emcdda.europa.eu

Polydrug use

EMCDDA 2002 selected issue

In *EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

Ausgewählte Themen

In diesem Kapitel werden drei spezifische Themen im Zusammenhang mit dem Drogenproblem in Europa beleuchtet: polyvalenter Drogenkonsum, Therapieerfolge und Drogenkonsum im Strafvollzug.

Polyvalenter Drogenkonsum

In vielen Mitgliedstaaten ist der Begriff „polyvalenter Drogenkonsum“ (Mehrfachkonsum, Mischkonsum, Polytoxikomanie) sehr weit gefasst und bezeichnet den gleichzeitigen oder aufeinander folgenden Konsum mehrerer Drogen bzw. Drogenarten durch eine Person (gemäß der Definition im Lexikon der WHO). In Europa geht das Konzept des polyvalenten Drogenkonsums auf die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zurück. Im weitesten Sinne versteht man unter polyvalentem Konsum den Konsum einer legalen oder illegalen Droge plus einer anderen legalen oder illegalen Droge. Es bestehen jedoch große Unterschiede in Bezug auf die einbezogenen Substanzen und den von den einzelnen Mitgliedstaaten angewandten Zeitrahmen. Diese Unterschiede hängen scheinbar von den verfügbaren Untersuchungsdaten und der Wahrnehmung der Risiken ab, die mit bestimmten Substanzen oder Kombinationen in Verbindung gebracht werden. Bei den einbezogenen Substanzen handelt es sich gewöhnlich um die wichtigsten illegalen Drogen sowie Alkohol und Medikamente. Manchmal werden Energy-Drinks einbezogen, und in Frankreich zählt auch Tabak zu diesen Substanzen. Der Zeitrahmen für den Konsum reicht von einem Zeitraum von sechs Stunden bis zu einer einmaligen Erfahrung im ganzen Leben eines Einzelnen.

Nach der breiteren Definition würden alle Konsumenten illegaler Drogen als polyvalente Drogenkonsumenten bezeichnet werden müssen, da sie fast immer irgendwann in ihrem Leben Alkohol und/oder Tabak konsumieren. Auch wenn der polyvalente Drogenkonsum entsprechend der enger gefassten Bandbreite der „illegalen Drogen“ definiert wird, unterscheiden sich die Kombinationen und Konsummuster so stark, dass es nicht sehr hilfreich ist, eine Standarddefinition aufzustellen. Um auf die allgemeine Besorgnis in Bezug auf den polyvalenten Drogenkonsum in der EU einzugehen, wird hier der Schwerpunkt auf die akuten Gesundheitsrisiken gelegt.

Es besteht allgemein Konsens darüber, dass der polyvalente Drogenkonsum vier Hauptfunktionen erfüllt: Er maximiert die Wirkung, reduziert negative Wirkungen oder gleicht sie aus und erzielt die angestrebte Wirkung. Die Informationen darüber, wie die Kombinationen bestimmter Drogen wirken, basieren auf den Beschreibungen von Versuchen, bei denen die Konsumenten angenehme Erfahrungen hervorrufen und verlängern wollten (Seppälä, 1999; Strang u. a., 1993). Welche Substanzen konsumiert werden, hängt von der lokalen Verfügbarkeit, der Mode und der örtlichen Verschreibungspraxis ab, sofern es sich um Substanzen handelt, die Drogenkonsumenten in der Therapie als Medikamente verschrieben werden (in Deutschland, Frankreich, Irland und dem Vereinigten Königreich).

Gesundheitliche Risiken

Die Drogenkombinationen, die bei Todesfällen und Überdosierungen ermittelt wurden, lassen darauf schließen, welche besonderen Risiken bei Drogenkombinationen auftreten (siehe Kasten nächste Seite).

Gesundheitliche Risiken, die mit Kombinationen von psychotropen Stoffen in Verbindung gebracht werden, hängen nicht nur von den pharmakologischen Eigenschaften und den Mengen der konsumierten Substanzen, sondern auch von einer Reihe individueller Charakteristika sowie sozialer Faktoren und Umweltfaktoren ab.

Im Zusammenhang mit den „Frühwarnsystemen“ ist eine zunehmende Besorgnis in Bezug auf die mögliche Beimischung psychoaktiver Stoffe in als Ecstasy verkauften

Beispiele für Drogenkombinationen mit hohem Risiko

- Obwohl es schwer ist, eine Überdosis Benzodiazepine zu nehmen, kann eine hohe Dosis Benzodiazepine in Verbindung mit einer großen Menge an Alkohol oder einem Opiat, wie z. B. Heroin oder Methadon, tödlich sein.
- Wird Ecstasy in Verbindung mit Alkohol konsumiert, nehmen die gesundheitlichen Risiken zu, da durch den Alkohol der Wärmehaushalt beeinträchtigt und die Austrocknung gefördert wird.
- Wird Kokain mit Alkohol eingenommen, kann diese Verbindung viel schädlicher für Herz und Leber sein als nur Kokain oder Alkohol allein. Alkohol spielt oft eine Rolle bei Herzversagen durch Kokain.
- Der gleichzeitige Konsum verschiedener Stimulanzien, einschließlich Energy-Drinks, kann eine Überaktivität des Sympathikus hervorrufen, die zu Störungen des Wärmehaushalts und der Herzfunktion führen kann.

