen in zwölf von 29 Berichtsländern keine Wartezeiten und in elf Ländern geschätzte durchschnittliche Wartezeiten von weniger als einem Monat. In Norwegen wird die durchschnittliche Wartezeit auf acht Wochen geschätzt. Bei vier Ländern konnten die Sachverständigen keine Angaben machen. In Dänemark muss die Behandlung laut gesetzlicher Vorgabe innerhalb von 14 Tagen beginnen.

Die Substitutionsbehandlung ist in Europa die vorherrschende Option für die Behandlung von Opioidkonsumenten. Sie erfolgt in aller Regel ambulant durch spezialisierte Einrichtungen, wobei sie jedoch in einigen Ländern auch in stationären Behandlungseinrichtungen und zunehmend auch in Haftanstalten angeboten wird ⁽²⁰⁾. Darüber hinaus

⁽¹³⁾ Siehe Tabelle TDI-19 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹⁴⁾ Siehe Tabelle TDI-16 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹⁵⁾ Informationen zu in Behandlung befindlichen Patienten sind den entsprechenden Kapiteln zu entnehmen.

⁽¹⁶⁾ Siehe Tabelle TDI-21 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹⁷⁾ Siehe Tabellen TDI-9 (Teil iv) und TDI-103 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹⁸⁾ Nach Primärschubstanz untergliederte Informationen zur Behandlung sind den jeweiligen Kapiteln zu entnehmen.

⁽¹⁹⁾ Ausgehend vom Anteil der Patienten leisten öffentliche Einrichtungen und freie Träger in Bulgarien jeweils einen gleich großen Beitrag zur ambulanten (und stationären) Behandlung.

⁽²⁰⁾ Siehe „Selected Issue“ von 2012 zu Drogenkonsumenten im Strafvollzug.

spielen allgemeinärztliche Praxen, häufig im Rahmen gemeinsamer Behandlungskonzepte mit spezialisierten Einrichtungen, eine immer wichtigere Rolle bei der Erbringung dieser Behandlungsform. In allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien, der Türkei und Norwegen sind Substitutionsbehandlungen für Opioidkonsumenten verfügbar ⁽²¹⁾. Insgesamt gehen die Schätzungen davon aus, dass sich in Europa im Jahr 2010 rund 709 000 Konsumenten einer Substitutionsbehandlung unterzogen haben. Verglichen mit 2009 ist die Zahl der Substitutionspatienten in den meisten Ländern gestiegen, während Spanien und die Slowakei jeweils einen geringen Rückgang melden ⁽²²⁾.

Stationäre Behandlung

Es liegen Daten zu etwa 50 000 Drogenkonsumenten vor, die sich im Jahr 2010 in Europa in stationäre Behandlung begeben haben ⁽²³⁾. Die Hälfte dieser Patienten gab Opioide als Primärdroge an (48 %), gefolgt von Cannabis (16 %), Amphetaminen und anderen Stimulanzien als Kokain (13 %) sowie Kokain (6 %). Patienten in stationärer Behandlung sind vorwiegend junge Männer mit einem

Durchschnittsalter von 31 Jahren, wobei das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei 3:1 liegt ⁽²⁴⁾.

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

Die Patienten in stationärer Behandlung erhalten Unterkunft sowie individuell strukturierte psychosoziale Behandlungen und nehmen an Aktivitäten teil, die ihre gesellschaftliche Rehabilitation und Reintegration unterstützen sollen. In diesem Zusammenhang wird häufig das Konzept der therapeutischen Gemeinschaften herangezogen ⁽²⁵⁾. Darüber hinaus werden stationäre Drogenbehandlungen in psychiatrischen Kliniken durchgeführt, vor allem bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität.

Entgiftungsbehandlungen werden in 22 Ländern vor allem in öffentlichen Einrichtungen angeboten; in Zypern und Luxemburg dagegen hauptsächlich in privaten Einrichtungen, die außerdem in zwölf weiteren Ländern zweitgrößter Anbieter sind. Freie Träger sind in den Niederlanden die wichtigsten und in acht weiteren Ländern die zweitwichtigsten Anbieter. Nach Einschätzung der nationalen Sachverständigen steht eine Entgiftungsbehandlung in zwölf Ländern für fast alle Behandlungssuchenden und in neun Ländern für die Mehrheit der Behandlungssuchenden zur Verfügung. In sieben Ländern (Estland, Irland, Griechenland, Lettland, Rumänien, Ungarn, Norwegen) erhält wahrscheinlich weniger als die Hälfte der Behandlungssuchenden eine solche Therapie. Die geschätzte Wartezeit für eine Entgiftung beträgt in 15 Ländern weniger als zwei Wochen. In acht Ländern wird sie mit zwei bis vier Wochen veranschlagt, in Österreich und Slowenien mit mehr als einem Monat. Bei drei Ländern wurden von den

Schätzungen zur Zahl der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten in Europa

Seit 2008 sammelt die EBDD jährliche Daten zur Gesamtzahl der Patienten, die in Europa drogentherapeutisch behandelt werden. Bei der jüngsten Datenerfassung übermittelten 14 Länder verlässliche Mindestschätzungen zur Zahl der Personen, die 2010 in Kontakt mit Behandlungseinrichtungen standen, was auf insgesamt 900 000 Patienten schließen lässt. Für die übrigen 16 Länder wurden Teildatensätze verwendet, nämlich die Zahl der Behandlungsnachfragen oder die Zahl der in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlichen Patienten in jenem Jahr, je nachdem, welcher dieser Werte der höhere war. Folglich wurden für sieben Länder Daten zu den in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlichen Patienten (171 000 Patienten) verwendet und für neun Länder Daten zum Indikator „Behandlungsnachfrage“ (48 000 Patienten). Wie sich zeigte, standen in Europa 2010 insgesamt mindestens 1,1 Millionen Personen im Kontakt mit Behandlungsdiensten. Die gemeinsamen Bemühungen der EBDD und der Mitgliedstaaten um die Qualitätssicherung der nationalen Schätzwerte zum gesamten Behandlungsaufkommen werden künftig noch bessere Schätzungen auf europäischer Ebene ermöglichen.

⁽²¹⁾ Siehe Tabellen HSR-1 und HSR-2 im Statistical Bulletin 2012.

⁽²²⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2012. Weitere Informationen zu Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Trends bei der Substitutionsbehandlung siehe Kapitel 6.

⁽²³⁾ Diese Angabe ist mit Vorsicht zu interpretieren, da nicht alle Konsumenten darin erfasst sind, die sich in stationäre Behandlung begeben.

⁽²⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 und TDI-24 im Statistical Bulletin 2012.

⁽²⁵⁾ Siehe Kasten „Therapeutische Gemeinschaften für die Rehabilitation von Drogenkonsumenten in Europa“.

Sachverständigen keine Schätzwerte übermittelt. Hinter den nationalen Schätzwerten für die Wartezeiten können sich allerdings in allen Fällen bedeutende Unterschiede innerhalb einzelner Länder verbergen.

Ambulante Behandlungen werden in 14 Ländern vor allem von öffentlichen Trägern angeboten und in elf Ländern vorwiegend von freien Trägern. Private Einrichtungen sind in Dänemark der größte und in sechs weiteren Ländern der zweitgrößte Anbieter. Nach Einschätzung der nationalen Sachverständigen steht eine ambulante psychosoziale Behandlung in zehn Ländern für fast alle Behandlungssuchenden zur Verfügung und in elf Ländern für die Mehrheit der Behandlungssuchenden. In sieben Ländern dagegen (Bulgarien, Dänemark, Estland, Zypern, Ungarn, Rumänien, Finnland) erhielt nicht einmal die Hälfte der Behandlungssuchenden einen Therapieplatz.

Die Sachverständigen aus Griechenland, Polen, Portugal, der Slowakei und Kroatien schätzten ein, dass in ihren Ländern im stationären Bereich keine Wartezeiten bestehen. In 13 Ländern wurde die durchschnittliche Wartezeit mit weniger als einem Monat veranschlagt und in vier Ländern mit mehr als einem Monat.

Soziale Wiedereingliederung

Drogenkonsumenten und vor allem Opioidkonsumenten sind stark von sozialer Ausgrenzung betroffen. Die Angaben zum sozialen Status der 2010 in Behandlung

Therapeutische Gemeinschaften für die Rehabilitation von Drogenkonsumenten in Europa

Nach herkömmlichem Verständnis ist eine therapeutische Gemeinschaft eine drogenfreie Umgebung, die Menschen mit Drogenproblemen (und anderen Problemen) ein geordnetes und strukturiertes Zusammenleben bietet, wodurch soziale und psychische Veränderungen gefördert werden. Die Patienten gestalten nicht nur ihren eigenen Therapieprozess, sondern auch den der anderen aktiv mit und teilen sich mit den Mitarbeitern der Einrichtung die Verantwortung für die Organisation des täglichen Lebens in der Gemeinschaft. In den vergangenen Jahren hat dieser Ansatz mit Blick auf die Bedürfnisse von Opioid-Substitutionspatienten, Jugendlichen, obdachlosen Männern und Frauen, Müttern und Kindern sowie Menschen mit HIV-Infektion und mit psychischen Problemen eine Weiterentwicklung erfahren.

In einer für 2013 vorgesehenen Veröffentlichung aus der „Insights“-Reihe der EBDD soll die Rolle der therapeutischen Gemeinschaften bei der Behandlung von Drogenkonsumenten in Europa untersucht werden.

getretenen Patienten zeigen, dass mehr als die Hälfte (56 %) arbeitslos war und dass dieser Anteil in 15 der 24 Länder, die Trenddaten übermittelten, in den zurückliegenden fünf Jahren gestiegen war. Auch ein niedriges Bildungsniveau findet sich häufig unter diesen Patienten, von denen 38 % lediglich die Grundschule abgeschlossen und 2 % nicht einmal diesen Abschluss erreicht haben. Viele Drogentherapiepatienten sind obdachlos: 10 % geben an, keine feste Unterkunft zu haben.

Ein Schlüsselfaktor bei der sozialen Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten ist die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, d. h. der Fähigkeit zur Aufnahme und Erhaltung eines Arbeitsverhältnisses. Den betreffenden Maßnahmen liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der Drogenkonsum und die damit einhergehenden Probleme nicht nur den Eintritt oder Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt in Frage stellen können, sondern auch die Fähigkeit zum Verbleib in einer Beschäftigung. Die berufliche Bildung umfasst in Europa vielfältige Programme zur Förderung der Kompetenzen und Qualitäten, die erforderlich sind, um einen Arbeitsplatz zu finden und zu halten. Dazu gehören Gesprächskompetenzen und die Selbstpräsentation im Vorstellungsgespräch, Zeitmanagement, Computerkenntnisse, Selbstwirksamkeit und Einsatzbereitschaft. Daneben bieten auch Drogentherapiedienste und spezialisierte Anbieter wie nationale Bildungsbehörden und Arbeitsagenturen Unterstützung bei der Entwicklung beruflicher Kompetenzen und Qualifikationen (EBDD, 2011a).

Ein erfolgversprechender Ansatz besteht darin, Unterstützungsmaßnahmen wie Berufsberatung, Kompetenztraining und Praktika in Drogentherapieprogramme einzubinden. Es wurden verschiedene Modelle dieser Art untersucht, darunter das Kompetenztraining für arbeitslose Drogenkonsumenten im Rahmen einer ambulanten psychosozialen Behandlung. Beurteilt wurde auch die Wirksamkeit von Maßnahmen für Substitutionspatienten wie die individuelle Berufsberatung, Hilfe bei der Arbeitssuche, unterstützte Beschäftigung und Fallmanagement. Eine Reihe von Studien zeigte vielversprechende Resultate bei Ergebnisindikatoren wie Beschäftigungsquote, Einkommen und Inanspruchnahme von Sozialhilfe (EBDD, 2012b). Allerdings wurden keine Maßnahmen identifiziert, die durchweg positive Ergebnisse mit sich bringen, und die Unterschiede im Herangehen, in den Studiengrundgesamtheiten und den bewerteten Ergebnissen sowie das Fehlen von Wiederholungsstudien verhindern eindeutige Schlussfolgerungen hinsichtlich der Gesamtwirkung dieser Maßnahmen (Foley et al.,

2010). Da sich das vorhandene Datenmaterial fast ausschließlich auf die soziale Wiedereingliederung von Opioidkonsumenten konzentriert, besteht Bedarf an einer systematischen Untersuchung der Bedürfnisse von Drogentherapiepatienten, die andere Drogen konsumieren.

Arbeit und andere Aktivitäten, die ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln und Möglichkeiten für soziale Kontakte bieten, können zur Verhinderung von „Ausrutschen“ und Rückfällen bei Drogenkonsumenten beitragen (McIntosh et al., 2008). In einigen europäischen Ländern experimentieren soziale Unternehmen mit Kooperativen für „Entwöhnungsarbeit“ zur Förderung des Übergangs von der Behandlung zu einer regulären Beschäftigung (Belgien, Tschechische Republik, Spanien, Lettland, Finnland). Es handelt sich um kleine Unternehmen auf kommunaler Ebene, die den Betroffenen beim Eintritt bzw. Wiedereintritt in den regulären Arbeitsmarkt helfen und deren Fokus zugleich auf Unterstützung, gemeinnütziger Arbeit und Teilnahme am Gemeinschaftsleben liegt. Es gibt noch weitere spezielle Maßnahmen, die in Drogentherapie- und Rehabilitationsprogramme integriert werden können und die Wahrscheinlichkeit positiver Ergebnisse erhöhen, so beispielsweise die Beschäftigungsförderung für schwer vermittelbare Gruppen wie drogenkonsumierende Straftäter oder Drogenkonsumenten mit psychischen Problemen (EBDD, 2012b). Dazu ist jedoch anzumerken, dass solche Programme zwar erfolgreich Kompetenzen zur Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit vermitteln können, die Drogenkonsumenten aber angesichts der hohen Arbeitslosigkeit in vielen Ländern mit zahlreichen anderen Stellenbewerbern konkurrieren müssen.

Schadensminimierung

Seit dem Aufkommen von HIV unter Drogenkonsumenten vor mehr als 25 Jahren werden in Europa verstärkte Maßnahmen zur Schadensminimierung genutzt, und es ist eine zunehmende Integration dieses Bereichs mit anderen Gesundheits-, Therapie- und Sozialdiensten zu beobachten. Inzwischen wurde die Schadensminimierung auf das Ziel ausgeweitet, den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen problematischer Drogenkonsumenten Rechnung zu tragen, insbesondere wenn diese sozial ausgegrenzt sind. Zu den zentralen 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

„Insight“-Publikation zur Steigerung der Erwerbsbeteiligung von in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten

Eine neue Veröffentlichung der EBDD behandelt aktuelle Entwicklungen im Bereich der sozialen Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten und Belege für die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Sie soll Entscheidungsträger und Fachkräfte im Drogenbereich bei der Erarbeitung effektiver Strategien zur Förderung der sozialen Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten unterstützen.

„Selected Issue“ zu Drogenkonsumenten mit Kindern

Drogenkonsumenten mit Kindern stehen im Mittelpunkt einer in diesem Jahr erschienenen EBDD-Publikation aus der Reihe „Selected Issue“. Betrachtet werden unter anderem Behandlungsoptionen für schwangere Drogenkonsumentinnen, Maßnahmen zur Verbesserung des Behandlungszugangs für drogenkonsumierende Eltern mit Kindern und Präventionsprogramme, die sich an drogenkonsumierende Eltern richten.

Diese Publikationen sind ausschließlich in englischer Sprache als Druckfassung oder online auf der Website der EBDD verfügbar.

abzielen. Weitere Ansätze sind aufsuchende Sozialarbeit, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Aufklärung und die Bereitstellung von Injektionsbesteck außer Nadeln und Spritzen. Das Konzept der Schadensminimierung bezieht sich auf ein breites Spektrum von Verhaltensweisen und Schäden auch im Zusammenhang mit Alkohol und Freizeitdrogenkonsum (EBDD, 2010b).

Der Europäische Rat empfahl den EU-Mitgliedstaaten 2003 eine Reihe von Strategien und Maßnahmen zur Verhinderung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit ⁽²⁶⁾. Die Europäische Kommission bestätigte 2007 in einem Folgebericht, dass die Verhinderung und Verringerung drogenbedingter Gefahren in allen Mitgliedstaaten als Ziel der Gesundheitspolitik festgelegt ist ⁽²⁷⁾. Im Bereich der Schadensminimierung reflektieren die nationalen Drogenstrategien zunehmend die Ziele der EU-Drogenstrategie, und die Länder sind sich einig darüber, dass die Ausbreitung von Infektionskrankheiten, Krankheits- und Todesfälle durch Überdosierung und sonstige Schäden so weit wie möglich verhindert werden müssen.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben Strategien zur Schadensminimierung einen Beitrag zur

⁽²⁶⁾ Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 (2003/488/EG).

⁽²⁷⁾ KOM(2007) 199 endg.

Nutzung evidenzbasierter Ansätze und zum Abbau von Hindernissen für den Zugang zu Dienstleistungen geleistet. Eines der Ergebnisse ist ein signifikanter Anstieg der Zahl der Drogenkonsumenten in Europa, die in Kontakt mit Gesundheitsdiensten stehen und sich einer Therapie unterziehen. Schadensminimierungsmaßnahmen für Drogenkonsumenten werden inzwischen in allen EU-Mitgliedstaaten durchgeführt, und auch wenn der Aufbau solcher Dienste in einigen Ländern erst begonnen hat, vermelden doch viele einen hohen Versorgungs- und Erfassungsgrad.

Zwar hat die Schadensminimierung zur Eindämmung von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa und zum erheblichen Rückgang der gemeldeten Neuinfektionen beigetragen, doch ist HIV noch immer ein großes Problem für die Volksgesundheit, zumal auch neue HIV-Ausbrüche berichtet wurden ⁽²⁸⁾. Zusammen mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat die EBDD eine Orientierungshilfe für Entscheidungsträger in den Bereichen Drogen und Infektionskrankheiten herausgegeben, die einen Überblick über vorhandene Daten zur Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten vermittelt (ECDC und EBDD, 2011). Ziel des gemeinsamen Leitfadens ist es, in Europa die Chancen auf eine weitgehende – wenn nicht gar vollständige – Vermeidung injektionsbedingter HIV-Infektionen zu verbessern.

Qualitätsstandards

Mit der EQUUS-Studie beabsichtigte die Europäische Kommission, den Weg zu einem europäischen Konsens über Mindestqualitätsstandards im Bereich der Reduzierung der Drogennachfrage zu ebnen. Im Abschlussbericht von 2012 wurden 33 Mindeststandards für die Drogenprävention, 22 für die Drogenbehandlung bzw. Rehabilitation und 16 für die Schadensminimierung in Europa vorgeschlagen ⁽²⁹⁾. Diese Mindeststandards setzen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Drogenfachleuten, Dienstleistungsmanagern und Strategieplanern auf drei verschiedenen Ebenen an (Intervention, Dienstleistung und System).

Die EQUUS-Studie beinhaltete auch eine Betrachtung bereits eingeführter Qualitätsstandards auf nationaler Ebene, an der Sachverständige aus 24 europäischen Ländern teilnahmen. Was den Therapieprozess angeht, so bezogen sich die bereits in Kraft gesetzten Standards in den meisten Fällen auf den Schutz von Patientendaten

und die Erhebung der Drogenkonsumanamnese. Standards für die routinemäßige Zusammenarbeit mit anderen Diensten oder die ständige Weiterbildung der Mitarbeiter waren seltener anzutreffen. Im Hinblick auf die Therapieergebnisse wurden am häufigsten Standards angewendet, die die Verbesserung des Gesundheitszustands und die Verringerung des Substanzkonsums zum Ziel hatten. Standards für die externe Evaluierung und die Überwachung der Entlassung aus der Therapie sind weniger verbreitet, und es wurde über Probleme bei ihrer Anwendung berichtet.

Die Studie, die eine nützliche Ausgangsbasis für die Überwachung künftiger Entwicklungen in Europa bietet, hat gezeigt, dass ein breiter europäischer Konsens über bestimmte Mindestqualitätsstandards im Bereich der Nachfragereduzierung besteht. Die vollständige Liste der Standards aus der EQUUS-Studie und der Ergebnisse liegt auf dem Best practice portal vor.

Strafverfolgung im Drogenbereich

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. An dieser Stelle soll kurz auf eine wichtige Aufgabe der Strafverfolgungsbehörden eingegangen werden, nämlich die Festlegung strategischer und operativer Schwerpunkte. Zum Schluss des Abschnitts wird eine Zusammenfassung von Drogendelikten gegeben.

„Selected Issue“ zu Drogen im Strafvollzug

Nicht wenige Insassen von Strafvollzugsanstalten sind Drogenkonsumenten und als solche in unverhältnismäßig starkem Maße von drogenbedingten gesundheitlichen und sozialen Problemen betroffen. In Europa stehen für inhaftierte Drogenkonsumenten Unterstützungsangebote zur Verfügung, die sich nach der Art der Maßnahmen, der Behandlung und der Dienste unterscheiden.

Eine in diesem Jahr erschienene EBDD-Publikation aus der Reihe „Selected Issue“ befasst sich mit Drogen im Strafvollzug und vermittelt einen aktuellen Überblick über den Drogenkonsum und über damit zusammenhängende Probleme von Strafgefangenen, ihre gesundheitlichen und sozialen Bedingungen sowie Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenkonsums und seiner Folgen.

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

⁽²⁸⁾ Siehe Kasten „Ausbruch von HIV-Infektionen in Griechenland und Rumänien“ (Kapitel 7).

⁽²⁹⁾ Der Abschlussbericht ist online abrufbar.

Festlegung strategischer und operativer Schwerpunkte

Bei den meisten Drogendelikten handelt es sich um einvernehmliche Straftaten, und es wird auf individueller oder institutioneller Ebene über die Notwendigkeit einer Untersuchung sowie deren Tiefgründigkeit und Länge entschieden. Eine Polizeieinheit kann keineswegs alle festgestellten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung bearbeiten, weshalb ein gewisser Ermessensspielraum gewährt werden muss (Dvorsek, 2006). Bei der Festlegung der Schwerpunkte werden sowohl Strafverfolgungsdaten als auch Ermittlungserfahrungen oder die Kenntnisse der zuständigen Beamten berücksichtigt. Obwohl die Schwerpunkte der für die Strafverfolgung im Drogenbereich zuständigen Stellen nicht immer transparent sind, werden sie doch nicht willkürlich festgelegt, sondern unterliegen in der Regel unterschiedlichen rechtlichen und organisatorischen Zwängen. So kann eine Einheit beispielsweise mit der Untersuchung einer bestimmten Art von Straftaten beauftragt werden, wie etwa Zwischenhandel oder Großhandel mit Drogen, oder sie erhält ein offizielles Mandat, sich auf einen Bereich zu konzentrieren, beispielsweise die Einziehung von kriminellen Vermögenswerten. Zu anderen Zeiten wiederum kann es sein, dass wegen eingetretener Schäden oder der Störung der öffentlichen Ordnung oder gar wegen einer intensiven Medienberichterstattung der Schwerpunkt auf eine ganz spezielle Droge gelegt wird (Kirby et al., 2010). Auch die Notwendigkeit, gute Ergebniszahlen vorzulegen, kann sich auf die Schwerpunktsetzung auswirken (Stock und Kreuzer, 1998). So zeigt eine hohe Zahl von untersuchten Fällen, welche Bedeutung und Dringlichkeit dem Drogenproblem im Vergleich zu anderen Sicherheitsgefahren beizumessen ist, was zugleich die Notwendigkeit von spezifischen Strafverfolgungsmaßnahmen in diesem Bereich begründet. Entscheidend für die Realisierbarkeit der einzelnen Optionen ist in jedem Falle die Verfügbarkeit von personellen und finanziellen Ressourcen.

Daten bilden eine der Grundlagen bei der Festlegung der strategischen und operativen Schwerpunkte, die ihrerseits Auswirkungen auf die Daten haben, die gesammelt und veröffentlicht werden (Stock und Kreuzer, 1998). Die Zahl der Sicherstellungen von Drogen beispielsweise kann zum einen die Schwerpunktsetzung beeinflussen und zum anderen auch eines ihrer Ergebnisse sein. Die Justiz kann die Angaben zu den Sicherstellungen als einen Indikator dafür werten, wie ernsthaft das Delikt verfolgt wird. Hohe Sicherstellungszahlen können zudem auf die Notwendigkeit zusätzlicher Ermittlungen und Ressourcen hinweisen. Es ist allgemein anerkannt, dass

die Sicherstellungszahlen in erster Linie ein Indikator für die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden sind, und ihre Interpretation setzt ein Verständnis des Umfeldes voraus, in dem sie zustande gekommen sind. Sicherstellungen erfolgen nach aktiven Ermittlungen gegen bestimmte Verdächtige oder allgemein nach gezielten Einsätzen an bestimmten Standorten, wie etwa Häfen oder Flughäfen. Insbesondere durch verdeckte Überwachung und verdeckte Ermittlungen speziell in Bezug auf illegale Drogengeschäfte können Sicherstellungen in großem Umfang vorgenommen werden. Nach wie vor ist nicht so eindeutig, wie hoch im Gegensatz zu den zufälligen Sicherstellungen der Anteil der Sicherstellungen ist, die direkt aus der operativen Schwerpunktsetzung resultieren.

Daten zu Verstößen gegen die Drogengesetzgebung (siehe nächsten Abschnitt) sind ein direkter Indikator für die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden, da sie sich auf einvernehmliche Straftaten beziehen, die von den potenziellen Opfern in der Regel nicht gemeldet werden. Sie werden oft als indirekte Indikatoren für den Drogenkonsum oder Drogenhandel herangezogen, geben jedoch lediglich Aufschluss über jene Drogendelikte, die den Strafverfolgungsbehörden bekannt sind. Unabhängig davon, ob sie sich auf Drogendelikte, Festnahmen oder Sicherstellungen beziehen, ist es daher für das Verständnis der Daten zu Verstößen gegen die Drogengesetzgebung erforderlich, dass die zugrundeliegenden strategischen und operativen Schwerpunkte und deren Folgen berücksichtigt werden.

Verstöße gegen die Drogengesetzgebung

Im Bereich der Drogenkriminalität werden in Europa routinemäßig nur Daten zu Erstberichten über Verstöße gegen die nationale Drogengesetzgebung erhoben, in der Regel bei der Polizei⁽³⁰⁾. Diese Daten beziehen sich zumeist auf Verstöße im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum (Konsum und Besitz für den eigenen Gebrauch) oder im Zusammenhang mit dem Angebot (Herstellung, Schmuggel und Handel), wengleich aus einigen Ländern auch andere Arten von Verstößen (z. B. in Bezug auf die Drogengrundstoffe) gemeldet werden. Die Daten können 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 Erfassungs- und Meldemethoden. Da infolgedessen angemessene Vergleiche zwischen den Ländern unter Umständen

⁽³⁰⁾ Eine Erörterung der Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität sowie eine Definition für die Drogenkriminalität ist EBDD (2007b) zu entnehmen.

COSI: Ständiger Ausschuss für die operative Zusammenarbeit im Bereich der inneren Sicherheit

Die Schwerpunktsetzung für die operative Strafverfolgung im Drogenbereich auf europäischer Ebene fällt in die Zuständigkeit des beim Rat angesiedelten Ständigen Ausschusses für die operative Zusammenarbeit im Bereich der inneren Sicherheit (COSI) und stützt sich auf die Europol-Bewertung der Bedrohungslage im Bereich der organisierten Kriminalität (!). Auf der Grundlage des Vertrags von Lissabon wurde der COSI 2010 gemäß einem Beschluss des Rates (Rat der Europäischen Union, 2009) gegründet. Der Ausschuss, dem hochrangige Beamte der Innenministerien der Mitgliedstaaten und Vertreter der Kommission angehören, hat ein breites Aufgabenspektrum, das sich so umschreiben lässt: Erleichterung, Förderung und Verstärkung der Koordinierung der operativen Tätigkeit der für den Bereich der inneren Sicherheit zuständigen Behörden.

Zu den wichtigsten Aufgaben des COSI gehören die Entwicklung, Überwachung und Umsetzung der Strategie der inneren Sicherheit sowie die Unterstützung bei der Realisierung eines mehrjährigen Politikzyklus. Ziel dabei ist es, durch die verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Strafverfolgungsbehörden der Mitgliedstaaten und den Organen und Einrichtungen der EU gegen die wichtigsten kriminellen Bedrohungen für die Europäische Union vorzugehen. Mit Unterstützung des COSI verabschiedete der Rat kürzlich acht politische Schwerpunkte für den Zeitraum 2011-2013, wovon drei die Strafverfolgung im Drogenbereich betreffen. Einer dieser Schwerpunkte sieht die Reduzierung der Herstellung und des Vertriebs von synthetischen Drogen, einschließlich neuer psychoaktiver Substanzen, in der Europäischen Union vor. Im ergänzenden Aktionsplan für die praktische Umsetzung werden Europol und die EBDD damit beauftragt, für die routinemäßige Überwachung des Abbaus der Anlagen für die Herstellung synthetischer Drogen in Europa zu sorgen. Der nächste Politikzyklus für die Jahre 2013-2017 wird auf der Bewertung der Bedrohungslage im Bereich der schweren und organisierten Kriminalität in der EU für 2013 basieren.

(!) Die Festlegung der Schwerpunkte im Bereich der Drogenpolitik auf europäischer Ebene ist Aufgabe der Horizontalen Arbeitsgruppe „Drogen“.

kaum möglich sind, bietet es sich an, eher Trends zu vergleichen als absolute Zahlen.

Insgesamt hat sich die steigende Tendenz bei der Zahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung seit 2009 wieder abgeschwächt. Einem EU-Index zufolge, der auf den Daten aus

22 Mitgliedstaaten beruht, in denen 93 % der Bevölkerung der Europäischen Union im Alter zwischen 15 und 64 Jahren leben, ist die Zahl dieser Verstöße zwischen 2005 und 2010 um schätzungsweise 15 % gestiegen, wenn auch seit 2008 eine Stabilisierung des Trends eingetreten ist. Unter Berücksichtigung sämtlicher Berichtsländer belegen die Daten über den gesamten Zeitraum hinweg in 19 Ländern einen Aufwärtstrend und in sieben Ländern insgesamt einen Rückgang ⁽³¹⁾.

Straftaten im Zusammenhang mit dem Konsum und dem Angebot von Drogen

Das Verhältnis zwischen Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot ist gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert geblieben. In den meisten europäischen Ländern (22 Länder) machten im Jahr 2010 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; Spanien, Frankreich, Ungarn, Österreich und die Türkei meldeten dabei die höchsten Zahlen (85 % bis 93 %) ⁽³²⁾.

Zwischen 2005 und 2010 erhöhte sich in Europa die Zahl der Verstöße im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum um schätzungsweise 19 %. Dabei sind Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen, denn 18 Länder verzeichneten eine Zunahme und sieben Länder einen Rückgang der Zahl dieser Straftaten. Die jüngsten Zahlen (2009-2010) jedoch weisen einen generellen Rückgang aus (Abbildung 3). Bei der Zahl der Verstöße im Zusammenhang mit dem Drogenangebot gab es von 2005 bis 2010 in der Europäischen Union einen Anstieg um schätzungsweise 17 %. Zwanzig Länder meldeten eine Zunahme, während in Deutschland, Estland, den Niederlanden, Österreich und Polen ein genereller Rückgang zu beobachten war ⁽³³⁾.

Nach Drogen aufgeschlüsselte Entwicklungen

Cannabis ist in Europa nach wie vor die am häufigsten mit gemeldeten Drogendelikten in Verbindung stehende illegale Droge ⁽³⁴⁾. In den meisten europäischen Ländern machten im Jahr 2010 die Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis zwischen 50 % und 90 % der gesamten gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung aus. Nur in vier Ländern entfiel der Großteil der Drogendelikte auf andere Drogen: in der Tschechischen Republik und in Lettland auf

⁽³¹⁾ Siehe Abbildung DLO-1 und Tabelle DLO-1 im Statistical Bulletin 2012.

⁽³²⁾ Siehe Tabelle DLO-2 im Statistical Bulletin 2012.

⁽³³⁾ Siehe Abbildung DLO-1 und Tabelle DLO-5 im Statistical Bulletin 2012.

⁽³⁴⁾ Siehe Tabelle DLO-3 im Statistical Bulletin 2012.

Methamphetamin (54 % bzw. 34 %) und in Litauen und Malta auf Heroin (34 % bzw. 30 %).

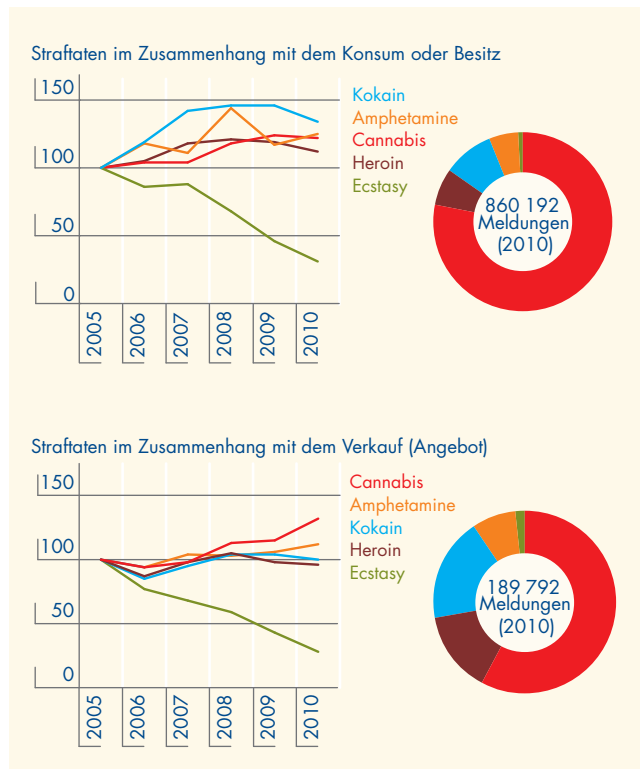
Im Zeitraum 2005-2010 ist die Zahl der Verstöße gegen die Drogengesetzgebung im Zusammenhang mit Cannabis in 15 Berichtsländern gestiegen. Auf EU-Ebene ergibt sich daraus eine Zunahme um schätzungsweise 20 %. Deutschland, Italien, Malta, die Niederlande und Österreich hingegen berichteten über eine rückläufige Entwicklung ⁽³⁵⁾.

Die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Kokain ist zwischen 2005 und 2010 in zwölf der Berichtsländer gestiegen; lediglich Deutschland, Griechenland, Österreich und Kroatien meldeten eine rückläufige Entwicklung. In der Europäischen Union insgesamt erhöhte sich die Zahl dieser Straftaten im selben Zeitraum um schätzungsweise 12 %, in den letzten beiden Jahren jedoch ging sie zurück ⁽³⁶⁾.

Die 2009 beobachtete rückläufige Tendenz bei den im Zusammenhang mit Heroin begangenen Straftaten setzte sich auch 2010 fort. Ihre Zahl blieb im EU-Durchschnitt relativ stabil, der Anstieg im Zeitraum 2005-2010 wird auf 7 % geschätzt. In mehr als der Hälfte der Berichtsländer (12) ging die Zahl dieser Delikte zurück, neun andere Länder meldeten für den gleichen Zeitraum einen Anstieg ⁽³⁷⁾.

Hinsichtlich der Zahl der in der Europäischen Union gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit Amphetaminen wurde zwischen 2005 und 2010 ein Anstieg von schätzungsweise 24 % beobachtet, wengleich hier offenbar in den letzten beiden Jahren eine Stabilisierung eingetreten ist. Dagegen ging die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Ecstasy im selben Zeitraum um schätzungsweise zwei Drittel zurück (71 %)

Abbildung 3: Berichte über Verstöße im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum oder dem Drogenbesitz für den Eigenverbrauch sowie mit dem Drogenangebot in den EU-Mitgliedstaaten: indizierte Entwicklungen 2005-2010 sowie Aufschlüsselung nach Art der Droge gemäß den Meldungen aus dem Jahr 2010



Anmerkung: Die Tendenzen basieren auf den verfügbaren Informationen bezüglich der Anzahl der von den Mitgliedstaaten der EU gemeldeten Verstöße im Zusammenhang mit Drogen (von strafrechtlicher und nichtstrafrechtlicher Relevanz); alle Datenreihen wurden auf einen Wert von 100 im Jahr 2005 indiziert und anhand der landesspezifischen Bevölkerungszahlen gewichtet, um so eine Gesamtrendenz für die Europäische Union abbilden zu können. Die Aufschlüsselung nach Art der Droge bezieht sich auf die Gesamtzahl der Meldungen aus dem Jahr 2010. Weitere Informationen sind den Abbildungen DLO-4 und DLO-5 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

⁽³⁵⁾ Siehe Abbildung DLO-3 und Tabelle DLO-6 im Statistical Bulletin 2012.

⁽³⁶⁾ Siehe Abbildung DLO-3 und Tabelle DLO-8 im Statistical Bulletin 2012.

⁽³⁷⁾ Siehe Abbildung DLO-3 und Tabelle DLO-7 im Statistical Bulletin 2012.

Eurojust: justizielle Zusammenarbeit in der Europäischen Union

Netzwerke der organisierten Kriminalität sind über Ländergrenzen hinweg aktiv, weshalb eine Zusammenarbeit zwischen den Ländern unerlässlich ist, damit Straftäter unabhängig von ihrem Aufenthaltsort verhaftet und vor Gericht gebracht werden können. Zur Regelung dieser Problematik wurde 2002 Eurojust gegründet, die Einrichtung der Europäischen Union für die justizielle Zusammenarbeit. Sie ist Endpunkt eines länger währenden Prozesses der Entwicklung der justiziellen Zusammenarbeit in der Europäischen Union. Ausgehend von einem ursprünglich rein zwischenstaatlichen Konzept hat sich mittlerweile ein konkreter Bereich des Zusammenwirkens der Justizbehörden herausgebildet.

Im Falle von grenzüberschreitenden Strafsachen obliegt Eurojust die Unterstützung und Koordinierung. Dazu gehören Informationsaustausch, gemeinsame Ermittlungsteams,

kontrollierte Lieferungen, Vollstreckung von Europäischen Haftbefehlen, Übergabe von Beweismitteln oder Strafverfahren, Übermittlung von Rechtshilfeersuchen, Vermeidung und Beilegung von Kompetenzkonflikten und Einziehung von im Ausland befindlichen Vermögenswerten. Aus einer aktuellen Analyse geht hervor, dass Drogenhandel bei den im Rahmen von Eurojust bearbeiteten Fällen die am häufigsten vorkommende Straftat ist (etwa ein Fünftel der registrierten Fälle, Eurojust 2012). Im Jahr 2011 wurden Eurojust 242 Drogenhandelsfälle zugeleitet, und acht gemeinsame Ermittlungsteams waren in diesem Bereich tätig. Die Daten zeigen, dass im Zusammenhang mit dem Drogenhandel am häufigsten die Niederlande und Spanien die justizielle Zusammenarbeit in Anspruch nehmen, mit einigem Abstand folgen Italien, Deutschland und Frankreich.



Kapitel 3 Cannabis

Einleitung

Cannabis ist die in Europa am weitesten verbreitete illegale Droge und wird sowohl aus Drittländern eingeführt als auch in Europa selbst produziert. In den meisten europäischen Ländern ist der Cannabiskonsum im Laufe der 1990er Jahre und nach der Jahrtausendwende gestiegen. Möglicherweise tritt Europa nun in eine neue Phase ein, da die Daten aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung wie auch aus einer neuen Datenerhebungsrunde im Rahmen der ESPAD-Schülerstudie auf relativ stabile Tendenzen beim Cannabiskonsum in vielen Ländern hindeuten. Die Konsumraten sind jedoch weiterhin hoch. In den vergangenen Jahren hat aber auch das Bewusstsein für die Auswirkungen des langfristigen und weit verbreiteten Konsums dieser Droge zugenommen, und die Zahl der Behandlungsnachfragen wegen Cannabisproblemen ist gestiegen.

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). In den jüngsten UNODC-Schätzungen werden die Schwierigkeiten anerkannt, genaue Zahlen zur weltweiten Cannabisproduktion zu ermitteln; für das Jahr 2008 beläuft sich die Schätzung der globalen Produktion von Cannabiskraut auf 13 300 bis 66 100 Tonnen und von Cannabisarz auf 2 200 bis 9 900 Tonnen.

Der Cannabisanbau ist in Europa weit verbreitet und nimmt offenbar weiter zu. Alle 29 europäischen Berichtsländer meldeten der EBDD den Anbau von Cannabis im eigenen Land, doch dürften hinsichtlich

Tabelle 2: Sicherstellungen, Preis und Stärke von Cannabisarz und Cannabiskraut

	Cannabisarz	Cannabiskraut	Cannabispflanzen ⁽¹⁾
Weltweit beschlagnahmte Mengen	1 136 Tonnen	6 251 Tonnen	k. A.
Beschlagnahmte Mengen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	534 Tonnen (563 Tonnen)	62 Tonnen (106 Tonnen)	3,1 Millionen Pflanzen und 35 Tonnen (3,1 Millionen Pflanzen und 35 Tonnen) ⁽²⁾
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)			
Spanne (Interquartilspanne) ⁽³⁾	3-17 (7,0-10,2)	3-25 (6,5-9,9)	k. A.
Durchschnittliche Stärke (THC-Gehalt in %)			
Spanne (Interquartilspanne) ⁽³⁾	1-12 (4,5-10,0)	1-12 (4,5-10,0)	k. A.

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

⁽²⁾ Die Hälfte aller 2010 beschlagnahmten Cannabispflanzen wurde in den Niederlanden sichergestellt. Die Angaben sind nicht vollständig, können jedoch als hinreichende Anhaltspunkte betrachtet werden.

⁽³⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Daten.

Anmerkung: Alle Daten für 2010; k. A.: keine Angaben oder Daten nicht verfügbar.

Quelle: UNODC (2012) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

Art und Umfang erhebliche Unterschiede bestehen. Ein erheblicher Anteil des in Europa konsumierten Cannabis stammt jedoch wahrscheinlich aus dem intraregionalen Drogenhandel. Wie aus einer kürzlich vorgelegten Analyse der EBDD hervorgeht, gehören auch die Schweiz und Russland zu den Herkunftsländern des in Europa verfügbaren Cannabiskrauts. Wichtige Quellen des in Mittel- und Südosteuropa sichergestellten Cannabiskrauts sind zudem Albanien und in geringerem Maße der Kosovo⁽³⁸⁾, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Serbien (EBDD, 2012a).

Darüber hinaus wird Cannabiskraut auch aus anderen Teilen der Welt nach Europa eingeführt, insbesondere aus Afrika (speziell aus Südafrika) und weniger häufig aus Nord-, Mittel- und Südamerika (insbesondere von den Karibischen Inseln) (EBDD, 2012a).

Eine kürzlich durchgeführte Erhebung deutet darauf hin, dass Marokko von Afghanistan als weltweit größter Produzent von Cannabis harz abgelöst worden ist. Die Herstellung von Cannabis harz in Afghanistan beläuft sich pro Jahr auf schätzungsweise 1 200 bis 3 700 Tonnen (UNODC, 2011a). Obgleich ein Teil des in Afghanistan hergestellten Cannabis harzes in Europa verkauft wird, ist Marokko wahrscheinlich weiterhin der Hauptlieferant dieser Droge für den europäischen Markt. Das Cannabis harz aus Marokko wird in erster Linie über die Iberische Halbinsel nach Europa geschmuggelt, wobei die Niederlande und Belgien eine wichtige Rolle beim weiteren Umschlag und bei der Lagerung spielen. Über Estland, Litauen und Finnland gelangt marokkanisches Harz nach Russland, wie aus jüngsten Berichten hervorgeht.

