



Ditrich, Hans/Obermaier, Corinna

## **Abusus von Opioiden und Heroin. Ein Vergleich internationaler Trends**

SIAK-Journal – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis (1/2018), 43-53.

doi: 10.7396/2018\_1\_D

*Um auf diesen Artikel als Quelle zu verweisen, verwenden Sie bitte folgende Angaben:*

Ditrich, Hans/Obermaier, Corinna (2018). Abusus von Opioiden und Heroin. Ein Vergleich internationaler Trends, SIAK-Journal – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis (1), 43-53, Online: [http://dx.doi.org/10.7396/2018\\_1\\_D](http://dx.doi.org/10.7396/2018_1_D).

© Bundesministerium für Inneres – Sicherheitsakademie / Verlag NWV, 2018

Hinweis: Die gedruckte Ausgabe des Artikels ist in der Print-Version des SIAK-Journals im Verlag NWV (<http://nwv.at>) erschienen.

Online publiziert: 6/2018

# Abusus von Opioiden und Heroin

## Ein Vergleich internationaler Trends

Der Missbrauch von Heroin und anderen Opiaten hat sich in den USA in den letzten Jahren dramatisch verstärkt. Diese Entwicklung besteht bereits seit einigen Jahren. Ein dieser „opioid crisis“ vergleichbares Phänomen ist in Europa nicht zu beobachten. Auch in jenen europäischen Ländern mit relativ hohem Opiatkonsum, wie beispielsweise Österreich, sind die entsprechenden Mortalitätszahlen in diesem Zeitraum relativ konstant oder leicht rückläufig. Die durch Überdosierungen bedingten Todesfälle in den USA haben sich dagegen vom ca. Fünffachen des österreichischen Wertes (2003) auf das ca. Dreißigfache (2015) gesteigert. In anderen europäischen Staaten sind die Relationen ähnlich. Gründe hierfür sind vermutlich die in Europa vermehrt praktizierte Aufklärung von Risikogruppen, stärker kontrollierte Abgabebedingungen und ein größeres Therapieangebot für Suchtkranke. Eine Bekämpfungspolitik, die verstärkt auf Repressionsmaßnahmen setzt, scheint für die Verringerung von suchtgiftbedingten Todesfällen dagegen wenig effektiv zu sein.

### EINLEITUNG

Heroinmissbrauch ist ein sicherheitspolitisches Problem mit mehreren Aspekten. Zunächst ist der Konsum der Substanz in Österreich, so wie in praktisch allen Staaten, verboten (BGBl. Nr. 531/1978; BGBl. I Nr. 112/1997). Auch stellen Erzeugung, Transport und Handel Straftaten dar. Darüber hinaus besteht die Problematik der Beschaffungskriminalität, also Drogenhandel, Prostitution, Diebstahl etc.

Es treten in diesem Zusammenhang häufig zusätzliche gesundheitliche bzw. medizinische Konsequenzen auf. Beispielsweise – bedingt durch die intravenöse Anwendung – wird die Verbreitung von Infektionskrankheiten (z.B. HIV/AIDS, Hepatitis B und C) gefördert oder es tritt bei Überdosierung Atemstillstand ein. Dazu

kommt bei Langzeitkonsumenten häufig sozialer Abstieg und Verelendung.

In Österreich, wie in fast allen west- und mitteleuropäischen Staaten, ist der Heroinkonsum in den vergangenen Jahren konstant geblieben oder leicht rückläufig (Busch et al. 2016; EMCDDA 2017a). Dies ist, abgesehen von erfolgreichen sicherheitspolitischen Bemühungen, möglicherweise auf andere, unter Umständen kulturbedingte, Paradigmen zurückzuführen.

Global kann, trotz verschiedener Gegenmaßnahmen, seit Jahren eine – abgesehen von natürlichen Schwankungen – leicht ansteigende jährliche Opiumproduktion – und dementsprechend auch Heroinerzeugung – beobachtet werden (UNODC 2017, 13 ff). Die Hauptanbauggebiete haben sich – den politischen Krisen folgend – von Süd-



**HANS DITRICH,**  
*wissenschaftlicher Mitarbeiter am  
Institut für Wissenschaft und For-  
schung der Sicherheitsakademie des  
Bundesministeriums für Inneres.*



**CORINNA OBERMAIER,**  
*wissenschaftliche Mitarbeiterin am  
Institut für Wissenschaft und For-  
schung der Sicherheitsakademie des  
Bundesministeriums für Inneres.*

ostasien (Goldenes Dreieck – Laos, Myanmar, Thailand) in die afghanische Region und in geringerem Ausmaß nach Mittelamerika (Mexiko, Kolumbien) verlagert (s.a. Malloch-Brown 2008). Die Verminderung der Produktion durch behördliche Maßnahmen (Vernichtung von Ernten) liegt global betrachtet weit unter der natürlichen Schwankung der Erntemengen (UNODC 2017, 13 ff).

