



emcdda.europa.eu

## ZUSAMMENFASSUNG — AUSGEWÄHLTES THEMA 1: DROGEN UND STRASSENVERKEHR

**Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht**  
*Jahresbericht 2007 über den Stand der Drogenproblematik in Europa*

**Sperrfrist: 10.00 Uhr MEZ — 22.11.2007**

### Einleitung

Seit dem Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts hat sich ein großer Teil der europäischen und internationalen Forschung mit dem Thema „Autofahren unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen“ beschäftigt. In einem *Ausgewählten Thema* zu „Drogen und Straßenverkehr“, das zusammen mit ihrem *Jahresbericht 2007* veröffentlicht wurde, konzentriert sich die EBDD auf das Autofahren nach dem Konsum von Cannabis und Benzodiazepinen. Die länderspezifischen Reaktionen wurden analysiert, um die Prävalenz dieser Substanzen bei Autofahrern zu ermitteln und wurden im Zusammenhang mit politischen Maßnahmen und Rechtsvorschriften sowie Rechtsdurchsetzung und Prävention untersucht.

### Situationsanalyse <sup>(1)</sup>

- Aus Untersuchungen geht hervor, dass nach Alkohol Cannabis und Benzodiazepine die unter europäischen Autofahrern am weitesten verbreiteten psychoaktiven Substanzen sind. Dieses Resultat ergibt sich übereinstimmend und unabhängig von der Art der Untersuchung (beispielsweise zufallsbedingte oder auf einen Verdacht hin durchgeführte Verkehrskontrollen, in Krankenhäusern, bei Obduktionen). Hinsichtlich der Frage, welche der beiden Substanzen weiter verbreitet ist, verteilen sich die Untersuchungsergebnisse gleichmäßig auf beide Substanzen.
- In Europa bestehen jedoch einige Unterschiede. In **Lettland, Finnland, Schweden** und **Norwegen** lassen sich Amphetamine bei Autofahrern häufiger feststellen als Cannabis und Benzodiazepine. In **Slowenien** sind Opiode häufiger anzutreffen als Benzodiazepine.
- Aus experimentellen Studien (z. B. Leistungstests) geht hervor, dass der Konsum von Cannabis und Benzodiazepinen zu einer Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit führt, die je nach Dosis, Verträglichkeit und Zeitpunkt der Einnahme schwankt. Aus Risikobewertungsstudien geht hervor, dass durch eine Kombination dieser Drogen mit Alkohol, das Risiko in einen Verkehrsunfall verwickelt zu werden bzw. dafür verantwortlich zu sein, signifikant zunimmt.
- Allerdings steht nicht fest, ob Autofahrer, die positiv auf Benzodiazepine getestet wurden, diese gebrauchen oder missbrauchen. Aus den Analysen geht hervor, dass die Konzentration im Blut häufig im therapeutischen Dosisbereich lag (z. B. in **Österreich, Finnland** und **Schweden**), oft jedoch viel höher ausfiel (z. B. in **Norwegen**). Gleichwohl ist die rechtliche Lage in fast allen europäischen Ländern eindeutig: Autofahren bei klinischer Beeinträchtigung durch Benzodiazepine, auch wenn diese aufgrund einer Verordnung zu Recht eingenommen werden, ist ein Gesetzesverstoß.
- Autofahrer, die Cannabis konsumieren, sind meistens männliche Jugendliche, während Autofahrer, die Benzodiazepine verwenden, eher mittleren Alters und häufig weiblich sind.

- Die für dieses *Ausgewählte Thema* vorgelegten Daten ließen keinen Zweifel daran aufkommen, dass die am weitesten verbreitete Substanz, die heutzutage auf europäischen Straßen Menschenleben gefährdet, der Alkohol ist.