Sicherstellungen

Im Jahr 2010 wurden weltweit schätzungsweise 6 251 Tonnen Cannabiskraut und 1 136 Tonnen Cannabis harz sichergestellt (Tabelle 2), was insgesamt dem Vorjahresniveau entsprach. In Nordamerika wurden nach wie vor die größten Mengen Cannabiskraut beschlagnahmt (69 %), während sich die Sicherstellungen von Cannabis harz weiterhin auf West- und Mitteleuropa (47 %) konzentrierten (UNODC, 2012).

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut in Europa hat seit 2005 stetig zugenommen, und 2010 überstieg sie mit schätzungsweise 382 000 erstmals die

Zahl der Sicherstellungen von Cannabis harz (Tabelle 2). Im Jahr 2010 belief sich die Menge des beschlagnahmten Cannabiskrauts auf schätzungsweise 106 Tonnen, wobei mit 44 Tonnen nahezu die Hälfte auf die Türkei entfiel, was eine Rekordmenge darstellte⁽³⁹⁾. Es werden derzeit unterschiedliche Tendenzen festgestellt, denn innerhalb der Europäischen Union war die Menge des beschlagnahmten Cannabiskrauts zwischen 2005 und 2010 relativ konstant, während sie sich in der Türkei auf das Vierfache erhöhte.

Nachdem bei Cannabis harz die Zahl der Sicherstellungen in den zehn Jahren vor 2010 kontinuierlich angestiegen war, ging sie 2010 auf 358 000 zurück. Allerdings war die Menge des beschlagnahmten Cannabis harzes während des gesamten Zehnjahreszeitraums rückläufig und erreichte 2010 mit schätzungsweise 563 Tonnen einen neuen Tiefstand. Nach wie vor werden jedoch immer noch sehr viel größere Mengen Cannabis harz beschlagnahmt als Cannabiskraut⁽⁴⁰⁾. Wie in den Vorjahren wurde auch im Jahr 2010 die Hälfte aller Sicherstellungen von Cannabis harz und etwa zwei Drittel der beschlagnahmten Gesamtmenge aus Spanien gemeldet.

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabispflanzen ist seit 2005 gestiegen, im Jahr 2010 lag sie bei schätzungsweise 37 000. Die Länder melden die beschlagnahmten Mengen entweder als geschätzte Zahl der Pflanzen oder anhand des Gewichts. Die Zahl der beschlagnahmten Pflanzen lag in Europa im Zeitraum 2005-2007 konstant bei etwa 2,5 Millionen⁽⁴¹⁾; die Entwicklungen in den Jahren 2008 und 2009 lassen sich nicht feststellen, da aus den Niederlanden, das in der Vergangenheit stets große Mengen gemeldet hat, keine zuverlässigen Daten vorliegen. Auf dieses Land entfiel 2010 Schätzungen zufolge mehr als die Hälfte der in Europa insgesamt als beschlagnahmt gemeldeten 3,1 Millionen Pflanzen, gefolgt vom Vereinigten Königreich. Gemessen am Gewicht der Pflanzen haben sich die gemeldeten Sicherstellungen zwischen 2005 und 2008 verdreifacht, bevor 2010 ein leichter Rückgang auf 35 Tonnen zu verzeichnen war, doch entfällt nach wie vor der größte Anteil auf Spanien (27 Tonnen), gefolgt von Bulgarien (4 Tonnen).

Stärke und Preis

Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC),

⁽³⁸⁾ Diese Bezeichnung berührt nicht die Standpunkte zum Status und steht im Einklang mit der Resolution 1244/99 des UN-Sicherheitsrates und dem Gutachten des Internationalen Gerichtshofs zur Unabhängigkeitserklärung des Kosovo.

⁽³⁹⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Drogen in Europa sind den Tabellen SZR-1 bis SZR-6 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

⁽⁴⁰⁾ Aufgrund der höheren Liefermengen, der längeren Transportwege und der Notwendigkeit, internationale Grenzen zu passieren, ist bei Cannabis harz die Wahrscheinlichkeit der Sicherstellung höher als bei im Land hergestelltem Cannabiskraut.

⁽⁴¹⁾ Bei dieser Analyse sind die Sicherstellungen in der Türkei nicht inbegriffen, da es dazu seit 2005 keine Meldungen gibt. Frühere Daten lassen auf erhebliche Sicherstellungen in der Türkei schließen (20 Millionen Cannabispflanzen im Jahr 2004).

dem wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff von Cannabis. Sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder wurden große Unterschiede hinsichtlich der Stärke der verschiedenen Cannabisprodukte und der unterschiedlichen genetischen Varianten verzeichnet. Die Daten über die Stärke von Cannabis basieren hauptsächlich auf kriminaltechnischen 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 die Daten über die Stärke mit Vorsicht zu bewerten.

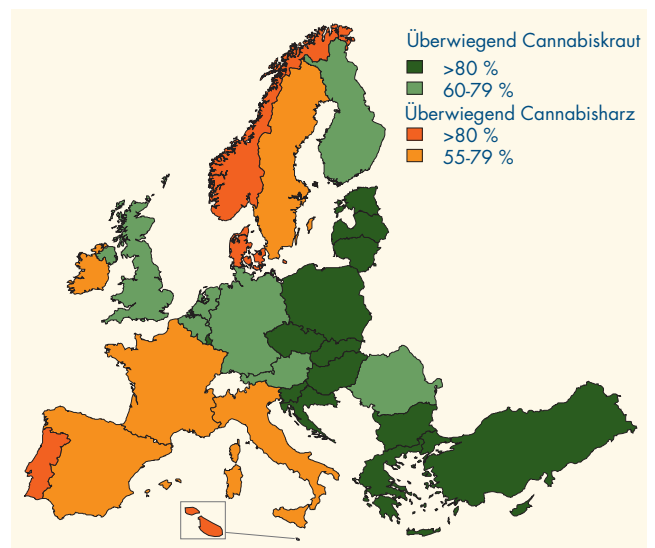
Im Jahr 2010 meldeten die Berichtsländer durchschnittlich einen THC-Gehalt von Cannabis harz zwischen 1 % und 12 %. Die durchschnittliche Stärke von Cannabis kraut lag zwischen 1 % und 16,5 %. Darin eingeschlossen ist auch Sinsemilla („Nederwiet“), das Cannabis kraut mit der höchsten Stärke. Angaben zur durchschnittlichen Stärke von Sinsemilla wurden nur von drei Ländern vorgelegt: 8 % in Schweden, 11 % in Deutschland und 16,5 % in den Niederlanden. Im Zeitraum 2005-2010 wurden in den 15 Ländern, die ausreichende Daten vorgelegt hatten, große Unterschiede bei der durchschnittlichen Stärke von Cannabis harz festgestellt. Die Stärke von Cannabis kraut dagegen war in zehn der Berichtsländer relativ stabil oder nahm sogar ab; Bulgarien, Estland, Frankreich, Italien, die Slowakei und Finnland hingegen meldeten eine höhere Stärke. Im gleichen Zeitraum blieb die Stärke von Sinsemilla in Deutschland stabil und ging in den Niederlanden leicht zurück ⁽⁴²⁾.

In den 26 Ländern, die entsprechende Angaben übermittelt haben, lag der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabis harz im Jahr 2010 zwischen 3 EUR und 17 EUR pro Gramm, in 14 dieser Länder zwischen 7 EUR und 10 EUR. In den 23 Ländern, aus denen Angaben hierzu vorliegen, bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabis kraut zwischen 3 EUR und 25 EUR pro Gramm, 13 dieser Länder meldeten Preise zwischen 6 EUR und 10 EUR. In den meisten der Länder, die entsprechende Daten vorgelegt haben, sind die durchschnittlichen Verkaufspreise sowohl von Cannabis harz als auch von Cannabis kraut im Zeitraum 2005-2010 stabil geblieben oder gestiegen.

Geschätzte Marktanteile von Cannabisprodukten

Verschiedene Datenquellen weisen aus, dass 2009 überall in Europa Cannabis kraut das vorherrschende Produkt war. Es wird offenbar in zwei Dritteln der 30 Berichtsländer am meisten konsumiert, während in dem übrigen Drittel Cannabis harz bevorzugt wird (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Geschätzte Marktanteile von in Europa konsumierten Cannabisprodukten, 2008/2009



Quelle: EBDD, 2012a.

In einigen Ländern hat sich der Marktanteil offenbar schon seit langem nicht mehr verändert und dürfte damit etablierte Verbrauchsmuster widerspiegeln, in anderen hingegen sind sie das Resultat jüngster Veränderungen (EBDD, 2012a).

Prävalenz und Konsummuster

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Nach vorsichtigen Schätzungen haben etwa 80,5 Millionen Europäer mindestens einmal (Lebenszeitprävalenz) Cannabis konsumiert, das entspricht nahezu einem Viertel der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 3 zu entnehmen). Die Angaben der einzelnen Länder zur Lebenszeitprävalenz variieren zwischen 1,6 % und 32,5 %. Innerhalb dieser erheblichen Spanne melden jedoch die meisten Länder Prävalenzschätzungen zwischen 10 % und 30 % aller Erwachsenen.

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 Millionen Europäer in den letzten 30 Tagen Cannabis

⁽⁴²⁾ Daten zur Stärke und zum Preis sind in den Tabellen PPP-1 und PPP-5 im Statistical Bulletin 2012 enthalten. Definitionen zu Cannabisprodukten finden Sie im Online-Glossar.

Tabelle 3: Prävalenz des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	Letzte 12 Monate	Letzte 30 Tage
15-64 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	80,5 Millionen	23 Millionen	12 Millionen
Europäischer Durchschnitt	23,7 %	6,8 %	3,6 %
Spanne	1,6-32,5 %	0,3-14,3 %	0,1-7,6 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (1,6 %) Bulgarien (7,3 %) Ungarn (8,5 %) Griechenland (8,9 %)	Rumänien (0,3 %) Griechenland (1,7 %) Ungarn (2,3 %) Bulgarien, Polen (2,7 %)	Rumänien (0,1 %) Griechenland, Polen (0,9 %) Schweden (1,0 %) Litauen, Ungarn (1,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (32,5 %) Spanien, Frankreich (32,1 %) Italien (32,0 %) Vereinigtes Königreich (30,7 %)	Italien (14,3 %) Spanien (10,6 %) Tschechische Republik (10,4 %) Frankreich (8,4 %)	Spanien (7,6 %) Italien (6,9 %) Frankreich (4,6 %) Tschechische Republik, Niederlande (4,2 %)
15-34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	42,5 Millionen	16 Millionen	8,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	32,5 %	12,4 %	6,6 %
Spanne	3,0-49,3 %	0,6-20,7 %	0,2-14,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (3,0 %) Griechenland (10,8 %) Bulgarien (14,3 %) Polen (16,1 %)	Rumänien (0,6 %) Griechenland (3,2 %) Polen (5,3 %) Ungarn (5,7 %)	Rumänien (0,2 %) Griechenland (1,5 %) Polen (1,9 %) Schweden, Norwegen (2,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (49,3 %) Frankreich (45,1 %) Dänemark (44,5 %) Spanien (42,4 %)	Tschechische Republik (20,7 %) Italien (20,3 %) Spanien (19,4 %) Frankreich (17,5 %)	Spanien (14,1 %) Italien (9,9 %) Frankreich (9,8 %) Tschechische Republik (8,0 %)
15-24 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	18 Millionen	9,5 Millionen	5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	29,7 %	15,4 %	7,8 %
Spanne	3,0-52,2 %	0,9-23,9 %	0,5-17,2 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (3,0 %) Griechenland (9,0 %) Zypern (14,4 %) Portugal (15,1 %)	Rumänien (0,9 %) Griechenland (3,6 %) Portugal (6,6 %) Slowenien, Schweden (7,3 %)	Rumänien (0,5 %) Griechenland (1,2 %) Schweden (2,2 %) Norwegen (2,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Tschechische Republik (52,2 %) Spanien (39,1 %) Frankreich (38,1 %) Dänemark (38,0 %)	Spanien (23,9 %) Tschechische Republik (23,7 %) Italien (22,3 %) Frankreich (20,8 %)	Spanien (17,2 %) Frankreich (11,8 %) Italien (11,0 %) Vereinigtes Königreich (9,0 %)
Anmerkung: Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (338 Millionen), 15 bis 34 Jahre (130 Millionen) und 15 bis 24 Jahre (61 Millionen). Die europäischen Schätzungen beruhen auf Erhebungen aus den Jahren 2004 bis 2010/2011 (insbesondere im Zeitraum 2008-2010) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General Population Surveys“ (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2012 verfügbar.			

konsumiert, das entspricht etwa 3,6 % der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen

Cannabis wird vor allem von jungen Menschen (15 bis 34 Jahre) konsumiert, wobei die höchsten

12-Monate-Prävalenzraten in der Regel unter den 15- bis 24-Jährigen festgestellt werden ⁽⁴³⁾.

Daten aus Erhebungen in der Bevölkerung zeigen, dass durchschnittlich 32,5 % der jungen europäischen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) mindestens einmal Cannabis probiert haben, während 12,4 % in den letzten

⁽⁴³⁾ Siehe Abbildung GPS-1 im Statistical Bulletin 2012.

zwölf Monaten und 6,6 % in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben. Schätzungen zufolge sind in der Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen Europäer die Anteile derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten (15,4 %) oder im Laufe der letzten 30 Tage (7,8 %) Cannabis konsumiert haben, noch höher. Zwischen den Prävalenzschätzungen des Cannabiskonsums der einzelnen Länder bestehen im Hinblick auf alle Prävalenzzeiträume erhebliche Unterschiede (Tabelle 3).

Der Cannabiskonsum ist bei Männern in der Regel höher als bei Frauen. Beispielsweise reicht bei der 12-Monate-Prävalenz unter jungen Erwachsenen das Verhältnis zwischen Männern und Frauen von gut 6:1 in Portugal bis hin zu einem knappen Gleichverhältnis in Norwegen ⁽⁴⁴⁾.

Internationale Vergleiche

Die Angaben aus Australien, Kanada und den USA zur Lebenszeit- und 12-Monate-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen liegen allesamt über dem europäischen Durchschnitt, wo die Werte 32,5 % bzw. 12,4 % betragen. In Kanada (2010) beispielsweise betrug die Lebenszeitprävalenz in Bezug auf den Cannabiskonsum unter jungen Erwachsenen 50,4 %, die 12-Monate-Prävalenz 21,1 %. In den USA belegen die Ergebnisse der „National Survey on Drug Use and Health“ (Nationale Erhebung über Drogenmissbrauch und Gesundheit) (Samhsa, 2010) eine Lebenszeitprävalenz von schätzungsweise 52,1 % unter jungen Erwachsenen (16 bis 34 Jahre, von der EBDD neu berechnet) und eine 12-Monate-Prävalenz von 24,5 %, während die entsprechenden Werte in Australien im Jahr 2010 bei den jungen Erwachsenen bei 43,3 % bzw. 19,3 % lagen.

Tendenzen beim Cannabiskonsum

In den meisten europäischen Ländern ist der Cannabiskonsum Ende der 1990er Jahre und nach der Jahrtausendwende gestiegen, was sowohl durch Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung als auch durch Schulumfragen belegt wird. Seitdem haben viele Länder über eine Stabilisierung oder sogar einen Rückgang des Cannabiskonsums berichtet ⁽⁴⁵⁾.

Obwohl fast alle europäischen Länder in den vergangenen Jahren Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt haben, legten nur 16 Länder ausreichende Daten zur Analyse der Entwicklung des Cannabiskonsums über einen längeren Zeitraum vor. Fünf Länder davon (Bulgarien, Griechenland, Ungarn, Schweden, Norwegen) haben zur 12-Monate-Prävalenz des Cannabiskonsums

bei jungen Erwachsenen zwischen 15 und 34 Jahren durchgängig niedrige Raten (unter 10 %) gemeldet.

Weitere sechs Länder (Dänemark, Deutschland, Estland, Irland, Slowakei, Finnland) meldeten höhere Prävalenzraten, die jedoch in den letzten Erhebungen bei höchstens 15 % lagen. Dänemark, Deutschland und Irland meldeten Ende der 1990er Jahre und Anfang des neuen Jahrtausends einen deutlichen Anstieg beim Cannabiskonsum, danach setzte jedoch eine zunehmende Stabilisierung oder sogar ein rückläufiger Trend ein. In Estland und Finnland, wo während des letzten Jahrzehnts oder noch länger eine Zunahme des Konsums beobachtet wurde, gibt es keine Anzeichen für eine Stabilisierung.

Spanien, Frankreich, Italien, das Vereinigte Königreich und die Tschechische Republik haben in den vergangenen zehn Jahren mindestens einmal eine 12-Monate-Prävalenz unter jungen Erwachsenen von 20 % oder mehr berichtet. Ab Mitte der 2000er Jahre vollzog sich die Entwicklung in diesen Ländern recht unterschiedlich. Spanien und Frankreich verzeichneten im Allgemeinen stabile Trends, während Italien 2008 eine Zunahme meldete und im Vereinigten Königreich deutliche Rückgänge zu beobachten waren und hier die 12-Monate-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen mittlerweile dem EU-Durchschnitt entspricht.

In den Jahren 2010 und 2011 berichteten sieben Länder über neue Erhebungsdaten, die eine gewisse Berücksichtigung der jüngsten Tendenzen beim Cannabiskonsum möglich machten. Im Vergleich zur jeweils vorangegangenen Erhebung, die zwischen einem Jahr und fünf Jahren zurücklag, meldeten sechs dieser Länder relativ stabile 12-Monate-Prävalenzraten unter jungen Erwachsenen, und ein Land (Finnland) wies eine Zunahme aus.

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. Das Risikobewusstsein steht mit den Verbrauchsmustern in engem Zusammenhang, und wie eine EU-weit durchgeführte Meinungsumfrage gezeigt hat, ist sich die Mehrheit (91 %) der jungen Europäer der mit dem regelmäßigen Cannabiskonsum verbundenen Gesundheitsrisiken bewusst; mit gelegentlichem Konsum

⁽⁴⁴⁾ Siehe Tabelle GPS-5 (Teil iii und Teil iv) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁴⁵⁾ Siehe Abbildung GPS-4 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2012.

jedoch wird eine Gesundheitsgefährdung deutlich weniger (52 %) in Verbindung gebracht.

Von den 15- bis 64-Jährigen, die jemals Cannabis probiert hatten, haben 70 % die Droge in den letzten zwölf Monaten nicht konsumiert⁽⁴⁶⁾. Von jenen, die die Droge in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert haben, haben durchschnittlich fast 50 % dies auch in den letzten 30 Tagen getan, was auf regelmäßigeren Konsum schließen lässt. Die jeweiligen Anteile unterscheiden sich jedoch je nach Geschlecht und weichen in den verschiedenen Ländern deutlich voneinander ab. Wesentlich über dem europäischen Durchschnitt liegende Prävalenzraten sind bei einigen Gruppen junger Leute zu beobachten, die speziell in der Nachtclubszene oder in Tanzlokalen anzutreffen sind. Der Cannabiskonsum tritt häufig auch zusammen mit einem starken Alkoholkonsum auf: Junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren, die häufig oder in großen Mengen Alkohol trinken, konsumieren Cannabis mit einer zwei- bis sechsmal höheren Wahrscheinlichkeit als die Allgemeinbevölkerung (EBDD, 2009b).

Mit den unterschiedlichen Arten von Cannabisprodukten und deren Konsum können verschiedene Risiken verbunden sein. Bei den Mustern des Cannabiskonsums, die mit dem Konsum hoher Dosen einhergehen, ist die Gefahr erheblich größer, dass die Konsumenten eine Abhängigkeit oder andere Probleme entwickeln (EBDD, 2008). Beispiele für solche Konsummuster sind der Konsum von Cannabis mit einem sehr hohen THC-Gehalt oder in großen Mengen oder das Inhalieren der Droge über eine Wasserpeife. Bei den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung wird in der Regel nicht zwischen den verschiedenen Arten von Cannabis unterschieden. Schätzungen der 2009/2010 durchgeführten Erhebung „British Crime Survey“ legen nahe, dass rund 12,3 % der Erwachsenen (15 bis 59 Jahre) bereits einmal eine Substanz konsumiert haben, bei der es sich ihrer Meinung nach um „Skunk“ handelte (Straßenbezeichnung für eine Art von Cannabis mit hoher Stärke). Während ein ähnlich hoher Anteil von Cannabiskonsumern eine Lebenszeitprävalenz beim Konsum von Cannabiskraut (50 %) und Cannabisharz (49 %) angab, haben diejenigen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit Cannabiskraut (71 %) statt Cannabisharz (38 %) konsumiert (Hoare und Moon, 2010). Daten aus den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung in 17 Ländern⁽⁴⁷⁾, die sich

auf nahezu 80 % der erwachsenen Bevölkerung in der Europäischen Union und in Norwegen beziehen, zeigen, dass gut 40 % der Cannabiskonsumern, die den Angaben zufolge die Droge in den vergangenen 30 Tagen konsumiert haben, dies an bis zu drei Tagen getan haben. Es lässt sich abschätzen, dass etwa 1 % der Erwachsenen (15-64 Jahre) in der Europäischen Union und Norwegen – das sind rund 3 Millionen Menschen⁽⁴⁸⁾ – täglich oder nahezu täglich Cannabis konsumieren (Prävalenz in den einzelnen Ländern zwischen 0,1 % und 2,6 %). Etwa drei Viertel dieser Konsumenten sind junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 34 Jahren. Dabei sind Männer in dieser Altersgruppe mit einer 3,5-mal höheren Wahrscheinlichkeit tägliche Cannabiskonsumern als Frauen. Von den elf Ländern (70 % der EU-Bevölkerung), für die sich Tendenzen beim intensiven Cannabiskonsum feststellen lassen, melden

ESPAD-Bericht 2011: Europäische Schülerstudie zum Substanzkonsum

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) vermittelt regelmäßig einen Überblick über Niveau und Tendenzen des Drogenkonsums bei den 15- bis 16-jährigen Schülern in Europa sowie über deren Einstellungen.

Diese standardisierte Studie wird alle vier Jahre durchgeführt und liefert vergleichbare Daten zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Zigaretten und anderen Substanzen durch Schüler. Sie enthält zudem Aussagen zur wahrgenommenen Beschaffbarkeit, zum Einstiegsalter bei diesen Substanzen und zur Wahrnehmung der Gefahren und möglichen Schädigungen.

Für die Studie 2011 (Hibell et al., 2012) wurden 1995 geborene Schüler aus 36 europäischen Ländern befragt, darunter 26 der 30 Länder, die der EBDD Daten übermitteln. Erstmals wurden statistische Methoden eingesetzt, um festzustellen, ob die Unterschiede statistisch signifikant sind (95%-Konfidenzintervall), und zwar sowohl im Vergleich zur Studie von 2007 als auch zwischen Jungen und Mädchen. In früheren ESPAD-Berichten wurden nur Unterschiede von mindestens vier Prozentpunkten als statistisch signifikant angesehen.

Die ESPAD-Ergebnisse zum Cannabiskonsum werden in diesem Kapitel näher untersucht. Dabei werden gegebenenfalls auch Erkenntnisse aus vergleichbaren Studien in Spanien und im Vereinigten Königreich vorgelegt. Die Ergebnisse zum Konsum von Ecstasy, Amphetaminen und Kokain sind Gegenstand der nachfolgenden Kapitel.

⁽⁴⁶⁾ Siehe Abbildung GPS-2 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁴⁷⁾ Erhebungen zwischen 2003 und 2011, die mit verschiedenen Methoden und in unterschiedlichen Milieus durchgeführt wurden. Siehe Tabellen GPS-10 und GPS-121 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁴⁸⁾ Dabei handelt es sich um eine Mindestschätzung, da es bei Erhebungen zu Mindermeldungen kommt, bestimmte Grundgesamtheiten von Intensivkonsumenten nicht in die Auswahlgrundlage einbezogen sind und Personen ausgeschlossen werden, die Episoden intensiven Konsums im letzten Jahr verzeichneten, jedoch nur einen geringen Konsum im letzten Monat.

neun eine stabile Situation seit etwa 2000 ⁽⁴⁹⁾. In den beiden anderen wurden über Zeiträume von fünf bis sechs Jahren Veränderungen beobachtet, wobei im Vereinigten Königreich der intensive Cannabiskonsum offenbar zurückging, während Portugal 2007 einen Anstieg meldete.

Abhängigkeit wird selbst unter jungen Konsumenten zunehmend als mögliche Folge eines regelmäßigen Cannabiskonsums erkannt, und die Zahl der Personen, die sich wegen ihres Cannabiskonsums in Behandlung begeben, nimmt in einigen europäischen Ländern immer mehr zu (siehe unten). Dennoch können einige Cannabiskonsumenten, insbesondere Intensivkonsumenten, auf Probleme stoßen, ohne notwendigerweise die klinischen Kriterien einer Abhängigkeit zu erfüllen.

Cannabiskonsum unter Schülern

Im Rahmen der ESPAD-Studie 2011 (Hibell et al., 2012) wurden von Schülern aus 26 der 30 EBDD-Länder Auskünfte zu den Mustern und Tendenzen beim Cannabiskonsum eingeholt. Die höchsten Lebenszeitprävalenzraten unter den 15- bis 16-Jährigen berichteten die Tschechische Republik (42 %) und Frankreich (39 %) (Abbildung 5). Keines der anderen an der Studie beteiligten Länder und auch nicht Spanien meldeten eine Lebenszeitprävalenz von über 27 %. Damit sind nur die Raten in der Tschechischen Republik und Frankreich höher als die 2011 für eine vergleichbare Altersgruppe in den USA gemeldete Rate (35 %).

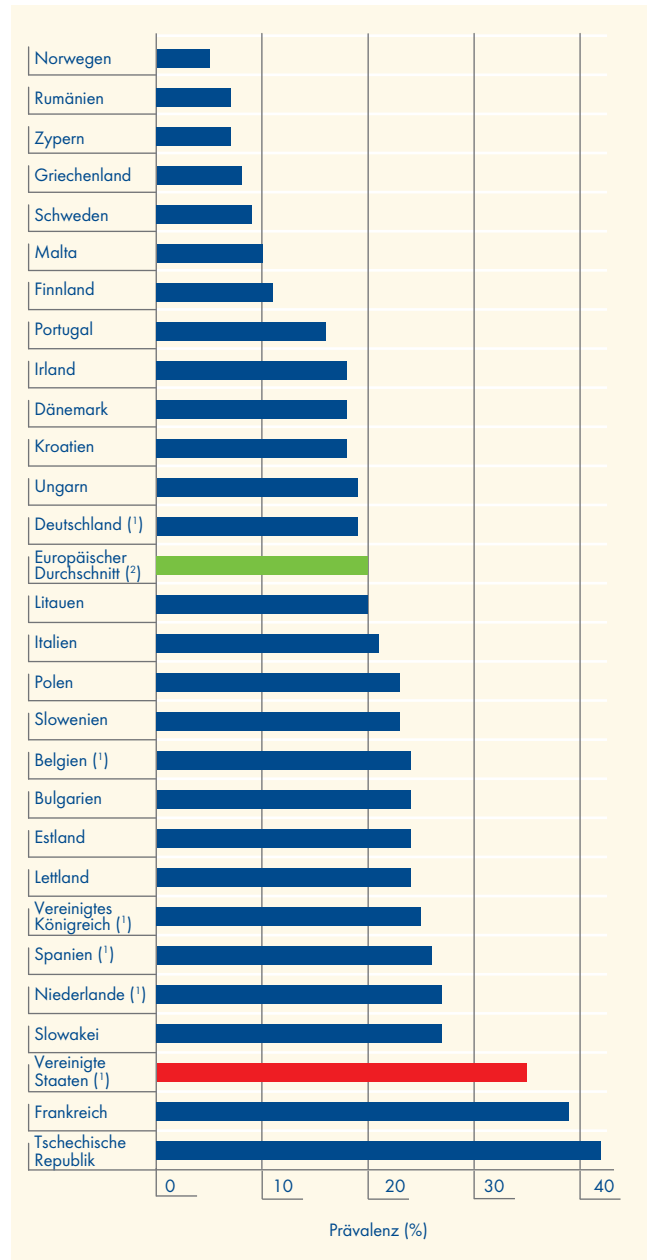
Die gemeldeten 30-Tage-Prävalenzraten beim Cannabiskonsum der 15- bis 16-Jährigen bewegen sich zwischen 24 % in Frankreich und 2 % in Rumänien und Norwegen.

Bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden bietet sich in Europa kein einheitliches Bild. So sind etwa in Spanien, Frankreich und Rumänien unter denen, die mindestens einmal Cannabis konsumiert haben, gleichviel Jungen und Mädchen, während das Verhältnis von Jungen und Mädchen in Griechenland und Zypern etwa 2,5:1 beträgt.

Tendenzen bei Schülern

Während der 16 Jahre, die von der ESPAD-Studie erfasst wurden, ist die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter europäischen Schülern insgesamt angestiegen. In diesem Zeitraum nahm bis 2003 die Lebenszeiterfahrung mit Cannabis unter den 15- bis 16-Jährigen kontinuierlich zu. 2007 waren die Raten wieder niedriger, und dieses Niveau blieb bis 2011 erhalten. In 14 der 23 Länder, die sich sowohl an der Befragungsrunde 2011 als auch an

Abbildung 5: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern in der ESPAD-Studie und vergleichbaren Studien aus den Jahren 2010 und 2011



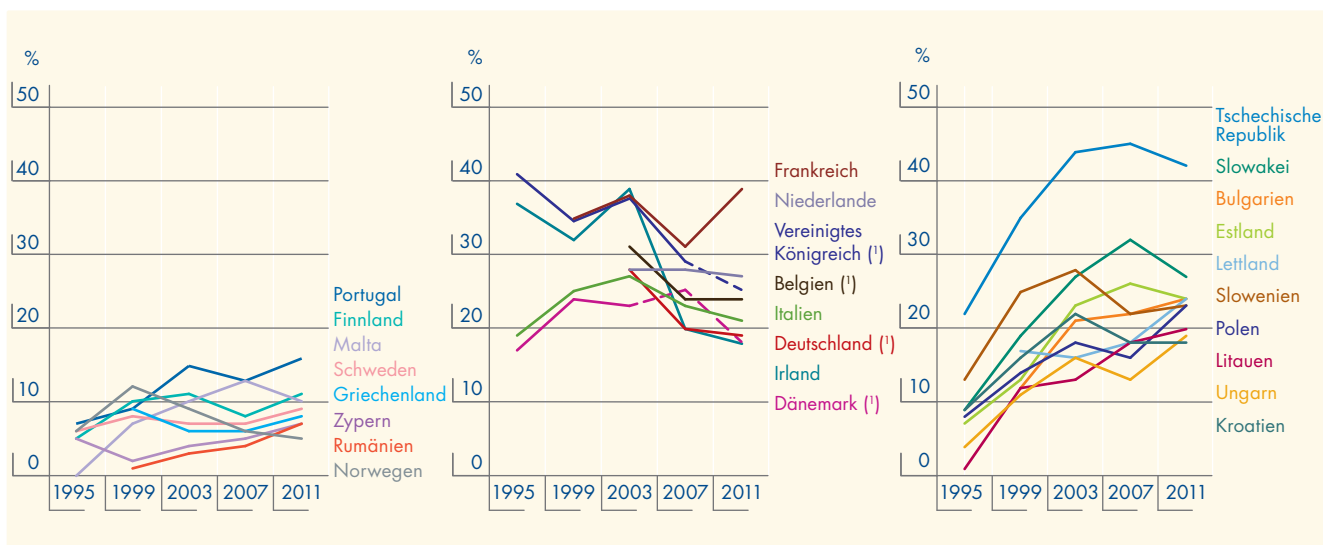
(*) Eingeschränkte Vergleichbarkeit: Die Daten für Belgien beziehen sich auf die flämische Gemeinschaft; die Daten für Deutschland beziehen sich auf fünf Bundesländer; nur ein geringer Teil der im Vereinigten Königreich in der Stichprobe erfassten Schulen hat sich an der ESPAD-Studie beteiligt, jedoch erbrachte eine etablierte nationale Studie ganz ähnliche Ergebnisse zur Prävalenz 2010 (27 %); die Daten für Spanien, das sich nicht an der ESPAD beteiligt, stammen aus einer nationalen Studie aus dem Jahr 2010; die Daten für die USA, die ebenfalls nicht an der ESPAD teilnehmen, wurden 2011 erhoben, wobei das geschätzte Durchschnittsalter von 16,2 Jahren über dem ESPAD-Durchschnitt von 15,8 Jahren lag.

(?) Ungewichteter Durchschnitt der hier aufgeführten europäischen Länder.

Quelle: ESPAD und nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten; Johnston et al. (2012) für die Daten für die USA.

⁽⁴⁹⁾ Bei dieser Analyse wurden nur Daten berücksichtigt, die nach 2000 erfasst wurden.

Abbildung 6: Verschiedene Entwicklungsmuster bei den Lebenszeitprävalenzraten des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern im Verlaufe der fünf Befragungsrunden zur ESPAD-Studie



(¹) Eingeschränkte Vergleichbarkeit: Die Daten für Belgien beziehen sich auf die flämische Gemeinschaft; die Daten für Deutschland beziehen sich auf fünf Bundesländer; die Daten von 2011 für das Vereinigte Königreich und die Daten von 2007 für Dänemark stammen nur von einem geringen Teil der in den Stichproben erfassten Schulen.
 Quelle: ESPAD und nationale Reitox-Knotenpunkte.

einer der Runden von 1995 oder 1999 beteiligten, ist die Prävalenz des Cannabiskonsums heute mindestens vier Prozentpunkte höher, in zwei der Länder ist sie niedriger.

Die Entwicklungstendenzen in diesem Zeitraum lassen sich anhand von verschiedenen Ländergruppen mit speziellen Prävalenzraten veranschaulichen. Acht vorwiegend nord- und südeuropäische Länder (Abbildung 6, links) meldeten eine niedrige Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums während des gesamten Zeitraums. In fünf dieser Länder war die Prävalenz des Cannabiskonsums 2011 gegenüber den in den ersten ESPAD-Studien 1995 oder 1999 ausgewiesenen Werten um nicht mehr als drei Prozentpunkte angestiegen. Allerdings ist in drei der Länder die Prävalenzrate mittlerweile deutlich höher als bei der ersten Studie in den 1990er Jahren, und zwar in Portugal (Anstieg um neun Prozentpunkte), in Finnland (sechs Prozentpunkte) und in Rumänien (sechs Prozentpunkte). Zwischen 2007 und 2011 meldeten fünf dieser Länder eine statistisch signifikante Zunahme und ein Land einen signifikanten Rückgang.

Zu einer zweiten Gruppe gehören acht westeuropäische Länder, die in den jeweils ersten ESPAD-Studien eine relativ hohe Prävalenz des Cannabiskonsums gemeldet hatten (Abbildung 6, Mitte). In zwei dieser Länder ist die Prävalenzrate unter Schülern in den 16 Jahren deutlich zurückgegangen, und zwar in Irland um 19 Prozentpunkte und im Vereinigten Königreich um 16 Prozentpunkte. Rückläufige Entwicklungen zwischen den ersten Erhebungen 2003 und der letzten im Jahr 2011

verzeichneten auch Deutschland (neun Prozentpunkte) und Belgien (sieben Prozentpunkte). Die beiden Länder mit dem niedrigsten Cannabiskonsum im Jahr 1995 – Dänemark und Italien – meldeten ein ähnliches Niveau auch 2011. In dieser Gruppe beobachtete einzig Frankreich einen Anstieg um mindestens vier Prozentpunkte zwischen der ersten (1999) und der letzten ESPAD-Studie. Auch für den Zeitraum 2007-2011 meldete es eine Zunahme (um acht Prozentpunkte), während in den übrigen sieben Ländern eine rückläufige oder stabile Tendenz zu verzeichnen war.

In einer dritten Gruppe von insgesamt zehn Ländern, die zwischen der Ostsee und der Balkanhalbinsel liegen, hat die Prävalenz des Cannabiskonsums zwischen der ersten Studie im Jahr 1995 bzw. 1999 und 2011 zugenommen, acht Länder sprechen von einer Zunahme um mindestens zehn Prozentpunkte (Abbildung 6, rechts). Die mit Abstand höchsten Prävalenzraten hat dabei die Tschechische Republik. In den meisten anderen Ländern dieser Gruppe wurde – ausgehend von einem niedrigen Ausgangsniveau – mittlerweile der europäische Durchschnitt erreicht oder auch schon überschritten. Ein Großteil der Veränderungen bei den Prävalenzraten des Cannabiskonsums unter Schülern vollzog sich in diesen Ländern bis 2003, und bis 2007 gab es dann wieder Anzeichen für eine Stabilisierung. In drei Ländern (Lettland, Ungarn, Polen) sind seitdem die Prävalenzraten wieder deutlich angestiegen, in einem Land (Slowakei) gingen sie zurück, und in den sechs übrigen blieben sie stabil.

Ein Vergleich der letzten beiden Befragungsrunden im Rahmen der ESPAD-Studie zeigt, dass in der Hälfte der 26 teilnehmenden EBDD-Länder die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülern eine gleichbleibende Tendenz aufweist, während in vier Ländern erhebliche Rückgänge und in neun Ländern deutliche Zunahmen zu beobachten sind. Die stärksten Zunahmen betragen zwischen sechs und acht Prozentpunkten und werden von Frankreich, Lettland, Ungarn und Polen gemeldet.

Muster unter Schülern

Die ESPAD-Studie von 2011 zeigt, dass in Ländern, in denen es weniger Konsumenten gibt, der Cannabiskonsum von den Schülern generell als gefährlicher wahrgenommen wird, wobei sie in dieser Hinsicht allerdings klar zwischen experimentellem und regelmäßigem Konsum unterscheiden. Zwischen 12 % und 47 % halten es bereits für ein großes Gesundheitsrisiko, wenn Cannabis ein- oder zweimal probiert wird, während zwischen 56 % und 80 % ein solches Risiko bei einem regelmäßigem Konsum sehen ⁽⁵⁰⁾.

Ein sehr frühzeitiger Beginn des Cannabiskonsums wird mit der späteren Herausbildung von intensiveren und problematischeren Formen des Drogenkonsums in Verbindung gebracht; acht Länder (Bulgarien, Tschechische Republik, Spanien, Estland, Frankreich, Niederlande, Slowakei, Vereinigtes Königreich) meldeten für Jugendliche, die im Alter von 13 Jahren oder noch früher mit dem Cannabiskonsum begonnen haben, Raten von 5 % oder mehr ⁽⁵¹⁾; in den USA waren es sogar 15 %.

Zwischen 5 % und 11 % der 15- bis 16-jährigen männlichen Schüler in neun europäischen Ländern gaben an, bislang in ihrem Leben zu 40 oder mehr Gelegenheiten Cannabis konsumiert zu haben. Ihr Anteil ist damit in den meisten Ländern mindestens doppelt so hoch wie bei den Schülerinnen.

Gesundheitsschädigende Auswirkungen des Cannabiskonsums

Die individuellen Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum sind im Allgemeinen niedriger einzuschätzen als die mit dem Konsum anderer Drogen, wie Heroin oder Kokain, verbundenen Risiken. Angesichts der hohen Prävalenz des Cannabiskonsums kann sich dies jedoch gravierend auf die Volksgesundheit auswirken.

Cannabiskonsum wird mit zahlreichen akuten und chronischen Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht.

Zu den akuten Nebenwirkungen gehören Übelkeit, beeinträchtigte Koordinations- und Leistungsfähigkeit, Angstzustände und psychotische Symptome, die vor allem von Erstkonsumenten gemeldet werden dürften. Epidemiologische Beobachtungsstudien haben gezeigt, dass bei Autofahrern der Konsum von Cannabis zudem das Risiko eines Verkehrsunfalls erhöhen kann (Asbridge et al., 2012).

Zu den chronischen Auswirkungen des Cannabiskonsums zählen neben einer Abhängigkeit auch Atemwegserkrankungen. Regelmäßiger Konsum von Cannabis im Jugendalter kann bei jungen Erwachsenen zu psychischen Problemen führen; es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für psychotische Symptome und Störungen, die mit steigender Häufigkeit und Menge des Konsums zunehmen (Hall und Degenhardt, 2009).

Behandlung

Behandlungsnachfrage

Im Jahr 2010 wurde Cannabis bei rund 108 000 gemeldeten Behandlungsaufnahmen (25 % aller Drogenpatienten) in 29 Ländern als Primärdroge genannt. Damit steht Cannabis nach Heroin an zweiter Stelle der am häufigsten gemeldeten Drogen. Zudem war Cannabis die am häufigsten angegebene Sekundärdroge (98 000 Verweise). Der Anteil der Patienten, die bei der Erstbehandlung Cannabis als Primärdroge angeben, liegt in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Zypern, Ungarn, den Niederlanden und Polen bei über 30 %, in Bulgarien, Estland, Luxemburg, Malta, Rumänien und Slowenien hingegen bei unter 10 % und in den übrigen Ländern zwischen 10 % und 30 % ⁽⁵²⁾. Nahezu 70 % aller Cannabiskonsumenden, die sich in Europa in Behandlung begeben, werden von Deutschland, Spanien, Frankreich und dem Vereinigten Königreich gemeldet.

Die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Behandlungen in den einzelnen Ländern lassen sich zum Teil anhand der Prävalenz des Cannabiskonsums und der damit einhergehenden Probleme erklären. Weitere Faktoren, wie etwa die Verfahrensweise bei der Weiterüberweisung von Patienten und die Art des Behandlungsangebots, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. In Frankreich beispielsweise wurde ein Netz von Beratungszentren eingerichtet, die in erster Linie Anlaufstelle für junge Patienten sind, die hauptsächlich Cannabis konsumieren ⁽⁵³⁾, wohingegen in Ungarn

⁽⁵⁰⁾ Siehe Abbildung EYE-1 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁵¹⁾ Siehe Tabelle EYE-23 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁵²⁾ Siehe Abbildung TDI-2 (Teil ii) und Tabellen TDI-5 (Teil ii) und TDI-22 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁵³⁾ Darüber hinaus erhalten in Frankreich viele Opioidkonsumenten eine Behandlung durch einen Allgemeinarzt und werden nicht unter dem Indikator für die Behandlungsnachfrage erfasst. Dadurch kann sich der angegebene Anteil der Konsumenten anderer Drogen erhöhen.

Straftätern bei Drogendelikten im Zusammenhang mit Cannabis eine Drogenbehandlung als Alternative zur Bestrafung angeboten wird. Durch beide Systeme wird die Zahl derer zunehmen, die sich einer Behandlung unterziehen.

In den vergangenen fünf Jahren hat sich in den 25 Ländern, für die Daten vorliegen, die Zahl der Cannabispatienten, die sich in Behandlung begeben haben, insgesamt erhöht (von 73 000 im Jahr 2005 auf 106 000 im Jahr 2010), gestiegen ist dabei insbesondere die Zahl der Personen, die sich erstmals einer Behandlung unterzogen haben.

Patientenprofile

In Europa begeben sich Cannabiskonsumanten meist in ambulante Behandlung und gehören den Berichten zufolge mit durchschnittlich 25 Jahren zu den jüngsten Patientengruppen, die eine Behandlung aufnehmen. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen geben 76 % und in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen 86 % der jugendlichen Konsumenten bei Behandlungsbeginn Cannabis als Primärdroge an. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt bei den Cannabispatienten in Behandlung rund 5:1 und liegt somit höher als bei anderen Drogenpatienten. Insgesamt sind etwa die Hälfte der Patienten, die Cannabis als Primärdroge nennen, tägliche Konsumenten, rund 21 % konsumieren die Droge zwei- bis sechsmal wöchentlich, 13 % konsumieren Cannabis einmal wöchentlich oder seltener, und 17 % sind Gelegenheitskonsumenten, die die Droge teilweise in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn nicht mehr konsumiert haben. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind groß. In Ungarn beispielsweise, wo die Behandlung größtenteils durch die Justiz veranlasst wird, sind die meisten Betroffenen Gelegenheitskonsumenten oder haben die Droge in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn nicht mehr konsumiert ⁽⁵⁴⁾.