Quellen: Leccese u. a., 2000; DrugScope 2001.

Tabletten zu verzeichnen, die seitens der Konsumenten ein – nicht bewusst eingegangenes – durch polyvalenten Drogenkonsum hervorgerufenes Gesundheitsrisiko darstellen können. In Dänemark enthielten zum Beispiel 2001 zwischen 10 und 32 % der analysierten Tabletten mehr als eine aktive Substanz. Diese Tabletten enthielten hauptsächlich MDMA und PMA, PMMA, MDE und MDA (Dänemark). In Frankreich beinhalteten zwei Drittel einer analysierten Stichprobe von als Ecstasy verkauften Tabletten MDMA in Verbindung mit anderen aktiven Inhaltsstoffen, bei denen es sich hauptsächlich um Medikamente handelte.

Tödliche und nicht tödliche Überdosierungen

In den letzten zehn Jahren konzentrierte sich die Presse hauptsächlich auf die seltenen Todesfälle durch Ecstasy (Belgien, Dänemark, Italien und das Vereinigte Königreich). Der Tod problematischer Drogenkonsumenten erregt im Allgemeinen nicht das Interesse der Presse. Bei den 7 000 bis 8 000 akuten Todesfällen durch Überdosierung, die jedes Jahr in der EU registriert werden, handelt es sich zum größten Teil um Männer, die seit mehreren Jahren Opiate konsumierten (siehe Abschnitt Drogenbedingte Todesfälle).

Ergebnisse toxikologischer Analysen tödlicher und nicht tödlicher Überdosierungen in Verbindung mit dem Konsum illegaler Drogen ([53]) stehen nicht überall zur Verfügung, aber die vorhandenen Resultate zeigen durchweg, dass die meisten Todesfälle mit der Injektion von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen zusammenhängen. In einer neuen Studie mit 153 Drogenkonsumenten im Vereinigten Königreich, die eine nicht tödliche Überdosis genommen hatten, wurde festgestellt, dass in 111 Fällen (73 %) mehr als eine Droge konsumiert worden war (Neale, 2001). Bei tödlichen Überdosierungen ist in über 50 % der Fälle im Vereinigten Königreich und in bis zu 90 % der Fälle in Irland mindestens eine weitere Droge oder Alkohol im Spiel. Benzodiazepine, Alkohol, Methadon und Kokain werden am häufigsten in Verbindung mit Opiaten festgestellt, und die jeweilige Überdosis erklärt sich gewöhnlich aus diesen Kombinationen (ONS, 2000a und b, 2001, Farrell, 1989, Bennett und Higgings, 1999, Strang u.a., 1999, Taylor u.a., 1996) ([54]).

Todesfälle in Zusammenhang mit Kokain, Amphetaminen oder MDMA (Ecstasy) ohne Konsum von Opiaten oder Benzodiazepinen sind selten und treten gewöhnlich in Verbindung mit anderen Drogen oder Alkohol auf.

Andere Risiken

Polyvalenter Drogenkonsum wird auch als ein besonders hohes Risiko beim Führen von Fahrzeugen betrachtet, die EU-Daten zu Drogen am Steuer sind jedoch sehr begrenzt. Vor kurzem wurde gewalttätiges oder aggressives Verhalten mit Mustern eines verstärkten Alkoholkonsums in Kombination mit stimulierenden Drogen in Zusammenhang gebracht (Snippe und Bieleman, 1997, Vermaas 1999).

Entwicklungstendenzen

In einigen Ländern steigt weiterhin die Zahl der Todesfälle, die die schwerwiegendste Folge des polyvalenten Drogenkonsums darstellen. Bei den am häufigsten ermittelten Substanzen handelte es sich um Kombinationen von Morphin, Benzodiazepinen und Alkohol, wobei

([53]) Eine Droge gilt als „in Verbindung gebracht“ oder „assoziiert“, wenn sie in der toxikologischen Untersuchung positiv nachgewiesen wurde oder Beweise vorliegen, dass die Droge vor dem Tod konsumiert worden war. Daraus darf aber nicht gefolgert werden, dass die Droge die Todesursache ist. Es dürfte hingegen darauf hindeuten, dass die Droge(n) zum Tod beigetragen hat (haben).