### Politische Maßnahmen und Rechtsvorschriften

- Auf die möglichen Gefahren durch psychoaktive Drogen im Straßenverkehr reagierten die Länder auf höchster Ebene. In vielen Ländern wurden die Gesetze verschärft, die Strafen erhöht oder die nationalen Strategien geändert (beispielsweise Verkehrssicherheits- bzw. Drogenstrategien), um das Problem in Angriff zu nehmen.
- Die rechtlichen Reaktionen in den einzelnen Ländern auf das Autofahren unter Drogeneinfluss schwanken erheblich von Nulltoleranz-Vorschriften (wobei allein schon der Nachweis der Substanz bestraft wird) bis hin zu Vorschriften über die Beeinträchtigung der Rechte (Bestrafung, falls der Betreffende als nicht fahrtüchtig gilt).
- „Nulltoleranz-Vorschriften“ für illegale Drogen wie Cannabis wurden in **Belgien, Portugal** und **Schweden** (1999) sowie in **Frankreich** und **Finnland** (2003) eingeführt. Die **schwedischen** und **finnischen** Gesetze gelten ferner für bestimmte Arzneimittel, die ohne eine rechtsgültige ärztliche Verordnung verwendet werden. Seit 2000 wurden die Strafen für den Verstoß in **Griechenland, Italien, Lettland** und **Litauen** sowie in der **Tschechischen Republik** erhöht. Die Rechtsvorschriften und Strafen fallen in Europa weiterhin sehr unterschiedlich aus.
- In mehreren Ländern wurden Gesetze verabschiedet, nach denen Straßenverkehrskontrollen auf Drogen zulässig sind bzw. definiert werden (z. B. durch Speichel- oder Schweißprobe): **Italien, Polen, Vereinigtes Königreich** (2003); **Slowenien** (2004); **Lettland, Österreich, Tschechische Republik** (2005); **Litauen** (2006); sowie **Portugal** (2007). Allerdings wurde in den Projekten zur Bewertung von Straßenverkehrskontrollen (<http://www.rosita.org>) kein Gerät als für Straßenverkehrskontrollen ausreichend zuverlässig erachtet. Einige Gesetzentwürfe treten erst dann in Kraft, wenn zuverlässige Prüfgeräte vorliegen.

### Rechtsdurchsetzung

- Die Nachweisverfahren (die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften bzw. durch Leitlinien festgelegt sind) fallen in Europa im Großen und Ganzen vergleichbar aus. Generell besteht die erste Phase, in der der Autofahrer mit dem Gesetz in Berührung gerät, aus dem Kontakt mit dem Polizeibeamten, der feststellt, ob ein Verdacht auf Drogenkonsum vorliegt. Theoretisch besteht der Hauptunterschied bei den Nachweisverfahren in der rechtlichen Zulässigkeit in dem jeweiligen Land zur Durchführung von Kontrollen stichprobenweise oder nur im Verdachtsfall, obwohl dieser Unterschied in der Praxis oft verschwimmt.
- Die Nachweisverfahren umfassen im Allgemeinen Beobachtungen und Verhaltenstests, an die sich Urin- bzw. Blutproben anschließen. Unterschiede ergeben sich beim Ort der Durchführung der Kontrollen (z. B. bei der Straßenverkehrskontrolle, in ärztlichen Einrichtungen) und bei der mit der Durchführung betrauten Person (z. B. Verkehrspolizei, Arzt).
- Aus einigen Ländern wird berichtet, dass die Kontrollverfahren in bestimmten Fällen im Zusammenhang mit tödlichen Unfällen, Verletzungen oder sogar im Verdachtsfall obligatorisch bzw. systematisch erfolgen. Eine Rechtspflicht für die Kontrolle ist jedoch nicht immer ohne weiteres durchzusetzen. Aus den Ländern **Dänemark, Estland, Irland** und **Portugal**, in denen jeweils systematische Kontrollen durchgeführt werden, wird berichtet, dass eine Drogenkontrolle nicht routinemäßig durchgeführt wird, wenn bei

einem Autofahrer ein überhöhter Alkoholwert im Blut festgestellt wird, da dies für die strafrechtliche Verfolgung nicht erforderlich ist.

- In den Ländern bestehen unterschiedliche Niveaus der Ausbildung der Polizeibeamten in Hinblick auf das Erkennen von Anzeichen der Fahrbeeinträchtigung von Autofahrern. Eine Spezialausbildung ist in **Belgien, Portugal, Schweden** sowie im **Vereinigten Königreich** obligatorisch.