Behandlungsangebot

In Europa umfasst die Behandlung von Cannabiskonsumanten zahlreiche Maßnahmen, darunter die internetbasierte Behandlung, Beratungsleistungen, strukturierte psychosoziale Maßnahmen sowie die Behandlung in Wohneinrichtungen. Darüber hinaus kommt es in diesem Bereich häufig zu Überschneidungen zwischen der selektiven und der indizierten Prävention und anderen Behandlungsmaßnahmen (siehe Kapitel 2).

Im Jahr 2011 berichtete mehr als die Hälfte der europäischen Länder – ein Drittel mehr als 2008 – über spezielle Programme für die Behandlung von

Cannabiskonsumanten, die für Personen gedacht sind, die Behandlungsbereitschaft bekunden. In einer kürzlich vorgenommenen Bewertung gelangten die nationalen Sachverständigen aus Griechenland, Deutschland, Italien, Kroatien, Litauen, Luxemburg, den Niederlanden, Slowenien, der Slowakei und dem Vereinigten Königreich zu dem Schluss, dass diese Programme für die Mehrheit der behandlungsbedürftigen Cannabiskonsumanten zugänglich seien, während sie nach Auffassung von Sachverständigen aus Belgien, der Tschechischen Republik, Dänemark, Spanien, Österreich, Portugal, Rumänien und Norwegen nur von einer Minderheit der Konsumenten in Anspruch genommen werden könnten. Bulgarien, Estland, Zypern, Ungarn und Polen berichteten, dass spezielle Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumanten für die nächsten drei Jahre geplant seien.

Die Behandlung einer Cannabisabhängigkeit erfolgt in erster Linie ambulant, wobei die Überweisung hauptsächlich durch Justizeinrichtungen, Unfallstationen und Notaufnahmen sowie psychosoziale Einrichtungen vorgenommen wird. In Ungarn erhielten 2010 etwa zwei Drittel aller gemeldeten Cannabis-Neupatienten eine Beratung, die von einem Netz akkreditierter Organisationen bereitgestellt wird. Für junge Leute mit Problemen durch Cannabiskonsum und deren Eltern gibt es in Belgien, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden eine multidimensionale Familientherapie sowie eine kognitive Verhaltenstherapie. Sie sind Bestandteil einer laufenden klinischen Prüfung, die auch in der Schweiz durchgeführt wird (siehe unten). In Dänemark wird nach einer erfolgreichen Pilotphase in Kopenhagen gerade ein Konzept eingeführt, das für Probleme im Zusammenhang mit Cannabiskonsum eine gruppenbasierte Kurzzeitbehandlung vorsieht. Sie beinhaltet Elemente der motivierenden Gesprächsführung, der kognitiven Verhaltenstherapie und der lösungsorientierten Therapie.

Immer mehr europäische Länder bieten eine internetbasierte Behandlung von Cannabispatienten an, um denjenigen den Zugang zu erleichtern, die nicht in der Lage oder nicht bereit sind, in den spezialisierten Drogenbehandlungseinrichtungen Hilfe in Anspruch zu nehmen. In Ungarn können sich Interessenten, die ihren Cannabiskonsum reduzieren oder gänzlich einstellen wollen, über ein Online-Programm einer internetbasierten Behandlung unterziehen, bei dem Verbindungen zu ambulanten Behandlungszentren in Budapest bestehen. Dieses Selbsthilfeprogramm nutzt die Erfahrungen, die in anderen europäischen Ländern mit der Behandlung von Cannabiskonsumanten über das Internet gemacht wurden.

⁽⁵⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-10 (Teil iii), (Teil iv), TDI-21 (Teil ii) und TDI-111 (Teil viii) im Statistical Bulletin 2012.

Jüngste Studien über die Behandlung von Cannabiskonsumenten

Es liegen zunehmend mehr Studien zur Beurteilung der Behandlung von Cannabiskonsumenten vor, wobei der Schwerpunkt größtenteils auf psychosozialen Maßnahmen wie Familientherapie und kognitiver Verhaltenstherapie liegt.

Die EBDD hat kürzlich eine Metaanalyse der in Europa und den USA durchgeführten Studien über die multidimensionale Familientherapie vorgenommen. Die US-amerikanischen Studien ergaben, dass bei diesem Ansatz im Hinblick auf die Verringerung des Substanzkonsums und der Drogenkriminalität eine Reihe positiver Ergebnisse zu verzeichnen ist, vergleicht man dies mit anderen Ansätzen wie etwa der individuell durchgeführten kognitiven Verhaltenstherapie oder auch der leitfadengestützten Gruppentherapie für Jugendliche, die auf den Grundsätzen des sozialen Lernens und der kognitiven Verhaltenstherapie beruht (Liddle et al., 2009). Bei jungen Leuten in Strafvollzugsanstalten in den USA führte die Behandlung mit einer multidimensionalen Familientherapie in den schwereren Fällen zu einer Verringerung des Cannabiskonsums (Henderson et al., 2010). Entsprechend der europäischen Analyse stellt diese Therapie auch eine realistische Behandlungsoption für Jugendliche mit schwerem Substanzkonsum und Verhaltensstörungen dar. So lauteten die vorläufigen

Schlussfolgerungen aus der transnationalen Studie zum Behandlungsbedarf wegen Cannabis (International Cannabis Need of Treatment – INCANT), die seit 2003 in Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz durchgeführt wird.

Als Kurzzeitmaßnahmen können sämtliche Beratungsleistungen bezeichnet werden, die auf eine Verringerung sowohl des legalen als auch des illegalen Drogenkonsums abzielen. Bei einer kürzlich durchgeführten internationalen Studie wurde ein Screening zur Feststellung von Alkoholkonsum, Rauchen und Substanzkonsum mit Kurzzeitmaßnahmen gekoppelt, als deren Ergebnis ein Rückgang des Cannabiskonsums berichtet wurde (Humeniuk et al., 2011).

Forschungsaktivitäten werden auch zu Medikamenten durchgeführt, die für die Unterstützung von psychosozialen Maßnahmen zur Behandlung cannabisbedingter Probleme in Frage kommen, da sie Entzugserscheinungen, das Verlangen nach der Droge und den Konsum selbst verringern. Im Hinblick auf die Cannabisabhängigkeit laufen derzeit Studien zu den Möglichkeiten der oralen Verabreichung von synthetischem THC als Substitutionstherapie, während durch die Verwendung von Rimonabant, einem Antagonisten, positive Ergebnisse bei der Verringerung akuter physiologischer Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen von Cannabis erzielt wurden (Weinstein und Gorelick, 2011).



Kapitel 4

Amphetamine, Ecstasy und halluzinogene Substanzen, GHB und Ketamin

Einleitung

In vielen europäischen Ländern stehen Amphetamine (ein Oberbegriff für Amphetamin und Methamphetamin) oder Ecstasy 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 weiter verbreitete Substanz, während sich der Methamphetaminkonsum in signifikanter Höhe bisher auf die Tschechische Republik und – in jüngster Zeit – die Slowakei beschränkte. In den vergangenen Jahren ist Methamphetamin auch auf den Drogenmärkten anderer Länder insbesondere im Norden Europas (Lettland, Schweden, Norwegen und in geringerem Maße auch in Finnland) in Erscheinung getreten und scheint dort teilweise Amphetamin als Droge ersetzt zu haben. Anzeichen für einen problematischen Methamphetaminkonsum, wenn auch wahrscheinlich nur auf sehr niedrigem Niveau, wurden von Deutschland, Griechenland, Ungarn, Zypern und der Türkei gemeldet, wohingegen in Estland und Österreich erhöhte Mengen der Droge sichergestellt wurden.

Ecstasy gehört zu den synthetischen Substanzen, die chemisch mit den Amphetaminen verwandt sind, sich in ihrer Wirkung jedoch in gewisser Weise davon unterscheiden. Die bekannteste Droge der Ecstasy-Gruppe ist 3,4-Methylendioxy-methamphetamin (MDMA), aber mitunter werden auch andere analoge Substanzen in Ecstasy-Tabletten nachgewiesen (MDA, MDEA). Populär wurde diese Droge ursprünglich auf Veranstaltungen mit elektronischer Tanzmusik, doch sind der Konsum und die Verfügbarkeit von Ecstasy in den letzten Jahren in Europa etwas zurückgegangen. Aus den neuesten Daten lässt sich jedoch ablesen, dass MDMA in einigen europäischen Ländern wieder auf dem Vormarsch ist.

Die Gesamtprävalenzraten halluzinogener Drogen wie Lysergsäurediethylamid (LSD) und halluzinogener Pilze sind insgesamt niedrig und in den letzten Jahren weitgehend stabil geblieben.

Seit Mitte der 1990er Jahre wurde für Subgruppen von Drogenkonsumenten in Europa der Freizeitkonsum von Ketamin und Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) – beides Anästhetika – gemeldet. Dieses Problem wird zunehmend erkannt, und die einschlägigen Stellen wenden sich immer mehr gezielt an die Konsumenten dieser Drogen. Gleichzeitig finden auch die mit diesen Substanzen verbundenen Gesundheitsprobleme stärkere Beachtung, insbesondere mit dem Langzeitkonsum von Ketamin verbundene Blasenleiden.

Angebot und Verfügbarkeit

Drogengrundstoffe

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

Das „Projekt Prism“ ist eine internationale Initiative, die Maßnahmen zur Verhinderung der Abzweigung chemischer Grundstoffe für die illegale Herstellung synthetischer Drogen koordiniert und sich dabei zum einen auf ein System stützt, in dem vor der legalen Ausfuhr von Grundstoffen Meldungen erfolgen, und zum anderen auf die Meldung von abgefangenen Lieferungen und Sicherstellungen im Falle verdächtiger Transaktionen zurückgreift (INCB, 2012b).

Das Internationale Suchtstoffkontrollamt meldet, dass die weltweiten Sicherstellungen von 1-Phenyl-2-propanon (P-2-P, BMK), das für die illegale Herstellung sowohl von Amphetamin als auch von Methamphetamin verwendet werden kann, im Jahr 2010 auf 26 300 Liter gestiegen

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

	Amphetamin	Methamphetamin	Ecstasy	LSD
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	19	45	3,8	k. A.
Beschlagnahmte Mengen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	5,1 Tonnen (5,4 Tonnen)	500 Kilogramm (600 Kilogramm)	Tabletten 3,0 Millionen (3,9 Millionen)	Einheiten 97 900 (98 000) (1)
Zahl der Sicherstellungen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR)	Gramm 6-41	Gramm 10-70	Tablette 2-17	Dosis 3-26
Spanne (Interquartilspanne)	(9,6-21,2)		(3,9-8,4)	(6,5-13,1)
Durchschnittliche Reinheit (bzw. MDMA-Gehalt bei Ecstasy)				
Spanne (Interquartilspanne)	5-39 % (7,8-27,2 %)	5-79 % (28,6-64,4 %)	3-104 mg (33,0-90,4 mg)	k. A.
(1)	Die Gesamtmenge des 2010 beschlagnahmten LSD ist noch höher als angegeben, da aus Schweden – einem Land, das 2009 relativ hohe Sicherstellungen gemeldet hat – keine Daten für 2010 vorliegen.			
Anmerkung:	Alle Daten für 2010; k. A.: keine Angaben oder keine Daten verfügbar.			
Quelle:	UNODC (2012) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.			

sind und sich damit gegenüber 2009 (4 900 Liter) verfünffacht haben. Allein auf Mexiko (14 200 Liter im Jahr 2010), Kanada (6 000 Liter) und Belgien (5 000 Liter) entfielen 95 % aller an das INCB (2012a) gemeldeten Sicherstellungen. In der Europäischen Union ist die Menge des sichergestellten P-2-P von 863 Litern im Jahr 2009 ebenfalls außerordentlich stark angestiegen und belief sich im Jahr 2010 auf 7 493 Liter (Europäische Kommission, 2011). Die weltweiten Sicherstellungen von Phenylethylamin, einem Grundstoff von P-2-P, vervierfachten sich im Jahr 2010 (INCB, 2012a). In der Europäischen Union jedoch fielen sie 2010 mit 1,5 Kilogramm im Vergleich zu 2009 (277 Kilogramm) sehr gering aus (Europäische Kommission, 2011). Bei Ephedrin und Pseudoephedrin, zwei zentralen Grundstoffen für die Herstellung von Methamphetamin, waren die weltweiten Sicherstellungen 2010 rückläufig (INCB, 2012a). In der Europäischen Union allerdings wurden 2010 größere Mengen dieser Grundstoffe beschlagnahmt als 2009, und zwar 1,2 Tonnen Ephedrin (685 Kilogramm im Jahr 2009) und 1,5 Tonnen Pseudoephedrin (186 Kilogramm im Jahr 2009) (Europäische Kommission, 2011).

Mit der Herstellung von MDMA werden in erster Linie zwei Grundstoffe in Verbindung gebracht: 3,4-Methylenedioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P, PMK) und Safrol. Im Jahr 2010 wurden weltweit 2 Liter PMK und damit deutlich weniger als 2009 (40 Liter) sichergestellt, während bei Safrol die Sicherstellungen von 1 048 Liter (2009) auf 168 Liter (2010) zurückgingen. In der Europäischen Union wurde 2010

überhaupt kein PMK sichergestellt, und bei Safrol gab es lediglich vier Sicherstellungen mit insgesamt 85 Litern.

Bei Gamma-Butyrolacton, einem Grundstoff von GHB, wurden in der Europäischen Union auch 2010 weiterhin Sicherstellungen vorgenommen (insgesamt 139), bei denen 253 Liter beschlagnahmt wurden.

Amphetamin

Die weltweite Produktion von Amphetamin erfolgt weiterhin vorwiegend in Europa, auf das nahezu alle der im Jahr 2010 gemeldeten Amphetamin-Labors entfielen (UNODC, 2012). Die weltweiten Sicherstellungen von Amphetamin sind im Jahr 2010 um 42 % zurückgegangen und betragen rund 19 Tonnen (siehe Tabelle 4). In West- und Mitteleuropa wurden 2010 wieder große Mengen an Amphetamin sichergestellt, wenngleich auch hier die Tendenz rückläufig war (von 8,9 Tonnen im Jahr 2009 auf 5,4 Tonnen im Jahr 2010). Die deutlichsten Rückgänge wurden aus den UNODC-Regionen im Nahen und Mittleren Osten sowie in Südwestasien gemeldet. Bei dem in diesen Regionen sichergestellten Amphetamin handelt es sich überwiegend um „Captagon“-Tabletten (UNODC, 2012), die zum Teil auch aus der Europäischen Union stammen können.

Der größte Teil des in Europa sichergestellten Amphetamins wird (nach Herstellungsmenge in absteigender Reihenfolge) in den Niederlanden, Belgien, Polen, Bulgarien, der Türkei und Estland hergestellt. Im Jahr 2010 wurden in der Europäischen Union 28 Herstellungs-, Tablettier- oder Lagerstätten von Amphetamin aufgedeckt und an Europol gemeldet (55).

(55) An zehn dieser 28 Standorte wurden auch andere Drogen, in den meisten Fällen Methamphetamin, hergestellt, tablettiert oder gelagert.

In Europa wurden 2010 bei schätzungsweise 36 600 Sicherstellungen 5 Tonnen Amphetaminpulver und 1,4 Millionen Amphetamintabletten beschlagnahmt⁽⁵⁶⁾. Bei generell rückläufiger Tendenz schwankte die Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin in den vergangenen fünf Jahren. Die Zahl der in Europa beschlagnahmten Amphetamintabletten ging zwischen 2005 und 2010 aufgrund einer geringeren Zahl an Sicherstellungen in der Türkei deutlich zurück. Wurden zwischen 2007 und 2009 bei Amphetaminpulver noch Rekordmengen von etwa 8 Tonnen beschlagnahmt, waren es 2010 lediglich 5 Tonnen⁽⁵⁷⁾.

Hinsichtlich der Reinheit der analysierten Stichproben des 2010 in Europa sichergestellten Amphetamins wurden erneut große Unterschiede festgestellt – die Reinheitsgrade variierten von weniger als 8 % in Bulgarien, Italien, Portugal, Österreich, Slowenien, Kroatien und der Türkei bis zu rund 20 % oder mehr in Ländern, in denen Amphetamin hergestellt werden soll (Belgien, Lettland, Litauen, Niederlande) oder in denen die Konsumraten relativ hoch sind (Finnland, Schweden, Norwegen) sowie in der Tschechischen Republik und der Slowakei⁽⁵⁸⁾. Im Laufe der letzten fünf Jahre ist die Reinheit des Amphetamins in den meisten der Länder, die ausreichende Daten für eine Trendanalyse vorgelegt haben, gesunken oder stabil geblieben.

In mehr als der Hälfte der 18 Berichtsländer bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Amphetamin im Jahr 2010 zwischen 10 EUR und 22 EUR pro Gramm. Die Verkaufspreise von Amphetamin sind in 14 der 20 Länder, die für die Jahre 2005 bis 2010 Daten gemeldet haben, stabil geblieben oder gesunken⁽⁵⁹⁾.

Methamphetamin

Im Jahr 2010 wurden weltweit 45 Tonnen Methamphetamin sichergestellt und damit deutlich mehr als 2009 (31 Tonnen). Schwerpunkt der Sicherstellungen war Nordamerika (34 %), wobei auf Mexiko, ein wichtiges Herstellungsland, eine Rekordmenge von 13 Tonnen entfiel. Große Mengen wurden auch in Ost- und Südostasien sichergestellt, und zwar 32 % (20 Tonnen) der weltweit insgesamt beschlagnahmten Menge. Hier wird Myanmar als bedeutendes Herstellungsland angesehen (UNODC, 2012).

In Europa ist die illegale Herstellung von Methamphetamin weitgehend auf die Tschechische Republik beschränkt, wo im Jahr 2010 307 Herstellungsstätten, hauptsächlich kleine „Küchenlabors“, aufgedeckt wurden (Rückgang gegenüber 342 im Jahr 2009). Darüber hinaus wird die Droge auch in der Slowakei sowie in Deutschland, Litauen, den Niederlanden und Polen hergestellt. Deutschland meldete 2010 eine deutliche Zunahme bei der Menge beschlagnahmten Methamphetamins (26,8 Kilogramm gegenüber 7,2 Kilogramm im Jahr 2009), wobei der Löwenanteil auf die Bundesländer Sachsen und Bayern entfiel, die beide an die Tschechische Republik grenzen, wo die Droge offenbar beschafft wird.

2010 wurden in Europa den Berichten zufolge bei nahezu 7 300 Sicherstellungen etwa 600 Kilogramm Methamphetamin beschlagnahmt. Sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die Menge des beschlagnahmten Methamphetamins hat sich zwischen 2005 und 2010 erhöht; ein deutlicher Anstieg wurde zwischen 2008 und 2009 verzeichnet, danach blieben die Werte stabil.

Der Reinheitsgrad von Methamphetamin war 2009 in den 20 Ländern, die diesbezügliche Daten vorgelegt haben, sehr unterschiedlich, reichte die durchschnittliche Reinheit doch von weniger als 15 % in Belgien und Dänemark bis zu mehr als 60 % in der Tschechischen Republik, der Slowakei, dem Vereinigten Königreich und der Türkei. Auch die Verkaufspreise von Methamphetamin wichen 2010 in den sieben Berichtsländern erheblich voneinander ab und reichten von etwa 10 bis 15 EUR pro Gramm in Bulgarien, Lettland, Litauen und Ungarn bis zu rund 70 EUR pro Gramm in Deutschland und der Slowakei.

Ecstasy

Die gemeldete Zahl der aufgedeckten Labors zur Herstellung von Ecstasy war 2010 mit 44 niedriger als 2009 (52). Die meisten dieser Labors befanden sich in Australien (17), Kanada (13) und Indonesien (12). Die Herstellung dieser Droge hat sich offenbar geografisch weiter verbreitet, da nun vermehrt Ecstasy im näheren Umfeld der Konsumentenmärkte in Ost- und Südostasien, Nord- und Südamerika sowie Ozeanien produziert wird. Dennoch ist anzunehmen, dass ein hoher Anteil von Ecstasy nach wie vor in Westeuropa hergestellt wird.

⁽⁵⁶⁾ Drei Viertel der beschlagnahmten Amphetamintabletten wurden in der Türkei sichergestellt und waren als „Captagon“ gekennzeichnet. Tabletten, die auf dem illegalen Markt als Captagon-Tabletten gehandelt werden, enthalten häufig eine Mischung aus Amphetamin und Koffein.

⁽⁵⁷⁾ Die in diesem Kapitel angeführten Daten über Sicherstellungen von Drogen in Europa sind den Tabellen SZR-11 bis SZR-18 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

⁽⁵⁸⁾ Die in diesem Kapitel enthaltenen Angaben zur Reinheit von Drogen in Europa sind der Tabelle PPP-8 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen. Angaben zu den indizierten Entwicklungen auf EU-Ebene sind der Abbildung PPP-2 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

⁽⁵⁹⁾ Die in diesem Kapitel enthaltenen Angaben zu den Preisen von Drogen in Europa sind der Tabelle PPP-4 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

2010 wurden weltweit 3,8 Tonnen Ecstasy sichergestellt (UNODC, 2012), davon entfielen den Meldungen zufolge 20 % auf Nordamerika, gefolgt von West- und Mitteleuropa mit 13 %.

In Europa sind sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die beschlagnahmte Menge seit 2005 zurückgegangen. Im Zeitraum 2005-2010 verringerte sich die Menge der sichergestellten Ecstasy-Tabletten um den Faktor 4, wohingegen für 2010 eine Zunahme gemeldet wurde, was hauptsächlich auf Sicherstellungen in der Türkei und Frankreich zurückzuführen ist. Die europäischen Länder berichteten über etwa 9 300 Sicherstellungen im Jahr 2010, bei denen mehr als 3,9 Millionen Ecstasy-Tabletten beschlagnahmt wurden, davon 1,6 Millionen in Frankreich und in der Türkei.

Die 19 Länder, die entsprechende Daten zur Verfügung gestellt haben, meldeten bei den im Jahr 2010 analysierten Ecstasy-Tabletten einen durchschnittlichen MDMA-Gehalt zwischen 3 mg und 104 mg. Darüber hinaus berichteten einige Länder (Belgien, Bulgarien, Deutschland, Niederlande, Kroatien) über hochdosierte Ecstasy-Tabletten mit einem MDMA-Gehalt von über 130 mg. Im Zeitraum 2005-2010 sank der MDMA-Gehalt von Ecstasy-Tabletten in zehn Ländern, und in neun Ländern stieg er an.

In den vergangenen Jahren hat sich die Zusammensetzung illegaler Tabletten in Europa verändert: Enthielten zuvor noch die meisten der analysierten Tabletten als einzige psychoaktive Substanz MDMA oder eine andere Ecstasy-ähnliche Substanz (MDEA, MDA), sind die Bestandteile mittlerweile sehr viel komplexer, und der Anteil MDMA-ähnlicher Substanzen ist geringer. Besonders augenfällig war diese Veränderung 2009, als lediglich drei Länder MDMA-ähnliche Substanzen noch als wichtigsten Bestandteil in einem Großteil der analysierten Tabletten meldeten. Im Jahr 2010 hatte sich die Zahl der Länder, die einen überwiegenden Anteil von Tabletten mit MDMA-ähnlichen Substanzen meldeten, auf acht erhöht.

Amphetamine sind, zuweilen auch zusammen mit MDMA-ähnlichen Substanzen, ein relativ verbreiteter Bestandteil der in Polen, Slowenien und der Türkei analysierten Tabletten. Die meisten der Berichtsländer geben an, dass Piperazine und insbesondere *m*CPP alleine oder in Kombination mit anderen Substanzen in analysierten Tabletten gefunden wurden, und zwar in mehr als 20 % aller Tabletten, die in Belgien, Dänemark, Deutschland, Zypern, Ungarn, Österreich, Finnland, dem Vereinigten Königreich und Kroatien einer Analyse unterzogen wurden.

Die Ecstasy-Preise sind im Vergleich zu den 1990er Jahren erheblich gesunken, und die meisten Länder melden durchschnittliche Verkaufspreise zwischen 4 EUR und 9 EUR pro Tablette. Im Zeitraum 2005-2010 verzeichneten 18 der 23 Länder, für die die Analyse durchgeführt werden konnte, rückläufige oder stabile Preise.

Halluzinogene und andere Substanzen

Im Zusammenhang mit LSD wird in Europa nur ein marginaler Konsum und Handel beobachtet. Die Zahl der Sicherstellungen von LSD ist zwischen 2005 und 2010 gestiegen, während die beschlagnahmten Mengen nach einem Rekordergebnis von 1,8 Millionen Einheiten im Jahr 2005 zwischen 50 000 und 150 000 Einheiten schwankten. Im gleichen Zeitraum gingen die Verkaufspreise für LSD in den meisten Berichtsländern zurück oder blieben stabil. 2010 betrug der Durchschnittspreis für die Mehrzahl der 14 Berichtsländer zwischen 6 EUR und 14 EUR pro Einheit.

Im Jahr 2010 haben nur drei oder vier Länder (abhängig von der Art der Droge) über Sicherstellungen von halluzinogenen Pilzen, Ketamin, GHB und GBL berichtet. Es ist nicht ganz klar, in welchem Maße die gemeldeten Sicherstellungen die eingeschränkte Verfügbarkeit dieser Substanzen oder einfach die Tatsache widerspiegeln, dass sich die Strafverfolgungsbehörden nicht systematisch mit diesen Substanzen befassen.

Prävalenz und Konsummuster

In einigen wenigen Ländern betrifft der – oftmals durch Injektion herbeigeführte – Konsum von Amphetaminen einen erheblichen Teil aller problematischen Drogenkonsumenten und der Patienten, die sich wegen Drogenproblemen in Behandlung begeben. Bei Amphetaminen und Ecstasy hingegen, die für gewöhnlich geschluckt oder geschnüffelt werden, besteht ein Zusammenhang mit dem Besuch von Nachtclubs und Tanzveranstaltungen. Es wird ein kombinierter Ecstasy-/Amphetamin- und Alkoholkonsum festgestellt, wobei Personen, die häufig und in hohem Maße Alkohol konsumieren, eine weitaus höhere Prävalenz des Amphetamin- und Ecstasykonsums angeben als die Allgemeinbevölkerung (EBDD, 2009b).

Amphetamine

Schätzungen der Drogenprävalenz zufolge haben in Europa rund 13 Millionen Menschen Amphetamine probiert, und etwa zwei Millionen Europäer haben die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert

(eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 5 zu entnehmen). Bei einem gewichteten europäischen Durchschnitt von etwa 5,5 % verzeichnen die Länder mit Raten zwischen 0,1 % und 12,9 % bei der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) sehr unterschiedliche Werte. Die 12-Monate-Prävalenz des Amphetaminkonsums in dieser Altersgruppe reicht von 0 % bis 2,5 %, die meisten Länder melden jedoch Prävalenzraten zwischen 0,5 % und 2,0 %. Schätzungsweise haben rund 1,5 Millionen der jungen Europäer (1,2 %) in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert. Dabei ergaben Umfragen unter jungen Leuten, die mit der Tanzmusik- oder Nachtclubszene verbunden sind, höhere 12-Monate-Prävalenzraten; die 2010 für die Tschechische Republik, die Niederlande und das Vereinigte Königreich ermittelten Daten weisen eine Bandbreite von 8 % bis 27 % auf.

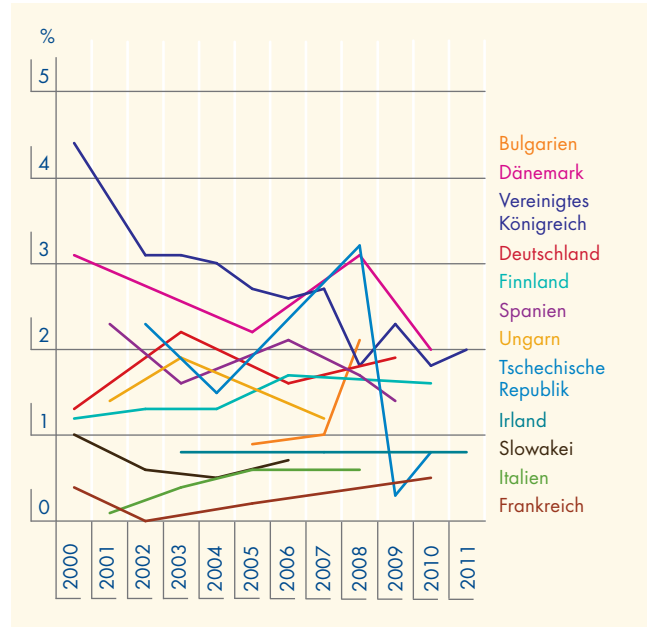
Aus den im Jahr 2011 durchgeführten ESPAD-Umfragen geht hervor, dass unter den 15- bis 16-jährigen Schülern die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Amphetaminen in den 24 EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen zwischen 1 % und 7 % lag, nur für Belgien, Bulgarien und Ungarn wurden Prävalenzraten von mehr als 4 % gemeldet ⁽⁶⁰⁾. Die landesweit durchgeführte Schulumfrage in Spanien ergab 1 %, während aus den Vereinigten Staaten 9 % gemeldet werden.

Zwischen 2005 und 2010 ist die 12-Monate-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in den meisten europäischen Ländern relativ stabil geblieben und in den meisten Berichtsländern mit unter 3 % vergleichsweise gering. Lediglich Bulgarien meldete im betreffenden Zeitraum eine Zunahme, denn die 12-Monate-Prävalenz erhöhte sich dort bei jungen Erwachsenen um einen Prozentpunkt (Abbildung 7). Im Jahr 2011 durchgeführte ESPAD-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.

Problematischer Amphetaminkonsum

Neuere Schätzungen für die Prävalenz des problematischen Konsums von Amphetaminen liegen für zwei Länder vor ⁽⁶¹⁾. So war 2010 die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten in der Tschechischen Republik mit schätzungsweise 27 300 bis 29 100 (3,7 bis 3,9 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) höher als im Jahr zuvor und mehr als doppelt so hoch wie die geschätzte

Abbildung 7: Tendenzen bei der 12-Monate-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre)



Anmerkung: Es wurden ausschließlich Daten für Länder berücksichtigt, in denen mindestens drei Erhebungen durchgeführt wurden. Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-8 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

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

Zahl der problematischen Opioidkonsumenten. In der Slowakei lag die Zahl der problematischen Methamphetaminkonsumenten mit geschätzten 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.

Methamphetamin ist auch auf den Drogenmärkten anderer Länder, insbesondere im Norden Europas (Lettland, Schweden, Norwegen und in geringerem Maße auch Finnland), in Erscheinung getreten und hat dort offenbar teilweise Amphetamin als Droge ersetzt. Hinweise auf einen problematischen Methamphetaminkonsum, wenn auch wahrscheinlich auf sehr niedrigem Niveau, meldeten 2010 zudem Deutschland, Griechenland, Ungarn, Zypern und die Türkei, während es in Estland und Österreich mehr Sicherstellungen bei dieser Droge gab.

Ein geringer Teil der Patienten, die sich in Europa einer Behandlung unterziehen, gibt Amphetamine als Primärdroge an: Im Jahr 2010 waren dies rund 6 %

⁽⁶⁰⁾ Siehe Tabelle EYE-11 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁶¹⁾ Ein problematischer Amphetaminkonsum ist definiert als injizierender bzw. langjähriger und/oder regelmäßiger Konsum dieser Substanzen.

Tabelle 5: Prävalenz des Konsums von Amphetaminen in der Allgemeinbevölkerung – Zusammenfassung der Daten

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	Letzte 12 Monate
15-64 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	13 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,8 %	0,6 %
Spanne	0,1-11,6 %	0,0-1,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Griechenland, Rumänien (0,1 %) Zypern (0,7 %) Portugal (0,9 %) Slowakei (1,2 %)	Rumänien, Griechenland (0,0 %) Frankreich, Portugal (0,2 %) Tschechische Republik, Zypern, Slowakei (0,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (11,6 %) Dänemark (6,2 %) Schweden (5,0 %) Irland (4,5 %)	Estland, Vereinigtes Königreich (1,1 %) Bulgarien, Lettland (0,9 %) Schweden, Finnland (0,8 %)
15-34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,5 %	1,2 %
Spanne	0,1-12,9 %	0,0-2,5 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Zypern (1,2 %) Portugal (1,3 %)	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Portugal (0,4 %) Frankreich (0,5 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (12,9 %) Dänemark (10,3 %) Irland (6,4 %) Lettland (6,1 %)	Estland (2,5 %) Bulgarien (2,1 %) Dänemark, Vereinigtes Königreich (2,0 %) Deutschland, Lettland (1,9 %)
Anmerkung:	Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 6 % der Zielbevölkerung bei jungen Erwachsenen, Schätzungen der 12-Monate-Prävalenz, und nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung bei den anderen Schätzungen). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (338 Millionen), 15 bis 34 Jahre (130 Millionen). Die europäischen Schätzungen beruhen auf Erhebungen aus den Jahren 2004 bis 2010/2011 (insbesondere im Zeitraum 2008-2010) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General Population Surveys“ (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2012 verfügbar.	

(23 000 Patienten) der gemeldeten Drogenpatienten ⁽⁶²⁾. Darüber hinaus führen nahezu 20 000 Patienten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit anderen Primärdrugs in Behandlung begeben, andere Stimulanzien als Kokain als Sekundärdrugs an. Konsumenten mit Amphetaminen als Primärdrugs machen einen erheblichen Anteil aller gemeldeten Behandlungsaufnahmen in Schweden 28 %, Polen 24 %, Lettland 19 % und in Finnland 17 % aus, und bei einem Großteil der gemeldeten Neupatienten in der Tschechischen Republik (63 %) und der Slowakei (35 %) wird Methamphetamin als Primärdrugs genannt. In sechs weiteren Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Ungarn, Niederlande, Norwegen) stellen

Amphetaminpatienten zwischen 5 % und 15 % der gemeldeten Behandlungsaufnahmen, in den übrigen Ländern liegt dieser Anteil bei unter 5 %. Zwischen 2005 und 2010 verzeichneten die meisten Länder bei der Zahl der Neupatienten, die Amphetamine als Primärdrugs konsumierten, stabile Tendenzen. Ausnahmen waren die Tschechische Republik und die Slowakei, die neben einer beträchtlichen Steigerung in den Jahren 2009 und 2010 für den zuvor genannten Zeitraum eine Zunahme sowohl der Gesamtzahl als auch des Anteils der Patienten meldeten, die sich wegen des Konsums von Methamphetamin in Behandlung begaben ⁽⁶³⁾.

Konsumenten von Amphetaminen sind zu Behandlungsbeginn durchschnittlich 30 Jahre alt, das

⁽⁶²⁾ Für Deutschland, Litauen und Norwegen lassen sich anhand der an die EBDD übermittelten Daten keine Unterscheidungen zwischen den Konsumenten von Amphetamin, MDMA und anderen Stimulanzien vornehmen, da sie als Konsumenten von „anderen Stimulanzien als Kokain“ gemeldet werden. In Ländern, aus denen Daten gemeldet werden, machen Konsumenten von Amphetaminen im Allgemeinen rund 90 % aller derer aus, die in die Kategorie „andere Stimulanzien als Kokain“ fallen.

⁽⁶³⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil ii) und TDI-22 im Statistical Bulletin 2012.

Verhältnis von Männern zu Frauen liegt dabei mit 2:1 unter dem für alle anderen illegalen Drogen festgestellten Niveau. In Ländern, in denen diese Konsumentengruppe einen hohen Prozentsatz der Neupatienten ausmacht, geben viele der Betroffenen an, dass sie die Droge injizieren. In der Tschechischen Republik, Lettland, Finnland, Schweden und Norwegen waren dies 63 % bis 80 % der Patienten mit Amphetaminen als Primärdroge ⁽⁶⁴⁾. Weniger injizierende Konsumenten werden aus der Slowakei gemeldet (34 %), wo deren Zahl seit 2005 zurückgeht ⁽⁶⁵⁾.

Ecstasy

Schätzungen der Drogenprävalenz zufolge haben rund 11,5 Millionen Europäer Amphetamine probiert, und etwa zwei Millionen haben die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert (eine zusammenfassende Darstellung der Daten ist Tabelle 6 zu entnehmen). Der Ecstasykonsum in den letzten zwölf Monaten ist insbesondere unter jungen Erwachsenen verbreitet, und in allen Ländern werden für Männer höhere Konsumraten gemeldet als für Frauen. Die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen reicht von unter 0,6 % bis 12,4 %, die Prävalenzschätzungen der meisten Länder liegen jedoch zwischen 2,1 % und 5,8 % ⁽⁶⁶⁾.

Unter den 15- bis 16-jährigen Schülern betrug die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums in den 2011 untersuchten europäischen Ländern zwischen 1 % und 4 % ⁽⁶⁷⁾. Das Niveau von 4 % wurde nur im Vereinigten Königreich erreicht, wie sowohl aus der ESPAD-Studie als auch aus der englischen nationalen Schulumfrage hervorgeht. In Spanien sind es gemäß der dort landesweit durchgeführten Schulumfrage 2 %. Im Vergleich dazu wird die Lebenszeitprävalenz der Droge unter Schülern in einem annähernd gleichen Alter in den USA auf 7 % geschätzt.

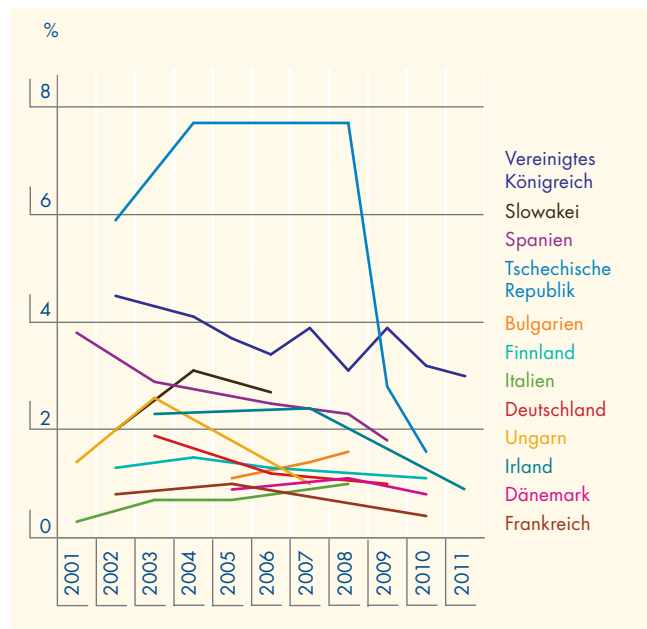
Gezielte Studien bieten einen Einblick in den Freizeitkonsum von Stimulanzien durch junge Erwachsene im Nachtleben in Europa. Zur 12-Monate-Prävalenz des Ecstasykonsums unter Besuchern von Tanzveranstaltungen und Nachtclubs in den Jahren 2010/2011 liegen nur für zwei Länder Informationen vor, die Tschechische Republik (43 %) und die Niederlande (Amsterdam, 33 %). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass in den beiden Milieus Ecstasy stärker verbreitet ist als Amphetamine. Eine im Vereinigten Königreich 2012 durchgeführte Internetstudie hat ergeben, dass dort unter den regelmäßigen

Partygängern die 12-Monate-Prävalenz für Ecstasy höher war als für Cannabis (Mixmag, 2012). Bei einer Umfrage in Nachtclubs in Dänemark gaben 40 % der Befragten (Durchschnittsalter 21 Jahre) an, dass sie bereits einmal eine andere illegale Droge als Cannabis probiert haben (üblicherweise Kokain, Amphetamin oder Ecstasy). Die bei Stichproben im Milieu und bei Internetumfragen erlangten Daten sind jedoch mit Vorsicht zu bewerten.

In fünf der sechs Länder, die überdurchschnittlich hohe 12-Monate-Prävalenzraten des Ecstasykonsums melden und für die sich bestimmte Tendenzen darstellen lassen, erreichte der Konsum bei den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) in der Regel Anfang des neuen Jahrtausends Spitzenwerte und ging dann wieder zurück (Tschechische Republik, Estland, Spanien, Slowakei, Vereinigtes Königreich) (Abbildung 8). Im Zeitraum 2005-2010 meldeten diese Länder stabile oder rückläufige Tendenzen bei der 12-Monate-Prävalenz unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre).

Nur wenige Drogenkonsumenten begeben sich wegen Problemen im Zusammenhang mit Ecstasy in Behandlung.

Abbildung 8: Tendenzen bei der 12-Monate-Prävalenz des Ecstasykonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre)



Anmerkung: Es wurden ausschließlich Daten für Länder berücksichtigt, in denen mindestens drei Erhebungen durchgeführt wurden. Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-21 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

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

⁽⁶⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil iv) und TDI-37 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁶⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-2 (Teil i), TDI-3 (Teil iii), TDI-5 (Teil ii) und TDI-36 (Teil iv) im Statistical Bulletin 2012. Siehe auch Tabelle TDI-17 im Statistical Bulletin 2007 und 2012.

⁽⁶⁶⁾ Siehe Tabelle GPS-1 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁶⁷⁾ Siehe Tabelle EYE-11 im Statistical Bulletin 2012.

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

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	Letzte 12 Monate
15-64 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	11,5 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,4 %	0,6 %
Spanne	0,4-8,3 %	0,1-1,6 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Griechenland (0,4 %) Rumänien (0,7 %) Norwegen (1,0 %) Polen (1,2 %)	Schweden (0,1 %) Griechenland, Rumänien, Frankreich (0,2 %) Dänemark, Polen, Norwegen (0,3 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (8,3 %) Irland (6,9 %) Niederlande (6,2 %) Spanien (4,9 %)	Slowakei (1,6 %) Lettland (1,5 %) Niederlande, Vereinigtes Königreich (1,4 %) Estland (1,2 %)
15-34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7,5 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,7 %	1,3 %
Spanne	0,6-12,4 %	0,2-3,1 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Griechenland (0,6 %) Rumänien (0,9 %) Polen, Norwegen (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Schweden (0,2 %) Griechenland, Rumänien, Frankreich (0,4 %) Norwegen (0,6 %) Polen (0,7 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (12,4 %) Niederlande (11,6 %) Irland (10,9 %) Lettland (8,5 %)	Niederlande (3,1 %) Vereinigtes Königreich (3,0 %) Slowakei, Lettland (2,7 %) Estland (2,3 %)
<i>Anmerkung:</i> Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (338 Millionen), 15 bis 34 Jahre (130 Millionen). Die europäischen Schätzungen beruhen auf Erhebungen aus den Jahren 2004 bis 2010/2011 (insbesondere im Zeitraum 2008-2010) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General Population Surveys“ (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2012 verfügbar.		

Im Jahr 2010 wurde Ecstasy von 1 % oder weniger (insgesamt knapp 1 000) der gemeldeten Erstpatienten in allen europäischen Ländern als Primärdrugs genannt ⁽⁶⁸⁾.

Halluzinogene Substanzen, GHB und Ketamin

Die Lebenszeitprävalenz des LSD-Konsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) liegt in Europa Schätzungen zufolge zwischen 0,1 % und 5,4 %. Für den Konsum in den letzten zwölf Monaten wurden wesentlich niedrigere Prävalenzraten gemeldet ⁽⁶⁹⁾. In den wenigen Ländern, die vergleichbare Daten vorgelegt haben, sind die Prävalenzraten für den Konsum halluzinogener Pilze sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch unter Schülern höher als für den Konsum von LSD. Bei jungen Erwachsenen werden für halluzinogene Pilze Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 0,3 % und

8,1 % sowie Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz zwischen 0,0 % und 2,2 % gemeldet. Die meisten Länder melden für den Konsum halluzinogener Pilze unter 15- bis 16-jährigen Schülern Lebenszeitprävalenzschätzungen zwischen 1 % und 4 % ⁽⁷⁰⁾.