Das Abhängigkeitspotential von Heroin (Diacetylmorphin) ist im Vergleich mit anderen Opioiden relativ hoch. Deshalb wird es, trotz stärkerer schmerzstillender Wirkung als beispielsweise Morphium, medizinisch nur selten als Analgetikum eingesetzt. Die medizinisch indizierte Verabreichung von Heroin kann deshalb bei Betrachtung des gesamten Marktes als vernachlässigbar gering eingestuft werden. Die tägliche Dosis bei bestehender Abhängigkeit ist individuell stark unterschiedlich, es kann bei „erfahrenen“ Konsumenten von einem Verbrauch von ca. 2–3g/d ausgegangen werden. Ein Wert, der unter anderem auch für die Strafbemessung (Eigenverbrauch vs. Verdacht des Handels) in manchen Gesetzeswerken von Bedeutung ist (EMCDDA 2017b).

Während – wie zuvor angeführt – in den

meisten westlichen Ländern der Heroinkonsum mittelfristig konstant oder rückläufig ist, hat sich in den USA ein anderer Trend entwickelt. Beginnend mit dem Jahr 2007 und verstärkt ab ca. 2011 ist ein massives Ansteigen von Todesfällen durch Heroin-Überdosierung verzeichnet worden, entsprechend knapp einer Verfünffachung zwischen den Jahren 2000 bis 2014 (NHI 2016) (siehe Abbildung 1a). Diese Opferzahlen übertreffen die durch Schusswaffen oder Verkehrsunfälle in den USA bedingten Todesfälle. Der stärkste Anstieg wurde bei jüngeren (25–44 Jahre) weißen Männern mit nicht-hispanischer Abstammung festgestellt (ebd.).

Sowohl aus sicherheitspolitischer Sicht als auch aus Aspekten der gesundheitlichen und sozialen Fürsorge stellt sich deshalb die Frage, ob der in den USA beobachtbare Trend eines steigenden Heroinabusus auf Europa bzw. Österreich übergreifen kann und welche Faktoren eine derartige Entwicklung möglicherweise beeinflussen. Ebenso ist es von hoher sicherheitspolitischer Bedeutung, inwieweit ein Trend zum illegalen Konsum von synthetischen Opioiden zusätzlich oder als „Marktkonkurrenz“ zu Heroin beobachtet werden kann.

Quelle: Ditrich/Obermaier

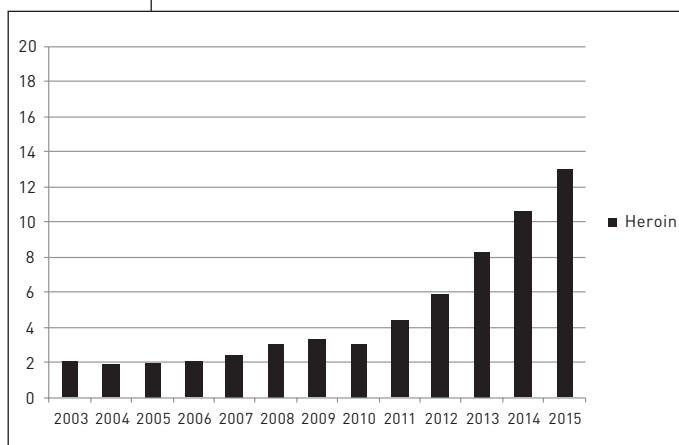


Abb. 1a: Herointote (ICD-10 code T40.1) in den USA pro 100.000 Einwohner/Jahr

**METHODEN**

Die statistischen Daten für die USA wurden aus den veröffentlichten Mortalitätsstatistiken des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (NHI 2016) und für das Jahr 2015 aus Rudd/Seth u.a. (Rudd/Seth et al. 2016) entnommen. Die Zahlen für Österreich wurden aus dem jährlich veröffentlichten Epidemiologiebericht Drogen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2012–2016) und der Bevölkerungsstatistik/Einwohnerzahl der Statistik Austria der betreffenden Jahre berechnet. Verglichen wurden die in der

International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10) (BMG 2013), codierten Gesundheitsschäden durch Heroin (T40.1), natürliche und sonstige (semi-synthetische) Opioide (T40.0, T40.2), Methadon (T40.3) und (sonstige) synthetische Opioide (T40.4), soweit erhoben.