([54]) Tabelle 12 OL gibt ein Beispiel für die Zahl der Drogen, die in Irland bei Todesfällen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opiaten eine Rolle spielten (Online-Fassung).

jedoch in Spanien, Frankreich, Italien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich seit kurzem über eine Zunahme von Kokain auf nationaler oder lokaler Ebene berichtet wird (weitere Einzelheiten siehe Abschnitt Drogenbedingte Todesfälle).

Risikogruppen geben Anlass zur Sorge

Die Besorgnis der sozialen und öffentlichen Dienste bezüglich der drogenbedingten Todesfälle, Überdosierungen und Infektionskrankheiten, die mit Mustern des polyvalenten Drogenkonsums in Verbindung gebracht werden, richtet sich im Allgemeinen auf zwei Gruppen, die sich in Bezug auf die von ihnen konsumierten Substanzarten und Kombinationen sowie in Bezug auf die Settings unterscheiden, in dem diese konsumiert werden.

- Das größte, wissenschaftlich nachgewiesene gesundheitliche Risiko besteht bei problematischen Drogenkonsumenten, insbesondere bei denjenigen, die Opiate und andere Drogen injizieren.

- Die Medien und die breite Öffentlichkeit sind ebenfalls besorgt wegen des Todes- und Überdosierungsrisikos bei Freizeitkonsumenten, die nicht abhängig sind und deren Konsum illegaler Drogen zum größten Teil auf spezielle gesellschaftliche Umfelder oder eine bestimmte Phase in ihrem Leben beschränkt ist. Diese Sorge ist disproportioniert angesichts der sehr geringen Zahl von Todesfällen.

Im Zusammenhang mit den problematischen Konsumenten dienen die Zahl und die Eigenschaften der Personen, die bei den Fachstellen in Europa eine Therapie beantragen, als indirekter Indikator. In Bezug auf die Freizeitkonsumenten liegen die Ergebnisse einer umfassenden europäischen Studie in neun europäischen Städten sowie eine Reihe von Ad-hoc-Umfragen unter Klub-Besuchern vor.

Problematische Drogenkonsumenten

Seit den 70er Jahren haben problematische Drogenkonsumenten nachweislich die Zutaten ihrer Drogenmenüs den auf dem Markt verfügbaren Drogen sowie den verschiedenen Phasen ihres Lebens angepasst. Dabei ersetzen sie nicht verfügbare Substanzen durch eine andere, die nicht unbedingt von der gleichen Art sein muss (Haw, 1993; Strang u. a., 1993; Fountain u. a., 1999).

Polyvalenter Drogenkonsum bei in Behandlung befindlichen Patienten

Auf europäischer Ebene geben die Behandlungsdaten Aufschluss über die Primär- und die Sekundärdrogen: Bei der Primärdroge handelt es sich um die Droge, die dem Patienten die meisten Probleme bereitet ([55]), und die Sekundärdrogen sind die zweitproblematischste Droge. Das europäische Informationssystem zu Therapien, das auf dem Protokoll zum Indikator Behandlungsnachfrage (TDI-Protokoll) basiert und bis zu vier Substanzen pro Person registriert, könnte als ein indirekter Hinweis auf problematischen polyvalenten Drogenkonsum ([56]) dienen, auch wenn es nur auf in Behandlung befindliche Konsumenten beschränkt ist.

Die meisten in Behandlung befindlichen Patienten (83,2 %) konsumieren neben ihrer Hauptdroge auch Sekundärdrogen (Abbildung 23). Aus vielen Ländern wird eine Zunahme des polyvalenten Drogenkonsums gemeldet ([57]).

Abbildung 23 A Anteil der in Behandlung befindlichen Klienten, die mehr als eine Droge konsumieren

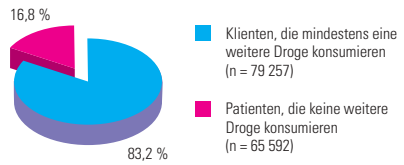
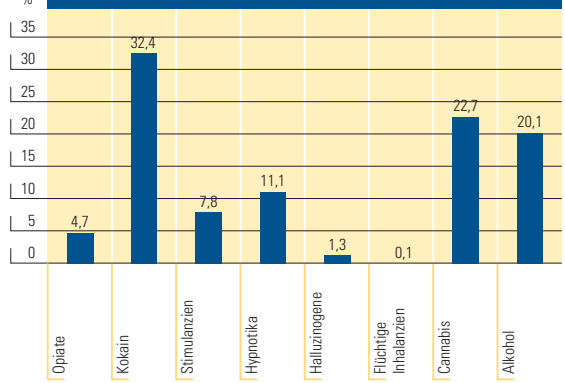