Sowohl unter Erwachsenen als auch unter Schülern sind die Prävalenzschätzungen für den Konsum von GHB und Ketamin wesentlich niedriger als für den Konsum von Ecstasy. In den Niederlanden, wo bei der Erhebung in der Allgemeinbevölkerung 2009 erstmals auch GHB berücksichtigt wurde, gaben 0,4 % der erwachsenen Bevölkerung (14 bis 64 Jahre) an, dass sie die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben, was etwa der 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums entspricht. Die British Crime Survey, eine der wenigen nationalen Erhebungen, die die Entwicklungen bei Ketamin verfolgen, wies einen Anstieg der 12-Monats-Prävalenz

⁽⁶⁸⁾ Siehe Tabellen TDI-5, TDI-8 und TDI-37 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁶⁹⁾ Siehe Tabelle GPS-1 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁷⁰⁾ ESPAD-Daten für alle Länder mit Ausnahme Spaniens. Siehe Abbildung EYE-3 (Teil v) im Statistical Bulletin 2011.

des Ketaminkonsums unter den 16- bis 24-Jährigen aus, und zwar von 0,8 % (2006/2007) auf 2,1 % (2010/2011).

Gezielte Umfragen an diversen Veranstaltungsorten im Nachtleben geben Hinweise darauf, welche Drogen in diesem Milieu im Umlauf sind, wenngleich die Prävalenzraten schwer zu interpretieren sind. Jüngste Studien aus der Tschechischen Republik und den Niederlanden sowie eine im Vereinigten Königreich durchgeführte Internetstudie ergaben hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des GHB-Konsums Schätzungen zwischen 4 % und 11%. Für Ketamin bewegten sie sich zwischen 8 % und 48 %, je nach Milieu oder Befragtengruppe. In Dänemark ging aus einer in Nachtclubs durchgeführten Umfrage hervor, dass rund 10 % der Befragten Ketamin, GBH, halluzinogene Pilze oder LSD konsumiert hatten. Die Ergebnisse einer Studie von 2011, bei der schwulenfreundliche Tanzclubs in Südlondon näher untersucht wurden, verweisen auf einen hohen Konsum dieser Substanzen in einigen speziellen Bevölkerungsgruppen. Dabei hatten 24 % der Befragten GHB als bevorzugte Droge bezeichnet und die Absicht bekundet, sie in der betreffenden Nacht zu konsumieren. Mehr als 10 % gaben eine ähnliche Antwort für Ketamin (Wood et al., 2012b). Britische Befragte im Rahmen einer Internet-Studie, von denen bekannt ist, dass sie regelmäßige Partygänger sind, gaben zu 40 % Ketaminkonsum und zu 2 % GHB-Konsum in den letzten zwölf Monaten an (Mixmag, 2012).

Gesundheitliche Auswirkungen des Amphetaminkonsums

Viele der Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums von Amphetaminen wurden in Ländern durchgeführt, in denen der inhalierende Konsum von „Crystal Meth“, der in Europa fast überhaupt keine Rolle spielt, einen bedeutenden Anteil am nationalen Drogenproblem hat. Zwar sind viele der in diesen Studien dokumentierten gesundheitlichen Auswirkungen Berichten zufolge auch bei Konsumenten von Amphetaminen in Europa anzutreffen, jedoch ist nicht klar, ob ihre Ergebnisse direkt auf die europäische Situation übertragen werden können.

Beim Konsum von illegalen Amphetaminen tritt eine Reihe akuter Nebenwirkungen auf, darunter Unruhe, Kopfschmerzen, Zittern, Übelkeit, Bauchkrämpfe, Schwitzen, Schwindel und verminderter Appetit (EBDD, 2010c). Bei Konsumenten, die bereits psychische Gesundheitsprobleme haben, ist die Gefahr von akuten psychologischen und psychiatrischen Nebenwirkungen am größten, angefangen von Niedergeschlagenheit,

Angstzuständen, Aggressionen und Depressionen bis hin zu einer akuten paranoiden Psychose. Mit dem Nachlassen der stimulierenden Wirkung können sich bei den Konsumenten Schläfrigkeit sowie eine Beeinträchtigung des Urteilsvermögens und der Lernfähigkeit einstellen.

Zu den chronischen Nebenwirkungen des Konsums von Amphetaminen gehören kardiovaskuläre Komplikationen, da ein kumuliertes Risiko von Herz- und Herzkranzgefäßerkrankungen und pulmonaler Hypertonie besteht. Bei kardiovaskulären Vorerkrankungen kann der Konsum von Amphetaminen zu ernsthaften und potenziell tödlichen Störungen (wie Myokardischämien und Herzinfarkten) führen. Darüber hinaus wird der Langzeitkonsum mit Schädigungen des Gehirns und des Nervensystems, Psychosen und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und Stimmungsschwankungen in Zusammenhang gebracht.

Es gibt fundierte Anhaltspunkte dafür, dass regelmäßiger und intensiver Konsum von Amphetaminen zu einem Abhängigkeitssyndrom führt. Damit einhergehende Entzugerscheinungen können unter anderem das Verlangen nach der Droge und Depressionen mit einem erhöhten Suizidrisiko sein (Jones et al., 2011).

Der injizierende Konsum von Amphetaminen birgt ein höheres Risiko, sich mit Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis anzustecken, und durch ein höheres sexuelles Risikoverhalten sind die Konsumenten anfälliger für sexuell übertragbare Infektionskrankheiten. Zudem können sich schlechte Ernährung und Schlafmangel negativ auf die Gesundheit auswirken. Der Amphetaminkonsum während der Schwangerschaft wird mit einem geringen Geburtsgewicht, Frühgeburten und erhöhter fötaler Morbidität in Verbindung gebracht.

Prävention in Freizeitmilieus

Trotz der hohen Drogenkonsumraten, die in bestimmten Freizeitmilieus beobachtet werden, berichten nur elf Länder über Strategien zur Prävention oder Schadensminimierung in diesen Bereichen. In der Regel zielen diese Strategien entweder auf den Einzelnen oder auf das Umfeld. Zu den Projekten, bei denen der Schwerpunkt auf der individuellen Ebene liegt, gehören Maßnahmen zur Förderung der gegenseitigen Erziehung unter Gleichaltrigen und der Einsatz von mobilen Teams, wie er in Belgien, der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich praktiziert wird. Sie beraten und informieren zu Drogen, bieten medizinische Behandlung an und verteilen Materialien zur Schadensminimierung.

Zu den weiteren individuell ausgerichteten Konzepten, über die berichtet wird, gehören Maßnahmen auf Musikfestivals und großen Freizeitveranstaltungen, die insbesondere junge Leute ansprechen sollen, da bei ihnen die Gefahr groß ist, dass sie mit entsprechenden Problemen konfrontiert werden. Beispiele für solche Maßnahmen sind Quick Scans zur Feststellung von Drogenproblemen, erste Hilfe und Maßnahmen im Zusammenhang mit „Horrortrips“.

Es gibt eine Reihe von Regulierungsansätzen speziell für die Einrichtungen des Nachtlebens, bei denen der Schwerpunkt oftmals auf der Zulassung von Lokalitäten mit Alkoholverkauf und dem verantwortungsbewussten Ausschank von Alkohol liegt. Ziel ist es dabei, durch die Herstellung einer formellen Zusammenarbeit zwischen den wichtigsten Akteuren im Partymilieu (örtliche Behörden, Polizei und Eigentümer der Einrichtungen) die Sicherheit der Mitarbeiter und der Besucher zu erhöhen.

Milieuspezifische Maßnahmen betreffen beispielsweise den Umgang mit großen Menschenmengen, die unentgeltliche Bereitstellung von Wasser und den sicheren Transport in der Nacht. Im Rahmen des Projekts „After taxi“ in Slowenien werden Taxifahrten für junge Leute zwischen 16 und 30 Jahren subventioniert. Es hat sich gezeigt, dass dadurch die Zahl der Unfälle reduziert werden kann, für alkohol- oder drogenbedingte Schäden hat es jedoch keine Relevanz (Calafat et al., 2009). Weitere Beispiele für Präventionsmaßnahmen im Freizeitmilieu sind die im Rahmen des Projekts „Party+“ in Belgien, Dänemark, Spanien, den Niederlanden, Slowenien und Schweden geförderten Safer-Party-Labels. Es hat sich gezeigt, dass der Erfolg von Regulierungsmaßnahmen zur Vermeidung von Risikoverhalten in Einrichtungen des Nachtlebens von den Umsetzungsfaktoren abhängt. Im Interesse der Drogenprävention in Pubs und Clubs müssen auch die dort beschäftigten Mitarbeiter einbezogen werden, um deren eigenen Konsum von Drogen und Alkohol bzw. ihre Einstellung dazu anzusprechen.

Die kürzlich eingerichtete Healthy Nightlife Toolbox umfasst drei Datenbanken (evaluierte Maßnahmen, Literaturhinweise und Kontaktangaben für in diesem Bereich tätige Sachverständige) sowie ein Handbuch mit Leitlinien für ein gesundes und sicheres Nachtleben. Darin wird betont, dass Präventivmaßnahmen im Freizeitmilieu gleichermaßen auf den Alkoholkonsum und den Konsum illegaler Drogen ausgerichtet sein sollten, da sie ähnliche Probleme verursachen und oftmals auch zusammen auftreten. Außerdem wird besonders darauf hingewiesen, dass sich diese Maßnahmen positiv auf problematische

Verhaltensweisen und Schäden auswirken können, angefangen von akuten Gesundheitsproblemen aufgrund des Drogen- und Alkoholkonsums bis hin zu Gewalt, Fahren unter Drogen- oder Alkoholeinfluss, ungeschütztem Sex oder ungewollten sexuellen Kontakten.

Behandlung

Problematischer Amphetaminkonsum

Die den Konsumenten von Amphetaminen in Europa zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten sind in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. In den Ländern Nord- und Mitteleuropas, die auf eine lange Zeit der Behandlung des Amphetaminkonsums zurückblicken können, sind einige der Programme speziell auf die Bedürfnisse dieser Gruppe von Konsumenten zugeschnitten. In den mittel- und osteuropäischen Ländern, in denen der problematische Amphetaminkonsum ein jüngeres Phänomen ist, sind die Behandlungssysteme primär auf die problematischen Opioidkonsumenten ausgerichtet, gehen aber zunehmend auch auf die Bedürfnisse von Amphetaminkonsumenten ein. In west- und südeuropäischen Ländern mit nur geringen Raten eines problematischen Amphetaminkonsums mangelt es an den entsprechenden Diensten, wodurch für diese Konsumentengruppe der Zugang zu einer Behandlung erschwert werden könnte (EBDD, 2010c).

2011 meldeten zwölf Länder spezialisierte Behandlungsprogramme für die Amphetaminkonsumenten, die sich einer Behandlung unterziehen möchten; 2008 waren es nur acht. Nationale Sachverständige aus der Tschechischen Republik, Deutschland, Litauen, der Slowakei und dem Vereinigten Königreich schätzten ein, dass diese Programme für die Mehrheit der behandlungsbedürftigen Amphetaminkonsumenten zugänglich sind, während sie in den anderen sieben Ländern nur von einer Minderheit der Konsumenten in Anspruch genommen werden könnten. Bulgarien und Ungarn berichteten, dass spezielle Behandlungsprogramme für Amphetaminkonsumenten für die nächsten drei Jahre geplant seien.

Psychosoziale Maßnahmen in ambulanten Einrichtungen sind die primären Behandlungsmöglichkeiten für Amphetaminkonsumenten. Dazu gehören motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Training zur Selbstkontrolle und verhaltenstherapeutische Beratung. Die psychologischen Ansätze zur Behandlung der Methamphetamin- und Amphetaminabhängigkeit, zu denen regelmäßige Untersuchungen vorliegen, sind kognitive Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement,

gelegentlich auch in Kombination (Lee und Rawson, 2008). Beide Ansätze werden offenbar mit positiven Ergebnissen in Verbindung gebracht. Die Behandlung der problematischeren Konsumenten, bei denen beispielsweise die Amphetaminabhängigkeit noch durch gleichzeitig auftretende psychiatrische Störungen erschwert wird, erfolgt mitunter auch in stationären Drogendiensten, psychiatrischen Kliniken oder Krankenhäusern. In Europa werden Pharmazeutika wie Antidepressiva, Sedativa oder Antipsychotika bei der Behandlung von Entzugserscheinungen zu Beginn der Entgiftung verabreicht; die Entgiftung erfolgt in der Regel stationär in spezialisierten psychiatrischen Abteilungen.

In Fällen, in denen psychopathologische Störungen aufgrund eines chronischen Amphetaminkonsums anhalten, werden manchmal auch längerfristige Behandlungen mit Antipsychotika verordnet. Beschäftigte im europäischen Gesundheitswesen berichten, dass die psychologischen Symptome wie Selbstverstümmelung, Gewalt, Unruhe und Depression, die bei problematischen Amphetaminkonsumenten auftreten, wahrscheinlich eine umfassende Beurteilung, Behandlung und sorgfältige Überwachung der geistigen Gesundheit erfordern. Bei solchen Fällen wird oftmals eng mit psychologischen Diensten zusammengearbeitet.

Studien über die Behandlung einer Amphetaminabhängigkeit

Bei Amphetaminkonsumenten, die keine Behandlungsmaßnahmen erhalten hatten, wurde eine höhere Rate der Spontanremission festgestellt als bei Konsumenten anderer Suchtmittel, immerhin trat dieses Phänomen innerhalb eines bestimmten Jahres bei nahezu der Hälfte der betreffenden Personen ein (Calabria et al., 2010).

Es wurden mehrere Arzneimittel zur Behandlung der Amphetamin- und Methamphetaminabhängigkeit untersucht, bislang jedoch gibt es für keine pharmakologische Therapie zuverlässige Nachweise (Karila et al., 2010). Obwohl bei Therapien auf der Grundlage von Modafinil, Bupropion oder Naltrexon eine gewisse Verringerung des Amphetamin- oder Methamphetaminkonsums gemeldet wurde, muss noch durch weitere Forschungsarbeiten geklärt werden, welche Rolle diese Substanzen bei der Behandlung von amphetaminabhängigen Patienten spielen können.

Es hat sich gezeigt, dass Dexamphetamin und Methylphenidat für Substitutionstherapien bei

Amphetamin- oder Methamphetaminabhängigkeit in Frage kommen könnten. Aus einer Pilotstudie geht hervor, dass sich durch die Anwendung von Dexamphetamin bei Patienten mit Amphetaminabhängigkeit möglicherweise deren Behandlungsmotivation verbessert (Shearer et al., 2001), während bei einem kürzlichen Versuch durch die Gabe von Dexamphetamin mit verzögerter Wirkstofffreisetzung erreicht wurde, dass mehr Patienten in der Therapie verblieben und die Methamphetaminabhängigkeit unter den Patienten zurückging (Longo et al., 2010). Eine randomisierte Studie ergab, dass Methylphenidat bei Patienten mit schwerer Amphetaminabhängigkeit den intravenösen Konsum wirksam verringern kann (Tiihonen et al., 2007).

Abhängigkeit von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) und deren Behandlung

Die Abhängigkeit von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) ist ein anerkannter klinischer Befund, der bei einem plötzlichen Absetzen der Droge nach einem regelmäßigen oder chronischen Konsum mit potenziell schwerwiegenden Entzugserscheinungen einhergeht. So ist erwiesen, dass bei den Konsumenten in Freizeitmilieus eine physische Abhängigkeit auftreten kann, und es wurden mehrere Fälle von Entzugserscheinungen bei einem Absetzen des Konsums von GHB oder seinen Grundstoffen dokumentiert. Eine GHB-Abhängigkeit wurde auch von ehemaligen Alkoholabhängigen gemeldet (Richter et al., 2009).

Bisher konzentrierte sich die Forschung ausschließlich auf die Beschreibung der Entzugserscheinungen im Zusammenhang mit GHB und den damit einhergehenden Komplikationen, die in Notfällen häufig nur schwer zu erkennen sind (van Noorden et al., 2009). Diese Symptome können unter anderem Zittern, Angstzustände, Schlaflosigkeit und Unruhe umfassen. Patienten, die einen Entzug machen, können auch Symptome wie eine Psychose oder Wahnvorstellungen entwickeln. Leichte Entzugserscheinungen können in ambulanten Einrichtungen behandelt werden, bei starken Entzugserscheinungen wird die stationäre Überwachung des Patienten empfohlen. Zur Behandlung der Symptome bei einem GHB-Entzug stehen bisher noch keine Standardprotokolle zur Verfügung.

Benzodiazepine und Barbiturate sind die Arzneimittel, die am häufigsten zur Behandlung der Entzugserscheinungen bei GHB eingesetzt werden. In den Niederlanden laufen derzeit Untersuchungen zu einer kontrollierten Entgiftung von GHB mit Hilfe von pharmazeutischer GHB, die in angepasster Dosierung zur Anwendung kommt.



Kapitel 5

Kokain und Crack

Einleitung

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

Angebot und Verfügbarkeit

Herstellung und Handel

Der Anbau des Kokastrauchs, aus dem Kokain gewonnen wird, konzentriert sich nach wie vor auf drei Länder in

der Andenregion: Kolumbien, Peru und Bolivien. Für das Jahr 2010 schätzt das UNODC (2012), dass auf insgesamt 149 000 Hektar Kokasträucher angebaut wurden, was im Vergleich zu 159 000 Hektar im Jahr 2009 einen Rückgang um rund 6 % bedeutet. Die geringere Anbaufläche wird in erster Linie auf die Verringerung des Kokaanbaus in Kolumbien zurückgeführt, die teilweise jedoch durch Anbausteigerungen in Peru und Bolivien aufgefangen wurde. Das aus dem Anbau des Kokastrauchs auf einer Fläche von insgesamt 149 000 Hektar resultierende Produktionspotenzial von Kokain belief sich auf 788 bis 1 060 Tonnen reines Kokain, verglichen mit geschätzten 842 bis 1 111 Tonnen im Jahr 2009 (UNODC, 2012; siehe auch Tabelle 7).

Die Verarbeitung von Kokablättern zu Kokainhydrochlorid erfolgt in erster Linie in Kolumbien, Peru und Bolivien, ist jedoch auch in anderen Ländern zu beobachten. Die Bedeutung Kolumbiens für die Kokainherstellung wird durch die Daten über aufgedeckte Labors und Sicherstellungen von Kaliumpermanganat untermauert,

Tabelle 7: Herstellung, Sicherstellungen, Preis und Reinheit von Kokain und Crack		
	Kokainpulver (Hydrochlorid)	Crack (Kokainbase) (1)
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen reines Kokain)	788-1 060	k. A.
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen Kokain, Reinheit unbekannt)	694	k. A.
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen) EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	61 (61)	0,07 (0,07)
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen) EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	86 000 (88 000)	7 000 (7 000)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm) Spanne (Interquartilspanne) (2)	45-144 (49,9-73,4)	49-58
Durchschnittliche Reinheit (%) Spanne (Interquartilspanne) (2)	22-55 (27,9-45,9)	10-62
<small>(1) Da nur einige wenige Länder Angaben übermittelt haben, ist bei der Bewertung der Daten Vorsicht geboten. (2) Quartilsabstand der gemeldeten Daten. Anmerkung: Alle Daten für 2010; k. A.: keine Angaben verfügbar. Quelle: UNODC (2012) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.</small>		

einem chemischen Grundstoff, der bei der Synthese von Kokainhydrochlorid genutzt wird. 2010 wurden in Kolumbien 2 623 Kokainlabors aufgedeckt (UNODC, 2012) und insgesamt 26 Tonnen Kaliumpermanganat sichergestellt (81 % der weltweiten Sicherstellungen) (INCB, 2012a).

Die Kokainlieferungen nach Europa laufen offenbar über die meisten süd- und mittelamerikanischen Länder, insbesondere jedoch über Argentinien, Brasilien, Ecuador, Mexiko und Venezuela. Häufig wird die Droge auch über die Karibik nach Europa geschmuggelt. In den vergangenen Jahren wurden zudem alternative Routen über Westafrika (EBDD und Europol, 2010) und Südafrika (INCB, 2012b) entdeckt.

Spanien, die Niederlande, Portugal und Belgien sind die bedeutendsten Einfuhrpunkte für Kokain, das nach Europa geschmuggelt wird. Deutschland, Frankreich und das Vereinigte Königreich werden in den Berichten häufig als wichtige Transit- oder Zielländer für Kokainlieferungen innerhalb Europas angegeben. Das Vereinigte Königreich legt Schätzungen vor, denen zufolge pro Jahr 25 bis 30 Tonnen Kokain eingeführt werden. Die jüngsten Berichte legen außerdem nahe, dass der Kokainhandel möglicherweise in Richtung Osten ausgeweitet wird (EBDD und Europol, 2010). Kokain wird zunehmend über Länder in Südost- und Osteuropa, vor allem auf den Balkanrouten (INCB, 2012b), sowie über Häfen in Lettland und Litauen eingeschmuggelt. Ungewöhnlich große Kokainmengen wurden 2010 insbesondere in Estland, Lettland, Litauen und der Türkei sichergestellt.

Sicherstellungen

Kokain ist nach Cannabiskraut und Cannabisharz die weltweit am häufigsten gehandelte Droge. Die weltweiten Sicherstellungen von Kokain sind im Jahr 2010 mit etwa 694 Tonnen weitgehend stabil geblieben (Tabelle 7) (UNODC, 2012). Der größte Anteil der weltweit beschlagnahmten Mengen entfiel nach wie vor auf Südamerika mit 52 %, gefolgt von Nordamerika mit 25 %, Zentralamerika mit 12 % sowie Europa mit 9 % (UNODC, 2012).

Nachdem die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Europa 20 Jahre lang kontinuierlich zugenommen hatte, erreichte sie 2008 mit etwa 100 000 Fällen einen Spitzenwert; anschließend ging sie auf schätzungsweise 88 000 Fälle im Jahr 2010 zurück. Bei den sichergestellten Mengen konnte 2006 ein Rekordwert verzeichnet werden; danach hat sich die Menge halbiert und lag 2009 bei 59 Tonnen, wobei dies weitgehend auf die Entwicklung in Portugal und Spanien zurückzuführen

ist, die einen Rückgang der beschlagnahmten Mengen meldeten ⁽⁷¹⁾. In Europa war bei den Sicherstellungen von Kokain 2010 ein leichter Anstieg auf schätzungsweise 61 Tonnen zu verzeichnen, was in erster Linie auf eine erhebliche Zunahme der Sicherstellungen in Belgien und darauf zurückzuführen ist, dass sich der Abwärtstrend in Portugal und Spanien nicht fortsetzte. Spanien meldete 2010 weiterhin sowohl die höchsten beschlagnahmten Kokainmengen als auch die meisten Sicherstellungen dieser Droge.

Reinheit und Preis

Im Jahr 2010 lag die durchschnittliche Reinheit des getesteten Kokains in der Hälfte der Berichtsländer, die Daten vorgelegt haben, zwischen 27 % und 46 %. Ungarn (22 %), Dänemark und das Vereinigte Königreich (England und Wales) (beide nur auf Konsumentenebene, 24 %) meldeten die niedrigsten Werte, während auf

Drogenschmuggel in der allgemeinen Luftfahrt

In den vergangenen Jahren hat sich der Drogenschmuggel als großes Problem in der allgemeinen Luftfahrt herauskristallisiert, da nach Angaben des UNODC (2011b) die Mehrheit der aus Afrika stammenden Lieferungen von Heroin, Kokain und amphetaminartigen Stimulanzien auf dem Luftweg nach Europa gelangt. Die Arbeitsgruppe „Flughäfen“ der Pompidou-Gruppe des Europarates wurde gebildet, um Instrumente und Systeme zu entwickeln und zu harmonisieren, die bessere Erfolge bei der Sicherstellung von Drogen auf europäischen Flughäfen ermöglichen sollten. Mit Unterstützung des Regionalen Verbindungsbüros Westeuropa der Weltzollorganisation prüfen Beamte aus 35 (überwiegend europäischen) Ländern jährlich Daten über Sicherstellungen im Bereich der Luftfahrt und des Postverkehrs. 2010 wurden etwa 15 Tonnen Drogen, mehr als die Hälfte davon Kokain, von den Zollbehörden der teilnehmenden Länder auf Flughäfen und in Postzentren sichergestellt.

In der allgemeinen Luftfahrt wurden nichtkommerzielle Flüge mit mittleren Flugzeugen und Leichtflugzeugen, die in der Regel von kleinen Flugplätzen abgehen, als wichtiger Problembereich ermittelt, können diese doch von kriminellen Organisationen für den Drogenschmuggel genutzt werden. Um die Vorgehensweise zu vereinheitlichen, veröffentlichte die Arbeitsgruppe „Flughäfen“ 2003 ein Handbuch zur Organisation und Durchführung von Kontrollen in der allgemeinen Luftfahrt. Als Reaktion auf die Schlussfolgerungen des Rates der Europäischen Union aus dem Jahr 2010, in denen die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, besonderes Augenmerk auf dieses Risiko zu legen, setzte die Arbeitsgruppe „Flughäfen“ auch eine Arbeitsgruppe ein, die 20 Schlüsselrisikoindikatoren für den Drogenschmuggel in der allgemeinen Luftfahrt entwickelt hat.

⁽⁷¹⁾ Siehe Tabellen SZR-9 und SZR-10 im Statistical Bulletin 2012.

Abwasseranalyse: Untersuchung in 19 Städten

Die Abwasserepidemiologie bzw. Abwasseranalyse ist eine sich rasch entwickelnde Wissenschaftsdisziplin, mit der die Entwicklung des illegalen Drogenkonsums in der Bevölkerung eingeschätzt werden soll. Durch Entnahme von Abwasserproben – beispielsweise an Kläranlagen-Einträgen – können Wissenschaftler für die gesamte Gemeinde geltende Durchschnittswerte ermitteln, indem sie die Menge der im Urin ausgeschiedenen Abbauprodukte illegaler Drogen messen.

Im März 2011 wurden im Rahmen einer europäischen Pilotstudie Abwasserproben aus 19 Städten in zwölf europäischen Ländern⁽¹⁾, in denen etwa 15 Millionen aller Europäer leben, genommen und analysiert (Thomas et al., in Druck).

Der Kokainkonsum wurde anhand der Bestimmung der Konzentration des Kokain-Metaboliten Benzoylcegonin im Abwasser beurteilt. Die für die einzelnen Städte und Länder ermittelten Werte variierten erheblich; die höchsten Konzentrationen wurden in Belgien und den Niederlanden festgestellt, wo der Kokainkonsum auf Gemeindeebene schätzungsweise 500 bis 2 000 mg pro 1 000 Einwohner und Tag betrug. Die niedrigsten Schätzwerte wurden mit 2-146 mg pro 1 000 Einwohner und Tag für Städte in den nord- und osteuropäischen Ländern ermittelt. In den meisten Städten stieg der Kokainkonsum am Wochenende an, was zeigt, dass Kokain als Freizeitdroge konsumiert wird.

Die Ergebnisse von Abwasseruntersuchungen sind mit Vorsicht zu betrachten, da das Ergebnis für eine bestimmte Stadt zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht zur Extrapolation auf den landesweiten Konsum genutzt werden kann. Zudem sind Ergebnisse aus verschiedenen Städten aufgrund von Unterschieden bei der Probenahme und Unsicherheiten, die mit der Zuverlässigkeit von Messungen unterschiedlicher Labors verbunden sind, nicht in jedem Fall vergleichbar. Aber auch wenn diese Methoden nicht die detaillierten Prävalenzdaten liefern, die Drogenerhebungen erbringen (z. B. Lebenszeitkonsum, jüngster, aktueller Konsum), können sie das vorhandene Überwachungsinstrumentarium sinnvoll ergänzen, liefern sie doch objektive und zeitnahe Schätzungen des illegalen Drogenkonsums in einer Zielgruppe.

⁽¹⁾ Weitere Informationen siehe EBDD-Website.

Belgien (55%), die Türkei (53 %) und die Niederlande (52 %) die höchsten Werte entfielen⁽⁷²⁾. Zwanzig der 23 Länder, von denen Daten in ausreichender Menge für eine Analyse der Tendenzen bei der Reinheit von Kokain im Zeitraum 2005-2010 vorliegen, meldeten eine rückläufige Entwicklung, und drei verwiesen auf eine stabile Situation bzw. einen Anstieg (Deutschland, Lettland, Portugal). Im Fünfjahreszeitraum 2005-2010

ist die Reinheit von Kokain in der Europäischen Union durchschnittlich um schätzungsweise 22 % gesunken⁽⁷³⁾.

In den meisten Berichtsländern bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis von Kokain auf Konsumentenebene im Jahr 2010 zwischen 49 EUR und 74 EUR pro Gramm. Die Niederlande und Polen meldeten dabei mit 45 EUR den niedrigsten Durchschnittspreis, während Luxemburg mit 144 EUR den höchsten Preis verzeichnete. In 20 der 23 Länder, die in ausreichendem Maße Daten für einen Vergleich übermittelten, wurden zwischen 2005 und 2010 stabile oder sinkende Verkaufspreise für Kokain verzeichnet. Für denselben Zeitraum wird der Rückgang des Verkaufspreises von Kokain in der Europäischen Union auf durchschnittlich 18 % geschätzt⁽⁷⁴⁾.

Prävalenz und Konsummuster

In einigen europäischen Ländern wird Kokain von einer beträchtlichen Anzahl an Personen auf experimenteller Basis oder nur ein- oder zweimal konsumiert (Van der Poel et al., 2009). Unter den regelmäßigen Kokainkonsumenten können zwei große Gruppen unterschieden werden. Zu der ersten Gruppe zählen sozial stärker integrierte Konsumenten, die Kokain vorzugsweise am Wochenende, auf Partys oder zu anderen besonderen Gelegenheiten konsumieren, bisweilen auch in großen Mengen. Viele dieser Konsumenten geben an, ihren Kokainkonsum zu kontrollieren, indem sie sich selbst Regeln setzen, beispielsweise im Hinblick auf die Menge, Häufigkeit oder Begleitumstände des Konsums. Die zweite Gruppe umfasst intensive Kokain- und Crackkonsumenten, die eher marginalisierten und sozial benachteiligten Gruppen angehören, sowie aktuelle und ehemalige Opioidkonsumenten, die Crack konsumieren oder Kokain injizieren.

Kokainkonsum in der Allgemeinbevölkerung

In den vergangenen zehn Jahren hat sich in Europa Kokain als das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans etabliert, wobei die meisten Konsumenten in einer kleinen Anzahl von zum Teil recht bevölkerungsstarken Ländern mit hohen Prävalenzraten zu verzeichnen sind. Schätzungen zufolge haben etwa 15,5 Millionen Europäer mindestens einmal Kokain konsumiert, was durchschnittlich 4,6 % der Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren entspricht (siehe zusammenfassende Darstellung der Daten in Tabelle 8). Die nationalen Werte liegen zwischen 0,3 % und 10,2 %, wobei die Hälfte der 24 Berichtsländer,

⁽⁷²⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-3 und PPP-7 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

⁽⁷³⁾ Siehe Abbildung PPP-2 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁷⁴⁾ Siehe Abbildung PPP-1 im Statistical Bulletin 2012.

vor allem mittel- und osteuropäische Länder, niedrige Lebenszeitprävalenzraten unter allen Erwachsenen meldet (0,5 % bis 2,5 %).

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

Irland, Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich melden 12-Monate-Prävalenzraten des Kokainkonsums, die über dem europäischen Durchschnitt liegen. In all diesen Ländern lassen die Angaben zur 12-Monate-Prävalenz

darauf schließen, dass Kokain das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans ist.

Kokainkonsum unter jungen Erwachsenen

In Europa haben schätzungsweise 8 Millionen junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre), das entspricht durchschnittlich 6,3 %, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert. Die nationalen Werte liegen zwischen 0,7 % und 13,6 %. In dieser Altersgruppe beträgt der 12-Monats-Konsum von Kokain im europäischen Durchschnitt schätzungsweise 2,1 % (rund 3 Millionen) und der Konsum in den letzten 30 Tagen 0,8 % (1 Million).

Besonders hoch ist der Konsum unter jungen Männern (15 bis 34 Jahre). Hier wurden in Dänemark, Irland, Spanien, Italien und dem Vereinigten Königreich 12-Monate-Prävalenzraten zwischen 4 % und 6,5 %

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

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate	Letzte 30 Tage
15-64 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	15,5 Millionen	4 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	4,6 %	1,2 %	0,5 %
Spanne	0,3-10,2 %	0,1-2,7 %	0,0-1,3 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,3 %) Litauen (0,5 %) Griechenland (0,7 %) Polen (0,8 %)	Griechenland, Rumänien (0,1 %) Ungarn, Polen, Litauen, Finnland (0,2 %) Tschechische Republik (0,3 %)	Rumänien, Griechenland, Finnland (0,0 %) Tschechische Republik, Schweden, Polen, Litauen, Estland (0,1 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Spanien (10,2 %) Vereinigtes Königreich (8,9 %) Italien (7,0 %) Irland (6,8 %)	Spanien (2,7 %) Vereinigtes Königreich (2,2 %) Italien (2,1 %) Irland (1,5 %)	Spanien (1,3 %) Vereinigtes Königreich (0,8 %) Zypern, Italien (0,7 %) Österreich (0,6 %)
15-34 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	8 Millionen	3 Millionen	1 Millionen
Europäischer Durchschnitt	6,3 %	2,1 %	0,8 %
Spanne	0,7-13,6 %	0,2-4,4 %	0,0-2,0 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Litauen, Rumänien (0,7 %) Griechenland (1,0 %) Polen (1,3 %) Tschechische Republik (1,6 %)	Griechenland, Rumänien (0,2 %) Polen, Litauen (0,3 %) Ungarn (0,4 %) Tschechische Republik (0,5 %)	Rumänien, Finnland (0,0 %) Griechenland, Polen, Litauen, Norwegen (0,1 %) Tschechische Republik, Ungarn, Estland (0,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Spanien (13,6 %) Vereinigtes Königreich (12,8 %) Irland (9,4 %) Dänemark (8,9 %)	Spanien (4,4 %) Vereinigtes Königreich (4,2 %) Italien (2,9 %) Irland (2,8 %)	Spanien (2,0 %) Vereinigtes Königreich (1,6 %) Zypern (1,3 %) Italien (1,1 %)
<i>Anmerkung:</i> Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Um die geschätzte Gesamtzahl der Konsumenten in Europa zu ermitteln, wurde der europäische Durchschnitt auf Länder angewendet, für die keine Prävalenzdaten vorliegen (nicht mehr als 3 % der Zielbevölkerung im Fall der Lebenszeitschätzungen und der 12-Monate-Schätzungen, jedoch 18 % im Fall der 30-Tage-Schätzung). Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (338 Millionen) und 15 bis 34 Jahre (130 Millionen). Die europäischen Schätzungen beruhen auf Erhebungen aus den Jahren 2004 und 2010/2011 (insbesondere im Zeitraum 2008-2010) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt „General Population Surveys“ (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2012 verfügbar.			

ermittelt ⁽⁷⁵⁾. In 16 der Berichtsländer lag bei der 12-Monate-Prävalenz das Verhältnis zwischen Männern und Frauen unter jungen Erwachsenen bei mindestens 2:1 ⁽⁷⁶⁾.

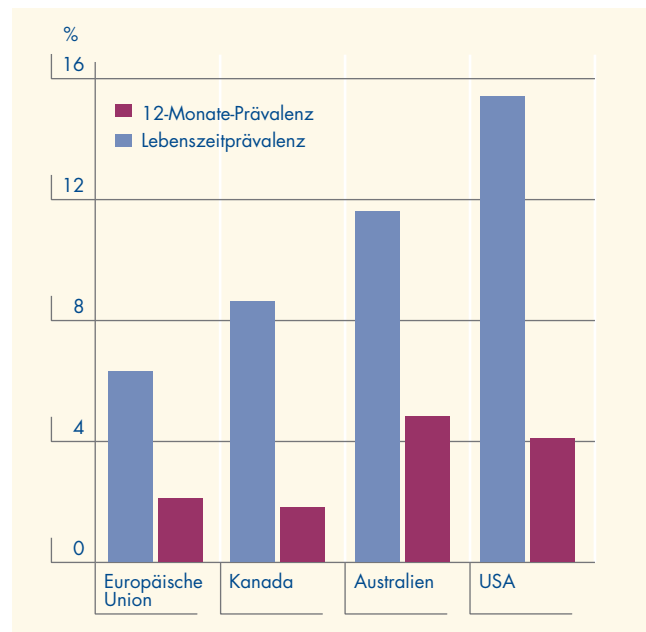
Zielgerichtete Erhebungen ergeben einen erhöhten Kokainkonsum bei regelmäßigen Besuchern von Clubs und in anderen Freizeitmilieus. Beispielsweise wurde in einer 2010 auf Stadtebene durchgeführten Studie zu Lokalbesuchern in Amsterdam festgestellt, dass die 12-Monate-Prävalenzrate des Kokainkonsums bei 24 % lag. In der Tschechischen Republik gaben 29 % der mehr als 1 000 Teilnehmer an einer 2010 mit Unterstützung von Medien für elektronische Tanzmusik durchgeführten Online-Befragung an, dass sie in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert haben. Eine Online-Erhebung im Jahre 2011 ergab, dass 42 % der mehr als 7 000 befragten Briten im letzten Jahr Kokain konsumiert hatten (Mixmag, 2012).

In Freizeitmilieus ist der Kokainkonsum eng mit dem Konsum von Alkohol und anderen illegalen Drogen verbunden. Die Daten aus den Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung in neun Ländern lassen auch darauf schließen, dass die Prävalenz des Kokainkonsums unter Alkoholkonsumenten mit einem hohen episodischen Konsum („Rauschtrinken“) ⁽⁷⁷⁾ zwei- bis neunmal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (EBDD, 2009b). Im British Crime Survey (2010/2011) heißt es, dass Erwachsene, die regelmäßig Alkohol tranken, den Konsum von Kokain eher für akzeptabel hielten als erwachsene Personen, die Alkohol seltener oder gar nicht konsumierten; zudem wurde ein Zusammenhang zwischen zunehmender Häufigkeit des Besuchs von Nachtclubs oder Pubs einerseits und einer Zunahme des Kokainkonsums andererseits festgestellt.

Internationale Vergleiche

Verglichen mit anderen Teilen der Welt, für die verlässliche Daten vorliegen, ist die geschätzte 12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen in Europa mit 2,1 % niedriger als in den entsprechenden Altersgruppen in Australien (4,8 %) und den USA (4,0 % bei den 16- bis 34-Jährigen), aber nur geringfügig höher als in Kanada (1,8 %). Zwei europäische Länder, Spanien (4,4 %) und das Vereinigte Königreich (4,2 %), melden jedoch ähnliche Werte wie Australien und die USA (Abbildung 9).

Abbildung 9: 12-Monate-Prävalenz und Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) in der Europäischen Union, Australien, Kanada und den USA



Anmerkung: Die europäischen Prävalenzschätzungen wurden anhand der nationalen Prävalenzschätzungen als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Die europäischen Schätzungen beruhen auf Erhebungen aus den Jahren 2004 sowie 2010/2011 (hauptsächlich aus dem Zeitraum 2008-2010) und beziehen sich daher nicht auf ein bestimmtes Jahr. Die Erhebungen in Drittländern wurden 2010 durchgeführt. Die Erhebung in den USA bezieht sich auf die Altersgruppe der 16- bis 34-Jährigen (neu berechnet anhand der ursprünglichen Daten).

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte, AHW (2011), Cadums (2010), Samhsa (2010).

Kokainkonsum unter Schülern

In 13 der 24 teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien und Norwegen liegt die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülern zwischen 1 % und 2 %. Mit einer Ausnahme melden die zwölf anderen Länder Prävalenzraten zwischen 3 % und 4 %, während sowohl in der ESPAD-Studie zum Vereinigten Königreich als auch in den nationalen Schulumfragen zu England 5 % gemeldet werden ⁽⁷⁸⁾. Spanien meldet in seiner nationalen Schulumfrage eine Prävalenzrate von 3 %. Der Lebenszeitkonsum beträgt in den USA unter Schülern vergleichbaren Alters schätzungsweise 3 %. Unter den älteren Schülern (17 bis 18 Jahre) ist die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums in der Regel höher und erreicht in Spanien 7 % ⁽⁷⁹⁾.

⁽⁷⁵⁾ Siehe Abbildung GPS-13 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁷⁶⁾ Siehe Tabelle GPS-5 (Teil iii und Teil iv) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁷⁷⁾ Unter einem hohen episodischen Alkoholkonsum, auch bekannt als „Rauschtrinken“ oder „Komasaufen“, ist der Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken zu einer bestimmten Gelegenheit mindestens einmal pro Woche in den vergangenen zwölf Monaten zu verstehen.

⁽⁷⁸⁾ Siehe Tabelle EYE-11 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁷⁹⁾ Siehe Tabellen EYE-10 bis EYE-30 im Statistical Bulletin 2012.

Tendenzen beim Kokainkonsum

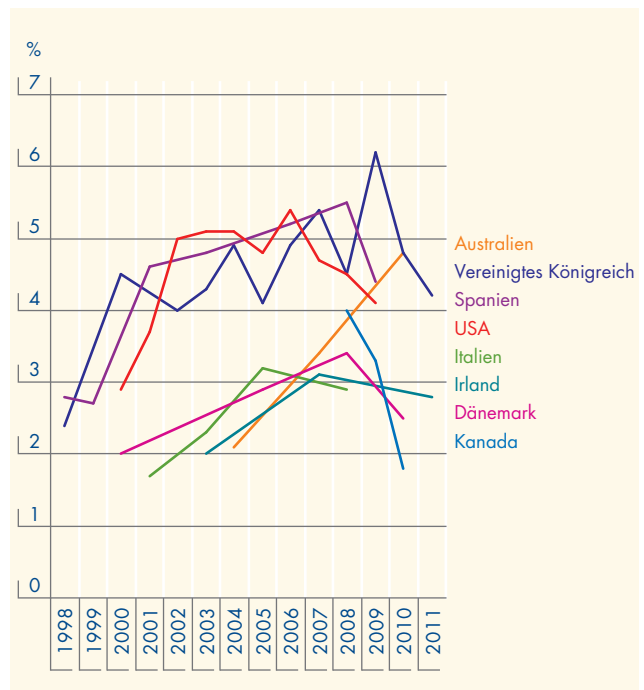
Über ein Jahrzehnt lang wurden für die kleine Anzahl europäischer Länder mit den höchsten Prävalenzraten steigende Tendenzen beim Kokainkonsum gemeldet, bis 2008/2009 ein Höchststand erreicht war. Die jüngsten Umfragen zum Kokainkonsum zeigen einen positiven Trend in diesen Ländern und deuten darauf hin, dass die Attraktivität der Droge abnimmt. In Freizeitmilieus durchgeführte qualitative Studien geben Anlass zu der Vermutung, dass sich das Image des Kokains verändert hat und es nicht mehr als prestigeträchtig angesehen wird (in Dänemark und den Niederlanden).

Sieben Länder meldeten bei der 12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 34 Jahren) Werte, die über dem EU-Durchschnitt (2,1 %) lagen ⁽⁸⁰⁾. In ihren jüngsten Erhebungen beobachteten Dänemark, Irland, Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich durchweg einen Rückgang oder eine Stabilisierung der 12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen und damit eine Entwicklung ähnlich der in Kanada und den USA; anders verlief die Entwicklung in Australien, das einen Anstieg verzeichnete (Abbildung 10). Zypern als eines der übrigen beiden Länder mit der höchsten Prävalenz meldete im Zuge seiner jüngsten Erhebung eine Zunahme von 0,7 % im Jahr 2006 auf 2,2 % im Jahr 2009, und obwohl die Niederlande 2009 eine 12-Monate-Prävalenzrate des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen von 2,4 % meldeten, ist ein Vergleich mit früheren Erhebungen aufgrund einer Änderung der herangezogenen Methoden nicht angebracht.