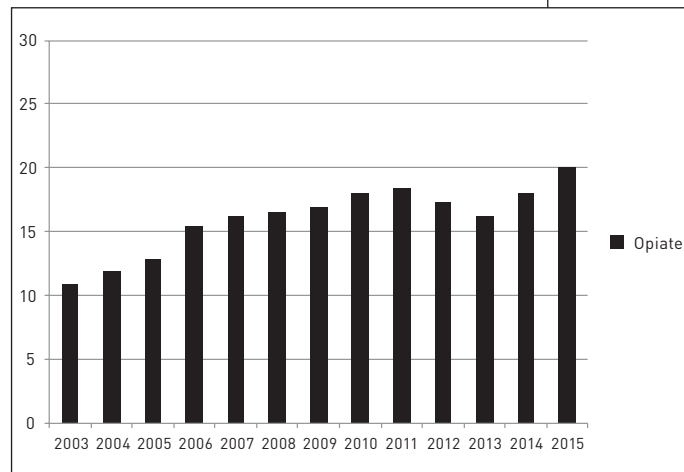
## USA

Opioidhaltige Schmerzmittel gehören in den USA zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten (z.B. Volkow/McLellan 2016). Eine direkte Konsequenz daraus ist die relativ hohe Zahl an Opfern von Überdosierungen (siehe Abbildung 1b).

Ein Vergleich der Ausgangszahlen zeigt, dass in den USA schon vor dem starken Anstieg der Inzidenz pro 100.000 Einwohner 6,2 (2000) bzw. 10,1 (2005) an Opioid-Analgetika und/oder Heroin Verstorbene festgestellt worden sind (NHI 2016).

Hierzu ist anzumerken, dass in den USA die absolute Zahl der Todesfälle durch opioidhaltige Schmerzmittel ungeachtet bestehender ärztlicher Verschreibung/Beobachtung schon vor 2010 stets höher als jene durch Heroinabusus war (siehe Abbildung 1c). Der wichtigste Grund hierfür ist wahrscheinlich die höhere Prävalenz/Inzidenz, also dass mehr Konsum dieser Analgetika auch das Risiko von Überdosierungen vergrößert. Ebenfalls könnten methodische Verbesserungen der Erfassung von Todesursachen über den Berichtszeitraum hinweg einen Einfluss haben. Als weitere Faktoren könnten sich auch eine höhere Dunkelziffer bei Heroin-Drogentoten auswirken, sowie die durch illegale Produktion bzw. Konsum von illegal produzierten synthetischen Opioiden (in den USA besonders Fentanyl und Tramadol) bedingte Unschärfe. Bei letzteren Substanzen ist es zur Bestimmung der Todesursache meist nicht möglich, zwischen (letaler) Überdosis von ärztlich verordne-

Quelle: Ditrich/Obermaier

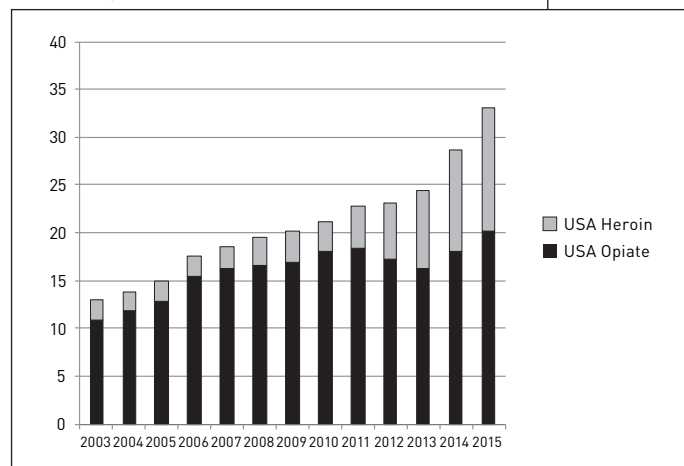


**Abb. 1b: Todesfälle durch Opioide (ICD-10 codes T40.2 sonstige Opioide + Methadon T40.3 + synthetische Opioide T40.4) in den USA pro 100.000 Einwohner/Jahr**

ten Schmerzmitteln und missbräuchlich aufgenommenen Drogen zu unterscheiden (s.a. Rudd/Seth et al. 2016; Rudd/Aleshire et al. 2016).