Abbildung 23 B Zweitproblematischste Droge neuer zur Behandlung aufgenommener Patienten



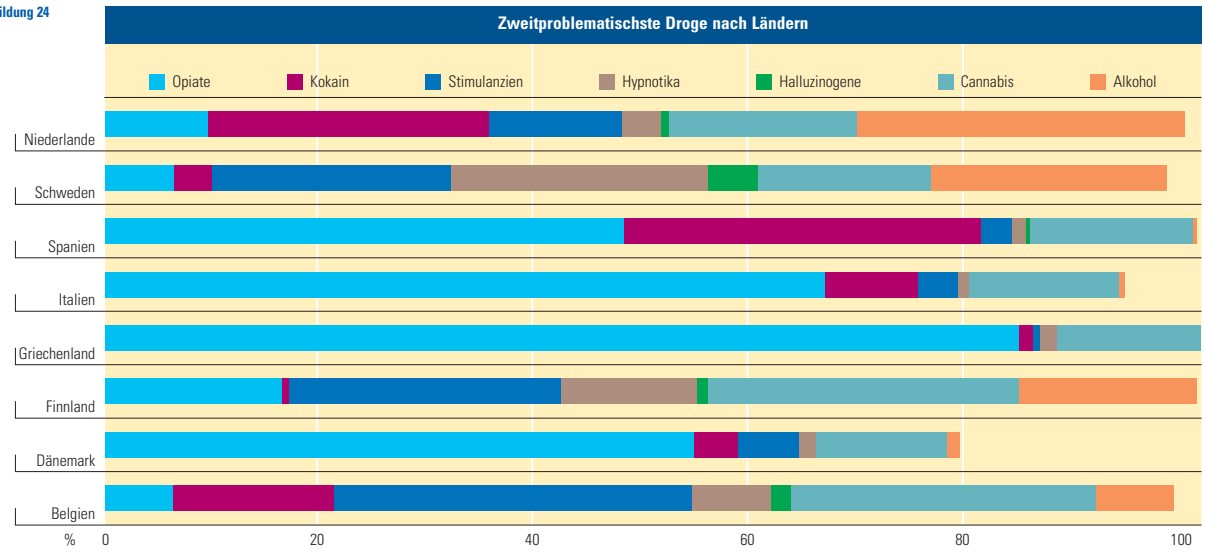
Quellen: Daten des Treatment Demand Indicator (TDI) 2000 zu ambulanten Behandlungszentren.
Nationale Reitox-Berichte 2001.

([55]) Im Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0 wird unter Punkt 14 „Primärdroge“ definiert als die „drug that causes the client the most problems“ (Droge, die dem Patienten die meisten Probleme bereitet) und unter Punkt 19 werden andere, zusätzlich zur Primärdroge eingenommene Drogen (= Sekundärdrogen) als ein Hinweis auf multiplen Drogenkonsum interpretiert (siehe die Webseite unter: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf)

([56]) Länder, in denen Daten zu diesem Thema vorlagen: Belgien, Griechenland, Spanien, Italien, die Niederlande, Finnland, Schweden.

([57]) Siehe nationale Berichte der Reitox-Knotenpunkte, Abschnitt zur Behandlungsnachfrage, Kapitel 1, Abbildung 6 „Sämtliche in eine Therapie aufgenommenen Patienten“.

Abbildung 24



Quellen: Daten des Treatment Demand Indicator (TDI) 2000 zu ambulanten Behandlungszentren.
Nationale Reitox-Berichte 2001.

Die häufigsten Muster des problematischen polyvalenten Drogenkonsums sind: Heroin in Kombination mit anderen Opiaten, wie z. B. abgezweigtes Methadon oder Benzodiazepine; Opiate zusammen mit Kokain, Cannabis, Stimulanzien oder Alkohol und Kokain mit Alkohol oder Stimulanzien ([58]).

Die Konsummuster variieren je nach Land und Geschlecht erheblich. Die verfügbaren Daten zeigen, dass in einigen Ländern ein einziges Muster vorherrscht, während in anderen verschiedene Drogenkombinationen auftreten. In einigen Ländern glaubt man, aufgrund der verfügbaren Daten homogene Muster feststellen zu können, wie zum Beispiel in Griechenland und Italien, wo in Bezug auf die Primärdrogenverteilung Heroin gleichzeitig mit Hypnotika, Sedativa, anderen Opiaten oder Cannabis konsumiert wird. In Spanien und den Niederlanden, wo der Anteil der Konsumenten ziemlich hoch ist, die Kokain als Primärdroge nehmen und eine Therapie beantragen, tritt Kokain auch häufig als Sekundärdroge in Verbindung mit Heroin oder Stimulanzien auf.