In zwölf weiteren Ländern ist über drei Umfragen hinweg die Prävalenz des Kokainkonsums relativ gering und in den meisten Fällen stabil. Mögliche Ausnahmen sind Bulgarien, Frankreich und Schweden, die Anzeichen für eine Zunahme meldeten, und Norwegen, wo die Entwicklung rückläufig zu sein scheint. Geringfügige Änderungen bei niedrigen Prävalenzraten sollten jedoch mit Vorsicht betrachtet werden. In Bulgarien stieg die 12-Monate-Prävalenz unter jungen Erwachsenen von 0,7 % im Jahr 2005 auf 1,5 % im Jahr 2008; in Frankreich von 1,2 % im Jahr 2005 auf 1,9 % im Jahr 2010, und in Schweden war eine Entwicklung von 0 % im Jahr 2000 auf 1,2 % im Jahr 2008 zu beobachten ⁽⁸¹⁾. Norwegen hingegen meldete für den Zeitraum 2004-2009 einen Rückgang von 1,8 % auf 0,8 %.

Von den 23 Ländern, die sich sowohl an der Befragungsrunde 2011 als auch an der ESPAD-Umfrage 1995 bzw. 1999 beteiligt hatten,

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



Anmerkung: Weitere Informationen sind der Abbildung GPS-14 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen. Die Erhebungen in Drittländern beziehen sich auf folgende Altersgruppen: USA: 16 bis 34 Jahre; Kanada: 15 bis 34 Jahre; Australien: 16 bis 34 Jahre für das Jahr 2010 und 14 bis 39 Jahre im Falle früherer Erhebungen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte, AIHW (2011), Cadums (2010), Samhsa (2010).

meldeten 18 einen Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums zwischen einem und drei Prozentpunkten; in keinem dieser Länder wurde ein Rückgang verzeichnet. Obwohl die Prävalenzraten insgesamt weiterhin niedrig sind, erfordert der länderübergreifend verzeichnete Anstieg auch künftig Wachsamkeit.

Gesundheitliche Auswirkungen des Kokainkonsums

Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Folgen des Kokainkonsums unterschätzt werden. Dies kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass die infolge eines langfristigen Kokainkonsums auftretenden Erkrankungen häufig unspezifischer oder chronischer Natur sind (siehe Kapitel 7). Regelmäßiger Kokainkonsum, einschließlich Schnupfen der Droge, kann mit kardiovaskulären, neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie mit einem erhöhten Risiko von Unfällen und der Übertragung von Infektionskrankheiten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr in Verbindung

⁽⁸⁰⁾ Siehe Tabelle GPS-2 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁸¹⁾ Siehe Abbildung GPS-14 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

gebracht werden (Brugal et al., 2009). Auch gibt es zunehmend Anzeichen dafür, dass auch die gemeinsame Nutzung von Strohhalmen zum Schnupfen von Kokain möglicherweise ein erhöhtes Risiko birgt (Aaron et al., 2008). Studien in Ländern mit hohen Konsumvolumina haben ergeben, dass ein beträchtlicher Anteil der Herzprobleme bei jungen Menschen mit dem Konsum von Kokain in Verbindung gebracht werden kann.

Die größten Gesundheitsrisiken für Kokainkonsumenten (einschließlich kardiovaskulärer und psychischer Erkrankungen) werden mit dem injizierenden Kokainkonsum und dem Konsum von Crack in Verbindung gebracht (EBDD, 2007a). Die aus Spanien vorliegenden Daten zu Notfallbehandlungen im Krankenhaus belegen, dass auf Konsumenten, die die Droge injizieren oder rauchen, im Vergleich zur Masse der Kokainkonsumenten ein überdurchschnittlich hoher Anteil entfällt.

Problematischer Kokainkonsum

Zu den schädlichen Formen des Kokainkonsums zählen der regelmäßige Konsum und der Konsum über einen langen Zeitraum bzw. der injizierende Konsum der Droge. Weil aus keinem europäischen Land neue indirekte nationale Schätzungen zum problematischen Kokainkonsum vorliegen, stehen als wichtigste Informationsquellen zum Ausmaß der schädlicheren Formen des Kokainkonsums Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung, Daten zu Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, und Studien zum Crackkonsum zur Verfügung.

Mehrere Länder haben Daten über einen intensiven Kokainkonsum im Rahmen von Umfragen unter der Allgemeinbevölkerung erhoben. Obwohl bei Umfragen dieser Art marginalisierte Kokainkonsumenten in der Regel nicht berücksichtigt werden, eröffnen sie doch die Möglichkeit, sozial integrierte Intensivkonsumenten zu erreichen. Im Zuge einer 2009 in Spanien durchgeführten Erhebung in der Allgemeinbevölkerung, bei der die Häufigkeit des Konsums als Maßzahl fungierte, kam man auf schätzungsweise 140 500 Intensivkonsumenten⁽⁸²⁾ bzw. etwa 4,5 Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Bei einer in der norwegischen Hauptstadt Oslo durchgeführten Untersuchung auf Stadtebene, die ebenfalls auf der Häufigkeit des Konsums als Maßzahl für Befragungen verschiedener Gruppen (Allgemeinbevölkerung, Gefängnisinsassen und injizierende Drogenkonsumenten) beruhte, wurden 1 600 bis 2 000 problematische Kokainkonsumenten ermittelt⁽⁸³⁾ bzw. vier Fälle je

Kokainbedingte Notfälle: Potenzial für die Frühintervention?

Eine aktuelle europäische Untersuchung ergab, dass sich die Zahl der kokainbedingten Notfallbehandlungen im Krankenhaus in einigen Ländern seit Ende der 1990er-Jahre verdreifacht hat und das Vereinigte Königreich und Spanien dabei 2008 einen Höchststand verzeichneten (Mena et al., noch im Druck). Diese Erkenntnisse decken sich mit den Tendenzen bei der Prävalenz des Konsums in der Allgemeinbevölkerung und Berichten über kokainbedingte Todesfälle. Fünf der sechs Länder, die die höchsten Zahlen kokainbedingter Notfallbehandlungen im Krankenhaus für die Jahre 2008-2010 gemeldet hatten (Dänemark, Irland, Spanien, Niederlande, Vereinigtes Königreich), verzeichneten auch eine über dem europäischen Durchschnitt liegende Prävalenz des Kokainkonsums. Die Tatsache, dass das Gros der Personen, die sich nach dem Konsum von Kokain einer Notfallbehandlung unterziehen mussten, junge Erwachsene und zu zwei Dritteln Männer waren, stimmt ebenfalls mit den Prävalenzdaten überein.

Einige europäische Länder überwachen kokainbedingte Schäden inzwischen anhand der Notaufnahmezahlen und der Zahl der Krankenhauseinweisungen. Falldaten können auch von toxikologischen Abteilungen, Diensten für die Erstversorgung von Drogenkonsumenten, Anrufen bei Giftnotrufzentren oder aus Protokollen der Rauschgiftdezernate der Polizei stammen. Vor allem Spanien und die Niederlande stellen relativ belastbare Daten bereit. Andere Länder nutzen häufig die sogenannte Sentinel-Überwachung auf der Grundlage von Daten ausgewählter Krankenhäuser.

Die Notfallzahlen europäischer Krankenhäuser sind zwar heterogen, stellen aber dennoch einen nützlichen Indikator für Tendenzen dar und werfen zudem ein Schlaglicht auf einen Bereich mit weitgehend unerschlossenem Potenzial für die Beurteilung, Frühintervention und Einweisung tausender behandlungsbedürftiger Kokainkonsumenten pro Jahr.

1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. In Deutschland beträgt die Prävalenz kokainbedingter Probleme schätzungsweise zwei Fälle je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren, wobei hier die „Schwere der Abhängigkeit“ als Maßzahl herangezogen wurde.

Der Crackkonsum ist bei den sozial integrierten Kokainkonsumenten wenig verbreitet und beschränkt sich in erster Linie auf marginalisierte und benachteiligte Gruppen wie Sexarbeiter und problematische Opioidkonsumenten. In Europa ist er größtenteils ein urbanes Problem (Connolly et al., 2008; Prinzleve et al.,

⁽⁸²⁾ Definiert als die Gruppe derjenigen, die älter als 20 Jahre sind und Kokain im letzten Jahr an mindestens 30 Tagen oder im letzten Monat an mindestens zehn Tagen konsumiert haben, bzw. derjenigen, die jünger als 20 Jahre sind und Kokain im letzten Jahr an mindestens zehn Tagen oder im letzten Monat an mindestens einem Tag konsumiert haben.

⁽⁸³⁾ Definiert als die Gruppe von Personen, die die Droge mehr als einmal pro Woche konsumieren.

2004), wobei einiges für eine insgesamt sehr geringe Prävalenz spricht. In London wird der Crackkonsum als eine der Hauptkomponenten des dortigen Drogenproblems ausgemacht. Regionale Schätzungen zum Crackkonsum liegen nur für England vor: Dort gab es in den Jahren 2009 und 2010 schätzungsweise 184 000 problematische Crackkonsumenten, also 5,4 (5,2 bis 5,7) Fälle je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Mehrheit dieser Crackkonsumenten konsumiert den Angaben zufolge auch Opiode.

Behandlungsnachfrage

Daten bezüglich der Zahl und der Eigenschaften von Kokainkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, könnten weitere Einblicke in die problematischeren Formen des Kokainkonsums bieten. Fast alle Kokainpatienten werden von ambulanten Einrichtungen gemeldet, und obwohl dazu keine Daten vorliegen, ist die Annahme berechtigt, dass Kokainkonsumenten auch in Privatkliniken behandelt werden. Viele problematische Kokainkonsumenten bemühen sich jedoch nicht um eine Behandlung (Reynaud-Maurupt und Hoareau, 2010).

2010 wurde von 15 % aller Patienten Kokain als Hauptgrund für die Aufnahme einer Drogenbehandlung genannt. Unter den Erstpatienten ist der Anteil der Drogenkonsumenten, die Kokain als Primärdroge angeben, höher (21 %).

Hinsichtlich des Anteils und der Zahl der primären Kokainpatienten bestehen zwischen den Ländern deutliche Unterschiede, am höchsten sind die Werte jedoch in Spanien (44 %), Italien (29 %) und den Niederlanden (26 %). In Belgien, Irland, Zypern, Luxemburg, Malta, Portugal und dem Vereinigten Königreich beläuft sich der Anteil der Kokainpatienten auf 10 % bis 15 % aller Drogenpatienten. In den übrigen europäischen Ländern geben weniger als 10 % der sich in Drogenbehandlung befindlichen Patienten Kokain als Grund an, wobei sieben Länder melden, dass der Anteil derjenigen, die Kokain als Primärdroge angeben, unter 1 % liegt. Auf fünf Länder (Spanien, Deutschland, Italien, Niederlande, Vereinigtes Königreich) entfallen zusammen etwa 90 % aller von insgesamt 29 europäischen Ländern gemeldeten Kokainpatienten⁽⁸⁴⁾.

Anhand der Daten, die 25 Länder im Zeitraum 2005-2010 vorgelegt haben, ist bis zum Jahr 2008 die Zahl der Patienten, die sich aufgrund des Konsums von Kokain als Primärdroge in Behandlung begaben, von 55 000 auf

71 000 gestiegen; 2009 trat dann eine Stabilisierung (70 000 Patienten) und 2010 ein leichter Rückgang (auf 67 000 Patienten) ein⁽⁸⁵⁾. Die Zahl der Kokainpatienten war in den Jahren 2007/2008 sowie 2010 rückläufig; einige Länder (Spanien, Niederlande, Portugal, Vereinigtes Königreich) meldeten einen Rückgang von bis zu 40 % bei den Patienten, die sich erstmals in Behandlung begaben. In den Niederlanden sank die Zahl neuer Kokainpatienten 2010 gegenüber dem Vorjahr, während die Zahl der erneut zur Behandlung aufgenommenen Kokainpatienten, insbesondere derjenigen, die Opiode als Sekundärdroge angeben, den Meldungen zufolge stabil blieb (Ouweland et al., 2011).

Patientenprofil bei einer ambulanten Behandlung

Bei den Patienten, die sich wegen des Konsums von Kokain als Primärdroge in ambulante Behandlung begeben, ist der Anteil der Männer im Verhältnis zu den Frauen mit rund 5:1 und das Durchschnittsalter (33 Jahre) deutlich höher als bei den meisten anderen Drogenpatienten. Konsumenten, die Kokain als Primärdroge nennen, geben für den erstmaligen Konsum durchschnittlich ein Einstiegsalter von 22 Jahren an; 87 % haben die Droge erstmals in einem Alter von unter 30 Jahren konsumiert⁽⁸⁶⁾.

Die meisten Kokainkonsumenten geben an, die Droge vorrangig zu schnupfen (65 %) oder zu rauchen (27 %), und der injizierende Konsum als vorrangiger Verabreichungsweg wird nur von 6 % der Patienten angegeben. Knapp die Hälfte der Kokainpatienten hat die Droge in dem Monat vor Behandlungsbeginn bis zu sechsmal pro Woche konsumiert; rund ein Viertel hat die Droge täglich konsumiert, und ein Viertel hat in diesem Zeitraum Kokain nur gelegentlich oder gar nicht konsumiert⁽⁸⁷⁾.

Kokain wird häufig zusammen mit anderen Drogen, insbesondere Alkohol, Cannabis, anderen Stimulanzien oder Heroin, konsumiert. Eine Analyse in den Niederlanden im Jahr 2011 zeigte, dass die meisten Patienten (64 %) Kokain zusammen mit anderen Substanzen konsumieren, meist mit Alkohol (Ouweland et al., 2011).

Eine Untergruppe der Kokainkonsumenten, die sich in Europa in ambulante Behandlung begeben, sind die 7 500 Personen, die sich wegen des Konsums von Crack als Primärdroge behandeln lassen⁽⁸⁸⁾. Das entspricht 13 % aller Kokainpatienten und weniger als 2 % aller Drogenpatienten, die in ambulanten Zentren behandelt

⁽⁸⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-5 (Teil i und Teil ii) und TDI-24 im Statistical Bulletin 2012; die Angaben für Spanien beziehen sich auf das Jahr 2009.

⁽⁸⁵⁾ Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-3 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁸⁶⁾ Siehe Tabellen TDI-4 (Teil ii), TDI-10 (Teil iii), TDI-11 (Teil iii) und TDI-18 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁸⁷⁾ Siehe Tabellen TDI-17 und TDI-18 (Teil ii) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁸⁸⁾ Siehe Tabelle TDI-115 im Statistical Bulletin 2012.

werden. Die meisten Crackpatienten (etwa 5 000) begaben sich im Vereinigten Königreich in Behandlung, wo sie 36 % der Patienten, die Kokain als Primärdrugs konsumieren, bzw. 4 % aller Drogenpatienten in ambulanter Behandlung ausmachten. Die restlichen 2 000 Crackpatienten werden in erster Linie von Frankreich und den Niederlanden, wo sie 23 % bzw. 30 % der Kokainpatienten stellen, sowie von Spanien und Italien (3 % bzw. 1 % der Kokainpatienten) gemeldet. Crackpatienten konsumieren die Droge häufig auch zusammen mit anderen Substanzen, darunter injiziertes Heroin (EBDD, 2007a; Escot und Suderie, 2009).

Behandlung und Schadensminimierung

In der Vergangenheit konzentrierte sich die Behandlung von Drogenproblemen in Europa vorrangig auf die Opioidabhängigkeit. Durch die zunehmende Berücksichtigung der schädlichen Auswirkungen des Kokain- und Crackkonsums im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist die Behandlung der Probleme im Zusammenhang mit diesen Drogen in vielen Ländern stärker in den Blickpunkt gerückt. Zu den primären Behandlungsmöglichkeiten einer Kokainabhängigkeit zählen psychosoziale Maßnahmen, darunter die motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapien, verhaltensgesteuertes Training zur Selbstkontrolle sowie Maßnahmen zur Rückfallprävention und Beratung.

Elf Mitgliedstaaten, darunter all jene, in denen ein hoher Kokainkonsum und hohe Erstbehandlungszahlen zu verzeichnen sind, melden, dass neben allgemeinen Behandlungsleistungen spezielle Behandlungsprogramme für Kokain- und Crackkonsumenten zur Verfügung stehen. Während jedoch nach Einschätzung von Sachverständigen aus Deutschland, Italien, Litauen und dem Vereinigten Königreich diese speziellen Programme für die Mehrheit der behandlungsbedürftigen Kokainkonsumenten zur Verfügung standen, gingen Fachleute aus Belgien, Dänemark, Irland, Spanien, Österreich, Rumänien und Slowenien davon aus, dass damit nur einer Minderheit von ihnen geholfen wird.

Einige Länder berichten, dass sie ihre Maßnahmen zur Behandlung der Kokainabhängigkeit auf die Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen zuschneiden. So räumen zum Beispiel spezialisierte Behandlungseinrichtungen im Vereinigten Königreich Behandlungsleistungen für problematische Drogenkonsumenten, einschließlich Crackkonsumenten, Priorität ein. Dänemark und Österreich melden, dass sie Kokainkonsumenten im Rahmen eines Programms für Mehrfachkonsumenten behandeln. In

Dänemark wird ein Modell für die Behandlung von Patienten mit Kokain-, Cannabis- und Alkoholproblemen erprobt. Es müssen klinische Leitlinien entwickelt werden, und das Modell, für das etwa 1 Mio. EUR zur Verfügung stehen, soll in den kommenden vier Jahren in etlichen Gemeinden eingeführt werden. Zudem melden Bulgarien, Malta und die Niederlande, dass für die kommenden drei Jahre spezielle Behandlungsprogramme für Kokainkonsumenten geplant sind.

Studien über die Behandlung einer Kokainabhängigkeit

Vor kurzem veröffentlichten die EBDD und die Cochrane Group on Drugs and Alcohol einen Überblick über Überprüfungen der pharmakologischen Behandlung einer Kokainabhängigkeit (Amato et al., in Druck). Darin wird analysiert, inwieweit Psychostimulanzien, Antikonvulsiva, Antipsychotika, Dopaminantagonisten und Disulfiram bei der Behandlung einer Kokainabhängigkeit angemessen, wirksam und unbedenklich sind. Die meisten dieser Substanzen können den Belohnungseffekt, den das Kokain im Gehirn auslöst, blockieren oder dämpfen. Außerdem können Antipsychotika durch das Kokain ausgelöste psychoseartige Symptome mildern. Diese Studien sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da damit unterschiedliche Ziele verfolgt werden und sie auf unterschiedlichen Zielparametern beruhen, wobei die Bandbreite von der Verringerung des Konsums über die Linderung oder Behandlung von Entzugserscheinungen bis hin zu Substitutionsbehandlungen reicht.

Die Überprüfung von Studien zu Psychostimulanzien erbrachte hilfreiche Anhaltspunkte, wie Kokainkonsumenten beim Ausstieg aus der Sucht unterstützt werden können. Insbesondere die Ergebnisse der Behandlung mit Bupropion und Dexamphetamin im Falle der gleichzeitigen Abhängigkeit von Opioiden und Kokain waren vielversprechend. Eine Substitutionsbehandlung mit Psychostimulanzien hat sich hingegen als unwirksam erwiesen. Die Bewertung des Nutzens von Antipsychotika und Antikonvulsiva bei der Behandlung kokainabhängiger Patienten erbrachte keine schlüssigen Ergebnisse. Der Einsatz von Dopaminantagonisten bei der Behandlung einer Kokainabhängigkeit wird durch die nunmehr gewonnenen Erkenntnisse nicht untermauert. Zwar wurden mit Disulfiram positive Ergebnisse in dem Sinne erzielt, dass Patienten die Behandlung nicht abbrachen, doch überwiegen mögliche schädliche Nebenwirkungen etwaige Vorteile des Einsatzes dieser Substanz.

Unter den nichtpharmakologischen Maßnahmen zur Behandlung einer Kokainabhängigkeit ist das

Kontingenzmanagement weiterhin die psychosoziale Maßnahme mit der größten Wirksamkeit (Vocci und Montoya, 2009). In einer belgischen Studie heißt es, dass nach sechsmonatiger Teilnahme an einem Kontingenzmanagement-Programm mit gemeindenaher Verstärkung die Abstinenzrate bei den kokainabhängigen Konsumenten dreimal höher war als bei Patienten, die sich in einer klassischen Behandlung unterziehen (Vanderplasschen et al., 2011).

Schadensminimierung

Maßnahmen zur Schadensminimierung, die auf sozial besser integrierte Kokainkonsumenten abzielen, die überwiegend Kokainpulver konsumieren, können im Rahmen spezifischer Sensibilisierungsprogramme in der Nachtclubszene durchgeführt werden. Zwei Beispiele dafür sind die in Schottland angelaufene Kampagne „Know the Score Cocaine Awareness Campaign“ und die neue belgische Kampagne „How is your friend on coke?“, die auf Partygänger abzielt. Mit diesen Kampagnen sollen das Problembewusstsein geschärft und Aufklärungsarbeit geleistet werden (Näheres zu Maßnahmen in Freizeitmilieus siehe Kapitel 4).

Maßnahmen zur Minimierung der Schäden, die durch einen problematischen Konsum von Kokain und Crack verursacht werden, sind in vielen Mitgliedstaaten ein neues Aufgabenfeld. Im Großen und Ganzen wurden die Leistungen und Einrichtungen, die für injizierende Kokainkonsumenten angeboten werden, entwickelt, um die Bedürfnisse von Opioidkonsumenten zu befriedigen. Mit dem injizierenden Kokainkonsum sind jedoch spezifische Risiken verbunden. Die Droge wird bei dieser Verabreichungsart potenziell häufiger konsumiert, oder die Konsumenten zeigen ein chaotisches Injektionsverhalten und eine höhere sexuelle Risikobereitschaft. Die Empfehlungen für einen sichereren Konsum sollten auf die Bedürfnisse dieser Gruppe zugeschnitten werden. Aufgrund der potenziellen Häufigkeit des injizierenden Konsums sollte die Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck für die injizierenden Konsumenten nicht beschränkt werden, sondern vielmehr anhand einer lokalen Bewertung der Kokainkonsummuster und der sozialen Situation der injizierenden Konsumenten erfolgen (Des Jarlais et al., 2009).

In Europa stehen für Konsumenten, die Crack rauchen, nur wenige spezifische Programme zur Schadensminimierung zur Verfügung. In drei Ländern (Deutschland, Spanien, Niederlande) bieten einige Drogenkonsumeinrichtungen

Impfstoffe gegen illegale Drogen

Die auf Tierversuchen beruhende Forschung an Impfstoffen gegen Drogen begann zwar schon 1972 (Berkowitz und Spector), doch ist das Thema erst vor kurzem aufgrund des Interesses an der Entwicklung eines pharmakologischen Mittels gegen die Kokainsucht in den Mittelpunkt gerückt.

Impfstoffe gegen Drogen entfalten ihre Wirkung, indem sie die Bildung von Antikörpern im Blut fördern; gelingt dies, können sie die psychoaktiven Wirkungen von Drogen vermindern und das Verlangen nach Drogen hemmen (Fox et al., 1996). Derzeit laufen Studien zu Impfungen gegen Kokain-, Nikotin-, Methamphetamin- und Heroinsucht (Shen et al., 2011). Am weitesten vorangeschritten ist die Entwicklung auf dem Gebiet der Impfstoffe zur Behandlung einer Kokain- bzw. Nikotinabhängigkeit; sie haben Patienten wirksam bei ihrem Vorhaben unterstützt, abstinent zu bleiben. Als wichtigste Einschränkung machte sich jedoch bemerkbar, dass die Antikörperreaktion der meisten Patienten schwach ausgebildet ist (Hatsukami et al., 2005; Martell et al., 2005). In Studien wird aber an diesem Problem gearbeitet, und schon bald dürften zumindest für Nikotinimpfstoffe kommerzielle Erzeugnisse zur Verfügung stehen (Polosa und Benowitz, 2011). Die Forschung an Impfstoffen gegen eine Methamphetaminsucht befindet sich noch in der präklinischen Phase, wobei der Schwerpunkt auf der Antikörpercharakterisierung liegt. Es wurden Impfstoffe zur Behandlung einer Opioidabhängigkeit entwickelt, die sich bei Ratten als wirksam erwiesen haben; nunmehr liegt der Schwerpunkt der Studien auf Strategien zur Verringerung der Anzahl der Applikationen, die erforderlich sind, um die Antikörperkonzentration im Blut konstant zu halten (Stowe et al., 2012).

die Möglichkeit zum Inhalieren verschiedener Drogen, einschließlich Crack/Kokain. Berichten zufolge geben einige niedrigschwellige Dienste in Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden vereinzelt hygienische Inhalationsgeräte, darunter auch saubere Crackpfeifen oder „Crack-Kits“ (Glaszylinder mit Mundstück, Metallschutz, Lippenbalsam und Handreinigungstücher) an Crack rauchende Drogenkonsumenten aus. Darüber hinaus stellen einige niedrigschwellige Dienste in 13 Mitgliedstaaten den Heroin- und Crackkonsumenten, die die Drogen rauchen, auch entsprechende Folien zur Verfügung. Im Vereinigten Königreich überprüfte der Advisory Council on the Misuse of Drugs vor kurzem die Bereitstellung von Folie als schadensmindernde Maßnahme und fand dabei Anhaltspunkte dafür, dass dadurch das Rauchen anstelle des injizierenden Konsums gefördert werden könnte (ACMD, 2010).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitel 6

Opioidekonsum und injizierender Drogenkonsum

Einleitung

Seit den 1970er Jahren wird der Heroinkonsum, insbesondere der injizierende Konsum, in Europa in engem Zusammenhang mit den Problemen im sozialen Bereich und im Bereich der öffentlichen Gesundheit betrachtet. Noch heute ist die drogenbedingte Morbidität und Mortalität in der Europäischen Union größtenteils auf den Konsum dieser Droge zurückzuführen. Nach zwei Jahrzehnten, in denen die heroinduzierten Probleme in Europa stetig zugenommen haben, war in den späten 1990er Jahren sowie in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends ein Rückgang des Heroinkonsums und der damit verbundenen Probleme zu beobachten. Seit zehn Jahren ist diese rückläufige Entwicklung jedoch weniger deutlich. Die Lage hat sich noch nicht eindeutig geklärt, doch wird zunehmend festgestellt, dass in Teilen Europas die Zahl der Neueinsteiger in den Heroinkonsum zurückgegangen ist, sich die Verfügbarkeit der Droge verringert hat und in einigen Ländern vor kurzem akute Engpässe aufgetreten sind. Hinzu kommen Berichte, dass Heroin durch andere Drogen, darunter synthetische Opioide wie Fentanyl, aber auch durch den injizierenden Konsum von Stimulanzien wie Amphetamin, Methamphetamin und synthetische Cathinone verdrängt wird. Jeder Anstieg des injizierenden Konsums von Stimulanzien löst Bedenken über eine Zunahme gesundheitlicher Risiken aus.

Angebot und Verfügbarkeit

In Europa wird importiertes Heroin traditionell in zwei Formen angeboten. Dabei handelt es sich um das braune Heroin (Heroinbase), das stärker verbreitet ist und vor allem aus Afghanistan stammt, und das weiße Heroin (in Salzform), das weniger stark verbreitet ist und in der Regel aus Südostasien stammt. Obwohl weißes Heroin inzwischen Seltenheitswert hat, haben einige Länder vor kurzem über das Auftauchen von weißem Heroin in Kristallform berichtet, dessen Ursprung wahrscheinlich in Südwestasien liegt. In begrenztem Umfang werden Opioide auch weiterhin in Europa produziert, vor allem Produkte aus selbstangebautem Mohn (z. B. Mohnstroh,

Mohnkonzentrat aus zerstoßenen Mohnstielen und -blüten), die in Estland, Litauen und Polen hergestellt werden.

Herstellung und Handel

Aus Afghanistan stammt nicht nur ein Großteil der Heroinlieferungen nach Europa, das Land bleibt auch weiterhin die weltweit bedeutendste Quelle für diese Droge. 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

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

Herstellung und Sicherstellungen	Heroin
Geschätzte weltweite Herstellung (Tonnen)	467
Weltweit beschlagnahmte Mengen (Tonnen)	81
Beschlagnahmte Mengen (Tonnen) EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	6 (19)
Beschlagnahmte Mengen EU und Norwegen (einschließlich Kroatien und Türkei)	50 000 (55 000)
Preis und Reinheit in Europa ⁽¹⁾	Heroinbase („braunes Heroin“)
Durchschnittlicher Verkaufspreis (EUR pro Gramm)	
Spanne (Interquartilspanne) ⁽²⁾	23-160 (24,6-73,6)
Durchschnittliche Reinheit (%)	
Spanne (Interquartilspanne) ⁽²⁾	13-57 (17,7-28,0)

⁽¹⁾ Da nur einige wenige Länder Daten zum Verkaufspreis und zur Reinheit von weißem Heroin (Hydrochlorid) übermittelt haben, wurden diese Informationen in der vorliegenden Tabelle nicht berücksichtigt. Die entsprechenden Daten können den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2012 entnommen werden.

⁽²⁾ Quartilsabstand der gemeldeten Daten.

Anmerkung: Daten für 2010. Lediglich die Schätzungen zur weltweiten Herstellung betreffen das Jahr 2011.

Quelle: UNODC (2012) für weltweite Daten, nationale Reitox-Knotenpunkte für europäische Daten.

Heroinlieferanten für die USA gelten (UNODC, 2012). Schätzungen zufolge ist das weltweite Produktionspotenzial von Heroin von 4 700 Tonnen im Jahr 2010 auf 7 000 Tonnen im Jahr 2011 gestiegen und hat damit ähnliche Niveaus wie in früheren Jahren erreicht. Dieser Anstieg ist im Wesentlichen auf die Verbesserung des Produktionspotenzials von Opium in Afghanistan zurückzuführen, das von 3 600 Tonnen im Jahr 2010 auf 5 800 Tonnen im Jahr 2011 gestiegen ist (UNODC, 2012). Der jüngsten Schätzung zufolge belief sich das weltweite Produktionspotenzial von Heroin auf 467 Tonnen (siehe Tabelle 9), was somit im Vergleich zu einer geschätzten Menge von rund 384 Tonnen im Jahr 2010 eine Steigerung darstellt (UNODC, 2012).

Heroin gelangt primär über zwei verschiedene Handelswege nach Europa, auch wenn die Bandbreite der für den Drogenschmuggel genutzten Methoden und Wege wächst. Über die historisch bedeutende Balkanroute wird in Afghanistan hergestelltes Heroin über Pakistan, Iran und die Türkei in verschiedene andere, meist west- und südeuropäische Transit- bzw. Zielländer geschmuggelt. Außerdem gelangt Heroin über die sogenannte Seidenstraße über Mittelasien nach Russland. Ein Teil dieses Heroins wird anschließend über Belarus, Polen und die Ukraine in andere Zielländer wie die skandinavischen Länder geschmuggelt. Afrika gewinnt offenbar an Bedeutung und stellt heute die wichtigste Transitregion für den Heroinschmuggel nach Europa auf dem Luftweg dar (INCB, 2012b). Innerhalb der Europäischen Union spielen die Niederlande und in geringerem Maße auch Belgien eine wichtige Rolle als weitere Umschlagplätze für den Weitertransport.

Sicherstellungen

Die weltweiten Sicherstellungen von Opium gingen von 653 Tonnen im Jahr 2009 auf 492 Tonnen im Jahr 2010 zurück. Etwa 80 % der Gesamtmenge entfielen dabei auf Iran, fast 12 % wurden in Afghanistan sichergestellt. Bei den weltweit gemeldeten Sicherstellungen von Heroin (81 Tonnen) und Morphin (19 Tonnen) wurde für das Jahr 2010 eine Zunahme um jeweils 5 Tonnen festgestellt (UNODC, 2012).

In Europa wurden im Jahr 2010 bei schätzungsweise 55 000 Sicherstellungen 19 Tonnen Heroin beschlagnahmt, zwei Drittel (12,7 Tonnen) der Gesamtmenge wurden dabei aus der Türkei gemeldet. Die meisten Sicherstellungen meldet nach wie vor das Vereinigte Königreich, gefolgt von Spanien⁽⁸⁹⁾. Den Daten für die Jahre 2005 bis 2010 aus 28 Berichtsländern zufolge ist die Zahl der Sicherstellungen insgesamt

gestiegen, obwohl 2010 ein leichter Rückgang eingetreten ist. Zwischen 2005 und 2010 wurden in der Europäischen Union Drogen in unterschiedlicher Menge beschlagnahmt, deutlich niedriger fiel das Niveau jedoch im Jahr 2010 aus, was in erster Linie auf die geringeren Mengen zurückzuführen ist, die in Bulgarien und dem Vereinigten Königreich sichergestellt wurden. Auch die Türkei meldete einen erheblichen Rückgang der 2010 beschlagnahmten Menge, was im Zusammenhang mit früheren Verbotsmaßnahmen zu sehen ist, die den Heroinmarkt in Teilen Europas offenbar gestört haben.

Bei den weltweiten Sicherstellungen von Essigsäureanhydrid, das zur Herstellung von Heroin genutzt wird, stieg die Menge von etwa 21 000 Litern im Jahr 2009 auf 59 700 Liter im Jahr 2010. Die Zahlen zur Europäischen Union weisen in den letzten Jahren große Schwankungen auf: Nach Spitzenwerten von fast 151 000 Litern im Jahr 2008 ist die Menge im Jahr 2009 auf 912 Liter gesunken; die bei einer einzigen Aktion in Bulgarien sichergestellten rund 21 100 Liter entsprachen fast der im Jahr 2010 insgesamt sichergestellten Menge von 21 200 Litern (INCB, 2012a).

Estland hat gemeldet, dass auf dem illegalen Markt Heroin im Verlaufe des letzten Jahrzehnts weitgehend durch Fentanyl verdrängt worden ist. Vor kurzem berichtete die Slowakei über ein ähnliches Phänomen, wenngleich die Zahl der Sicherstellungen und die beschlagnahmten Mengen weiterhin niedrig sind. Im Jahr 2010 meldete die Slowakei 17 Sicherstellungen von Fentanyl; in Estland wurden 500 Gramm dieses synthetischen Opioids beschlagnahmt.

Reinheit und Preis

Im Jahr 2010 lag die durchschnittliche Reinheit von braunem Heroin in den meisten Berichtsländern zwischen 17 % und 28 %; Frankreich (13 %) und Österreich (nur auf Konsumentenebene, 13 %) meldeten niedrigere Werte, während Malta (30 %), Spanien (32 %) und die Türkei (37 %) höhere Werte ermittelten. Im Zeitraum 2005-2010 ist die Reinheit von braunem Heroin in vier Ländern gestiegen, während in vier weiteren Ländern keine Veränderung und in zwei Ländern ein Rückgang zu beobachten war. In den fünf europäischen Ländern, die hierzu Daten übermittelt haben, war die durchschnittliche Reinheit von weißem Heroin in der Regel höher (25 % bis 45 %) ⁽⁹⁰⁾.

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

⁽⁸⁹⁾ Siehe Tabellen SZR-7 und SZR-8 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁹⁰⁾ Daten über Reinheit und Preis sind den Tabellen PPP-2 und PPP-6 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

betragen im Jahr 2010 in Schweden (bedingt durch einen drastischen Anstieg im Jahr 2010) 160 EUR pro Gramm und in Dänemark 83 EUR pro Gramm. Insgesamt bewegte sich der durchschnittliche Verkaufspreis in der Hälfte der Berichtsländer zwischen 24 EUR und 74 EUR pro Gramm. Im Zeitraum 2005-2010 ist der Verkaufspreis für braunes Heroin in zehn der 14 europäischen Länder, die Daten zu Tendenzen im Zeitverlauf übermittelt haben, gesunken. In den drei europäischen Ländern, die diesbezüglich Daten übermittelt haben, war der Durchschnittspreis von weißem Heroin mit 61 EUR bis 251 EUR im Allgemeinen höher.

Problematischer Drogenkonsum

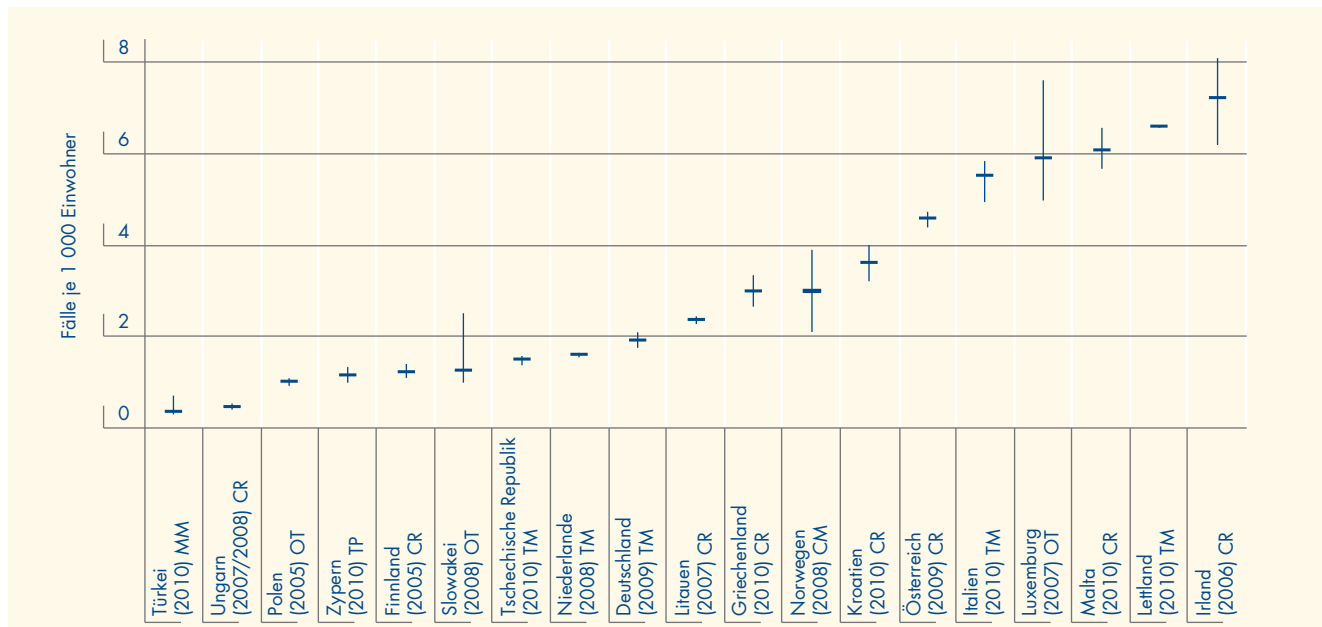
Die EBDD definiert problematischen Drogenkonsum als injizierenden bzw. langjährigen oder regelmäßigen Konsum von Opioiden, Kokain oder Amphetaminen. Dabei bilden der injizierende Drogenkonsum und der Konsum von Opioiden den wesentlichen Teil des problematischen Drogenkonsums in Europa, doch auch die Konsumenten von Amphetaminen oder Kokain bilden in einigen Ländern eine wichtige Komponente. Problematische Konsumenten werden meist als polyvalente

Drogenkonsumenten beschrieben, und die Prävalenz in städtischen Ballungsräumen und unter Randgruppen ist deutlich höher. Aufgrund der relativ niedrigen Prävalenz und der Tatsache, dass der problematische Drogenkonsum weitgehend im Verborgenen stattfindet, müssen Schätzungen zur Zahl der problematischen Opioidkonsumenten durch statistische Extrapolation aus den verfügbaren Datenquellen (in erster Linie Daten zu Drogentherapien und zur Strafverfolgung in diesem Bereich) gewonnen werden.

Problematischer Opioidkonsum

Die meisten europäischen Länder können mittlerweile Prävalenzschätzungen zum problematischen Opioidkonsum vorlegen. Die in den jüngsten nationalen Schätzungen ermittelten Werte schwanken zwischen weniger als einem Fall und sieben Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Abbildung 11). Die höchsten Schätzungen des problematischen Opioidkonsums liegen aus Irland, Lettland, Luxemburg und Malta vor, während die niedrigsten Schätzungen aus Zypern, Ungarn, Polen und

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



Anmerkung: Ein horizontaler Balken bezeichnet eine Punktschätzung, ein vertikaler Balken ein Unsicherheitsintervall: ein 95%-Konfidenzintervall oder ein Intervall auf der Grundlage einer Sensitivitätsanalyse. Da die Zielgruppen aufgrund der verschiedenen Schätzmethoden und Datenquellen geringfügig voneinander abweichen können, ist beim Datenvergleich Vorsicht geboten. In den Erhebungen aus Finnland (15 bis 54 Jahre) und Polen (alle Altersgruppen) wurden nicht die Standardaltersspannen herangezogen. Dementsprechend wurde eine Bereinigung auf die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen vorgenommen. 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 = gestutzte Poisson-Verteilung; PM = Police Multiplier (Polizei-Multiplikator); OT = Other Methods (andere Methoden). Weitere Informationen sind der Abbildung PDU-1 (Teil ii) und Tabelle PDU-102 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Finnland gemeldet werden. 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.

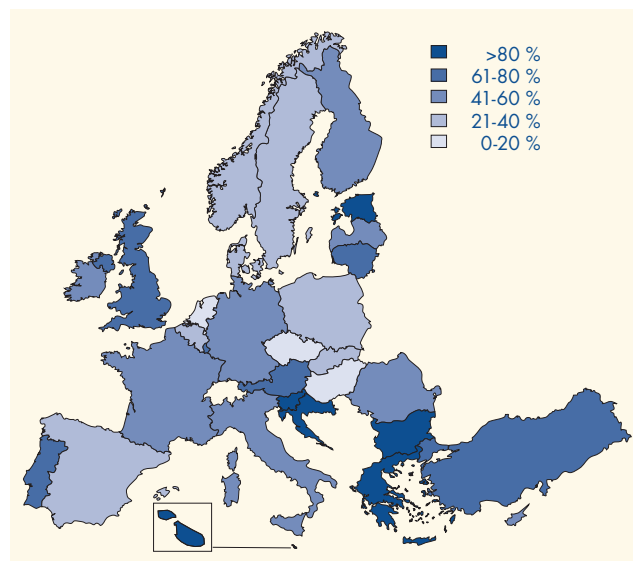
Die anhand nationaler Studien errechnete durchschnittliche Prävalenz des problematischen Opioidkonsums beläuft sich in den Ländern der Europäischen Union und in Norwegen auf durchschnittlich 4,2 Fälle (3,6 bis 4,4) je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Dies entspricht etwa 1,4 Millionen problematischen Opioidkonsumenten in der EU und Norwegen im Jahr 2010 ⁽⁹¹⁾.

Die Schätzungen für die Länder in Europas Nachbarschaft sind vergleichsweise hoch: In Russland kommen auf 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren 16,4 Fälle (UNODC, 2011b), in der Ukraine sind es in dieser Altersgruppe 10 bis 13 Fälle je 1 000 Einwohner (UNODC, 2010). Australien und die USA melden mit 6,3 Fällen bzw. 5,8 Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren höhere Schätzungen, während der entsprechende Wert für Kanada 3,0 Fälle beträgt. Aufgrund einer möglicherweise unterschiedlichen Definition der Zielbevölkerung ist bei Vergleichen zwischen den Ländern Vorsicht geboten. Bezieht man beispielsweise den nicht medizinisch indizierten Konsum verschreibungspflichtiger Opioide ein, stiege die Prävalenzrate auf 39 bis 44 Fälle je 1 000 Nordamerikaner im Alter von 15 bis 64 Jahren (UNODC, 2011b).