Der markante Anstieg von Todesfällen in Verbindung mit Heroinkonsum ab ca. 2011 in den USA wird – wie erwähnt – besonders in der Gruppe weißer junger Männer mit nicht-hispanischer Abstammung wahrgenommen. In dieser Gruppe beträgt der Anstieg an Todesfällen in den Jahren 2000–2014 mehr als das Sechsfache (NHI

Quelle: Ditrich/Obermaier



**Abb. 1c: Heroin- und opioidbedingte Todesfälle in den USA pro 100.000 Einwohner/Jahr**

2016; s.a. Rudd/Seth et al. 2016; Mariani 2015; Warner et al. 2016; Hedegaard et al. 2015; Hedegaard/Warner 2016).

Die Gründe für den beobachteten Anstieg bei Konsum und Todesfällen werden in der Literatur zum Teil kontrovers diskutiert. Zunächst scheint ein Sinken des Straßenpreises für Heroin (Unick et al. 2014) eine generelle Verstärkung des Konsums zu bedingen. In Verbindung dazu ist der Preis für opioidhaltige Medikamente relativ hoch (z.B. Oxycodon als Genericum – 20 Tabletten à 10mg = 30–60 US-\$, entsprechend einem Grammpreis von 150–300 US-\$) (Goodrx 2017). Aus verschiedenen Berichten von Konsumenten können die leichtere Verfügbarkeit und niedrigeren Kosten von Heroin im Vergleich zu opioidhaltigen Medikamenten als Beweggründe für den Umstieg abgeleitet werden (z.B. NIDA 2015a; NIDA 2015b).

Ein zusätzlicher, paradoxer Effekt könnte auch durch die verstärkten Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen im medizinischen Bereich entstanden sein. Die seit einigen Jahren zunehmenden Bemühungen, die Kontrolle bei der ärztlichen Verschreibung opioidhaltiger Schmerzmittel zu verstärken (The White House 2015), hat offenbar in einigen Fällen wegen der schwierigeren legalen Beschaffung ein zusätzliches Motiv für den Umstieg auf Heroin geschaffen (z.B. Cicero et al. 2014; Huecker/Shoff 2014; Volkow/McLellan 2016). Ein Umstieg größerer Personengruppen auf Heroin könnte sogar – neben anderen Faktoren – auch einen dämpfenden Effekt auf den Verbrauch bzw. Absatz von opioidhaltigen Schmerzmitteln haben, da dieser in den untersuchten Jahren 2011 bis 2013 stagniert (siehe Abbildung 1b, Seite 45; siehe z.B. Dart et al. 2015; Levy et al. 2015). Schätzungen deuten darauf hin, dass vier von fünf Heroinabhängige in den USA zunächst von Schmerzmitteln

abhängig waren (z.B. Muhurthi et al. 2013; ASAM 2017).

Die ärztliche Abgabep Praxis opioidhaltiger Schmerzmittel in den USA war über lange Zeit vergleichsweise wenig geregelt. Insbesondere war es relativ einfach möglich, Rezepte für opioidhaltige Schmerzmittel simultan von mehreren Ärzten zu bekommen (doctor hopping), da kein zentrales Register der Verschreibungen eingerichtet war. Bedingt durch die hohe Rate an Überdosierungen, wurden verstärkt Maßnahmen zur Administration und Regulierung des Umgangs mit Opioiden durch eine Initiative des Weißen Hauses angeregt (The White House 2015; NIDA 2015c) und schließlich 2016 ein Bundesgesetz beschlossen (Senate and House of Representatives of the United States of America in Congress 2017). Zentrale Register (Prescription Monitoring Program – PMP) wurden in 49 der US-Bundesstaaten implementiert (Status März 2016) (INCB 2017; s.a. Gomes et al. 2014; Rutkow et al. 2015).