Bei Aufschlüsselung auf die Geschlechter ist festzustellen, dass es sich bei den in Behandlung befindlichen polyvalenten Drogenkonsumenten hauptsächlich um Männer handelt, insbesondere diejenigen, die Heroin in Verbindung mit Opiaten und Kokain oder Alkohol konsumieren; bei den Frauen ist der Anteil derjenigen höher, die Stimulanzien mit Cannabis oder Stimulanzien mit anderen Substanzen (Hypnotika/Sedativa, flüchtige Stoffe) einnehmen ([59]).

Personen, die Cannabis zusätzlich zu ihrer Hauptdroge konsumieren, sind hauptsächlich zwischen 15 und 24 Jahren alt; die polyvalenten Konsumenten von Opiaten und Kokain sind älter (zwischen 20 und 39), und diejenigen, die andere Drogen gleichzeitig mit Alkohol einnehmen, sind die ältesten Mischdrogenkonsumenten, die sich in Behandlung befinden ([60]).

Aus den verfügbaren Daten können bei den in Behandlung befindlichen Patienten folgende Konsummuster ermittelt werden:

- ältere Konsumenten, hauptsächlich Männer, die Opiate als Hauptdroge in Verbindung mit anderen Opiaten oder Cannabis konsumieren;
- jüngere Konsumenten, Männer und Frauen, die Cannabis und Stimulanzien zusammen mit Alkohol oder anderen Substanzen (wie z. B. Halluzinogene) konsumieren;
- Männer unter 30 Jahren, die Kokain in Verbindung mit Alkohol und anderen Stimulanzien konsumieren;
- Männer zwischen 20 und 39 Jahren, die Heroin und Kokain konsumieren.

([58]) Abbildung 16 OL: Weit verbreitete Mischkonsummuster: Konsum der problematischsten Droge in Verbindung mit der zweitproblematischsten (Online-Fassung).
([59]) Abbildung 17 OL: Zweitproblematischste Droge, nach Geschlecht (% der Gesamtzahl, nach Droge) (Online-Fassung).
([60]) Abbildung 18 OL: Zweitproblematischste Droge, nach Alter (Online-Fassung).

Freizeitkonsumenten
Polyvalenter Drogenkonsum tritt häufiger bei jungen Leuten im Umfeld von Tanzklubs auf als bei jungen Menschen in anderen Umfeldern, und zwar vor allem in Bezug auf den Konsum von Alkohol, Cannabis und stimulierenden Drogen (Calafat u. a., 1999; Espad 2000). Zudem gibt es Belege dafür, dass der polyvalente Drogenkonsum in der Freizeit in ganz Europa im Allgemeinen häufiger bei Männern und regelmäßigen Cannabiskonsumenten auftritt als bei Frauen und solchen Personen, die mit Cannabis experimentieren; es bestehen jedoch geografische Unterschiede. In einer 1998 durchgeführten umfassenden europäischen Studie zu Drogenkonsumenten in ausgewählten Umfeldern des Nachtlebens berichtete ungefähr die Hälfte aller Drogenkonsumenten in der Technoszene, dass sie gleichzeitig Alkohol und Cannabis konsumierte, gefolgt von Alkohol und Ecstasy sowie von Cannabis und Ecstasy (Calafat u. a., 1999). Tabelle 1 zeigt, dass der Drogenkonsum in der Freizeit stark vom Alkohol beherrscht wird. Die Mehrheit der Freizeitkonsumenten nimmt zwar nicht gleichzeitig große Mengen an illegalen Drogen und Alkohol zu sich, aber Studien lassen auf einen Anstieg bei den Personen schließen, die „schwerwiegende" Drogenkonsummuster entwickeln, und die Besorgnis wegen gesundheitlicher Risiken und potenzieller Langzeitschäden durch spezifische Muster des Freizeitkonsums nimmt zu (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath und McEvoy, 1999; Reitox).

Starker polyvalenter Drogenkonsum in der Freizeit wird damit in Verbindung gebracht, dass die Betroffenen sich wiederholt in Situationen befinden, in denen Drogen verfügbar sind und dass Gleichaltrige ihnen positive Bilder von Drogenkombinationen vermitteln. Allerdings ist starker Drogenkonsum im Allgemeinen auf bestimmte gesellschaftliche Ereignisse, die Ferien oder besondere soziale und kontaktfreudige Phasen im Leben beschränkt (Bellis u. a., 2000).

Einige Mitgliedstaaten (Frankreich und Italien) berichteten von einem Anstieg beim Herionrauchen. In den letzten Jahren war man vor allem wegen der Personen besorgt, die Heroin rauchen, um von Ecstasy wegzukommen, aber die Belege dafür sind unterschiedlich oder widersprüchlich. So zeigen zum Beispiel Studien in Therapiesettings und Gefängnissen in Irland, dass über die Hälfte der befragten Drogenkonsumenten Heroin geraucht hatten, um von Ecstasy „runterzukommen", während Befragungen von Freizeitkonsumenten und 15- bis 16-jährigen Schülern zeigen, dass Heroin noch immer ein sehr negatives Image hat (Irland, ESPAD 2000).