### Präventionsmethoden und -programme

- Seit dem Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts wurden in den meisten EU-Ländern über die Massenmedien Informationskampagnen zu den Gesundheitsrisiken beim Konsum von Substanzen im Straßenverkehr durchgeführt, doch zielen diese im Allgemeinen vorrangig auf Alkohol ab. Nur in etwa jedem fünften EU-Land sind sie spezifisch auf Cannabis bzw. Benzodiazepine ausgerichtet. Drogenspezifische Präventionsprogramme tauchen inzwischen vorrangig in Fahrschulen auf.
- Die Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass Standard-Kampagnen möglicherweise ihren Zweck verfehlen. Ältere Konsumenten von Benzodiazepin ignorieren oft Botschaften, die sich an junge Cannabis-Konsumenten richten, und umgekehrt, und niemand wird zugeben, dass die Warnungen vor Alkoholgenuss auf ihn zutreffen.
- Menschen, die auf Medikamente angewiesen sind, wissen oft nichts von deren möglichen Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit. Derzeit kommen lediglich in fünf Ländern Piktogramme auf Arzneimittelverpackungen zum Einsatz (**Dänemark, Frankreich, die Niederlande, Slowakei und Finnland**), durch die die Patienten über etwaige Nebenwirkungen informiert werden.

---

(<sup>1</sup>) Die Ergebnisse der angeführten epidemiologischen Untersuchungen sind nicht wissenschaftlich vergleichbar. Sie unterscheiden sich im allgemeinen Aufbau der Untersuchung, in Methodik, Stichprobengruppe, geprüften biologischen Matrices und Ausschlussparametern.

### Literaturangaben:

„Legal approaches to drugs and driving“, ELDD <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

„Literature review on the relation between drug use, impaired driving and traffic accidents“, EBDD, 1999 <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19034>

*Drogen und Straßenverkehr: Neueste Entwicklungen und Forschungsergebnisse*, Reihe *Insights*, EBDD (im Druck).

Siehe auch das Projekt DRUID der Europäischen Kommission unter <http://www.druid-project.eu>



emcdda.europa.eu

## ZUSAMMENFASSUNG — AUSGEWÄHLTES THEMA 2: DROGENKONSUM UND DAMIT ZUSAMMENHÄNGENDE PROBLEME BEI SEHR JUNGEN MENSCHEN (unter 15 Jahren)

**Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht**  
*Jahresbericht 2007 über den Stand der Drogenproblematik in Europa*  
**Sperrfrist: 10.00 Uhr MEZ — 22.11.2007**

### Einleitung

Es liegen Nachweise dafür vor, dass ein frühes Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen, einschließlich Alkohol und Tabak, mit einem zunehmenden Risiko einhergeht, dass es im späteren Leben zu Drogenproblemen kommt. In einem *Ausgewählten Thema* zu „Drogenkonsum und damit verbundene Probleme bei sehr jungen Menschen“, das zusammen mit ihrem *Jahresbericht 2007* veröffentlicht wurde, konzentriert sich die EBDD auf die Prävalenz und die Muster des Drogenkonsums bei unter 15-Jährigen sowie auf die derzeitigen Reaktionen hinsichtlich Rechtsvorschriften, Prävention und Behandlung.