Das medizinische Versorgungssystem in den USA ist in seinen allgemeinen Grundzügen primär gewinnorientiert. Aus dem Blickwinkel von Patienten führt dies – im Sinne der zuvor genannten ökonomischen Überlegungen – möglicherweise zu einer Tendenz, opioidhaltige Schmerzmittel durch das billigere Heroin zu ersetzen. Aus der Sicht von Erzeugern der Pharmaka, Klinikbetreibern und Ärzten ist dagegen ein hoher Absatz der Produkte und Leistungen erwünscht. Dies führte unter anderem zur Einrichtung spezieller Schmerzkliniken (pain clinics), die bezeichnenderweise im Volksmund dann häufig auch als „pill mills“ bezeichnet wurden. Die Verschreibungspraxis dieser Institute und von bestimmten Ärzten scheint Berichten zufolge eher großzügig gewesen zu sein (McGreal 2016). So wird erklärbar, dass mehr als  $\frac{2}{3}$

aller erwachsenen Amerikaner angaben, zumindest einmal im Leben opioidhaltige Schmerzmittel genommen zu haben (28 % im Lauf des letzten Jahres) (Barry et al. 2016).

Seit einigen Jahren wurden Maßnahmen zur Verminderung des Konsums opioidhaltiger Schmerzmittel getroffen (Huecker/Shoff 2014; Dowell et al. 2016). So wurden Aufklärungs- und Schulungsprogramme für Ärzte und Patienten, die Änderung der Rezeptur einiger Zubereitungen und Kontrollmaßnahmen für die Verschreibung implementiert (Levy et al. 2015; Rutkow et al. 2015; s.a. Huecker/Shoff 2014; CDC 2017; Cicero et al. 2012). Die verstärkte Kontrolle bzw. Schließung von „pill mills“ führte zu einem unmittelbaren Anstieg von Überdosen durch Heroin und andere Opiate wie Fentanyl/Heroin-Mixturen (Hall 2013). Der mögliche Einfluss staatlicher Kontrollmaßnahmen in Verbindung mit medizinischer Verschreibung opioidhaltiger Schmerzmittel auf die Umsteigrate zu Heroin wird nach wie vor kontrovers diskutiert (z.B. Gotbaum 2015; Compton et al. 2016). Es ist jedoch verringerter Zuwachs bzw. relativ konstanter Missbrauch opioidhaltiger Schmerzmittel bei starkem gleichzeitigem Anwachsen des Heroinkonsums zu beobachten (Hedegaard et al. 2017; Chang et al. 2016; s.a. Barry et al. 2016).

Ein möglicher gegenläufiger bzw. dämpfender Trend könnte auf einen simultan ablaufenden Verdrängungseffekt durch steigenden Konsum von synthetischen Drogen zurückzuführen sein (darunter z.B. Fentanyl, Buprenorphin [vergl. EMCDDA 2016]). Abgesehen von Rezeptbetrug und Diebstahl aus legalen Quellen, wird der Missbrauch synthetischer Opioide auch durch illegale Importe (z.B. Whalen/Spegele 2016) und die gleichfalls illegale Synthese dieser Substanzen in Privatlabors beeinflusst. Detaillierte Daten zu diesem

Problemkomplex fehlen jedoch weitgehend.

Produktion und Handel illegaler Substanzen stellen einen bedeutenden (Schatten-)Wirtschaftsfaktor dar. Die jährlichen Ausgaben für Heroin für die Jahre 2000 bis 2010 in den USA werden mit 23 bis 27 Milliarden US-\$ geschätzt (Rand Corporation 2014). Hinzu können noch Kosten für Produktivitätseinbußen, Beschaffungskriminalität, medizinische und soziale Leistungen etc. gerechnet werden (siehe dazu z.B. Mark et al. 2001). Das globale Handelsvolumen für Heroin wurde auf 55 Milliarden US-\$ geschätzt (UNODC 2010, 37; s.a. UNODC 2017, 22 ff). Dieses Kapital zirkuliert mutmaßlich nicht nur in illegalen Märkten, sondern beeinflusst (nach erfolgter Geldwäsche) auch die allgemeine Wirtschaft.

Aus der Extrapolation der statistischen Trends für die USA kann geschlossen werden, dass zumindest in den nächsten Jahren eine weitere Steigerung sowohl des legalen wie illegalen Konsums opioidhaltiger Schmerzmittel als auch von Heroin – wiewohl in unterschiedlichem Ausmaß – erfolgen wird.