Tabelle 1

Drogenkombinationen, die von Freizeitkonsumenten in ein und derselben Nacht konsumiert werden

	%
Alkohol und Cannabis	50,6
Alkohol und Ecstasy	11,9
Alkohol, Cannabis und Ecstasy	10,4
Cannabis und Ecstasy	8,4
Alkohol und Kokain	7,8
Cannabis und Ecstasy, Alkohol und Kokain	7,8
Cannabis, Alkohol und Kokain	2

Quelle: Calafat u. a., *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea und Europäische Kommission, Valencia 1999.

Lokaler Markt

Da bisher nur wenig Forschung zu den Drogenmärkten in der EU betrieben wurde, liegen keine genauen Einzelheiten zu den auf den lokalen Märkten verfügbaren Drogenkombinationen vor.

In Bezug auf die „Märkte" gibt es im Vereinigten Königreich regelmäßig Medienberichte über den Handel mit Ecstasy, Amphetaminen, Kokainpulver und Cannabis in Klubs und Bars. Die Forschung in den Niederlanden hat jedoch gezeigt, dass viele junge Nachtklubbesucher ihre Drogen eher von Freunden als von Dealern bekommen. Einige der Märkte, die von denjenigen besucht werden, die Heroin, Crack und verschreibungspflichtige Medikamente (wie z. B. Benzodiazepine) kaufen und verkaufen, sind zwar bekannt, aber gewöhnlich von jenen für Nachtklubbesucher getrennt. Auf den verschiedenen Märkten werden unterschiedliche Substanzen verkauft: Einige konzentrieren sich auf abgezweigte verschreibungspflichtige Medikamente, während andere hauptsächlich mit Heroin und/oder Crack handeln. Im Fall der abgezweigten verschreibungspflichtigen Medikamente wird die Verteilung durch eine große Zahl von Personen betrieben, die einige oder alle der ihnen verschriebenen Medikamente verkaufen (Edmunds u. a., 1996; Fountain u. a., 2000).

Maßnahmen gegen polyvalenten Drogenkonsum

Maßnahmen werden auf die folgenden zwei verschiedenen Zielgruppen abgestellt: ältere problematische polyvalente Drogenkonsumenten und junge Freizeitkonsumenten.

Ältere problematische polyvalente Drogenkonsumenten
Im Zusammenhang mit den älteren problematischen polyvalenten Drogenkonsumenten spielt aufgrund der möglichen unerwarteten Folgen die Prävention von drogenbedingten Schäden eine große Rolle. Die Maßnahmen umfassen die angemessene Information der Drogenkonsumenten über die Wirkung bestimmter Drogen, die Folgen multiplen Drogenkonsums und das richtige Verhalten in Drogennotfallsituationen.

Polyvalenter Drogenkonsum ist nachweislich schwerer zu behandeln als der Konsum einer einzelnen Droge. Die Mitgliedstaaten berichten zwar nicht über spezielle Therapieprogramme für bestimmte Drogenkombinationen, aber nahezu alle Dienste stehen für polyvalente Drogenkonsumenten offen. Dabei liegt der Schwerpunkt eher auf dem Verhalten als auf den Substanzen. Allerdings kann der polyvalente Drogenkonsum bei der akuten Behandlung und beim Entzug eine sehr große Rolle spielen.

Die Kombination von Heroin und Benzodiazepinen hat Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Therapie. Wird der Opiatkonsum behandelt und gleichzeitig der auch vorhandene Benzodiazepinkonsum vernachlässigt, kann sich dadurch die Wirksamkeit einer Substitutionstherapie, zum Beispiel mit Methadon, verringern. Im Vereinigten Königreich betonen die amtlichen Verschreibungsrichtlinien (Department of Health u. a., 1999), dass Stimulanzien nicht bei polyvalentem Drogenkonsum verschrieben werden sollten.

In allen Ländern außer Schweden besteht ein großes Problem darin, in medikamentengestützten Therapien, zum Beispiel mit Methadon, andere Substanzen als Opiate unter Kontrolle zu bekommen. In anderen Ländern wird der Vorteil eines regelmäßigen Kontakts mit den Drogenkonsumenten in Substitutionsprogrammen offensichtlich als wichtiger angesehen als der Nachteil des gleichzeitigen Konsums weiterer Drogen. In Schweden werden jedoch polyvalente Drogenkonsumenten nicht zu einer Methadonbehandlung zugelassen, und zwar unabhängig von der Schwere ihres Heroinproblems.