### Prävalenz und Muster des Konsums von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen

- In Europa ist der illegale Drogenkonsum bei sehr jungen Menschen (unter 15 Jahren) selten. Der regelmäßige Drogenkonsum ist bei unter 15-Jährigen sogar noch seltener und kommt überwiegend bei spezifischen Bevölkerungsgruppen vor, bei denen Drogenkonsum in Verbindung mit anderen psychologischen und sozialen Störungen auftritt.
- Die von den unter 15-Jährigen am meisten konsumierte illegale Substanz ist Cannabis, gefolgt von Schnüffelstoffen (beispielsweise Klebstoff, Aerosole). Von den 15- bis 16-jährigen Schülern, die angaben, Cannabis konsumiert zu haben, ist der erste Konsum der Droge im Alter von bis zu 13 Jahren untypisch (normalerweise 1 % bis 4 %).
- Aus Erhebungen an Schulen geht hervor, dass das tägliche Rauchen im Alter von bis zu 13 Jahren in den EU-Ländern zwischen 7 % und 18 % schwankt. Zwischen 5 % und 36 % der europäischen Schüler gaben an, in diesem Alter bereits betrunken gewesen zu sein.
- Aus den Ländern, in denen ein Drogenkonsum bei jüngeren Altersgruppen verzeichnet wird, wird berichtet, dass die Lebenszeitprävalenz des Cannabis-Konsums im frühen Teenager-Alter stark zugenommen hat, insbesondere zwischen den Altersstufen 11 bis 12 und 15 bis 16. Demgegenüber scheint sich die Prävalenz des Konsums von Schnüffelstoffen nach der Altersstufe 11 bis 12 nur gering bzw. gar nicht zu erhöhen.
- Schätzungen für die Prävalenz anderer Arten des Drogenkonsums bei den unter 15-Jährigen fallen erheblich niedriger aus als für Cannabis und Schnüffelstoffe. Aus Erhebungen an Schulen geht hervor, dass der Lebenszeitkonsum von Ecstasy, Amphetaminen, Kokain oder Heroin selten über 2 % steigt.

### Unter 15-Jährige, die sich wegen Drogenkonsum und anderer Probleme einer Behandlung unterziehen

- Nur wenige der europäischen unter 15-Jährigen unterziehen sich wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen einer Behandlung, d. h. weniger als 1 % aller Patienten.

- Die niedrige Anzahl von unter 15-Jährigen, die sich in Behandlung befinden, ist wohl auf mehrere Gründe zurückzuführen: In dieser Gruppe ist der Drogenkonsum gering; es hat sich noch kein Problemkonsum entwickelt; Behandlungsmaßnahmen speziell für diese Gruppe sind kaum vorhanden; der Zugang zur Behandlung ist schwierig; Drogenprobleme werden möglicherweise von den Sozialdiensten nicht erkannt, wenn die Kinder an Programmen im Zusammenhang mit anderen Problemen als Drogen teilnehmen.
- Sehr junge Menschen unterziehen sich oft auf Vermittlung durch die Familie oder die Sozialdienste bzw. durch die Strafrechtspflege einer Drogentherapie. Die große Mehrheit der unter 15-Jährigen, die sich einer Behandlung unterziehen, tut dies wegen primären Cannabis-Konsums und in geringerem Maße wegen des Konsums von Schnüffelstoffen. Nur ein sehr kleiner Anteil junger Drogenpatienten konsumiert Opioide oder andere Substanzen als Primärdroge.
- 2005 wurden 18 drogenbedingte Todesfälle bei den unter 15-Jährigen in Europa gemeldet (0,2 % aller drogenbedingten Todesfälle).

### Hochrisiko-Gruppen

- Sehr junge Menschen, deren Familienangehörige psychoaktive Substanzen konsumieren, weisen aufgrund von Problemen in Hinblick auf das soziale oder psychologische Familienverhalten bzw. aufgrund der neurobiologischen Auswirkungen des mütterlichen Drogenkonsums während der Schwangerschaft auf die Kindesentwicklung ein höheres Risiko des frühen Drogenkonsums auf. Aus den in Europa vorliegenden Daten geht hervor, dass mindestens 28 000 Drogentherapiepatienten mit ihren Kindern zusammenleben.
- Ein negatives Verhältnis zur Schule (unentschuldigtes Fehlen, Ausschluss vom Unterricht) sowie kriminelle Aktivitäten und Regelverstöße scheinen alle mit einem hohen Risiko des Drogenkonsums von Kindern im Zusammenhang zu stehen.