## ÖSTERREICH/EUROPA

Der in den USA beobachtete Umstieg auf das – zumindest im illegalen Handel – im Vergleich zu den opioidhaltigen Medikamenten deutlich billigere Heroin ist ein Risikofaktor, dessen Aspekte für den Europäischen Markt bisher wenig untersucht sind. Für das Vereinigte Königreich wurde jedoch ein ähnlicher Trend auf niedrigerem Niveau schon 2014 postuliert (Weisberg et al. 2014; s.a. Hedegaard/Warner 2016).

Trotz zahlreicher nationaler Unterschiede in Drogenpolitik und Bekämpfungsstrategien innerhalb Europas, sind einige grundlegende Unterschiede zu den

in den USA beobachteten Entwicklungen evident (Novak et al. 2016; s.a. EMCDDA 2017b; INCB 2017). Das System der medizinischen Versorgung in den europäischen Staaten ist von Grundsätzen der sozialen Fürsorge geprägt – wenn auch national in jeweils unterschiedlichem Ausmaß. Ungeachtet der natürlich auch in Europa bestehenden ökonomischen Interessen von Erzeugern pharmazeutischer Produkte, Klinikbetreibern und Ärzten, besteht bereits länger als in den USA ein generell wesentlich höheres Niveau an staatlicher Kontrolle im Umgang mit Substanzen mit Suchtgefährdung. So wird beispielsweise „doctor hopping“ – das Aufsuchen verschiedener Ärzte, um mehrere Rezepte zu erlangen – in Österreich durch die bestehenden Meldepflichten bei Verschreibung opioidhaltiger Pharmazeutika zumindest mittelfristig erkennbar.

Wird die sichergestellte Menge an Heroin als Maßstab für den Konsum angenommen, so zeigt sich für Europa ein generell leicht abnehmender Trend mit deutlicher Variabilität bezogen auf Beobachtungsjahr und Nation. Ebenfalls scheint eine Tendenz zu steigender Reinheit und sinkendem Preis für Heroin zu bestehen. Synthetische Opiode spielen bei Aufgriffen in Europa

nur eine quantitativ verschwindend geringe Rolle. Gemessen daran erscheint der angegebene Konsum von synthetischen Opioiden bei Befragung von therapeutisch betreuten Patienten relativ hoch (EMCDDA 2017a). Als möglicher Grund für dieses Phänomen könnte die lokale Verfügbarkeit von Versorgungsquellen (z.B. illegale Labors oder ungenügend gesicherte Depots) eine Rolle spielen.

Der Verbrauch an Opiaten und Opioiden (inkl. Heroin) ist in Österreich relativ hoch. Österreich befindet sich im europäischen Vergleich im obersten Quartil (s.a. EMCDDA 2017a). Ungeachtet dessen werden (und wurden) die für die USA erhobenen Werte bei weitem unterschritten.

Umfangreiche statistische Daten werden in dem durch das Bundesministerium für Gesundheit jährlich veröffentlichten „Epidemiologiebericht Drogen“ und den „Berichten zur Drogensituation“ veröffentlicht. In diese Berichte fließen sowohl Gesundheitsdaten als auch polizeiliche Aufgriffe ein. Ein Überblick über die Daten der letzten Jahre zeigt eine rückläufige Entwicklung der Mortalität in Verbindung mit Opiaten (siehe Abbildung 2).

Die Opferzahlen bei opioidhaltigen Medikamenten (inkl. Methadon) sind im Betrachtungszeitraum relativ konstant bzw. leicht rückläufig. Ein Zusammenhang mit der Häufigkeit der Verschreibung von opioidhaltigen Medikamenten und der diesbezüglichen Mortalität ist aus den statistischen Daten nicht abzuleiten – und zwar obwohl diese Medikamente relativ häufig verordnet werden (z.B. Scheringer et al. 2016). Die Zahl der Heroinopfer ist im Verlauf der Jahre in Österreich gleichfalls tendenziell rückläufig. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass die absoluten Zahlen so gering sind, dass der statistische Schwankungsbereich einen übergroßen Einfluss auf die Darstellung hat. Auch Schwan-