Opioidkonsumenten, die sich in Behandlung begeben

Im Jahr 2010 gaben in 29 europäischen Ländern mehr als 200 000 Patienten (48 %), die sich an eine spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtung wandten, Opioide, vor allem Heroin, als ihre Primärdrugs an. Zwischen den europäischen Ländern sind jedoch erhebliche Unterschiede festzustellen: In sieben Ländern machen Opioidpatienten mehr als 70 % aus, in zwölf Ländern beläuft sich ihr Anteil an den Drogenpatienten auf 40 % bis 70 %, und in zehn Ländern kommen sie auf weniger als 40 % aller Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begeben (Abbildung 12). Fast 80 % aller Opioidkonsumenten, die sich in Europa einer Drogenbehandlung unterziehen, werden von gerade einmal fünf Ländern gemeldet: Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien und Vereinigtes Königreich ⁽⁹²⁾.

Abbildung 12: Anteil der primären Opioidkonsumenten an allen gemeldeten Behandlungsaufnahmen im Jahr 2010 (in %)



Anmerkung: Die Daten sind als prozentualer Anteil der Patienten angegeben, bei denen die Primärdrugs bekannt ist (92 % der gemeldeten Patienten). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2010 oder auf das letzte Jahr, für das Daten verfügbar sind. Die Daten zu Litauen beziehen sich auf Patienten, die sich erstmals in Behandlung begeben. In einigen Ländern, darunter in Belgien, der Tschechischen Republik, Deutschland und Frankreich, kann der Anteil der primären Opioidkonsumenten höher sein als angegeben, da viele dieser Konsumenten dort eine Behandlung durch einen Allgemeinarzt oder psychiatrische Einrichtungen erhalten und möglicherweise nicht unter dem Indikator für die Behandlungsnachfrage erfasst werden.

Quelle: Nationale Reintox-Knotenpunkte.

In einigen Ländern werden von einem hohen Anteil der Behandlungsbereiten andere Opioide als Heroin als Primärdrugs angegeben: Fentanyl in Estland, Buprenorphin in Finnland und sonstige Opioide in Dänemark, Lettland und Österreich ⁽⁹³⁾.

Patienten, die sich wegen ihres Opioidkonsums in Behandlung begeben, sind im Durchschnitt 33 Jahre alt; das Durchschnittsalter der Frauen liegt in den meisten Ländern etwas niedriger ⁽⁹⁴⁾. In Europa liegt der Anteil der männlichen Opioidpatienten dreimal höher als der der Frauen. Die meisten Opioidkonsumenten berichten, dass sie in einem Alter von unter 30 Jahren mit dem Konsum dieser Droge begonnen haben, wobei fast die Hälfte (46 %) zum Zeitpunkt des Erstkonsums jünger als 20 Jahre war ⁽⁹⁵⁾. Insgesamt werden unter den Opioidkonsumenten höhere Raten der Obdachlosigkeit und der Arbeitslosigkeit

⁽⁹¹⁾ Die aus 18 Ländern übermittelten Schätzwerte ergeben einen Durchschnittswert von 3,1 Fällen (3,0 bis 3,2 Fällen) je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Bei Einbeziehung gewichteter Schätzungen des problematischen Drogenkonsums aus weiteren acht Ländern erhöht sich der Durchschnittswert auf 4,2 Fälle (3,9 bis 4,4 Fälle); dieser Wert wurde für das Jahr 2010 in Bezug auf die Einwohner der Europäischen Union und Norwegens zugrunde gelegt.

⁽⁹²⁾ Siehe Tabellen TDI-5 und TDI-22 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁹³⁾ Siehe Tabelle TDI-113 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁹⁴⁾ Siehe Tabellen TDI-10, TDI-21, TDI-32 und TDI-103 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁹⁵⁾ Siehe Tabellen TDI-33, TDI-106 (Teil i) und TDI-107 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

und ein niedrigeres Bildungsniveau verzeichnet als bei Konsumenten, die eine andere Droge als Primärdroge angeben, und sie sind in der Regel vor allem in städtischen Ballungsräumen anzutreffen.

Tendenzen des problematischen Opioidkonsums

Die Daten aus neun Ländern, in denen im Zeitraum 2005-2010 wiederholt Prävalenzschätzungen des problematischen Opioidkonsums vorgenommen wurden, lassen auf eine relativ stabile Situation schließen. Die Prävalenzmaßzahlen sind jedoch zur Darstellung von Tendenzen beim erstmaligen Drogenkonsum möglicherweise nicht geeignet und müssen in den Zusammenhang gestellt werden, den andere Datenquellen liefern. Im Zeitraum 2005-2010 stieg die Zahl der Patienten, die sich erstmals in ihrem Leben wegen des Konsums von Heroin als Primärdroge in Behandlung begaben, in 24 europäischen Ländern von 51 000 Personen im Jahr 2005 auf den Höchstwert von 61 000 Patienten im Jahr 2007 und ging anschließend auf 46 000 Personen im Jahr 2010 zurück⁽⁹⁶⁾. Dieser Rückgang ist in den westeuropäischen Ländern am deutlichsten erkennbar.

Zwischen erstmaligem Konsum von Heroin und Behandlungsbeginn kann eine beachtliche Zeitspanne liegen. Daher spiegelt die Anzahl der Heroinkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben, sowohl die historische Tendenz beim Erstkonsum von Heroin (Inzidenz) als auch die gegenwärtige Situation wider. Ein Einwand gegen diese Auslegung lautet, dass sie durch Änderungen bei den Meldegepflogenheiten beeinflusst sein könnte und dass bei den europäischen Zahlen Tendenzen in größeren Ländern unverhältnismäßig stark zum Tragen kommen. Gleichwohl spricht trotz erheblicher Unterschiede zwischen den Ländern einiges für eine insgesamt rückläufige Zahl der Neukonsumenten von Heroin in Europa.

Dieses Analyseergebnis offenbart sich auch in Verbindung mit Tendenzen bei anderen Indikatoren, darunter beim injizierenden Drogenkonsum (siehe unten), bei den drogeninduzierten Todesfällen und bei Drogenstraftaten, wengleich diese Datenquellen eher Indikatoren für die Prävalenz als für die Inzidenz sein dürften. In den vergangenen Jahren ist in Europa ein Rückgang der Anzahl von Verstößen im Zusammenhang mit Heroin zu beobachten. Die Daten über drogeninduzierte Todesfälle sind mehrdeutiger. Bis zum Jahr 2008 wurde in den Ländern eine steigende Tendenz oder eine Stabilisierung verzeichnet; 2009 war dann eine insgesamt stabile Situation erkennbar, und vorläufige Daten für das

Jahr 2010 deuten auf eine sinkende Zahl in jüngster Zeit hin⁽⁹⁷⁾.

Insgesamt lassen die Informationen den Schluss zu, dass die Zahl der Neukonsumenten von Heroin in Europa aufgrund der umfassenderen Verfügbarkeit und Reichweite von Behandlungsangeboten allmählich sinkt. Die Grundgesamtheit der Heroinkonsumenten altert offenbar und zeichnet sich durch einen relativ hohen Grad der Kontakte zu Diensten aus. Obwohl dieses Phänomen in den Mitgliedstaaten, die der EU vor 2004 beigetreten sind, am ausgeprägtesten ist, zeigen neue Daten, dass es möglicherweise auch in zahlreichen der neu hinzugekommenen Mitgliedstaaten auftritt.

Injizierender Drogenkonsum

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

Nur 14 Länder waren in der Lage, neuere Schätzungen für die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen⁽⁹⁸⁾. Die vorliegenden Daten lassen auf deutliche Unterschiede zwischen den Ländern schließen, da die Schätzungen in den meisten Ländern zwischen weniger als einem und fünf Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren liegen. In den 13 Ländern, die Schätzungen übermittelt haben, ergibt sich ein Durchschnitt von ca. 2,4 injizierenden Konsumenten je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Neben den aktiven injizierenden Konsumenten gibt es in Europa auch eine hohe Anzahl an ehemaligen injizierenden Konsumenten (z. B. Sweeting et al., 2008), entsprechende Zahlen liegen jedoch nicht vor.

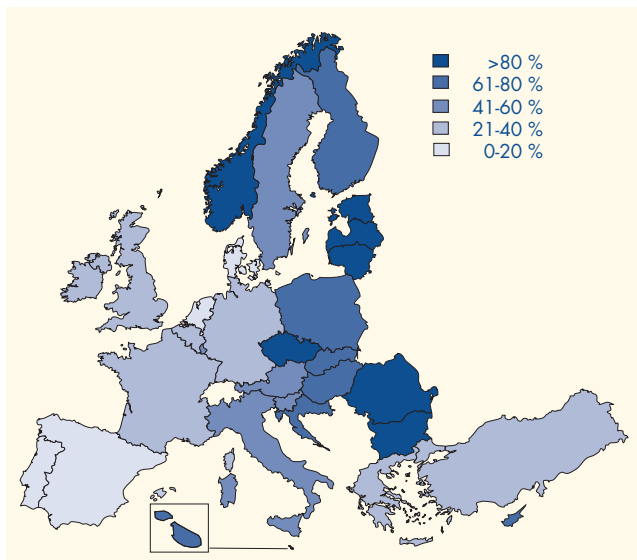
Rund 37 % der Patienten, die sich 2010 wegen primären Opioidkonsums (vor allem Heroin) in eine spezialisierte Behandlung begaben, gaben an, die Droge in erster Linie zu injizieren. Die Angaben der Länder zum Anteil der injizierenden Opioidkonsumenten sind sehr unterschiedlich und reichen von 7 % in den Niederlanden bis zu 94 % in Lettland. Der Anteil von injizierenden Konsumenten ist in Mittel- und Osteuropa sowie in einigen nordeuropäischen Ländern hoch (Abbildung 13).

⁽⁹⁶⁾ Siehe Abbildungen TDI-1 und TDI-3 im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁹⁷⁾ Siehe Tabelle DRD-2 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

⁽⁹⁸⁾ Siehe Abbildung PDU-2 im Statistical Bulletin 2012.

Abbildung 13: Injizierender Konsum als primärer Verabreichungsweg bei primären Opioidkonsumenten in Behandlung im Jahr 2010



Anmerkung: Die Daten sind als prozentualer Anteil der Patienten angegeben, bei denen der Verabreichungsweg bekannt ist. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2010 oder auf das letzte Jahr, für das Daten verfügbar sind. Siehe Tabelle TDI-5 (Teil iii und Teil iv) im Statistical Bulletin 2012.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Schlussfolgerungen zu Tendenzen bei der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums im Zeitverlauf auf der Grundlage von wiederholten Prävalenzschätzungen lassen sich aufgrund des Mangels an Daten und in einigen Fällen auch aufgrund des hohen Maßes an statistischer Unsicherheit der Schätzungen nur schwer ziehen. In den acht Ländern, die ausreichende Daten zur Analyse der Entwicklung vorgelegt haben, ist der Anteil der injizierenden Konsumenten gesunken (Vereinigtes Königreich) bzw. relativ stabil geblieben (Griechenland, Ungarn, Zypern, Slowakei, Kroatien und Norwegen). Ein Land (Tschechische Republik) meldete für den Zeitraum 2005-2010 eine steigende Zahl injizierender Konsumenten, meist im Zusammenhang mit Methamphetamin⁽⁹⁹⁾.

Die anhand weiterer Indikatoren ermittelten Daten deuten insgesamt auf einen Anstieg des injizierenden Opioidkonsums, insbesondere des injizierenden Heroinkonsums, in Europa hin. Die meisten europäischen Länder gaben an, dass der Anteil der injizierenden Konsumenten unter den primären Heroinkonsumenten, die sich zwischen 2005 und 2010 erstmals in ihrem Leben in eine Drogenbehandlung begeben haben, gesunken ist. Diese Tendenz wird durch eine längerfristige Untersuchung (2000-2009) zu Heroinkonsumenten, die sich

in Europa erstmals einer Drogenbehandlung unterziehen, bestätigt (EBDD, 2012c). Der Rückgang des injizierenden Heroinkonsums ist in allen Ländern feststellbar, fällt jedoch in den westeuropäischen Ländern deutlicher aus. Während die westlichen Länder im Jahr 2009 meldeten, dass das Rauchen von Heroin bei mehr als der Hälfte der Heroinpazienten (53 %) inzwischen der vorrangige Verabreichungsweg ist, gaben in den östlichen Ländern 70 % der Heroinpazienten den injizierenden Konsum als vorrangigen Verabreichungsweg an (EBDD, 2012c). In neuen Studien aus Irland und Norwegen wird zudem eine längere Zeitspanne zwischen Heroinerstkonsum und erstmaligem injizierendem Heroinkonsum festgestellt (Bellerose et al., 2011; Bretteville-Jensen und Skretting, 2010).

Behandlung problematischer Opioidkonsumenten

Angebot und Erfassungsgrad

In allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Kroatien, Norwegen und der Türkei werden sowohl drogenfreie Therapien als auch Substitutionsbehandlungen für Opioidkonsumenten angeboten. Die Behandlung von Opioidkonsumenten wird in den meisten Ländern ambulant erbracht, unter anderem von spezialisierten Zentren, Allgemeinärzten und niedrigschwelligen Diensten. In einigen wenigen Ländern spielt die stationäre Behandlung eine wichtige Rolle bei der Behandlung einer Opioidabhängigkeit⁽¹⁰⁰⁾. Eine geringe Anzahl von Ländern bietet für eine ausgewählte Gruppe chronischer Heroinkonsumenten zudem eine heroingestützte Behandlung an.

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

Die gängigste Behandlungsform einer Opioidabhängigkeit in Europa ist die Substitutionsbehandlung, die im Allgemeinen mit psychosozialer Betreuung einhergeht und in spezialisierten ambulanten Einrichtungen durchgeführt wird. In 16 Ländern werden Substitutionsbehandlungen

⁽⁹⁹⁾ Siehe Tabelle PDU-6 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹⁰⁰⁾ Siehe Tabelle TDI-24 im Statistical Bulletin 2012.

Injizierender Konsum und andere Verabreichungswege

Daten über Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, erweisen sich als die ergiebigste und umfassendste Informationsquelle über das Drogenkonsumverhalten von Personen mit drogenbedingten Problemen in Europa (1).

Insgesamt gesehen wurde der injizierende Konsum von Drogenkonsumenten, die sich im Jahr 2010 vor allem wegen Problemen mit Opioiden in Behandlung begaben, als zweithäufigster Verabreichungsweg genannt. Von den 140 000 Patienten, die sich wegen primären Opioidkonsums in ambulanten Zentren einer Behandlung unterzogen und bei denen der Verabreichungsweg bekannt ist, gaben 36 % an, dass sie die Droge injizieren, während 45 % erklärten, dass sie diese rauchen oder inhalieren, und 19 % nannten das Schnupfen oder die orale Aufnahme der Droge als Verabreichungsweg. Hingegen erklärten 3 % der 53 000 Kokainkonsumenten, die sich in denselben Einrichtungen einer Behandlung unterzogen, dass sie die Droge injizieren, 68 % nannten das Schnupfen als Verabreichungsweg, und die übrigen Patienten gaben an, dass sie die Droge rauchen oder inhalieren. Von den 9 000 Patienten, die Amphetamine oder andere Stimulanzien als Kokain konsumieren, gaben 24 % den injizierenden Konsum als vorrangigen Verabreichungsweg an, 40 % nahmen die Droge oral auf, 32 % schnupften sie und 4 % nannten andere Verabreichungswege.

Die Muster des Drogenkonsums haben sich im Laufe der Zeit verändert. Eine Analyse der Daten zur Behandlungsaufnahme im Zeitraum zwischen 2000 und 2009 ergab, dass der Anteil der injizierenden Konsumenten unter den primären Heroinkonsumenten in allen europäischen Ländern, insbesondere in Westeuropa, von 58 % auf 36 % gesunken ist (EBDD, 2012c). Zudem überstieg bei den Opioidkonsumenten, die sich seit 2009 in eine ambulante Behandlung begeben haben, die Zahl derjenigen, die die Droge rauchen, die Zahl der injizierenden Konsumenten (2).

(1) Es sei darauf hingewiesen, dass die Daten zur Behandlungsaufnahme nicht auf die Population der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten in ihrer Gesamtheit extrapoliert werden können und dass sie möglicherweise nicht für die gesamte behandelte Population, zu der auch die nicht in Behandlung befindlichen Konsumenten gehören, repräsentativ sind. Weitere Informationen zur Größenordnung der insgesamt behandelten Population sind auf der Website der EBDD erhältlich.

(2) Siehe Tabelle TDI-17 im Statistical Bulletin 2010, 2011 und 2012.

auch von Allgemeinärzten angeboten. In einigen Ländern werden diese Leistungen von Allgemeinärzten im Rahmen gemeinsamer Behandlungskonzepte mit spezialisierten Behandlungseinrichtungen erbracht. Die Gesamtzahl der Opioidpatienten, die in der Europäischen Union

sowie in Kroatien, der Türkei und Norwegen eine Substitutionsbehandlung erhalten, lag im Jahr 2010 bei schätzungsweise 709 000 Patienten (698 000 Patienten in den EU-Mitgliedstaaten), während diese Zahl im Jahr 2008 bei 650 000 und im Jahr 2003 bei rund 500 000 lag (101). Der Großteil der Substitutionsbehandlungen (rund 95 %) wird auch weiterhin in den 15 EU-Mitgliedstaaten bereitgestellt, die der EU vor 2004 beigetreten sind, und mittelfristig (2003-2010) ist ein stetiger Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 14). Der deutlichste Anstieg war in Griechenland, Österreich und Finnland zu verzeichnen, wo sich die Anzahl der Behandlungen fast verdreifacht hat.

Noch höhere Steigerungsraten wurden in den zwölf Ländern beobachtet, die der EU seit 2004 beigetreten sind. Dort hat sich die Zahl der Substitutionsbehandlungen von 7 800 im Jahr 2003 auf 20 400 im Jahr 2010 erhöht, wobei der Anstieg überwiegend auf die Zeit nach 2005 entfällt. Die Zahl der Substitutionsbehandlungen stieg in diesem Siebenjahreszeitraum proportional am stärksten in Estland (um das 16-fache von 60 auf über 1 000 Patienten, weiterhin werden aber lediglich 5 % der Opioid injizierenden Konsumenten erreicht) und Bulgarien (um das 8-fache). Der geringste Anstieg wird aus Litauen, der Slowakei und Ungarn gemeldet.

Ein Vergleich der geschätzten Zahlen problematischer Opioidkonsumenten mit der Anzahl der Patienten in einer Substitutionsbehandlung deutet auf Unterschiede beim Erfassungsgrad in Europa hin. Von den 18 Ländern, für die verlässliche Schätzungen zur Zahl der problematischen Opioidkonsumenten vorliegen, melden neun Länder, dass mindestens 50 % der Zielgruppe eine Substitutionsbehandlung erhalten (102). Sechs dieser Länder sind der EU vor dem Jahr 2004 beigetreten, bei den übrigen Ländern handelt es sich um Malta, die Tschechische Republik und Norwegen.

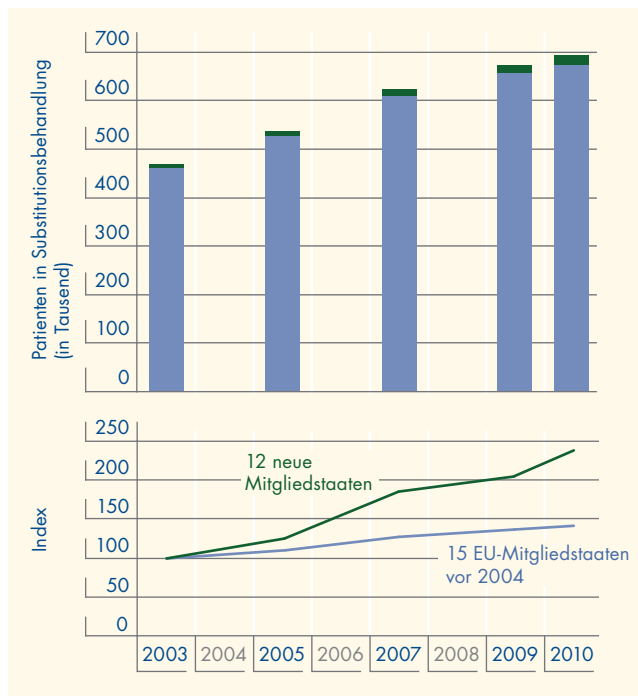
Zwar hat durchschnittlich etwa die Hälfte aller problematischen Opioidkonsumenten in der Europäischen Union und in Norwegen Zugang zu einer Substitutionsbehandlung, doch bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern, denn in Griechenland (28 %), Litauen (17 %), der Slowakei (12 %), Polen (8 %) und Lettland (2 %) ist der Erfassungsgrad erheblich niedriger.

Schätzungen zur Verteilung problematischer Opioidkonsumenten auf die verschiedenen Behandlungsarten sind im Fall von acht Ländern möglich (Abbildung 15). In Irland, Zypern, Ungarn, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich (England) befinden sich schätzungsweise mehr als 60 % der problematischen Opioidkonsumenten in Behandlung,

(101) Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2012.

(102) Siehe Abbildung HSR-1 im Statistical Bulletin 2012.

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

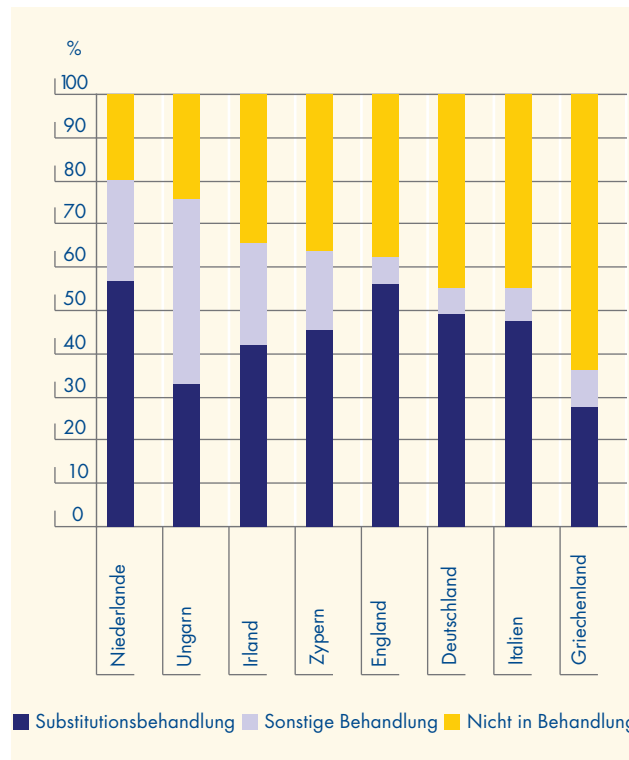


Anmerkung: Jahre, für die keine Daten erhoben wurden, sind grau dargestellt. Weitere Informationen sind der Abbildung HSR-2 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

während ihr Anteil in Griechenland unter 40 % liegt. Die Daten deuten auch auf Unterschiede in Bezug auf die Therapie der Wahl bei einer Opioidabhängigkeit hin. Auf sonstige Behandlungsarten, die im Unterschied zur Substitutionsbehandlung meist auf einem drogenfreien Ansatz beruhen, entfallen in Deutschland, Griechenland, Italien und dem Vereinigten Königreich (England) weniger als 10 % aller Behandlungen für problematische Opioidkonsumenten. In Irland, Zypern und den Niederlanden machen die sonstigen Behandlungsarten 15 % bis 25 % aller Behandlungen für problematische Opioidkonsumenten aus, während es in Ungarn 43 % sind. Dementsprechend melden Griechenland und Ungarn zwar niedrige Schätzwerte zum Abdeckungsgrad der Opioidsubstitution (etwa 30 %), doch variiert der geschätzte Anteil problematischer Opioidkonsumenten, die keinen Kontakt zu Behandlungseinrichtungen haben, erheblich: von mehr als 60 % in Griechenland bis zu ca. 25 % in Ungarn. Dies veranschaulicht, dass sowohl das Angebot an Substitutionsbehandlungen als auch die Verfügbarkeit anderer Behandlungsansätze betrachtet werden müssen.

Abbildung 15: Behandlungsangebot für problematische Opioidkonsumenten in ausgewählten europäischen Ländern: geschätzter Anteil der problematischen Opioidkonsumenten in Behandlung bzw. nicht in Behandlung (in %)



Anmerkung: Einbezogen sind Länder, für die verlässliche Schätzungen zur Gruppe problematischer Opioidkonsumenten, zur Zahl der Patienten, die eine Substitutionsbehandlung erhalten, und zur Gesamtzahl der in Behandlung befindlichen Opioidkonsumenten vorliegen. Weitere Informationen sind der Abbildung HSR-1 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

Lange Wartezeiten auf einen Platz in der Substitutionstherapie können sich als große Hürde beim Zugang zur Behandlung erweisen. Laut einer Umfrage im Jahr 2011 stellen das begrenzte Behandlungsangebot und Mittelknappheit sowie verfahrensbedingte Verzögerungen die wichtigsten Gründe für lange Wartezeiten dar. Nach Einschätzung von Experten aus zwölf der 29 Berichtsländer betrug die durchschnittliche Wartezeit unter zwei Wochen, und in sechs weiteren Ländern belief sie sich auf zwei Wochen bis einen Monat. Fünf andere Länder (Litauen, Ungarn, Rumänien, Finnland, Norwegen) meldeten Wartezeiten zwischen einem und sechs Monaten, während Patienten in Griechenland länger als sechs Monate auf einen Therapieplatz warten müssen. Die durchschnittlichen nationalen Wartezeiten verdecken aber möglicherweise beträchtliche regionale Unterschiede. So liegen beispielsweise die Wartezeiten in Athen und Thessaloniki aufgrund begrenzter Kapazitäten inzwischen bei etwa drei Jahren, während für andere griechische

Städte im Jahr 2010 kürzere Wartezeiten gemeldet wurden. Sachverständige aus vier Ländern konnten keine Schätzungen zu Wartezeiten vorlegen.

Methadon ist das in Europa am häufigsten verordnete Substitutionsmittel und wird bis zu drei Vierteln aller Patienten verabreicht. Substitutionsmittel, die Buprenorphin als Wirkstoff enthalten, werden bis zu einem Viertel der Substitutionspatienten in Europa verschrieben und gelten in der Tschechischen Republik, in Griechenland, Frankreich, Zypern, Finnland und Schweden als wichtigstes Substitutionsmittel⁽¹⁰³⁾. Die Kombination aus Buprenorphin und Naloxon ist in 15 Ländern verfügbar. Behandlungen mit Morphin mit langsamer Wirkstofffreisetzung (in Bulgarien, Österreich und Slowenien), Codein (in Deutschland und Zypern) und Diacetylmorphin (in Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) machen nur einen geringen Teil der Behandlungen insgesamt aus.

Behandlung bei Opioidabhängigkeit, Wirksamkeit und Ergebnisse

Immer stärker setzt sich die Erkenntnis durch, dass mit einer psychotherapeutisch begleiteten Opioidentgiftung und einer anschließenden pharmakologischen Rückfallprävention bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden. Bei einer Überprüfung von Studien wurde festgestellt, dass diese Kombinationsbehandlung Patienten helfen kann, die Behandlung bis zum Ende durchzuhalten, den Opioidkonsum zu reduzieren und in der Nachbehandlungsphase abstinent zu bleiben (Amato et al., 2011). Zudem war die Zahl der Personen, die sich während der Behandlung aus der Klinik entfernten, bei den Patienten mit psychosozialen Begleitprogrammen geringer. Day und Strang (2011) stellten fest, dass stationäre Einrichtungen Patienten wirksamer als ambulante Einrichtungen dabei halfen, die Entgiftungsmaßnahmen komplett zu absolvieren (51 % gegenüber 36 % in der Gruppe der ambulant Behandelten).

Die Rückfallprävention nach einer Heroinentgiftung kann durch die Verabreichung des Opioidantagonisten

Naltrexon unterstützt werden. Allerdings werden, was die Einhaltung der Medikation und die Verbleibquote anbelangt, mit der Naltrexonbehandlung in der Studiengrundgesamtheit insgesamt schwache Ergebnisse erzielt. Naltrexon erwies sich als wirksam bei allen Personen, die die Behandlung absolvieren mussten, um erhebliche Konsequenzen zu vermeiden, zum Beispiel Angehörige der Gesundheitsberufe, und bei Personen, die einen gesetzlichen Betreuer haben (Minozzi et al., 2011). Obwohl die Entgiftung im Falle der Opioidabhängigkeit anscheinend weniger wirksam ist als die Substitutionsbehandlung, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (2009) dennoch, sie motivierten Patienten, die sich um eine Behandlung bemühen, als Alternative anzubieten.

Lebensqualität von Drogenkonsumenten während der Substitutionsbehandlung

Die Lebensqualität in der Gruppe der opioidabhängigen Drogenkonsumenten ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und zu Menschen mit anderen Erkrankungen weniger gut. Diese Frage bildete den Schwerpunkt neuer Studien in Deutschland, Lettland und dem Vereinigten Königreich, deren Ergebnisse den Nutzen der Substitutionsbehandlung untermauern. Eine schlechte Lebensqualität kann gerade bei älteren Drogenkonsumenten der Auslöser für einen Rückfall sein (EBDD, 2010d). Eine vor kurzem durchgeführte systematische Überprüfung (De Maeyer et al., 2010) ergab, dass sich durch die Teilnahme an einer Behandlung die Lebensqualität des Einzelnen schon im ersten Behandlungsmonat verbesserte. Sämtliche Formen der Substitutionsbehandlung erwiesen sich als gleichermaßen effektiv, was die Verbesserung der Lebensqualität betrifft, wobei im Falle der Methadonverordnung der Effekt früher (etwa einen Monat nach Behandlungsbeginn) eintrat als bei der Behandlung mit Buprenorphin. In subjektiven Berichten schnitt jedoch Buprenorphin besser ab als Methadon, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass Buprenorphin nicht täglich verabreicht werden muss. Das Erreichen einer guten Lebensqualität gehört zu den wichtigsten Zielen in der Drogentherapie; hierbei kann sich die weitere Erforschung der Wirksamkeit der verschiedenen Substitutionsbehandlungen als nützlich erweisen.

⁽¹⁰³⁾ Siehe Tabelle HSR-3 im Statistical Bulletin 2012.

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

Drogenkonsum wird sowohl direkt als auch indirekt mit einer Reihe von negativen Folgen für Gesundheit und Gesellschaft in Verbindung gebracht. Bei langjährigen Konsumenten von Opioiden, bei Konsumenten einiger Arten von Stimulanzien und beim injizierenden Konsum treten die Probleme unverhältnismäßig häufig auf. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden werden zahlreiche Todesfälle durch Überdosis verzeichnet – das Ausmaß wird auch daran deutlich, dass es in der Europäischen Union in den vergangenen zehn Jahren pro Stunde einen Todesfall gab. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass chronische Drogenkonsumenten auch ein größeres Risiko haben, an anderen Ursachen zu sterben, wie Organerkrankungen, Suizid, Unfällen und Traumata. Unabhängig von der konsumierten Droge ist die Injektion nach wie vor ein wichtiger Faktor bei der Übertragung von Infektionskrankheiten, einschließlich HIV und Hepatitis C. Jüngste Ausbrüche von HIV in europäischen Ländern unterstreichen die Bedeutung wirksamer gesundheitspolitischer Maßnahmen in diesem Bereich.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Die EBDD beobachtet systematisch Infektionen mit HIV und Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten⁽¹⁰⁴⁾. Die Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten dieser Infektionskrankheiten zählen zu den gravierendsten gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums. Darüber hinaus treten bei Drogenkonsumenten unverhältnismäßig häufig auch andere Infektionskrankheiten auf, darunter Hepatitis A und D, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Tetanus, Botulismus, Anthrax (Milzbrand) und Infektionen mit dem humanen T-Zell-Lymphotropen Virus.

HIV und Aids

Ende 2010 war die Inzidenz der gemeldeten HIV-Neuinfektionen unter injizierenden

Drogenkonsumenten in den meisten Ländern der Europäischen Union nach wie vor niedrig, und die Gesamtsituation in der EU erscheint sowohl im weltweiten Vergleich als auch in einem breiteren europäischen Kontext relativ positiv (Abbildung 16).

Der durchschnittliche Anteil der neu diagnostizierten HIV-Infektionen erreichte im Jahr 2010 in den 26 EU-Mitgliedstaaten, die entsprechende Daten vorlegen konnten, mit 2,54 Fällen je 1 Million Einwohner bzw. insgesamt 1 192 neu gemeldeten Fällen einen neuen Tiefststand⁽¹⁰⁵⁾. Im Vergleich dazu gab es 2009 in den USA 19,7 Fälle (CDC, 2009), in Russland 104,3 Fälle und 2010 in der Ukraine 151,5 Fälle je 1 Million Einwohner (ECDC und WHO, 2011). Die verfügbaren Daten zur HIV-Prävalenz in Stichproben injizierender Drogenkonsumenten in der Europäischen Union zeigen auch im Vergleich mit der Prävalenz in den osteuropäischen Nachbarländern positive Ergebnisse⁽¹⁰⁶⁾, auch wenn solche Ländervergleiche mit Bedacht vorgenommen werden sollten, da die in den Studien herangezogenen Methoden und untersuchten Erfassungsbereiche voneinander abweichen können.

Dies könnte zumindest teilweise auf die verbesserte Verfügbarkeit von Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsmaßnahmen wie Substitutionsbehandlungen sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme zurückzuführen sein. Andere Faktoren wie der aus mehreren Ländern gemeldete Rückgang des injizierenden Drogenkonsums könnten ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt haben (EBDD, 2010g).

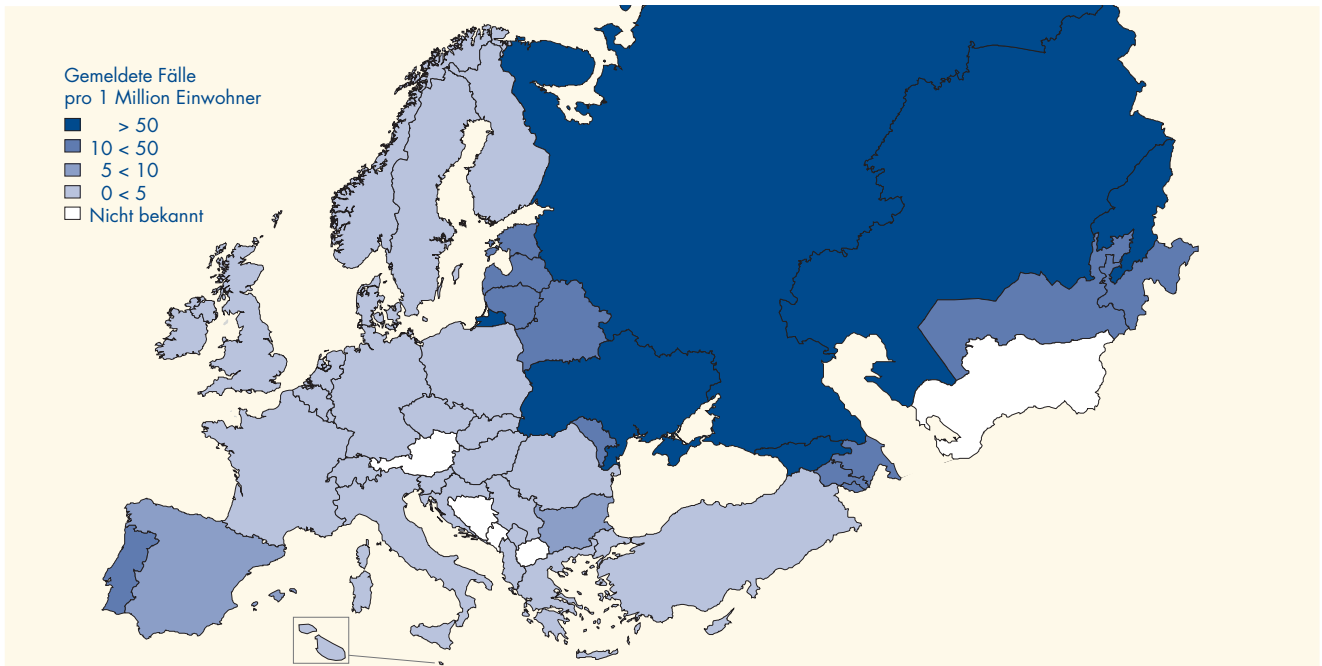
Trotz dieses insgesamt positiven Bildes weisen neue Daten darauf hin, dass für die Übertragung von HIV im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum im Jahr 2010 noch immer hohe Raten verzeichnet wurden, wobei insbesondere zwei Länder (Griechenland und Rumänien) im Jahr 2011 neue Epidemien von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten

⁽¹⁰⁴⁾ Ausführliche Angaben zu Methoden und Definitionen sind dem Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

⁽¹⁰⁵⁾ Für Österreich und die Türkei liegen keine Daten vor. In den EU-Mitgliedstaaten plus Kroatien, Türkei und Norwegen betrug die Rate 2,52 Fälle pro 1 Million Einwohner bzw. 1 204 neu gemeldete Fälle im Jahr 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ Siehe Tabellen INF-1 und INF-108 sowie Abbildung INF-3 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

Abbildung 16: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten im Jahr 2010 in Europa und Zentralasien



Anmerkung: Die farbliche Abstufung gibt den Anteil der im Jahr 2009 neu gemeldeten Fälle von HIV-Infektionen in der Risikogruppe der injizierenden Drogenkonsumenten je 1 Million Einwohner an. Die Daten für die Russische Föderation, die Türkei und Albanien beziehen sich auf 2009.
Quelle: ECDC und WHO, 2011.

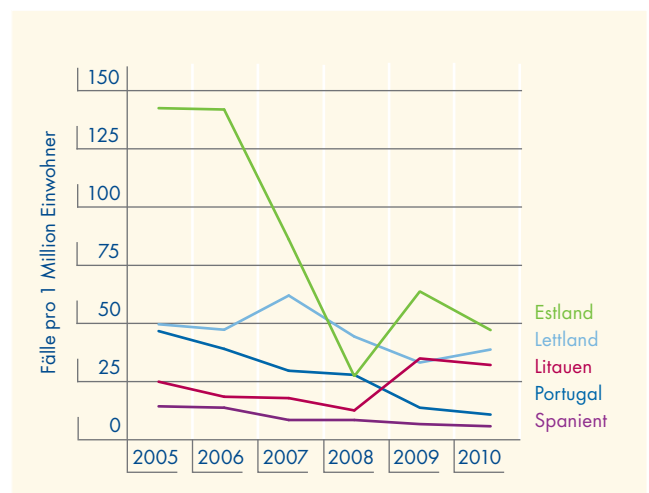
meldeten ⁽¹⁰⁷⁾. In beiden Ländern ging diesen Epidemien ein Anstieg der Hepatitis-C-Erkrankungen unter injizierenden Konsumenten voraus, was darauf schließen lässt, dass ein Anstieg der HCV-Prävalenz ein früher Indikator für den Anstieg von Injektionsrisiken bei injizierenden Konsumenten sein kann, möglicherweise sogar vor der Ausbreitung des HI-Virus (Vickerman et al., 2010).

Tendenzen bei HIV-Infektionen

Die Daten über neu diagnostizierte Fälle im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum für das Jahr 2010 zeigen, dass seit dem in den Jahren 2001 und 2002 verzeichneten Höchststand die Infektionsraten in der Europäischen Union insgesamt weiterhin rückläufig sind. Von den fünf Ländern, die im Zeitraum 2005 bis 2010 die höchsten Raten neu diagnostizierter Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten zu verzeichnen hatten, gaben Spanien und Portugal erneut eine rückläufige Entwicklung an, während von den anderen nur in Lettland die Zahl der Fälle leicht gestiegen ist (Abbildung 17) ⁽¹⁰⁸⁾.

Diese Daten sind zwar zunächst positiv, doch sind sie vor dem Hintergrund zu betrachten, dass in einigen Ländern weiterhin ein Potenzial für neue HIV-Epidemien unter

Abbildung 17: Tendenzen bei neu gemeldeten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in den fünf Mitgliedstaaten mit den höchsten Infektionsraten



Anmerkung: Daten entsprechend dem Stand von Ende Oktober 2011, siehe Abbildung INF-2 im Statistical Bulletin 2012.
Quelle: ECDC und WHO, 2011.

injizierenden Konsumenten besteht. In einem Zeitraum von zwei Jahren (2008-2010) stieg die Zahl in Estland von 26,8 auf 46,3 Fälle je 1 Million Einwohner, in Litauen von

⁽¹⁰⁷⁾ Siehe Kasten „Ausbruch von HIV-Infektionen in Griechenland und Rumänien“.

⁽¹⁰⁸⁾ Die Daten für Spanien umfassen nur geografisch eingeschränkte Gebiete (keine nationale Erfassung). Der jüngste Anstieg in Estland ist möglicherweise auf Änderungen im Überwachungssystem seit 2009 zurückzuführen, wobei dessen Einfluss unklar ist.

12,5 auf 31,8 Fälle je 1 Million Einwohner. Auch Bulgarien, ein Land mit einer traditionell niedrigen Infektionsrate, verzeichnete im Jahr 2009 mit 9,7 Fällen pro 1 Million Einwohner einen Höchststand, jedoch fiel die Zahl der Fälle 2010 wieder auf 7,4 pro 1 Million Einwohner.

Für den Zeitraum 2005-2010 sind Prävalenzdaten von Stichproben injizierender Drogenkonsumenten aus 25 europäischen Ländern verfügbar ⁽¹⁰⁹⁾. Diese Informationen sind zwar aufgrund von Unterschieden bei der Erhebung mit Vorsicht zu betrachten, dennoch stellen sie eine zusätzliche Datenquelle dar. In 17 dieser Länder ist die HIV-Prävalenz in diesem Zeitraum unverändert geblieben. In sieben Ländern (Deutschland, Spanien, Italien, Lettland, Polen, Portugal und Norwegen) war ein Rückgang der HIV-Prävalenz zu verzeichnen. Nur ein Land (Bulgarien) meldete einen Anstieg der HIV-Prävalenz, und zwar in der Hauptstadt Sofia, wo auch die Zahl der neu diagnostizierten Infektionen angestiegen war. Der im Jahr 2011 gemeldete Anstieg der HIV-Übertragungen in Griechenland und Rumänien wurde in den Jahren vor 2011 weder in der HIV-Prävalenz noch in den Berichtsdaten über HIV-Fälle festgestellt. Mögliche weitere Hinweise auf fortgesetzte HIV-Übertragung wurden in kleinen Proben junger injizierender Drogenkonsumenten unter 25 Jahren aus sechs Ländern beobachtet, wobei in Estland, Frankreich, Lettland, Litauen und Polen für den Zeitraum 2005-2010 Prävalenzraten von über 5 % vorliegen und die Prävalenz in Bulgarien anstieg.

Aids-Inzidenz und Zugang zu HAART

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

Lettland meldet mit schätzungsweise 27,1 neuen Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2010 gegenüber 20,8 Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr 2009 nach wie vor die höchste Aids-Inzidenz im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum. Relativ hohe Aids-Inzidenzraten unter injizierenden Drogenkonsumenten wurden auch aus Estland (9,7 neue Fälle pro 1 Million

Einwohner), Portugal (8,3 neue Fälle), Litauen (6,0 neue Fälle) und Spanien (5,7 neue Fälle) gemeldet, für den Zeitraum 2005-2010 ist in all diesen Ländern trotzdem ein Abwärtstrend eingetreten ⁽¹¹⁰⁾.