### Reaktionen

- Die auf Drogenkonsumenten im Kindesalter abzielenden Reaktionen reichen von allgemeinen Präventionsmethoden (beispielsweise in Schulen bzw. Gemeinschaften) bis zu frühzeitigen Maßnahmen (z. B. Beratung), wenn bereits ein Verdacht auf Drogenkonsum besteht. Dazwischen liegen präventive Maßnahmen, die auf Hochrisiko-Gruppen (z. B. gefährdete Familien) zugeschnitten sind und die überwiegend durch Sozial- oder Gesundheitsdienste vermittelt werden.
- Ein herausragender Risikofaktor, der immer wieder in den nationalen Untersuchungen erwähnt wird, ist die Unwissenheit der Eltern über den Aufenthaltsort ihrer Kinder in der Freizeit. Bei vielen Präventionsprogrammen stellt deshalb inzwischen die Elternbetreuung einen Schwerpunkt dar.
- Zwar wird nur aus einem Drittel der europäischen Länder das Bestehen von Drogentherapieeinrichtungen speziell für Kinder oder Jugendliche gemeldet (**Deutschland, Griechenland, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Portugal, Zypern**), doch weisen die meisten Länder spezifische Maßnahmen für Drogen konsumierende Kinder im Rahmen allgemeiner Einrichtungen (beispielsweise Therapieeinrichtungen für Erwachsene) aus.

## Rechts- und Verwaltungsvorschriften

- In den meisten **EU-Mitgliedstaaten** gelten Maßnahmen zur Verhinderung des frühzeitigen Konsums legaler Substanzen (Alkohol, Tabak) auch als Prävention gegen illegalen Drogenkonsum im späteren Leben.
- In Europa schwankt das gesetzliche Mindestalter für den Kauf oder den Konsum alkoholischer Getränke generell zwischen 14 und 20 Jahren, und die entsprechende Altersgrenze für Tabakerzeugnisse zwischen 16 und 18 Jahren. In einigen Ländern variieren die Altersgrenzen je nach Art des Getränks (beispielsweise für Spirituosen eine höhere Altersgrenze als für Bier). Einige wenige Länder (**Deutschland, Frankreich, Luxemburg**) haben die Steuern erhöht, um die Attraktivität von Tabakerzeugnissen oder alkoholischen Getränken, die auf den Markt für Jugendliche abzielen (z. B. Alcopops), zu verringern.
- In mehreren Ländern (beispielsweise **Estland, Slowakei, Tschechische Republik**) führt die Anstiftung zum Konsum illegaler Drogen durch Jugendliche bzw. dessen Förderung zu hohen Strafen. Der Verkauf illegaler Drogen in der Nähe von Schulen bzw. an Orten, an denen sich Jugendliche aufhalten, wird ebenfalls streng bestraft.
- In einigen Ländern entscheiden nicht die Gerichte über den Ausgang des Verfahrens gegen Jugendliche, die gegen Drogengesetze verstoßen haben, sondern städtische Behörden und Jugendfürsorgedienste, die sich um die Sozialdienste kümmern, die dem Einzelnen generell zur Verfügung stehen. Bei Gerichtsverfahren gegen sehr junge Menschen besteht oft die Tendenz, diese von der Strafverfolgung in eine Behandlung zu überführen.



emcdda.europa.eu

## ZUSAMMENFASSUNG — AUSGEWÄHLTES THEMA 3: KOKAIN UND CRACK: EIN THEMA VON ZUNEHMENDER BEDEUTUNG FÜR DIE ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

**Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht**  
*Jahresbericht 2007 über den Stand der Drogenproblematik in Europa*  
**Sperrfrist: 10.00 Uhr MEZ — 22.11.2007**

### Einleitung

In einem *Ausgewählten Thema* zu „Kokain und Crack: Ein Thema von zunehmender Bedeutung für die öffentliche Gesundheit“, das zusammen mit ihrem *Jahresbericht 2007* veröffentlicht wurde, zeigt die EBDD auf, dass es in einigen europäischen Ländern in den letzten Jahren beim Kokainkonsum, bei der Nachfrage nach Behandlungen wegen Kokainproblemen und bei Sicherstellungen der Droge zu einer deutlichen Zunahme gekommen ist. Untersucht werden die potenziell großen Auswirkungen des Kokainkonsums auf die öffentliche Gesundheit, wobei das besondere Augenmerk den gesundheitlichen Folgen des Kokainkonsums gilt, die bei den bestehenden Meldesystemen oft nicht richtig erkannt werden. Ferner werden die Herausforderungen für die Bereitstellung wirksamer Behandlungsmethoden bei der Abhängigkeit von Kokain und Crack untersucht.