Bei polyvalenten Drogenkonsumenten wird häufig eine psychiatrische Komorbidität diagnostiziert. Dänemark, die Niederlande, Österreich und Schweden berichten von einer hohen und möglicherweise steigenden Zahl polyvalenter Drogenkonsumenten, die in psychiatrische Kliniken eingeliefert werden.

Es gibt nur wenig Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit von Therapien bei polyvalenten Drogenkonsumenten. Im Allgemeinen trägt die Anpassung der Behandlung an den jeweiligen Fall zum Therapieerfolg bei. In der britischen NTORS-Studie wurde festgestellt, dass Opiatkonsumenten, die zu Behandlungsbeginn häufig Stimulanzien konsumierten, nach einem Jahr deutliche Fortschritte in Bezug auf einen niedrigeren Opiat- *und* Stimulanzienkonsum zeigten (Gossop u. a., 1998). Griechenland berichtet, die Behandlungsmaßnahmen trügen nach Aussage der Mitarbeiter von Substitutionsprogrammen zu einer Verringerung des polyvalenten Drogenkonsums bei (KETHEA und NSPH, 2001).

Im deutschen nationalen Bericht wird die Entwicklung spezieller Therapieprogramme für spezifische Gruppen, wie z. B. polyvalente Drogenkonsumenten, als eine Notwendigkeit betrachtet, und das Vereinigte Königreich schlägt die Verbreitung von Beispielen bewährter Verfahrensweisen vor. Finnland berichtet, dass Bedarf an Schulungen besteht und einige Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter in der Behandlung von polyvalenten Drogenkonsumenten bereits im Gange sind.

Freizeitkonsumenten

In einigen Ländern (Spanien, Frankreich und Italien) wurden umfassende Kampagnen in den Massenmedien eingeleitet, um vor multiplem Drogenkonsum in Freizeitsettings zu warnen. In Italien wurde die Kampagne bei größeren Jugendveranstaltungen von lokalen Initiativen unterstützt. Dabei werden häufig keine spezifischen Substanzen genannt, und die Folgen des Konsums werden nicht deutlich klargemacht. In anderen Ländern (Belgien, Deutschland, den Niederlanden, Österreich und dem Vereinigten Königreich) werden diese Gesundheitswarnungen und -ratschläge durch Drogenarbeiter, Peers oder Selbsthilfegruppen weitergegeben.

Durch Pillentests können die Konsumenten über gefährliche und unerwartete Pillenbestandteile vor Ort, durch Zeitschriften und Poster oder über das Internet informiert werden. Zum Beispiel fand im Herbst 2000 das österreichische Programm *ChEck iT!* mehrere Pillen, die als Ecstasy verkauft wurden und PMA/PMMA enthielten, und gab sofort vor Ort und im Internet Warnungen heraus (Krieger u. a., 2001). Ein anderes Beispiel ist das niederländische DIMS-Projekt, das im November 2001 eine rasche Warnung vor Pillen herausgab, die PMA enthielten.

Es gibt praktisch keine Therapien für Konsumenten, die in ihrer Freizeit mehrere Drogen zu sich nehmen. Das könnte unter anderem daran liegen, dass die meisten Drogenhilfeeinrichtungen nur auf die Behandlung von Opiatkonsum und schweren Abhängigkeitsproblemen ausgerichtet sind.

Politische Aspekte

Die Rituale und sozialen Schranken, die polyvalente Drogenkonsumenten einsetzen, um die angestrebte Wirkung zu erzielen und gleichzeitig das Risiko zu verringern, müssen untersucht werden, um die sozialen Bedingungen und Umweltbedingungen besser verstehen zu können, die bei verschiedenen Drogen konsumierenden Gruppen zu einem Risiko beitragen (Boys u. a., 2000; Decorte, 1999; Akram und Galt, 1999).

Die Prävention, insbesondere in Freizeitsettings, sollte eine umfassende Information und Beratung über die mit

multiplem Drogenkonsum verbundenen Risiken beinhalten. Es werden weitere evidenzbasierte Informationen benötigt, um die bestmögliche Behandlungsform für polyvalente Drogenkonsumenten und insbesondere für problematische Drogenkonsumenten mit psychischen Störungen zu ermitteln.

Um die pharmakotoxikologischen Risiken bestimmter Kombinationen besser verstehen zu können, ist es eine vorrangige Aufgabe der Kliniker, Patienten mit Verdacht auf drogenbedingte Vergiftungen weiter zu beobachten und evidenzbasierte Informationen über akute und langfristige Gesundheitsschäden bereitzustellen.