Hepatitis B und C

Die Virushepatitis und insbesondere durch das Hepatitis-C-Virus verursachte Infektionen (HCV) sind unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa weit verbreitet (Abbildung 18). Die HCV-Antikörper-Prävalenzraten in nationalen Stichproben aus injizierenden Drogenkonsumenten lagen im Zeitraum 2009-2010 zwischen 14 % und 70 %, und sieben der elf Länder mit nationalen Daten (Griechenland, Italien, Zypern, Österreich, Portugal, Finnland und Norwegen) meldeten Prävalenzraten von über 40 % ⁽¹¹¹⁾, ein Wert, der darauf hindeuten kann, dass die mit dem injizierenden Konsum verbundenen Risiken so hoch sind, dass es auch zu HIV-Übertragungen kommen kann (Vickerman

Ausbruch von HIV-Infektionen in Griechenland und Rumänien

Im Jahr 2011 entdeckten Frühwarnsysteme den Ausbruch von HIV-Infektionen in Griechenland und Rumänien, die in beiden Ländern rasche Reaktionen erforderlich machten. Nach einem Aufruf der Europäischen Kommission nahmen ECDC und EBDD unverzüglich eine Einschätzung der Gefahr vor, dass in Europa weitere HIV-Infektionen auftreten (EBDD und ECDC, 2012).

Die Zahl der neu diagnostizierten injizierenden Drogenkonsumenten mit HIV-Infektion stieg in Griechenland von 9-19 Fällen pro Jahr bis 2010 auf 241 Fälle im Jahr 2011, und in Rumänien von 1-6 Fällen pro Jahr bis 2010 auf 114 Fälle im Jahr 2011. Dieser Anstieg erfolgte in Griechenland wie in Rumänien bei gleichzeitig niedrigem Stand oder sogar Abbau von Präventionsleistungen, doch können auch andere Faktoren, wie der gesteigerte Drogenkonsum, eine Rolle gespielt haben.

Als Reaktion auf die Epidemien nahm Griechenland eine wesentliche Ausweitung der Nadel- und Spritzenaustauschprogramme vor und erhöhte die Kapazitäten der Drogenbehandlung. So wurden bis Dezember 2011 22 neue Einrichtungen für die Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige eröffnet.

Der rasch erstellte Risikobewertungsbericht legte nahe, es könne auch in anderen EU-Ländern zu ähnlichen Krankheitsausbrüchen kommen, was mit einem Anstieg der Zahl der gemeldeten Hepatitis-C-Infektionen (einem Indikator für das Injektionsrisiko) und dem niedrigen Abdeckungsgrad der HIV-Präventionsdienste zusammenhänge.

⁽¹⁰⁹⁾ Aus Estland, Irland, Frankreich, den Niederlanden und der Türkei liegen keine Trenddaten vor. Siehe Tabelle INF-108 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹¹⁰⁾ Siehe Tabelle INF-104 (Teil iii) und Abbildung INF-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹¹¹⁾ Siehe Tabellen INF-2 und INF-111 sowie Abbildung INF-6 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

et al., 2010). Eine HCV-Antikörper-Prävalenz von über 40 % wurde auch in den jüngsten nationalen Daten für Dänemark, Luxemburg und Kroatien sowie neun weitere Länder gemeldet, die subnationale Daten lieferten (2005-2010). Die Tschechische Republik, Ungarn und Slowenien (nationale Daten, 2009-2010) sowie die Türkei (subnationale Daten, 2008) melden HCV-Prävalenzraten von unter 25 % (5-24%). Allerdings stellen Infektionsraten in dieser Höhe noch immer ein erhebliches Problem für die öffentliche Gesundheit dar.

Zwischen 2005 und 2010 meldeten sechs Länder einen Rückgang der HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten entweder auf nationaler oder auf subnationaler Ebene; fünf weitere Länder (Österreich, Bulgarien, Zypern, Griechenland und Rumänien) vermeldeten einen Anstieg. In Italien wurde auf nationaler Ebene zwischen 2005 und 2009 (aktuellere Daten liegen nicht vor) ein Rückgang verzeichnet, doch war die Zahl in drei der 21 Regionen (Abruzzen, Umbrien, Aostatal) angestiegen.

Studien über junge injizierende Konsumenten unter 25 Jahren belegen, dass die HCV-Prävalenz auf subnationaler Ebene in der Slowakei abnimmt, was auf sinkende Übertragungsraten hindeuten kann. Aus Bulgarien, Griechenland, Zypern und Österreich wird ein Anstieg unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten gemeldet; allerdings lagen aus Griechenland, Zypern und Österreich nur kleine Stichproben vor. Eine steigende HCV-Prävalenz unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten, die seit weniger als zwei Jahren injizieren, wurde aus Griechenland gemeldet (auf nationaler Ebene sowie in einer Region) ⁽¹¹²⁾. Diese Studien sind zwar aus methodischen Gründen schwer zu interpretieren, belegen aber dennoch, dass sich immer noch viele injizierende Konsumenten bereits zu Beginn ihres injizierenden Konsums mit dem Virus infizieren, was zur Folge hat, dass das Zeitfenster für die Einleitung von Maßnahmen zur Prävention einer HCV-Infektion recht klein ist.

Die für Hepatitis B und C ermittelten Tendenzen sind aufgrund der geringen Datenqualität nur schwer zu interpretieren. 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). 2009 und 2010 belief sich der durchschnittliche Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen HCV-Fällen in den 16 Ländern, für die Daten zur Verfügung standen, auf 48 %; der Anteil an den gemeldeten akuten HCV-Fällen, in denen die Risikokategorie bekannt ist, lag bei 32 %.

Bei Hepatitis B beläuft sich der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten auf 6 % aller gemeldeten Fälle und auf 12 % der akuten Fälle. Diese Daten bestätigen, dass injizierende Drogenkonsumenten im Hinblick auf die Infektion mit der Virushepatitis in Europa auch weiterhin eine bedeutende Risikogruppe darstellen ⁽¹¹³⁾.

Sonstige Infektionskrankheiten

Neben Virusinfektionen sind injizierende Drogenkonsumenten auch anfällig für bakterielle Infektionen. Der Ausbruch von Anthrax unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa (siehe EBDD, 2010a) hat ein anhaltendes Problem mit schweren Erkrankungen der injizierenden Konsumenten durch sporenbildende Bakterien aufgezeigt. In einer europäischen Studie zu vier Arten von bakteriellen Infektionen (Botulismus, Tetanus, Clostridium novyi und Anthrax) wurden für den Zeitraum 2000-2009 große Unterschiede zwischen der Anzahl injizierender Drogenkonsumenten in den einzelnen Ländern festgestellt, wobei sich die Zahl der Fälle aus noch ungeklärten Gründen in Nordwesteuropa konzentriert: in Irland, dem Vereinigten Königreich und Norwegen (Hope et al., 2012).

In Europa tritt Tuberkulose, eine durch Bakterien hervorgerufene Infektionskrankheit, die in der Regel die Lungen befällt, vorwiegend bei Risikogruppen wie Migranten, Obdachlosen, Drogenkonsumenten und Haftinsassen auf. HIV-Positive haben ein um den Faktor 20 bis 30 erhöhtes Risiko, daran zu erkranken (WHO, 2010). Über die Prävalenz von aktiver Tuberkulose bei Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, liegen Daten aus fünf Ländern vor. Die Angaben reichen dabei von null (Österreich, Slowakei) über mittlere Werte von 0-0,5 % (Griechenland) und 0,1-1 % (Portugal) bis hin zu 3,1 % (Litauen). Norwegen meldet nur „sehr wenige“ Fälle. Darüber hinaus melden vier Länder den Anteil von „Drogenkonsumenten“ unter neuen Tuberkulosefällen mit bekanntem Risikofaktor (Daten von 2010): 0,9 % in Ungarn, 1,2 % in Belgien (injizierende Drogenkonsumenten), 3,3 % im Vereinigten Königreich (England und Wales, problematische Drogenkonsumenten) und 5,9 % in Lettland.

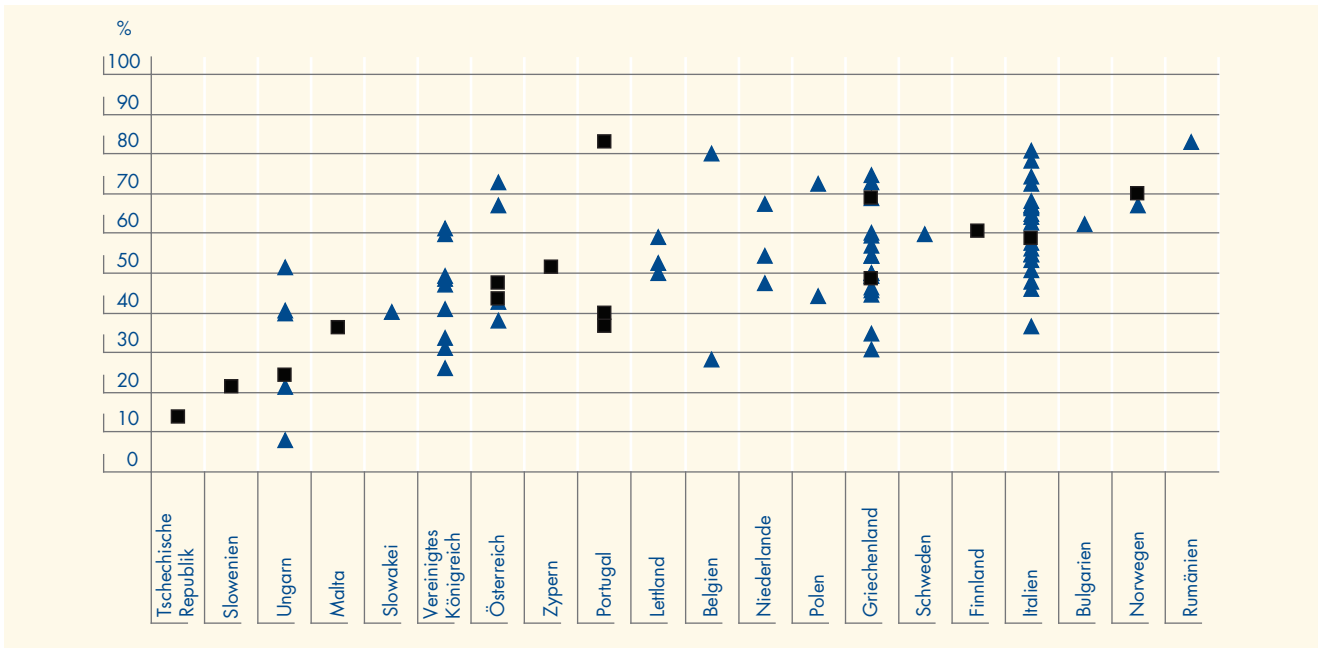
Prävention und Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten

Die Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten ist eines der wichtigsten Ziele der Europäischen Union im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie Bestandteil der Drogenstrategien

⁽¹¹²⁾ Siehe Tabellen INF-112 und INF-113 sowie Abbildung INF-6 (Teil ii und Teil iii) im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹¹³⁾ Siehe Tabellen INF-105 und INF-106 im Statistical Bulletin 2012.

Abbildung 18: HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten



Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf die Jahre 2009 und 2010. 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 bewerten, da die nationalen Strategien der Stichprobenerhebung voneinander abweichen können. Die Länder sind nach aufsteigender Prävalenz auf der Grundlage der nationalen (oder, sofern diese nicht vorliegen, der subnationalen) Durchschnittswerte aufgeführt. Weitere Informationen sind der Abbildung INF-6 im Statistical Bulletin 2011 zu entnehmen.

Quelle: Nationale Reitox-Knotenpunkte.

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: Ausgabe steriler Spritzbestecke; Impfungen, Tests und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie Drogenbehandlung, insbesondere die opioidgestützte Substitutionstherapie. Außerdem werden durch aufsuchende Dienste oder niedrigschwellige Einrichtungen Informationen, Aufklärung und verhaltensorientierte Interventionen angeboten. Die vorstehenden Maßnahmen wurden von EU-Agenturen als grundlegende Maßnahmen zur Prävention von HIV und Hepatitis sowie zur Behandlung und Betreuung von injizierenden Drogenkonsumenten genannt (ECDC und EBDD, 2011).

Maßnahmen

Die Wirksamkeit der opioidgestützten Substitutionstherapie hinsichtlich der Verringerung des Infektionsrisikos mit dem HI-Virus und des von den Konsumenten selbst angegebenen Risikoverhaltens bei einem injizierenden Konsum wurde durch verschiedene Studien und Untersuchungen belegt. Inzwischen

wird immer deutlicher, dass die Kombination einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung mit Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen hinsichtlich der Reduzierung der HIV- oder HCV-Inzidenz und des Risikoverhaltens bei einem injizierenden Konsum eine höhere Wirksamkeit aufweist als der separate Einsatz dieser Ansätze (ECDC und EBDD, 2011).

In Europa steigen die Verfügbarkeit und der Erfassungsgrad von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen: Von den 30 Ländern, die sich an einer Erhebung im Jahr 2011 beteiligten, gaben 26 Nadel- und Spritzenaustauschprogramme als Priorität an, während es 2008 23 Länder waren. In Schweden, wo Spritzenaustauschprogramme bereits seit 1986 durchgeführt werden, wenn auch nur in Schonen, sollte 2011 in Stockholm ein neues Programm aufgelegt werden. Generell gehen Fachleute davon aus, dass der derzeitige Umfang an zur Verfügung gestellten Spitzen ausreicht, um in zwei Dritteln der europäischen Länder den Bedarf der meisten injizierenden Drogenkonsumenten zu decken. Experten aus fünf Ländern gaben jedoch an, dass nur ein kleiner Teil der injizierenden Drogenkonsumenten Zugang zu sterilen Spritzen und anderem sauberen Injektionsbesteck hätten. Nichtsdestoweniger stieg die

Zahl der Länder, die im Zeitraum 2008-2011 einen umfassenden oder weitreichenden Erfassungsgrad von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen meldeten, um ein Drittel von 15 auf 20 Länder.

Informationen über die Zahl der im Rahmen spezieller Programme ausgegebenen Spritzen (2005 bis 2010) liegen für 22 EU-Länder und Norwegen vor ⁽¹¹⁴⁾. Danach hat sich die Zahl der ausgegebenen Spritzen in dieser Untergruppe von Ländern deutlich erhöht: von 34,5 Millionen im Jahr 2005 auf mehr als 51 Millionen im Jahr 2010 (37 %). Aus diesem allgemeinen Anstieg gehen unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Regionen nicht hervor. In den zehn Ländern, für die verlässliche Angaben zum injizierenden Drogenkonsum vorliegen, entspricht die Zahl der im Rahmen spezieller Programme ausgegebenen Spritzen im Jahr 2010 der Ausgabe von 110 Spritzen pro injizierendem Drogenkonsumenten ⁽¹¹⁵⁾.

In Europa erhalten nur wenige aktive injizierende Drogenkonsumenten antivirale Therapien gegen Hepatitis C. Fortschritte bei der Behandlung dieser Krankheit ⁽¹¹⁶⁾ und wachsende Evidenzdaten für deren Wirksamkeit unter injizierenden Drogenkonsumenten, darunter Modellstudien, die es möglich erscheinen lassen, die Übertragung des Virus zu verringern (Martin et al., 2011), machen deutlich, dass mit einer Ausweitung der Maßnahmen zur Behandlung von Hepatitis-C-Virus bei injizierenden Drogenkonsumenten durchaus bessere Ergebnisse erzielt werden können.

Fachleute aus 19 Ländern nennen das Angebot freiwilliger Beratungen in Verbindung mit anonymen Tests als Hauptmaßnahme gegen das Hepatitis-C-Virus bei injizierenden Drogenkonsumenten. Seit 2008 ist die Zahl der Länder, aus denen Fachleute HCV-Tests mit einem ausreichendem Erfassungsgrad melden, um über 50 % gestiegen, und auch die Zahl der Länder, aus denen gemeldet wird, dass zumindest die Hälfte der Zielbevölkerung Beratung zum Risiko von Infektionskrankheiten erhält, ist leicht gestiegen. Unter den injizierenden Drogenkonsumenten, die an der in England durchgeführten Erhebung „Unlinked Anonymous Monitoring Survey“ 2010 teilnahmen, gaben 83 % an, dass sie einen freiwilligen anonymen HCV-Test haben vornehmen lassen. Im Jahr 2000 hatten dies nur 49 % angegeben. Zudem waren sich im Jahr 2010 55 % der HCV-Infizierten ihres Zustands bewusst, während dies zehn Jahre zuvor nur für 40 % galt (HPA, 2011). In Budapest wurde 2010 ein einzigartiges Programm zur Schadensminimierung gestartet, bei dem aufsuchende

Sozialarbeiterinnen Frauen, die Drogen injizieren oder mit injizierenden Drogenkonsumenten zusammenleben, Tests auf HIV und Hepatitis B und C anbieten.

Im Gegensatz zu HCV gibt es zur Verhinderung der Ausbreitung des Hepatitis-B-Virus (HBV) einen sicheren und wirksamen Impfstoff. Derzeit sind Hepatitis-B-Impfungen in 25 europäischen Ländern Teil der nationalen Impfprogramme, und 16 Länder geben an, über spezielle HBV-Impfprogramme für injizierende Drogenkonsumenten zu verfügen ⁽¹¹⁷⁾.

Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität

Der Drogenkonsum zählt in Europa zu den häufigsten Ursachen für Gesundheitsprobleme und Todesfälle unter jungen Menschen. Neben den Todesfällen durch den unmittelbaren Konsum schließt die Gesamtmortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auch Todesfälle

Hepatitis-C-Behandlung für injizierende Drogenkonsumenten: neue Medikamente

Patienten mit einer chronischen Hepatitis-C-Virus-Infektion (HCV), einschließlich injizierender Drogenkonsumenten, können mit einer pharmakologischen Therapie behandelt werden.

Die im Jahr 2001 eingeführten pegylierten Interferone (Peginterferon) Alfa-2a und Alfa-2b sind dabei zur Standardbehandlung des chronischen Hepatitis-C-Virus geworden. In Europa sind diese beiden Arten von Peginterferon für die Verwendung in Kombination mit unterschiedlichen Dosen von oral verabreichtem Ribavirin (je nach HCV-Genotyp) und mit leicht unterschiedlichen Dosierungsempfehlungen zugelassen. Als bestmögliche Behandlung gilt Peginterferon Alfa in Kombination mit Ribavirin. Die Wirksamkeit wurde bei mindestens 50 % aller Behandelten nachgewiesen (Rosen, 2011), und auch bei HCV-infizierten injizierenden Drogenkonsumenten wurden ähnliche Erfolgsraten gemeldet (Hellard et al., 2009). Erfolgreich behandelte Patienten haben mehrere Monate nach der Behandlung eine geringe Virenlast und können bei einem gesunden Lebensstil eine angemessene Lebensqualität erreichen. Allerdings kann die Kombinationstherapie mit erhöhter Toxizität einhergehen – um diese Nebenwirkungen zu verhindern, aber auch, um die derzeitige HCV-Behandlung zu verbessern, suchen Forscher derzeit nach anderen Behandlungsmethoden. Geprüft werden unter anderem die HCV-Proteasehemmer Telaprevir und Boceprevir, die seit 2011 in den USA zugelassen sind, nachdem klinische Tests positiv verliefen.

⁽¹¹⁴⁾ Siehe Tabelle HSR-5 (Teil i und Teil ii) im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹¹⁵⁾ Siehe Abbildung HSR-3 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹¹⁶⁾ Siehe Kasten „Hepatitis-C-Behandlung für injizierende Drogenkonsumenten: Neue Medikamente“.

⁽¹¹⁷⁾ Siehe Tabelle HSR-6 im Statistical Bulletin 2012.

ein, die mittelbar auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind. Die Todesursachen umfassen Überdosierungen (drogeninduzierte Todesfälle), HIV/Aids, Unfälle, Gewalt, Selbstmorde und chronische Gesundheitsprobleme infolge eines wiederholten Konsums⁽¹¹⁸⁾. Diese drogenbedingten Todesfälle (z. B. bei Verkehrsunfällen) betreffen in erster Linie problematische Drogenkonsumenten, zuweilen jedoch auch Gelegenheitskonsumenten.

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. 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⁽¹¹⁹⁾.

In Abhängigkeit von den untersuchten Rekrutierungsmilieus (z. B. Drogenbehandlungseinrichtungen) und den Einschlusskriterien (z. B. injizierende Drogenkonsumenten, Heroinkonsumenten) weisen die meisten Kohortenstudien unter problematischen Drogenkonsumenten jährliche Mortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus. Eine Analyse der Daten aus mehr als 30 Kohortenstudien, bei denen Patienten bis ins Jahr 2010 beobachtet wurden, ergab, dass in Europa jedes Jahr schätzungsweise zwischen 10 000 und 20 000 Opioidkonsumenten sterben (EBDD, 2011c). Die jährlichen Mortalitätsraten liegen in der Regel bei 10 bis 20 pro 1 000 Personenjahre, was einer um 10 bis 20 Mal erhöhten Mortalitätsrate gegenüber der Erwartung entspricht. Die meisten Todesfälle betrafen Männer um Mitte dreißig. Es lassen sich vier grobe Kategorien von Todesursachen ausmachen: Überdosis, Krankheit, Selbstmord und Traumata. Hinsichtlich der relativen Bedeutung der Todesursachen sind Unterschiede sowohl zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Ländern als auch im Zeitverlauf festzustellen. Als Hauptursache, die auch am besten dokumentiert ist,

sind jedoch in Europa im Allgemeinen Überdosierungen auszumachen.

Drogeninduzierte Todesfälle

Die jüngsten Schätzungen geben für das Jahr 2010 rund 7 000 Überdosierungen oder drogeninduzierte Todesfälle in den EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen an, was im Vergleich zu den über 7 600 gemeldeten Fällen im Vorjahr auf eine Abnahme hinweist⁽¹²⁰⁾. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um eher vorsichtige Schätzungen handelt, da in den nationalen Daten womöglich nicht alle drogeninduzierten Todesfälle erfasst sind oder ein gewisser Anteil der insgesamt aufgetretenen Todesfälle nicht mit dem Konsum von Drogen in Verbindung gebracht wurde. Zwischen 1996 und 2009 meldeten die EU-Mitgliedstaaten und Norwegen jährlich 6 300 bis 8 400 drogeninduzierte Todesfälle. Im Jahr 2009, dem letzten Jahr, für das Daten aus fast allen Ländern vorliegen, entfiel mehr als die Hälfte aller gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle auf Deutschland und das Vereinigte Königreich.

Für das Jahr 2010 lag die durchschnittliche Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in der EU bei schätzungsweise 20 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, wobei zwischen den einzelnen Ländern beträchtliche Unterschiede bestehen. In 14 von 30 europäischen Ländern wurden Raten von über 20 Todesfällen je 1 Million Einwohner und in sieben Ländern Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner verzeichnet.

Opioidbedingte Todesfälle

Heroin

Bei den meisten in Europa gemeldeten drogeninduzierten Todesfällen spielen Opioide, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, eine Rolle. In den 23 Ländern, die für 2009 oder 2010 Daten übermittelt haben, entfiel ein Großteil dieser Todesfälle auf Opioide, in 15 Ländern lag der Anteil bei 80 % oder mehr, und in sechs überstieg er 90 %. 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.

⁽¹¹⁸⁾ Siehe das „Ausgewählte Thema“ der EBDD zu Mortalität im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

⁽¹¹⁹⁾ Weitere Informationen zu den Kohortenstudien zur Mortalität finden Sie auf der Website der EBDD unter Key indicators (Schlüsselindikatoren).

⁽¹²⁰⁾ Die Schätzung für Europa basiert für 20 der 27 EU-Mitgliedstaaten auf den für das Jahr 2010 vorgelegten Daten und für sieben andere Länder und Norwegen auf den für das Jahr 2009 vorgelegten Daten. Belgien ist in dieser Schätzung nicht berücksichtigt, da keine Daten vorliegen. Weitere Informationen sind der Tabelle DRD-2 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

In Europa sind die meisten gemeldeten Opfer tödlicher Heroin-Überdosierungen (insgesamt 80 %) Männer ⁽¹²¹⁾. Die Anteile variieren in den einzelnen Ländern, wobei insbesondere aus den südeuropäischen Ländern (Griechenland, Italien, Portugal, Rumänien und Kroatien) sowie aus Estland, Lettland und Litauen sowie aus der Türkei höhere Anteile männlicher Konsumenten gemeldet werden. In den Mitgliedstaaten, die der EU seit 2004 angehören, werden ebenfalls die meisten drogeninduzierten Todesfälle bei Männern und jüngeren Konsumenten gemeldet.

Dänemark, Spanien, die Niederlande und Norwegen dagegen melden mehr Fälle bei älteren Konsumenten. Das Durchschnittsalter der Todesopfer, die an einer Heroin-Überdosierung sterben, liegt in der Mehrzahl der Länder bei Mitte 30 und steigt in vielen Ländern, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass sich die Zahl der jungen Heroinkonsumenten möglicherweise stabilisiert oder sinkt und eine Verschiebung hin zu älteren problematischen Opioidkonsumenten stattfindet. Insgesamt sind 11 % der Opfer der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen unter 25 Jahre alt und 57 % der Opfer 35 Jahre alt oder älter ⁽¹²²⁾.

Mit tödlichen und nichttödlichen Heroin-Überdosierungen werden verschiedene Faktoren in Verbindung gebracht, unter anderem der injizierende Konsum, der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen, insbesondere von Alkohol und Benzodiazepinen, Komorbidität, Erfahrungen mit früheren Überdosierungen, die Tatsache, dass keine Behandlung erfolgt, und Wohnungslosigkeit. 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 (EBDD, 2011c). Auch Einsamkeit zum Zeitpunkt der Überdosierung wird mit einem erhöhten Sterberisiko in Verbindung gebracht.

Andere Opioide

Neben Heroin wird in den toxikologischen Berichten eine ganze Reihe weiterer Opioide, einschließlich Methadon (EBDD, 2011a) und, seltener, Buprenorphin, aufgeführt ⁽¹²³⁾. Weltweit (und insbesondere in Australien, Kanada und den USA) steigt die Sorge über Todesfälle im Zusammenhang mit dem Missbrauch verschreibungspflichtiger Schmerzmittel wie Oxycodon.

In Europa liegen zwar bisher nur wenige Meldungen über Todesfälle im Zusammenhang mit der Einnahme opiumhaltiger Schmerzmittel vor, doch gab es bereits „Ausbrüche“ von Überdosierungen im Zusammenhang mit synthetischen Opioiden, wie kürzlich mit dem in Estland illegal hergestellten 3-Methylfentanyl, was darauf hinweist, dass verändertes Drogenkonsumverhalten, das mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko in Verbindung stehen könnte, genauer beobachtet werden muss.

Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen

Auf eine Kokainvergiftung durch Überdosierung zurückzuführende Todesfälle sind offenbar recht selten, und Kokain ist in den seltensten Fällen die einzige Substanz, die für drogeninduzierte Todesfälle ursächlich ist. Da Überdosierungen dieser Droge jedoch schwerer zu definieren und zu ermitteln sind als Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden, sind die gemeldeten Zahlen möglicherweise zu niedrig (siehe Kapitel 5).

Im Jahr 2010 wurden den Berichten zufolge in 16 Ländern mindestens 640 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain verzeichnet. Aufgrund der unzureichenden Vergleichbarkeit der verfügbaren Daten ist es jedoch schwierig, eine gesamteuropäische Tendenz festzustellen. Die jüngsten Daten für Spanien und das Vereinigte Königreich, also für die zwei Länder mit den höchsten Prävalenzraten des Kokainkonsums, bestätigen einen seit 2008 beobachteten Rückgang der Todesfälle im Zusammenhang mit dieser Droge.

Todesfälle, bei denen andere Stimulanzien als Kokain, wie Amphetamine und Ecstasy (MDMA), nachgewiesen wurden, werden nur selten gemeldet, wobei die Droge in vielen Fällen nicht als unmittelbare Todesursache ermittelt wurde ⁽¹²⁴⁾. Die zunehmende Verfügbarkeit von derzeit unkontrollierten psychoaktiven Substanzen ist auch Thema in den Medien und toxikologischen Berichten über drogenbedingte Todesfälle, wenn auch eine genaue Beobachtung in diesem Bereich schwierig ist. So wurden im Zusammenhang mit Cathinonen, darunter Mephedron und MDPV, einige wenige Todesfälle gemeldet. Auch mit anderen neuen Substanzen werden einige Todesfälle in Verbindung gebracht. Ein aktuelles Beispiel ist 4-Methylamphetamin, dessen Mortalitätsraten EBDD und Europol dazu veranlasst haben, eine europaweite Bewertung vorzunehmen ⁽¹²⁵⁾.

⁽¹²¹⁾ 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 2012.

⁽¹²²⁾ Siehe Abbildungen DRD-2 und DRD-3 sowie Tabelle DRD-1 (Teil i) im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹²³⁾ Siehe Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹²⁴⁾ Daten über Todesfälle im Zusammenhang mit anderen Drogen als Heroin sind der Tabelle DRD-108 im Statistical Bulletin 2012 zu entnehmen.

⁽¹²⁵⁾ Weitere Informationen über neue Substanzen und das europäische Frühwarnsystem in Kapitel 8.

Tendenzen bei drogeninduzierten Todesfällen

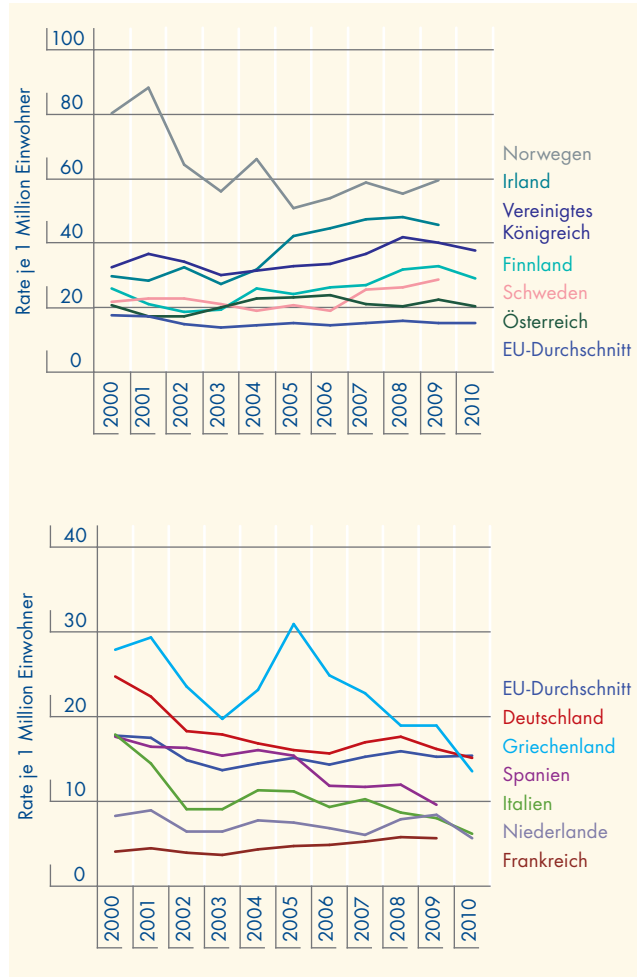
In Europa wurde in den 1980er und frühen 1990er Jahren eine drastische Zunahme der drogeninduzierten Todesfälle beobachtet, die mit der Verbreitung des Heroinkonsums und des injizierenden Drogenkonsums einherging. Seitdem bewegt sich die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle auf hohem Niveau ⁽¹²⁶⁾. Für den Zeitraum 2000-2003 meldeten die meisten EU-Mitgliedstaaten eine rückläufige Entwicklung bei der Zahl der Todesfälle, gefolgt von einem Anstieg zwischen 2003 und 2008/2009. Danach stabilisierte sich die Zahl. Die verfügbaren vorläufigen Daten lassen darauf schließen, dass im Jahr 2010 eine geringere Zahl zu verzeichnen war als im Vorjahr, da die Zahl der Todesfälle in Deutschland, Spanien, Italien, den Niederlanden, Österreich, dem Vereinigten Königreich und der Türkei weiterhin rückläufig ist.

Die Mehrzahl der Länder mit überdurchschnittlich hohen Mortalitätsraten im Jahr 2010 befindet sich im Norden Europas, wohingegen die Länder mit Raten unter dem europäischen Durchschnitt im Süden Europas liegen. In Abbildung 19 findet sich eine Darstellung einiger Länder, die der Europäischen Union bereits vor 2004 angehörten, sowie Norwegen. Angesichts der zwischen den einzelnen Ländern zu beobachtenden Unterschiede in der Vorgehensweise ist bei Vergleichen Vorsicht geboten.

Die Einschätzung der Tendenzen in den neuen EU-Mitgliedstaaten und in den beitrittswilligen Ländern gestaltet sich schwieriger, da zum einen die Zahl der gemeldeten Todesfälle sehr klein ist und zum anderen die Verbesserung der Meldekazipitäten dazu führen könnte, dass die Vergleichbarkeit der Daten über längere Zeiträume sinkt. Trotz dieser Schwierigkeiten konnte in Estland und in geringerem Maße in der Tschechischen Republik sowie in Ungarn, Litauen, Kroatien und der Türkei ein Anstieg der Mortalitätsrate in Verbindung mit drogeninduzierten Todesfällen beobachtet werden.

Die Gründe für die anhaltend hohen Zahlen der gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle in einigen Ländern sind schwer auszumachen, insbesondere in Anbetracht der Hinweise auf einen Rückgang des injizierenden Drogenkonsums und der Zunahme der Zahl der Opioidkonsumenten, die Dienste zur Behandlung und Schadensminimierung in Anspruch nehmen. Unter anderem sind die folgenden möglichen Erklärungen zu nennen: steigende Raten des polyvalenten Drogenkonsums (EBDD, 2009b) oder hochriskanter Verhaltensweisen, Anstieg der Zahl der rückfälligen Opioidkonsumenten, die nach ihrer Entlassung aus der Haft oder einer Behandlung bekanntermaßen besonders gefährdet sind, sowie ein

Abbildung 19: Tendenzen der Mortalitätsraten in der Allgemeinbevölkerung (15 bis 64 Jahre) aufgrund drogeninduzierter Todesfälle in einigen EU-Mitgliedstaaten (vor 2004) und Norwegen – Länder mit Raten über dem EU-Durchschnitt im Jahr 2012 (oben) und unter dem EU-Durchschnitt (unten)



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde aus den 27 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen berechnet. Die Zahl für 2010 ist vorläufig, da nur Daten aus 20 Ländern vorlagen. Die Daten beziehen sich auf Norwegen und die bereits vor 2004 zur EU gehörenden Mitgliedstaaten mit über 100 gemeldeten drogeninduzierten Todesfällen im letzten Jahr, für das Angaben gemacht wurden.

höheres Durchschnittsalter bei der Kohorte der stärker gefährdeten Drogenkonsumenten.

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 2009 rund 1 830 Menschen an einer HIV-/Aids-Erkrankung gestorben sind, die in

⁽¹²⁶⁾ Siehe Abbildungen DRD-8 und DRD-11 im Statistical Bulletin 2012.

Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stand ⁽¹²⁷⁾, wobei fast 90 % der Todesfälle auf Spanien, Frankreich, Italien und Portugal entfielen. Unter den Ländern, deren geschätzte Mortalitätsraten aufgrund von HIV/Aids in Verbindung mit injizierendem Drogenkonsum weit über denen der anderen Länder liegen, sind die Raten in Spanien, Italien und Portugal im Vergleich zu 2008 gesunken, in Lettland und Litauen hingegen gestiegen. Die vor kurzem gemeldeten HIV-Fälle unter injizierenden Drogenkonsumenten in Griechenland und Rumänien (EBDD und ECDC, 2012) werden genauestens beobachtet werden müssen, insbesondere mit Blick auf die Patientenversorgung und die Todesfallrate im Zusammenhang mit HIV/Aids.

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. Die Folgen einer HCV-Infektion können für Drogenkonsumenten besonders schwerwiegend sein. So liegen Hinweise darauf vor, dass eine solche Infektion die Gefahr des drogenbedingten Todes verdoppeln kann und dass sie auch für das erhöhte Risiko eines drogenbedingten Todes unter älteren Drogenkonsumenten verantwortlich sein könnte (Merrall et al., 2012). Seltener sind die Todesfälle auf andere Infektionskrankheiten zurückzuführen. Anderen Ursachen für Todesfälle unter Drogenkonsumenten, wie Selbstmord, Traumata, aber auch Mord, wird weit weniger Aufmerksamkeit beigemessen, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass sie erhebliche Auswirkungen auf die Mortalität haben.

Ist bei der Mortalität unter Drogenkonsumenten im Zusammenhang mit HIV langfristig ein Abwärtstrend zu beobachten, so zeigt sich bei anderen Mortalitätsursachen in den letzten Jahren trotz der Intensivierung der Behandlung, insbesondere der opioidgestützten Substitutionsbehandlung, und anderer Angebote wenig Verbesserung. Zur Erklärung dieses hartnäckigen Problems sind verschiedene miteinander verknüpfte Faktoren zu nennen. Dazu zählen neben den bereits genannten, insbesondere den Risikofaktoren für drogeninduzierte Todesfälle, unter anderem die Einnahme von Alkohol und anderen Drogen, ein hohes Maß an gesundheitlichen Schäden, Komorbidität sowie soziale Ausgrenzung und Marginalisierung. Zum besseren Verständnis und zur Behebung der direkten und indirekten Faktoren der Mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten

sind weitere Anstrengungen nötig, wenn in Europa die enormen Gesundheitskosten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum verringert werden sollen.

Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Der Senkung der Zahl drogenbedingter Todesfälle wird in den meisten europäischen Ländern eine hohe politische Priorität beigemessen. 16 Länder geben dieses Thema als einen Schwerpunkt ihrer nationalen oder regionalen Drogenpolitikdokumente oder als Gegenstand eines spezifischen Aktionsplans an. In anderen europäischen Ländern, darunter in Österreich und Norwegen, führte der in den letzten Jahren beobachtete Anstieg drogenbedingter Todesfälle zu einem stärkeren Bewusstsein für die Notwendigkeit verbesserter Maßnahmen in diesem Bereich.

Eine Behandlung kann das Mortalitätsrisiko von Drogenkonsumenten erheblich verringern, und aufgrund seines pharmakologischen Unbedenklichkeitsprofils wird in einigen Ländern ⁽¹²⁸⁾ Buprenorphin als Substitutionsmittel der Wahl bei der Opioidbehandlung empfohlen. In der Hälfte der europäischen Länder ⁽¹²⁹⁾ hat eine Kombination aus Buprenorphin und Naloxon eine Marktzulassung erhalten ⁽¹³⁰⁾. Auch mit dem Eintritt in eine Behandlung oder dem Ausscheiden aus einer Behandlung wurden neue Risiken im Zusammenhang mit der Drogentoleranz erkannt. So geht aus Studien hervor, dass das Risiko drogeninduzierter Todesfälle bei einem Rückfall nach einer Behandlung oder in den Wochen nach einer Haftentlassung erheblich erhöht ist.

Neben der Verbesserung des Zugangs zu Drogenbehandlungsprogrammen kommen auch weitere Maßnahmen zur Reduzierung des Risikos von Überdosierungen bei Drogenkonsumenten zur Anwendung, wie das Angebot von Schulungen und Informationsmaterial bezüglich des Risikos einer Überdosierung. Eine Maßnahme, die viele durch eine Überdosierung von Opioiden bedingte Todesfälle verhindern könnte, beinhaltet Schulungen zu Überdosierungen in Kombination mit einer Notfalldosis Naloxon, die an die Teilnehmer ausgegeben wird. 2011 meldeten zwei Drittel der europäischen Länder, dass Rettungskräfte in der Verwendung von Naloxon geschult werden, und etwas mehr als die Hälfte der Länder gibt an, dass Naloxon als ein Standardmedikament in Rettungswagen mitgeführt wird. Nur Italien, Rumänien und das Vereinigte Königreich geben an, über Programme zur

⁽¹²⁷⁾ Siehe Tabelle DRD-5 (Teil iii) im Statistical Bulletin 2012.

⁽¹²⁸⁾ Siehe Leitlinien für die Drogenbehandlung auf dem Best practice portal (Portal für bewährte Praktiken).

⁽¹²⁹⁾ Naloxon kehrt die Wirkung von Opioiden um und kommt häufig in Krankenhäusern und in der Notfallmedizin zum Einsatz.

⁽¹³⁰⁾ Siehe Tabelle HSR-1 im Statistical Bulletin 2012.

Schadensminimierung zu verfügen, bei denen Naloxon an Opioidkonsumenten, ihre Familienangehörigen oder Pflegekräfte ausgegeben wird. In anderen europäischen Ländern, so beispielsweise in Estland, das die höchste drogenbezogene Mortalitätsrate unter Erwachsenen (15-64 Jahre) in der Europäischen Union aufweist, stehen der Selbstmedikation noch rechtliche Hürden im Weg. Im Vereinigten Königreich konnte jedoch nachgewiesen werden, dass Pflegekräfte und auch Betreuer von Drogenabhängigen ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Selbstsicherheit bei der Bewältigung von Fällen von Opioidüberdosierung und bei der Naloxon-Gabe mit nur minimalen Schulungen stärken können.

Die Mehrheit der Länder gibt an, Informationsmaterial zur Gefahr der Überdosierung zu erstellen – häufig in mehreren Sprachen, damit auch Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund erreicht werden können. Die Materialien werden in den meisten Ländern durch spezialisierte Drogenhilfsdienste und über Webseiten verbreitet, seit Kurzem wird jedoch auch die Bereitstellung per Telefon oder E-Mail praktiziert. Zwischen 2008 und 2011 berichteten drei weitere Länder, in vollem oder großem Umfang Informationsmaterial zu den Gefahren der Überdosierung zur Verfügung zu stellen.

Um den Bedürfnissen besonders anfälliger Gruppen von Drogenkonsumenten, wie HCV-Infizierten und

älteren Drogenkonsumenten, gerecht zu werden, sind möglicherweise zusätzliche Pflege- und Hilfsangebote erforderlich. Die Bewertung der Gefahr der Überdosierung durch geschulte Drogenarbeiter oder Pflegekräfte kann dazu beitragen, besonders gefährdete Personen früh zu erkennen, und könnte sich als Katalysator für die Schadensminimierung erweisen. Nach Angaben nationaler Fachleute kann zwar nur in weniger als der Hälfte der europäischen Länder der Mehrheit der Opioidkonsumenten eine Einschätzung der für sie im Zusammenhang mit einer Überdosierung bestehenden Risikofaktoren angeboten werden, doch hat sich damit die Situation von 2008 bis 2011 wesentlich gebessert (44 %).

Speziell ausgerichtete Maßnahmen, wie überwachte Injektionseinrichtungen, können einzelne Untergruppen stark marginalisierter Drogenkonsumenten erreichen und dazu beitragen, die Morbiditäts- und Mortalitätsraten zu senken. In Dänemark richtete eine Privatorganisation 2011 einen mobilen Injektionsraum ein, der eine sicherere Injektionsumgebung und medizinische Überwachung bietet ⁽¹³¹⁾. Wie auch in den überwachten Drogenkonsumeinrichtungen in Deutschland, Spanien, Luxemburg, den Niederlanden und Norwegen können in der neuen Einrichtung in Dänemark die Folgen nichttödlicher Überdosierungen verringert werden.