### Prävalenz, Muster und Trends beim Konsum von Kokain und Crack <sup>(1)</sup>

- In den letzten Jahren galt eine hohe Aufmerksamkeit der Zunahme des Kokainkonsums in Freizeiteinrichtungen (z. B. Discos and Clubs) sowie in einigen europäischen Ländern bei Jugendlichen generell. Darüber hinaus tritt der gleichzeitige Konsum von Kokain und Heroin bei Opioidkonsumenten häufiger auf, während der Crack-Konsum bei einigen Randgruppen ein Problem darstellt.
- Kokain ist die nach Cannabis am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge in Europa. Von den Jugendlichen (15-34 Jahre) haben schätzungsweise 7,5 Millionen mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert, 3,5 Millionen in den letzten 12 Monaten und 1,5 Millionen in den letzten 30 Tagen. Zwischen den einzelnen Ländern bestehen große Unterschiede. Bei zielorientierten Studien in Tanzlokalen wurde eine Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums von bis zu 60 % beobachtet.
- Kokainpulver wird im Allgemeinen von sozial integrierten Konsumenten in der Freizeit eingenommen, wobei Crack sehr selten und dann hauptsächlich von stärker marginalisierten Gruppen (beispielsweise Obdachlosen, Sexarbeiter) konsumiert wird. In vielen Fällen nehmen Kokainkonsumenten verschiedene Drogen, wobei Kokain oft zusammen mit Alkohol und Tabak, mit anderen illegalen Drogen wie sonstigen Stimulantien und Cannabis oder mit Heroin konsumiert wird.
- Junge **Europäer** (15-34 Jahre) haben eine niedrigere Lebenszeiterfahrung mit Kokain als **Amerikaner** oder **Kanadier**. Bezüglich des Konsums von Jugendlichen in den letzten 12 Monaten liegt die Prävalenz nunmehr in **Spanien** (5,2 %) und im **Vereinigten Königreich** (4,9 %) auf einem ähnlichen Stand wie in den **USA** (4,8 %), obwohl der **EU-Durchschnitt** eindeutig niedriger ausfällt (2,4 %; siehe *Ausgewähltes Thema 3*, Abbildung 2).
- Die Gesamtprävalenzraten für den Kokainkonsum fallen bei Schülern generell sehr niedrig und erheblich niedriger aus als in dieser Gruppe bei Cannabis. Aus in **28 europäischen Ländern** durchgeführten Erhebungen an Schulen ergab sich, dass



durchschnittlich weniger als 2 % der 15- bis 16-Jährigen Kokain probiert hatten, verglichen mit durchschnittlich 23 %, die Cannabis probiert hatten.

### Probleme im Zusammenhang mit dem Kokain- und Crack-Konsum

- Nach Opioiden und Cannabis wird Kokain in Europa am häufigsten als Grund für eine Drogentherapie genannt. 2005 entfielen auf Kokain etwa 13 % aller Behandlungsnachfragen in der EU (48 000 gemeldete Fälle). 85 % der Anfragen nach einer Kokaintherapie bezogen sich auf Kokainpulver und 15 % auf Crack. Die meisten Nachfragen nach einer Kokaintherapie ergeben sich in nur wenigen Ländern (beispielsweise **Spanien**, die **Niederlande**).
- Opioidpatienten, die sich in einer Behandlung befinden, neigen infolge des gleichzeitigen Kokainkonsums zur Destabilisierung. Davon betroffene Personen sind Konsumenten von Heroin und Kokain (gleichzeitig oder nacheinander) oder frühere Heroinkonsumenten, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden.
- Die häufigsten nachteiligen gesundheitlichen Auswirkungen des Kokainkonsums sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Ischämie), Hirngefäßerkrankungen (z. B. Schlaganfälle) und neurologische Symptome (z. B. Krämpfe). Das Risiko einer toxischen Wirkung von Kokain scheint durch den gleichzeitigen Konsum anderer Substanzen (z. B. Alkohol, Heroin) beeinflusst zu werden.
- Obwohl nur begrenzte Angaben darüber vorliegen, wurden 2005 über 400 kokainbedingte Todesfälle verzeichnet. Todesfälle aufgrund einer rein pharmakologischen Überdosis scheinen — außer bei massiver Einnahme — relativ selten zu sein. Derzeit sind kokainbedingte Todesfälle schwieriger zu erfassen als opioidbedingte Todesfälle. Möglicherweise werden Todesfälle, die kurz nach dem Kokainkonsum auftreten und durch diesen hervorgerufen wurden, jedoch genau genommen keine Vergiftung darstellen (beispielsweise aufgrund von Schlaganfällen), nicht als kokainbedingt erfasst und sind deshalb zu niedrig ausgewiesen.