Behandlungserfolge

Im Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung (2000-2004) ist das dritte Strategieziel „die erhebliche Steigerung der Anzahl erfolgreich behandelter Drogenabhängiger". Da es auf europäischer Ebene keine aggregierten Daten gibt, kann der Grad der Umsetzung dieses Zieles nicht direkt gemessen werden. Es wurden jedoch in ganz Europa zahlreiche Evaluierungen durchgeführt, in denen untersucht wurde, ob und welche Arten von Behandlung erfolgreich sind. Die Ergebnisse erfolgreicher Behandlungen werden hier nach Art der Therapiemaßnahme geordnet vorgestellt: Entzugsbehandlung, drogenfreie Behandlung und medikamentengestützte Behandlung. Die Erfolgskriterien unterscheiden sich je nach Art der Behandlung und beziehen sich auch auf die soziale Wiedereingliederung und Rehabilitation nach der Behandlung.

Entzugsbehandlung

Die Entzugsbehandlung oder Entgiftung gilt im Allgemeinen als der erste Schritt in einem umfassenden Behandlungsprozess. Mit dieser Maßnahme soll in erster Linie eine Phase erreicht werden, in der der Patient körperlich drogenfrei ist und nicht länger eine unstillbare Gier nach illegalen Drogen verspürt, und an zweiter Stelle soll der Patient auf die Überweisung/Vermittlung an eine abstinenzorientierte Behandlung vorbereitet werden. In Schweden und Finnland ist dieses Verfahren eine Voraussetzung für den Beginn einer Methadonbehandlung.

In den Mitgliedstaaten und in Norwegen wurden zwar Entzugsbehandlungen evaluiert, aber dennoch ist es die allgemein am seltensten evaluierte Behandlungsmaßnahme. In der Regel haben sich Entzugsbehandlungen mit Medikamenten wie Naltrexon, Clonidin, Lofexidin und Buprenorphin bei der Verringerung von Entzugserscheinungen und -symptomen als wirksam erwiesen, die Wirkung bei verschiedenen Entzugserscheinungen ist jedoch von Medikament zu Medikament anders (Greenstein u. a., 1997). Methadon wird fast überall bei der Behandlung von Entzugserscheinungen eingesetzt, obwohl Forschungsergebnisse darauf schließen lassen, dass es in der Erhaltungstherapie die besten Erfolge bringt.

Ferner gibt es Entzugsbehandlungen ohne Einsatz von Medikamenten, auch „Cold Turkey" genannt, aber ihre Zahl ist nicht wirklich bekannt. Auch gibt es keine Berichte über die Wirkung und die Ergebnisse von nicht medikamentengestützten Entzugsbehandlungen im Vergleich zu medikamentengestützten Entzugstherapien. Zudem sollte das vor kurzem entstandene Konzept der raschen Entgiftung mit Naltrexon unter Vollnarkose (manchmal als „Turbo-Entzug" bezeichnet) gründlicher untersucht werden.

Bei einer Maßnahme in Portugal, in der der Einsatz von Naltrexon mit einer Psychotherapie verbunden wurde, stellte sich heraus, dass nach drei Monaten bemerkenswerte Fortschritte in den soziodemografischen und psychologischen Variablen sowie beim Risikoverhalten festzustellen waren (Costa, 2000). In einem Experiment in Deutschland wurden Methadonkonsumenten unter Vollnarkose mit Naltrexon entgiftet. Die Zufriedenheit der Patienten war recht hoch, aber 50 % der Betroffenen berichteten von ernsten Beschwerden im ersten Monat nach der Maßnahme. Sechs Monate nach der Entlassung hatte ein Drittel der Patienten keine harten Drogen mehr konsumiert (Tretter u. a., 2001).

Obwohl einige Entzugsbehandlungen einer Evaluation unterzogen wurden, werden umfassendere Informationen über das Für und Wider der verschiedenen Modalitäten sowie darüber benötigt, welche Art von Entzugsbehandlung bei welcher Art von Patient eingesetzt werden sollte.

Abstinenzorientierte Behandlung

Die Behandlung ohne pharmakologische Substitution wendet physisch-soziale Techniken mit dem Ziel an, dass der Klient zuerst abstinent wird und dann langfristig von seiner Gier nach Drogen befreit wird. Das primäre Erfolgskriterium für diese Art der Behandlung besteht darin, dass sie – wie geplant – drogenfrei abgeschlossen wird, obwohl auch andere Kriterien wie Verbesserungen im psychischen, sozialen und ökonomischen Wohlergehen eine wesentliche Rolle spielen. Bedeutende „Nebenwirkungen" sind der Rückgang von Straftaten und riskanten Verhaltensmustern sowie eine Verbesserung der Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens des Klienten.

Evaluationen der abstinenzorientierten Behandlungsmaßnahmen haben gezeigt, dass diese Zielvorgaben