⁽¹³¹⁾ Weitere Informationen sind der Mobile Fixerum-Website zu entnehmen.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitel 8

Neue Drogen und sich abzeichnende Tendenzen

Einleitung

In Europa wie weltweit geraten neue Drogen und neue Verhaltensweisen beim Drogenkonsum zunehmend in den Blickpunkt von Politik, Medien und Öffentlichkeit. Dies wurde teilweise noch verstärkt durch die Weiterentwicklungen der Kommunikationstechnologie, die Auswirkungen auf alle Aspekte des modernen Lebens haben, so inzwischen auch auf die Art des Drogenmarktes und die Nachfrage der Konsumenten. Vor diesem im Wandel begriffenen Hintergrund ist das Angebot von aktuellen und objektiven Informationen über neue Drogen und entstehende Tendenzen noch wichtiger geworden. Die europäische Reaktion auf diese Dringlichkeit basiert auf einem Frühwarnnetz, das Informationen aus verschiedenen Quellen nutzt, darunter Daten aus der Gerichtsmedizin, aus Erhebungen und Internetbeobachtungen sowie aus Notfalldaten von Krankenhäusern.

Maßnahmen betreffend neue Drogen

Das Frühwarnsystem der Europäischen Union wurde als ein Schnellreaktionsmechanismus für das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen entwickelt. Nachdem das System im Jahr 2011 einer Überprüfung unterzogen wurde, erarbeitet die Europäische Kommission gegenwärtig ein neues Instrument, das den Beschluss des Rates 2005/387/JI⁽¹³²⁾ ersetzen soll.

Neue psychoaktive Substanzen

Zwischen 2005 und 2011 wurden über das europäische Frühwarnsystem offiziell mehr als 164 neue psychoaktive Substanzen gemeldet. 2011 wurde im dritten Jahr in Folge eine Rekordzahl erstmalig entdeckter Substanzen gemeldet (49), nachdem 2010 41 und 2009 24 neue Substanzen aufgespürt wurden.

Dieser deutliche Anstieg der Zahl der gemeldeten Substanzen erfolgt vor einem Hintergrund einer stetig wachsenden Problematik der „Legal Highs“ und spiegelt sowohl die Zahl der auf den europäischen Drogenmarkt gebrachten Substanzen als auch die verbesserten

Meldekapazitäten der nationalen Frühwarnsysteme wider. Das Vorkommen einiger dieser neuen Drogen auf dem Markt wurde durch Testkäufe von „Legal Highs“-Produkten im Internet und in speziellen Läden belegt. In den meisten Fällen wurden sie jedoch durch kriminaltechnische Analysen beschlagnahmter Stichproben entdeckt. Wurde zudem 2009 ein Viertel der Substanzen erstmalig in biologischen Proben (Blut, Urin) gefunden, so offenbarten solche Proben in den Jahren 2010 und 2011 keine neuen Substanzen.

Wie bereits 2010 waren zwei Drittel der im Jahr 2011 neu gemeldeten Substanzen synthetische Cannabinoide oder synthetische Cathinone; diese beiden Gruppen machen auch zwei Drittel aller neuen über das Frühwarnsystem gemeldeten Substanzen seit 2005 aus (EBDD und Europol, 2011). Synthetische Cannabinoide sind die größte der sechs verschiedenen überwachten Gruppen (siehe Abbildung 20). Auch einige Medikamente werden überwacht (z. B. Phenazepam und Etizolam), Metaboliten oder Grundstoffe von Medikamenten (5-Hydroxytryptophan) sowie auf Medikamenten basierende Substanzen (z. B. Camfetamin – ein Fencamfamin-Derivat). Ein Beispiel aus dieser Gruppe ist Methoxetamin, ein Ketamin-Derivat, das 2010 gemeldet wurde und über das Frühwarnsystem aktiv überwacht wird. Die Substanz hat das Potenzial akuter (Wood et al., 2012a) und chronischer Toxizität, die mit der von Ketamin vergleichbar ist.

Herstellung und Verbreitung neuer Drogen

Neue psychoaktive Substanzen, die auf den illegalen Drogenmarkt in Europa gelangen, werden meist außerhalb Europas hergestellt, wobei China und in geringerem Maße Indien als hauptsächliche Quellländer ausgemacht werden. Die europäischen Strafverfolgungsbehörden haben verschiedene Einrichtungen aufgedeckt, die mit der Einfuhr, dem Anmischen und der Verpackung dieser Substanzen in Verbindung gebracht werden. Berichten zufolge ist sowohl an der Tablettierung als auch der Vermarktung dieser Substanzen, die vor allem als „Legal

⁽¹³²⁾ Beschluss 2005/387/JI des Rates betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen, ABl. L 127 vom 20.5.2005.

Diskurs über neue Drogen: neue psychoaktive Substanzen oder „Legal Highs“?

Zur Beschreibung neuer Drogen werden verschiedene Bezeichnungen verwendet, und im Folgenden werden einige EBDD-Definitionen für geläufige Konzepte aufgeführt.

Im Rahmen des Frühwarnsystems der Europäischen Union ist eine neue psychoaktive Substanz als neuer Suchtstoff oder neuer psychotroper Stoff definiert, der nicht in einem der Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1961 und 1971 über die Drogenkontrolle aufgeführt ist und der eine den darin aufgeführten Substanzen vergleichbare Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung darstellen kann (!).

Die Bezeichnung „Designerdroge“ entstand in den 1980er Jahren mit dem Aufkommen der „Ecstasy“-Verbindungen (MDMA und andere) auf dem Markt für illegale Drogen. Sie bezieht sich auf unreglementierte psychoaktive Substanzen, die dafür entwickelt wurden, die Wirkungen kontrollierter Drogen nachzuahmen, indem deren chemische Struktur leicht abgewandelt wird. Ziel dabei ist es, bestehende Drogenkontrollen zu umgehen. Aus der Bezeichnung geht hervor, dass diese Substanzen in der Regel aus chemischen Grundstoffen in geheimen Labors hergestellt werden.

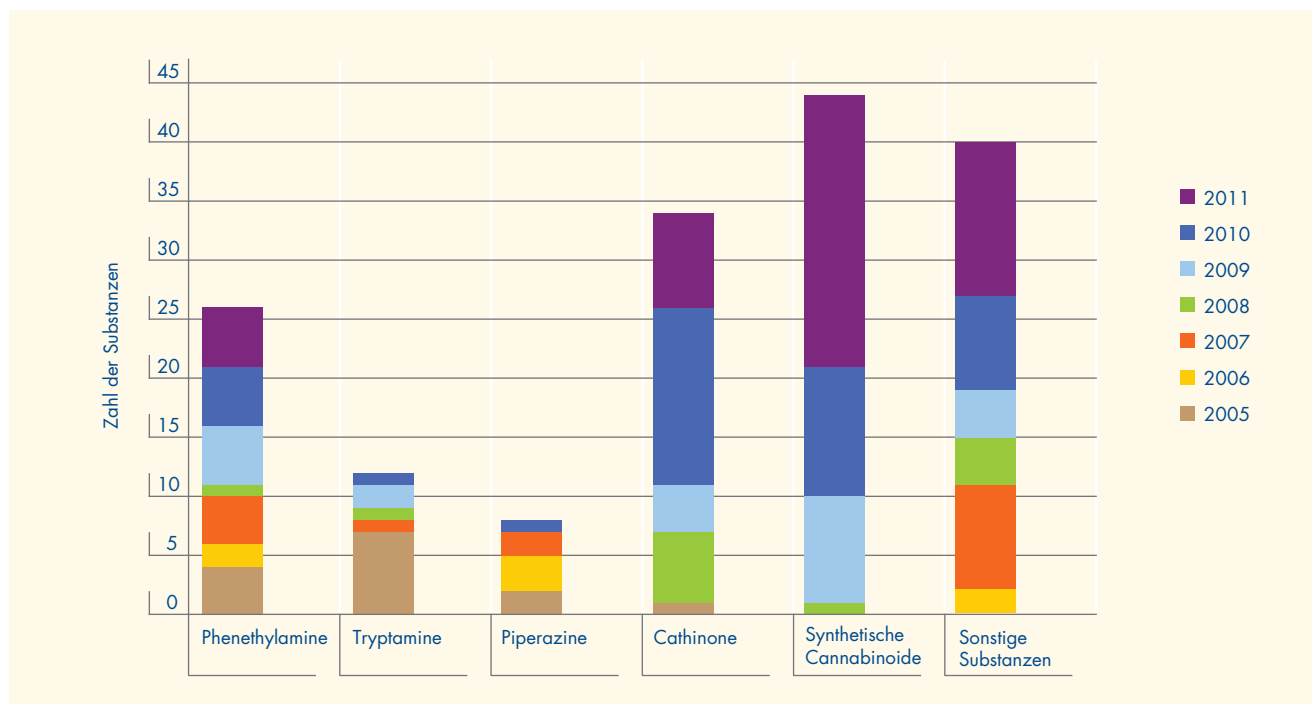
Die EBDD definiert „Legal Highs“ als ein Sammelbegriff für unreglementierte psychoaktive Substanzen oder Produkte, die angeblich solche Substanzen enthalten und die speziell dafür entwickelt wurden, die Wirkungen kontrollierter Drogen nachzuahmen. Der Begriff fasst eine große Bandbreite an synthetischen und aus Pflanzen gewonnenen Substanzen und Produkten zusammen, die in der Regel über das Internet oder in „Smart-Shops“ oder „Head-Shops“ verkauft werden. Die Bezeichnung solcher Substanzen als „legal“ kann für die Konsumenten falsch und irreführend sein. Einige Produkte können nämlich Substanzen enthalten, die im Rahmen der Arzneimittelgesetzgebung kontrolliert werden, andere unterliegen den Rechtsvorschriften zu Arzneimitteln oder zur Lebensmittelsicherheit (EBDD, 2011a).

Die Substanzen werden auch als „Herbal Highs“ (Kräuterstimulanzien) bezeichnet, wodurch der angeblich natürliche Ursprung des Produkts hervorgehoben wird.

Um Verbraucher- und Marketingvorschriften zu umgehen, werden neue psychoaktive Substanzen auch unter verschiedenen Produktbezeichnungen verkauft, wie „Forschungschemikalien“, „Badesalze“ und „Pflanzennährstoffe“.

(!) Der Beschluss des Rates 2005/387/JI enthält rechtlich bindende Definitionen der darin enthaltenen Substanzen.

Abbildung 20: Hauptgruppen der über das europäische Frühwarnsystem festgestellten neuen psychoaktiven Substanzen seit 2005



Anmerkung: Anzahl der gemäß Beschluss 2005/387/JI des Rates über das europäische Frühwarnsystem gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen. Siehe Online-Drogenprofile der EBDD für Informationen über Phenethylamin, Tryptamine, Piperazine, Cathinone und synthetische Cannabinoide. Die Kategorie „andere Substanzen“ umfasst verschiedene aus Pflanzen gewonnene oder synthetisch hergestellte psychoaktive Substanzen, die keiner der anderen chemischen Familien eindeutig zugerechnet werden können, sowie einige wenige Arzneimittel und Derivate.

Quelle: Frühwarnsystem.

Highs“ im Internet und in Smart- und Head-Shops verkauft werden, die organisierte Kriminalität beteiligt. In einigen Fällen werden sie jedoch, wie „Ecstasy“, auch als illegale Droge unter Verwendung von Logos verkauft, die typischerweise mit dieser Art von Drogen in Verbindung gebracht werden.

Die europäischen Strafverfolgungsbehörden waren in den letzten Jahren offenbar verstärkt an der Aufklärung transnationaler Fälle von Handel, Anmischen und Verpackung neuer psychoaktiver Substanzen beteiligt. Untersuchungen, bei denen es insbesondere um Mephedron ging, ergaben, dass die Droge zu großen Teilen in China hergestellt wird und in das europäische Land, in dem sie kontrolliert wird, häufig über ein Drittland eingeführt wurde, in dem keine Kontrollen stattfanden (Europol). Kleine Mengen beschlagnahmter Stoffe wurden aus Deutschland, Estland und Ungarn gemeldet (hauptsächlich Cathinone und synthetische Cannabinoide) sowie aus Dänemark (bezüglich mCPP) ⁽¹³³⁾. Größere Mengen beschlagnahmter Stoffe, in der Regel nicht näher bezeichnete neue psychoaktive Substanzen, wurden aus Lettland (etwa 5 Kilogramm) und Spanien (Beschlagnahmung bei einem Head-Shop von insgesamt 96 Kilogramm) gemeldet. In der Tschechischen Republik wurden zudem mehr als 20 Kilogramm Mephedron aus Indien sichergestellt. Weitere Produktionsstätten wurden in Irland, Belgien, Polen (5 Kilogramm Mephedron) aufgelöst oder beschlagnahmt. In den Niederlanden wurden an einer Stätte 150 Kilogramm weißes Pulver und etwa 20 000 Päckchen mit verschiedenen synthetischen Cannabinoiden sichergestellt.

Gelegentlich wurde bei beschlagnahmten, als „Pflanzennährstoff“ oder „Forschungschemikalien“ verkauften Substanzen festgestellt, dass sie kontrollierte Drogen, insbesondere Cathinone und Piperazine, enthalten. Ein Beispiel war der Fund von PMMA in „Legal High“-Produkten, was eine deutliche Gefahr für die Konsumenten darstellt (EBDD und Europol, 2011; Sedefov et al., 2011). Aus einem jüngst veröffentlichten Bericht aus dem Vereinigten Königreich geht hervor, dass 19 % der Internet-Testkäufe von Proben, die als „Legal Highs“ verkauft werden, eine kontrollierte Substanz enthielten. Außerdem enthielten 22 % Piperazine, 20 % Cathinone und 18 % synthetische Cannabinoide (Serious Organised Crime Agency, 2011). Es bleibt aber unklar, inwieweit die organisierte Kriminalität am Handel mit neuen Substanzen beteiligt ist. Derzeit scheint der Markt zu großen Teilen von Unternehmern beherrscht zu sein, die das Internet

für die Vermarktung und den Verkauf ihrer Produkte ausnutzen.

Verfügbarkeit im Internet

Die Online-Verfügbarkeit von „Legal Highs“ wird von der EBDD durch regelmäßig durchgeführte zielgerichtete Internet-Überblicke (Snapshots) überwacht (siehe EBDD 2011a). Der letzte Snapshot wurde im Januar 2012 durchgeführt, unter Verwendung von 20 der 23 EU-Amtssprachen sowie Norwegisch, Russisch und Ukrainisch ⁽¹³⁴⁾.

Die Zahl der Online-Shops, die Kunden in mindestens einem EU-Mitgliedstaat mit psychoaktiven Substanzen oder Produkten versorgen, die vermutlich solche Substanzen enthalten, ist weiter gestiegen. Im Snapshot vom Januar 2012 wurden 693 Online-Shops gemeldet, während es im Januar 2011 314 und im Januar 2010 170 waren.

Drei Naturprodukte – Kratom, Azteken- oder Göttersalbei und halluzinogene Pilze – sind nach wie vor die am häufigsten online angebotenen „Legal Highs“, gefolgt von acht synthetischen Substanzen, deren Verfügbarkeit im Laufe des Jahres 2011 zunahm (Tabelle 10). Im Snapshot von 2012 wird ein spürbarer Anstieg der Verfügbarkeit verschiedener synthetischer Cathinone festgestellt, was darauf hinweisen könnte, dass die Online-Anbieter weiterhin nach einem Ersatz für Mephedron suchen. Mephedron selbst wird auch weiterhin über das Internet vertrieben und scheint nach einem starken Rückgang zwischen März 2010 und Juli 2011, als die Substanz in immer mehr EU-Mitgliedstaaten unter Kontrolle gestellt wurde, wieder verstärkt auf dem Markt zu sein (EBDD, 2011a). „Spice“-ähnliche Produkte wurden 2012 in 21 Online-Shops gefunden, womit die Zahl der Online-Shops seit 2009 stark zurückgegangen ist (55 Shops 2009).

Das Internet ist ein weltweiter Marktplatz, und Online-Shops, die neue Substanzen verkaufen, scheinen in vielen Ländern ihren Sitz zu haben. Marktverhalten und -präferenzen sind offenbar hingegen nicht unbedingt global, da viele Produktlinien auf spezielle geografische Märkte abzielen scheinen. So wird das Produkt „Kronic“ fast ausschließlich von Anbietern in Australien und Neuseeland verkauft.

Mögen diese Daten auch Hinweise darauf geben, inwieweit „Legal Highs“ online verfügbar sind, so liegen dennoch keine Informationen über die

⁽¹³³⁾ 1-(3-Chlorophenyl)-Piperazin.

⁽¹³⁴⁾ Die verwendeten Suchbegriffe waren neben „Legal Highs“, „Herbal Highs“ (Kräuterstimulanzien) wie „Spice“, Kratom und der Azteken- oder Göttersalbei sowie GBL (Gamma-Butyrolacton), halluzinogene Pilze, Mephedron und die piperidolumverwandten Substanzen 2-DPMP (Desoxy pipradrol), Desoxy-D2PM (2-(Diphenylmethyl)pyrrolidine) und D2PM (Diphenylprolinol).

Tabelle 10: Zehn neue psychoaktive Substanzen oder „Legal Highs“, die in den 2011 und 2012 überprüften Online-Shops am häufigsten zum Verkauf angeboten wurden

	Anzahl der Online-Shops, die das Produkt anbieten		
	Januar 2012	Juli 2011	Januar 2011
Kratom (natürlich)	179	128	92
Salvia (natürlich)	134	110	72
Halluzinogene Pilze (natürlich)	95	72	44
Methoxetamin (Arylcyclohexylamin)	68	58	14
MDAI (Aminoindan)	65	61	45
6-APB (Benzofuran)	54	49	35
MDPV (Cathinon)	44	32	25
4-MEC (Cathinon)	43	32	11
Methiopropamin (Thiophen)	39	28	5
5-IAI (Aminoindan)	38	27	25

Quelle: EBDD.

tatsächlichen Verkaufsraten vor. Um die Mengen an neuen psychoaktiven Substanzen in Europa, ob über das Internet oder auf anderen Wegen erworben, zu messen, müssen die verfügbaren Daten über die Prävalenz des Drogenkonsums ausgewertet werden.

Prävalenz

Es liegen nur wenige Prävalenzdaten über neue psychoaktive Substanzen vor, die zudem häufig an methodisch bedingte Grenzen stoßen, wie unter anderem das Fehlen allgemeingültiger Definitionen oder die Verwendung selbstgewählter oder nicht repräsentativer Proben. 2011 wurden zum ersten Mal nationale repräsentative Studien über die Prävalenz von „Legal Highs“ und neuen psychoaktiven Substanzen in der Gesamtbevölkerung (Irland, Vereinigtes Königreich) und unter Schülern (Spanien) durchgeführt. Den Ergebnissen zufolge sind die Prävalenzraten im Allgemeinen niedrig, doch könnte in bestimmten Bevölkerungsgruppen die Gefahr eines raschen Konsumanstiegs bestehen.

Eine ebenfalls im Jahr 2011 durchgeführte europaweite Erhebung der Einstellung Jugendlicher, bei der mehr als 12 000 junge Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren befragt wurden, ergab, dass schätzungsweise 5 % der jungen Europäer einmal „Legal Highs“ konsumiert haben. In der Hälfte der Länder wurde eine Rate von 3-5 % ermittelt. Die höchsten Schätzungen wurden

Gepoolte, anonymisierte Urinproben – eine objektive Informationsquelle über den Drogenkonsum

Mithilfe neuer, auf Abwasseranalysen beruhender Ansätze für die Identifizierung und Messung des Drogenkonsums in der Bevölkerung könnten einige der Beschränkungen von Bevölkerungserhebungen überwunden werden. So kann die Verlässlichkeit der Daten, die auf freiwilligen Angaben zum Drogenkonsum basieren, durch Schwankungen bei den Inhaltsstoffen der eingenommenen Drogen beeinträchtigt sein. Dies gilt insbesondere für synthetische Drogen und neue psychoaktive Substanzen, bei denen die Konsumenten nicht unbedingt wissen, welche Substanz sie einnehmen. Analysen des kommunalen Abwassers in Klärwerken wurden bereits zur Bestimmung des Konsums illegaler Drogen wie MDMA und Kokain in der Bevölkerung herangezogen. Für neue psychoaktive Substanzen ist diese Vorgehensweise jedoch problematisch, da über ihre Verstoffwechslung und Stabilität wenig bekannt ist.

In London wurde 2011 eine Pilotstudie durchgeführt, mit der getestet werden sollte, inwieweit gepoolte Urinproben zur Identifizierung der in der Clubszene konsumierten Drogen geeignet sind (Archer et al., 2012). Bei der Studie wurden sowohl etablierte illegale Drogen als auch neue psychoaktive Substanzen gefunden, darunter Mephedron, FMPP (3-Trifluormethylphenylpiperazin) und 2-AI (2-Aminoindan). Die Drogen mit der höchsten Konzentration in den Proben waren Mephedron, Ketamin und MDMA. Neben den Muttersubstanzen wurden auch Metaboliten der jeweiligen Muttersubstanzen entdeckt.

Die Studie macht deutlich, dass gepoolte Urinproben für die Identifizierung der in der Nachtclubszene konsumierten Drogen genutzt werden können. Diese Vorgehensweise könnte dazu beitragen, objektive Daten über den Drogenkonsum in diesem Milieu zu liefern und insbesondere neue psychoaktive Substanzen zu entdecken.

aus Irland (16 %) gemeldet, gefolgt von Lettland, Polen und dem Vereinigten Königreich (alle bei knapp 10 %) (Gallup, 2011).

In Spanien wurde die 2010 durchgeführte nationale Erhebung zum Drogenkonsum unter Schülern im Alter von 14 bis 18 Jahre um ein spezielles Modul zu neuen Drogen ergänzt. Folgende neun Substanzen wurden darin untersucht: Ketamin, „Spice“, Piperazine, Mephedron, Nexus (2C-B), Methamphetamin, „Magic Mushrooms“, „Forschungschemikalien“ und „Legal Highs“. Insgesamt gaben 3,5 % der Schüler an, mindestens einmal eine oder mehrere dieser Drogen konsumiert zu haben (gegenüber 2,5 % im Jahr zuvor). Für „Spice“-Produkte wurden geringe Raten gemeldet: 1,1 % für die Lebenszeit- und 0,8 % für die 12-Monate-Prävalenz. Der Mephedronkonsum war in dieser Gruppe ebenfalls sehr niedrig (0,4 % Lebenszeitprävalenz).

Mephedron und „Legal Highs“ waren zum ersten Mal auch Gegenstand einer gemeinsamen Haushaltserhebung in Irland und Nordirland (Vereinigtes Königreich), die 2010/2011 durchgeführt wurde, nachdem Mephedron unter Kontrolle gestellt worden war (NACD und PHIRB, 2011). Die Probe beinhaltete die Angaben von über 7 500 Befragten zwischen 15 und 64 Jahren. In Nordirland wurde die Lebenszeitprävalenz von Mephedron und „Legal Highs“ auf 2 % und die 12-Monate-Prävalenz auf 1 % geschätzt⁽¹³⁵⁾. Unter den 15- bis 24-Jährigen lag die Lebenszeitprävalenz mit 6 % sowohl für Mephedron als auch für „Legal Highs“ höher. In Irland waren neue psychoaktive Substanzen (12-Monate-Prävalenz, 4 %) die am zweithäufigsten genannten illegalen Drogen nach Cannabis (6 %). Die höchsten Raten der 12-Monate-Prävalenz neuer psychoaktiver Substanzen wurden von den 15- bis 24-Jährigen genannt (10 %).

Die Ergebnisse der im Zeitraum 2009-2010 durchgeführten „British Crime Survey“ (Smith und Flatley, 2011) zeigen, dass die 12-Monate-Prävalenzraten des Mephedronkonsums in der Bevölkerung (16 bis 59 Jahre) in England und Wales mit 1,4 % nahe den Raten für Ecstasy lagen. In der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen erreichte die 12-Monate-Prävalenz des Mephedronkonsums den gleichen Wert wie Kokainpulver (4,4 %). Die meisten der Befragten, die angaben, im letzten Jahr Mephedron konsumiert zu haben, gaben auch den Konsum einer weiteren illegalen Droge an (vor allem Cannabis, Kokain oder Ecstasy). Um die Signifikanz dieses Ergebnisses richtig zu verstehen, ist zu bedenken, dass die Datenerhebung für die Studie sowohl den Zeitraum vor dem Mephedron-Verbot als auch die Zeit danach umfasst.

Auch einige wenige Interneterhebungen und -studien mit selbstgewählten Stichproben wurden zu Konsum und Verfügbarkeit neuer psychoaktiver Substanzen durchgeführt. So ergab eine Online-Erhebung zu „Legal Highs“, an der 860 Befragte mit Erfahrungen im Umgang mit „Legal Highs“ in Deutschland teilnahmen, dass Kräutermischungen die am weitesten verbreiteten „Legal High“-Produkte waren, gefolgt von „Forschungschemikalien“ und „Badesalzen“ oder ähnlichen Produkten. Auch laut einer in der Nachtclubszene in der Tschechischen Republik durchgeführten Studie sind Kräutersubstanzen die meistgenannten „Legal Highs“ – so gaben 23 % der 1 099 Befragten an, *Salvia divinorum* konsumiert zu haben. In einer ebenfalls in der Tschechischen Republik erfolgten Erhebung unter 1 091 Internetnutzern im Alter

von 15 bis 34 Jahre gaben 4,5 % den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen an.

In anderen Studien steht häufig der Konsum einer bestimmten Art von Substanz im Mittelpunkt, wie „Spice“, BZP oder Mephedron. 2011 wurde im Rahmen der jährlich in den USA durchgeführten Schulstudie „Monitoring the Future“ zum ersten Mal über die Prävalenz des Konsums synthetischer Cannabinoide unter jungen Menschen berichtet. Unter den Schülern der 12. Klasse betrug der Anteil derjenigen, die in den vergangenen zwölf Monaten Produkte mit synthetischen Cannabinoiden („Spice“ und K2) konsumiert hatten, knapp über 11 %.

Bei der 2011 durchgeführten Online-Erhebung zum Drogenkonsum für das britische Club-Magazin Mixmag und die Tageszeitung „The Guardian“ (Mixmag, 2012), die auch auf früheren Mixmag-Erhebungen beruht (EBDD, 2009a, 2010a), wurden 15 500 Antworten zusammengetragen, die zum Großteil aus dem Vereinigten Königreich, aber auch aus anderen Teilen der Welt stammten. 2010 und 2011 gaben Clubgänger drei Mal häufiger an, im letzten Jahr und im letzten Monat Mephedron konsumiert zu haben (30 % bzw. 13 %), als Nicht-Clubgänger (10 % bzw. 3 %) (Mixmag, 2012). Daten aus Stichproben mit Selbstauswahl können selbstverständlich in keiner Weise als repräsentativ betrachtet werden; doch bieten derartige Erhebungen einen interessanten Einblick in den Drogenkonsum der Befragten.

Umgang mit neuen Drogen

Überall in Europa werden immer mehr Maßnahmen entwickelt, um die Nachfrage nach neuen psychoaktiven Substanzen und ihre Verfügbarkeit einzudämmen. Einzelne Mitgliedstaaten haben Initiativen eingeleitet, um ihre rechtlichen Reaktionen auf neue psychoaktive Substanzen und Produkte sowie deren Händler zu verbessern und zu beschleunigen (siehe Kapitel 1).

Im Rahmen des *Ersten internationalen multidisziplinären Forums* zu neuen Drogen, das 2011 stattfand, wurde auf die Notwendigkeit verwiesen, die Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage nach neuen psychoaktiven Substanzen auszubauen, einschließlich der Prävention, Schadensminimierung und Behandlung. Die große Spanne der Wirkstoffkombinationen mit Unterschieden hinsichtlich Inhalt und Qualität macht die Verbreitung klarer Botschaften zu Prävention und Schadensminimierung allerdings kompliziert.

⁽¹³⁵⁾ In Nordirland umfasst die Kategorie „Legal Highs“ Partypillen, „Herbal Highs“ (Kräuterstimulanzien), Partypulver, Kratom und *Salvia divinorum*, während in Irland damit auch Kräuterrauchmischungen oder Räucherstäbchen, Badesalze, Pflanzenzusätze oder andere Pulver, „Magic Mint“, „Divine Mint“ oder „Sally D“ und andere neue von den Befragten genannte psychoaktive Substanzen gemeint sind.

Einschätzung der psychoaktiven Wirkung

Angesichts der steigenden Zahl der dem EU-Frühwarnsystem gemeldeten neuen Substanzen wird es zunehmend wichtig, in einem frühen Stadium zu bestimmen, ob die Substanzen über psychoaktive Eigenschaften verfügen. Derzeit wird erforscht, inwieweit sich kostengünstige Verfahren für die Vorhersage der Eigenschaften neuer Drogen (Toxizität, Pharmakologie, Psychoaktivität) einsetzen lassen, ohne dafür Versuche an Tieren oder Menschen durchführen zu müssen.

Eines der untersuchten Verfahren besteht aus dem Erstellen mathematischer Modelle, um das Verhalten neuer Substanzen vorherzusagen. Diese Modelle basieren auf dem „Ähnlichkeitsprinzip“, bei dem davon ausgegangen wird, dass Moleküle mit eng verwandten chemischen Strukturen über ähnliche psychochemische Eigenschaften und Aktivität verfügen. Auf diese Weise werden die Kenntnisse über eine bekannte Substanz für die Vorhersage der Wirkungen einer unbekannt Substanz verwendet.

Die Möglichkeit, die Wirkungsweise neuer, wenig bekannter Wirkstoffkombinationen vorherzusagen, erscheint vielversprechend. So wurde in einer jüngst durchgeführten Studie das psychoaktive Potenzial des Medikaments Ostarin mithilfe analytischer Methoden bewertet (Mohd-Fauzi und Bender, 2012). Die Analyse erfolgte in zwei Schritten: Beim ersten ging es um die Vorhersage, ob davon auszugehen ist, dass das Medikament auf Proteine wirkt, die bekanntermaßen an psychoaktiven Wirkungen beteiligt sind; im zweiten Schritt wurde die Wahrscheinlichkeit untersucht, ob die Substanz das zentrale Nervensystem durchdringt. Die Ergebnisse der Studie legten den Schluss nahe, dass Ostarin vermutlich keine psychoaktiven Wirkungen beim Menschen erzeugt.

Im Vereinigten Königreich bietet der Online-Dienst „Talk to Frank“ Fakten, Notfallhilfe und Informationen über Drogentherapie für „Legal Highs“; in Irland werden seit 2010 Informationen über Prävention und Schadensminimierung im Zusammenhang mit neuen Drogen verbreitet.

In Polen hat das Landesbüro für Suchtprävention seit 2008 drei Präventionskampagnen ausgearbeitet und veröffentlicht: Bei der einen handelte es sich um eine Online-Informationenkampagne zu möglichen Folgen und Gefahren des Konsums von „Legal Highs“, bei der anderen um Treffen zwischen Eltern und Schulvertretern

unter der Leitung von Beratern oder Lehrern, bei der Informationen über neue psychoaktive Substanzen ausgetauscht wurden, und bei der dritten um ein allgemeines Präventionsprogramm für die Zielgruppe der Schüler zwischen 15 und 18 Jahren, das von Lehrern und Schulberatern umgesetzt wurde.

Das Projekt „Recreational Drugs European Network (ReDNet)“ ist eine an mehreren Orten durchgeführte Forschungsstudie, mit der für junge Menschen (16-24 Jahre) und Fachleute die Menge der verfügbaren Informationen über die Wirkungen dieser neuen „Freizeitdrogen“ sowie die damit verbundenen Gesundheitsgefahren erhöht werden soll. Im Rahmen des Projekts kommen zahlreiche innovative Informations- und Kommunikationstechnologien für die Verbreitung vorurteilsfreier Information an die Zielgruppen zum Einsatz.

Es ist von großer Bedeutung, ein besseres Verständnis für die möglichen akuten und chronischen gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums neuer Substanzen zu entwickeln. Dabei geht es zum einen um die medizinische Versorgung bei akuter Toxizität, zum anderen aber auch um spezielle Schulungen für die medizinische Behandlung von Personen, bei denen im Freizeitumfeld Unwohlsein auftritt, sowie Anleitungen dazu, wann präklinische Notfalldienste zur Hilfe gerufen werden sollten. Angesichts der Ähnlichkeiten zu Amphetaminen und MDMA ist mithin davon auszugehen, dass die Strategien für den Umgang mit den bekannten Drogen auch für Konsumenten bestimmter neuer psychoaktiver Substanzen hilfreich sein könnten.

Die Behandlung von Personen mit Kontakt zu neuen psychoaktiven Drogen, die formale Hilfe suchen, ist in erster Linie unterstützender Natur, zumal nur begrenzte Informationen dazu vorliegen, was eine angemessene psychosoziale Behandlung von „Legal Highs“-Konsumenten ausmacht. Im Vereinigten Königreich wurde eine multidisziplinäre Spezialklinik für Konsumenten von Club-Drogen wie „Legal Highs“ eröffnet, in der verschiedene Behandlungen angeboten werden, darunter Kurzinterventionen, pharmakologische Therapien und planmäßige Pflege, und die bisher gute Verbleiberaten und Ergebnisse aufweist.





Literatur ⁽¹³⁶⁾

- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M. et al. (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 47, S. 931-934.
- ACMD (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, London (online verfügbar).
- AIHW (2011), *2010 National Drug Strategy Household Survey report*, Drug statistics series Nr. 25, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps*, Independent Report to Her Majesty's Government, London (online verfügbar).
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., und Vecchi, S. (2011), „Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), S. CD004147.
- Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P., und Davoli, M. (im Druck), „Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S., und Wood, D. (2012), „Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, S. 985.
- Asbridge, M., Hayden, J. A., und Cartwright, J. L. (2012), „Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis“, *BMJ* 344, S. e536.
- Bellerose, D., Carew, A. M., und Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (online verfügbar).
- Berkowitz, B., und Spector, S. (1972), „Evidence for active immunity to morphine in mice“, *Science* 178, S. 1290-1292.
- Bretteville-Jensen, A. L., und Skretting, A. (2010), „Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users“, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, S. 5-16.
- 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“, *European Addiction Research* 15, S. 171-178.
- Cadums (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada, Controlled Substances and Tobacco Directorate (online verfügbar).
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W., et al. (2010), „Systematic review of prospective studies investigating „remission“ from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence“, *Addictive Behaviors* 35, S. 741-749.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A., et al. (2009), „Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people“, *Traffic Injury Prevention* 10, S. 162-169.
- CDC (2009), *Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009*, HIV Surveillance Report 21, Table 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (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).
- Day, E., und Strang, J. (2011), „Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, S. 56-66.
- De Maeyer J., Vanderplasschen, W., und Broekaert, E. (2010), „Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature“, *International Journal of Drug Policy* 21, S. 364-380.
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28, S. 421-447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C., und Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States“, *Addiction* 104, S. 1441-1446.
- Dvorsek, A. (2006), „Relations between criminal investigation strategy and police management“, *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), S. 235-242.
- EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

⁽¹³⁶⁾ 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/2012>) entnommen werden.

EBDD (2007b), *Drogen und Kriminalität – ein komplexer Zusammenhang*, Drogen im Blickpunkt, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph 8, Volume 2, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2009a), *Jahresbericht 2009: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2010a), *Jahresbericht 2010: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monograph, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2010c), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2010d), *Treatment and care for older drug users*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).

EBDD (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).

EBDD (2011a), *Jahresbericht 2011: Stand der Drogenproblematik in Europa*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2011b), *European drug prevention quality standards*, Manual, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, Selected issue, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).

EBDD (2011d), *Reaktion auf neue psychoaktive Substanzen*, Drogen im Blickpunkt 22, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2012a), *Cannabis production and markets in Europe*, Insight, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insight, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators (CT.10.EPI.070.1.0)*, Lissabon (online verfügbar).

EBDD und ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg (online verfügbar).

EBDD und Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, gemeinsame EBDD-Europol-Veröffentlichungsreihe, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

EBDD und Europol (2011), *EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (online verfügbar).

ECDC und EBDD (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC and EMCDDA guidance, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm (online verfügbar).

ECDC und WHO-Regionalbüro für Europa (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm (online verfügbar).

Escot, S., und Suderie, G. (2009), „Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles demandes?“, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.

Eurojust (2012), *Strategic Project on „Enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases“ Final Results*, Den Haag (online verfügbar).

Europäische Kommission, Generaldirektion Steuern und Zollunion, Generaldirektion Unternehmen und Industrie (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (online verfügbar).

Europäischer Rat (2010), *Strategie für die innere Sicherheit der Europäischen Union: Auf dem Weg zu einem europäischen Sicherheitsmodell*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P., et al. (2010), „Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample“, *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, S. 181-192.

Fox, B. S., Kantak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K., et al. (1996), „Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models“, *Nature Medicine* 2, S.1129-1132.

Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsy, M., Furr-Holden, C. D., Stasna, L., und Jurystova, L. (2012), „Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic“, *Drug and Alcohol Dependence* (online verfügbar).

Gallup Organisation (2011), *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (online verfügbar).

- Hall, W., und Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, *Lancet* 374, S. 1383-1391.
- Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J., et al. (2005), „Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers“, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, S. 456-457.
- Hellard, M., Sacks-Davis, R., und Gold, J. (2009), „Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 49, S. 561-573.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., und Liddle, H. A. (2010), „Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), S. 885-897.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., und Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Schweden.
- Hoare, J., und Moon, D. (Hg.) (2010), *Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin 13/10, Vereinigtes Königreich (online verfügbar).
- Hope, V. D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., und White, J. (2012), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation“, *American Journal of Public Health* 102, S. 122-125.
- HPA (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, London (online verfügbar).
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B., et al. (2011), „A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries“, *Addiction* 107, S. 957-966.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2012a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Internationales Suchtstoffkontrollamt, Vereinte Nationen, New York (online verfügbar).
- INCB (2012b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, Vereinte Nationen, New York (online verfügbar).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., und Schulenberg, J. E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2011, Volume I, Secondary school students*, Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan (online verfügbar).
- Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P., et al. (2011), *A summary of the health harms of drugs*, Department of Health (online verfügbar).
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M., und Batki, S. L. (2010), „Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, S. 578-592.
- Kirby, S., Quinn, A., und Keay, S. (2010), „Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders“, *Drugs and Alcohol Today* 10, S. 13-19.
- Lee, N. K., und Rawson, R. A. (2008), „A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence“, *Drug and Alcohol Review* 27, S. 309-317.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., und Greenbaum, P. E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, S. 12-25.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., und White, J. M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence“, *Addiction* 105, S. 146-154.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K., und Kosten, T. R. (2005), „Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence“, *Biological Psychiatry* 58, S. 158-164.
- Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J., und Hickman, M. (2011), „Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility“, *Journal of Hepatology* 54, S. 1137-1144.
- 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“, *Lancet* 375, S. 1014-1028.
- Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J., und Strang, J. (2011), „Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging“, *International Journal of Drug Policy* 22, S. 9-15.
- McIntosh, J., Bloor, M., und Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment“, *Addiction Research and Theory* 16, S. 37-45.
- Mena, G., Giraudon, I., Álvares, E., Corkery, J., Matias, J., et al. (im Druck), „Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development“, *European Addiction Research*.
- Merrall, E. L., Bird, S. M., und Hutchinson, S. J. (2012), „Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996-2006: record-linkage study“, *International Journal of Drug Policy* 23, S. 24-32.
- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U., und Verster, A. (2011), „Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), S. CD001333.

- Mixmag (2012), *Mixmag – Guardian drugs survey* (online verfügbar).
- Mohd-Fauzi, F., und Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, University of Cambridge (online verfügbar).
- NACD und PHIRB (National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (online verfügbar).
- Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B., und Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, National Alcohol and Drugs Information System, Houten, Niederlande.
- Polosa, R., und Benowitz, N. L. (2011), „Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments“, *Trends in Pharmacological Sciences* 32, S. 281-289.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E., et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, S. 147-155.
- Rand Europe (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005-2012 and its action plans*, Technical report, Rand Corporation, Cambridge, Vereinigtes Königreich.
- Rat der Europäischen Union (2009), *Beschluss des Rates zur Einsetzung des Ständigen Ausschusses für die operative Zusammenarbeit im Bereich der inneren Sicherheit*, 16515/09.
- Reynaud-Maurupt, C., und Hoareau, E. (2010), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»*, Trend, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (online verfügbar).
- Richter, C., Romanowski, A., und Kienast, T. (2009), „Gamma-hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit“, *Psychiatrische Praxis* 36, S. 345-347.
- Rosen, H. R. (2011), „Clinical practice: chronic hepatitis C infection“, *New England Journal of Medicine* 364, S. 2 429-2 438.
- Samhsa (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (online verfügbar).
- Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A., und Gallegos, A. (2011), „PMMA in ‚ecstasy‘ and ‚legal highs‘“, *BMJ* (online verfügbar).
- Serious Organised Crime Agency (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.
- Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J., et al. (2001), „Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence“, *Addiction* 96(9), S. 1 289-1 296.
- Shen, X., Orson, F. M., und Kosten, T. R. (2011), „Anti-addiction vaccines“, *F1000 Medicine Reports* 3, S. 20.
- Smith, K., und Flatley, J. (2011), *Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales*, Home Office Statistical Bulletin 12/11, Vereinigtes Königreich.
- Steinberg, L. (2008), „A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking“, *Developmental Review* 28, S. 78-106.
- Stock, J., und Kreuzer, A. (1998), „Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht“, *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, S. 1 028-1 100.
- Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K., et al. (2012), „Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin“, *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, S. 865-875.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E., und Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, *Statistical Methods in Medical Research* 18, S. 381-395.
- Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S. Covaci, A. Emke, E., et al. (im Druck), „Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis“, *Science of the Total Environment*.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O., et al. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence“, *American Journal of Psychiatry* 164, S. 160-162.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), Wien.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, Wien.
- UNODC (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung und Regierung Afghanistans.
- UNODC (2011b), *World drug report 2011*, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, Wien.
- UNODC (2012), *World drug report 2012*, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung, Wien.
- Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandeveld, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V., und Littera, L. (2011), „De CRA+vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?“, *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, S. 1-69.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., et al. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands“, *International Journal of Drug Policy* 20, S. 143-151.
- Van Noorden, M. S., van Dongen, I. C., Zitman, F. G., und Vergouwen, T. A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known“, *General Hospital Psychiatry* 31, S. 394-396.

Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M., und Wiessing, L. (2010), „Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis“, *Addiction* 105, S. 311-318.

Vocci, F. J., und Montoya, I. D. (2009), „Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence“, *Current Opinion in Psychiatry* 22, S. 263-268.

Weinstein, A. M., und Gorelick, D. A. (2011), „Pharmacological treatment of cannabis dependence“, *Current Pharmaceutical Design* 17, S. 1 351-1 358.

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

WHO (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

WHO (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., und Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability“, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (online verfügbar).

Wilkinson, R., und Pickett, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, London.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., et al. (2011), „The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010“, *European Neuropsychopharmacology* 21, S. 655-679.

Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A., und Dargan, P. I. (2012a), „Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine“, *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, S. 853-856.

Wood, D. M., Measham, F., und Dargan, P. I. (2012b), „Our favourite drug: prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control“, *Journal of Substance Use* 17, S. 91-97.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht 2012: Stand der Drogenproblematik in Europa

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2012

2012 — 113 S. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-536-3

doi:10.2810/64343

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- über 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 EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements (wie z. B. das *Amtsblatt der Europäischen Union* oder die *Sammlungen der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union*):

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/eu_bookshop/index_de.htm).

Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine der dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Die EBDD, die 1993 gegründet wurde und ihren Sitz in Lissabon hat, ist die zentrale Informationsstelle zur Drogen- und Drogensuchtproblematik in Europa.

Die EBDD sammelt, analysiert und verbreitet sachliche, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik. Dabei vermittelt sie ihren Zielgruppen einen fundierten Einblick in die Drogenproblematik auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle sind eine wichtige Informationsquelle für ein breites Publikum wie politische Entscheidungsträger und ihre Berater, Fachkräfte und Forscher im Drogenbereich sowie ganz allgemein für die Medien und die Öffentlichkeit.

Mit dem Jahresbericht bietet die EBDD einen jährlichen Überblick über die Drogenproblematik in der EU und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren.



Amt für Veröffentlichungen