### Reaktionen und Maßnahmen

- Kokainkonsumenten stellen eine sehr heterogene Gruppe dar: sozial integrierte Konsumenten bzw. Freizeitkonsumenten, die Kokain mit Alkohol und anderen Drogen nehmen; primäre Kokainkonsumenten mit Opioidproblemen; sowie eine begrenzte Gruppe stark marginalisierter Crack-Konsumenten. Dies erfordert ein flexibles Hilfsangebot, das auf die spezifischen Bedürfnisse unterschiedlicher Benutzer ausgerichtet ist und darauf reagieren kann. In vielen Ländern wurde die Notwendigkeit einer angemessenen Ausbildung des Personals ermittelt.
- Die Kokaintherapie findet hauptsächlich in traditionellen ambulanten Einrichtungen statt, die auf Opioidkonsumenten zugeschnitten sind. Da sozial integrierte Kokainkonsumenten kaum bereit sein dürften, eine Behandlung zusammen mit Opioidpatienten zu beginnen, wird in einigen Ländern die Attraktivität der bestehenden Behandlungseinrichtungen für eine größere Gruppe von Kokain- bzw. Kokainpulver-Konsumenten erhöht, beispielsweise durch unkonventionelle Aufnahmezeiten (siehe Pilotprojekt in **Irland**).
- Derzeit existieren keine geeigneten Medikamente, die den Kokainkonsumenten helfen, die Abstinenz aufrechtzuerhalten bzw. den Konsum zu verringern, was möglicherweise die hohen Rückfallquoten bei der Kokaintherapie erklärt. Kokainkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, erhalten im Allgemeinen verordnete Arzneimittel wie Antidepressiva oder Benzodiazepine, um die Abstinenzsymptome (z. B. Angstgefühle) zu verringern. Experimentelle therapeutische Mittel zur Verringerung der Entzugssymptome



und der Sucht haben sich in klinischen Versuchen als geeignet erwiesen (z. B. Baclofen, Tiagabine, Topiramate). Eine Immunotherapie für die Kokainabhängigkeit durch einen Kokain-Impfstoff (TA-CD) wird derzeit ebenfalls erforscht.

- Aus einer kürzlich von der EBDD erstellten Übersicht über die Literatur zur Behandlung der Kokainabhängigkeit ergab sich, dass sich kognitiv-verhaltensorientierte Maßnahmen als eine wirksame Methode zur Verringerung und Prävention des künftigen Kokainkonsums erwiesen haben. Diese auf den Grundsätzen des sozialen Lernens beruhenden Ansätze können den Patienten dabei helfen, Fähigkeiten zu entwickeln, um mit den hochriskanten Situationen fertig zu werden, in denen sie möglicherweise Drogen konsumieren.
- Strategien und Aktionspläne, die auf spezifische Substanzen abzielen, sind in der EU selten anzutreffen, wohingegen umfassende Ansätze, die oft legale und illegale Substanzen betreffen, häufig vorkommen. Auf spezifische Substanzen abgestellte Strategien werden häufig dann entwickelt, wenn besondere Probleme entstehen.

---

(<sup>1</sup>) Siehe auch Pressemitteilung Nr. 8/2007 unter <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeID=875> (Prävalenz, Sicherstellungen).

#### **Literaturangaben:**

„Treatment of problem cocaine use: a review of the literature“, EBDD, Mai 2007  
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>

„Kokainkonsum in Europa: Auswirkungen auf die Bereitstellung von Diensten“, *Drogen im Blickpunkt*, Nr. 17, EBDD, Oktober 2007 <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>