Quelle: Ditrich/Obermaier

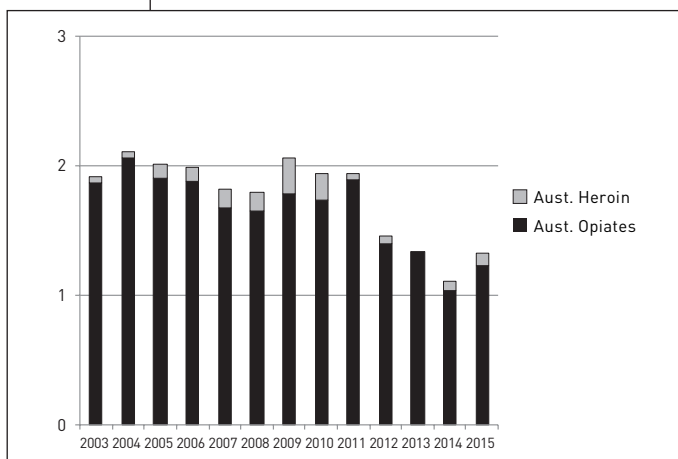


Abb. 2: Heroin- und opioidbedingte Todesfälle in Österreich pro 100.000 Einwohner/Jahr

kungen im Substanzgehalt von Heroin im Straßenhandel scheinen laut einer Studie zumindest im Raum von Wien keinen Einfluss auf die Mortalität zu haben (Risser et al. 2007).

Die Preisentwicklung von Heroin auf dem Schwarzmarkt ist naturgemäß schwierig mit validen Daten zu belegen, scheint jedoch seit Jahren relativ stabil zu sein (UNODC 2015). Im internationalen Vergleich können die Preisunterschiede dagegen beträchtlich sein und reichen von 2 US-\$/g (Kenia) bis 1.330 US-\$/g (Brunei). Die Schwarzmarktpreise in den USA betragen ca. 100–200 US-\$/g und in Österreich 97,3 US-\$/g (Havocscope 2016). Der Straßenpreis für Heroin von durchschnittlicher Qualität (ca. 12 % Reinheit) liegt in Österreich ungefähr bei 50–60 €/g (Weigl et al. 2016; Stemberger 2017).

Ein statistisch erfassbares Ausweichen von (Opioid-)Schmerzmitteln zu Heroinkonsum kann in Österreich nicht beobachtet werden (Stemberger 2017). Eine solche Vorgangsweise würde zumindest aus ökonomischen Gesichtspunkten auch als wenig sinnvoll erscheinen, da medizinisch indizierte Opioide/Opiate, abgesehen von einem minimalen Eigenanteil, über das Sozialversicherungssystem bezahlt werden und daher kein Anreiz zum Umstieg aus Kostengründen besteht. Es erscheint zumindest plausibel, dass deshalb, weil durch die öffentliche Sozial- bzw. Krankenversorgung die Medikamentenkosten bei (u.a.) Schmerztherapien weitgehend von Versicherungsleistungen abgedeckt werden, zumindest keine ökonomische Motivation besteht, auf billigere Drogen wie Heroin auszuweichen.

Welche Menge der medizinisch indizierten Opioide zu nichtmedizinischen Zwecken verwendet wird, betrifft ein typisches Dunkelfeld und ist daher schwer

abschätzbar. Ein gewisser Schwarzmarkt ist naturgemäß unvermeidlich, aber eine Extrapolation der aufgegriffenen Mengen deutet darauf hin, dass von den in Frage kommenden Substanzen am ehesten Methadon aus Substitutionsbehandlungen in den illegalen Handel gelangt. Quantitativ ist dieser Effekt allerdings mit ca. 8 % der Gesamt-Opiataufgriffe in Europa eher gering (vergl. EMCDDA 2017a).

Sowohl in den USA als auch in Europa (und allen anderen Staaten) ist die Verfügbarkeit von adäquaten medizinischen Notfallmaßnahmen, insbesondere der Naloxonbehandlung, ein Parameter mit wesentlichem Einfluss auf die Mortalität bei Überdosierungen, sowohl bei Heroin als auch für Opioide. Obwohl die notfallmedizinische Praxis länderspezifische Unterschiede aufweist, erklärt dies nicht, dass auch bei vergleichsweise relativ hohem Konsum an opioidhaltigen Medikamenten in Österreich die Fälle tödlicher Überdosierungen im Vergleich zu den USA wesentlich niedriger sind.

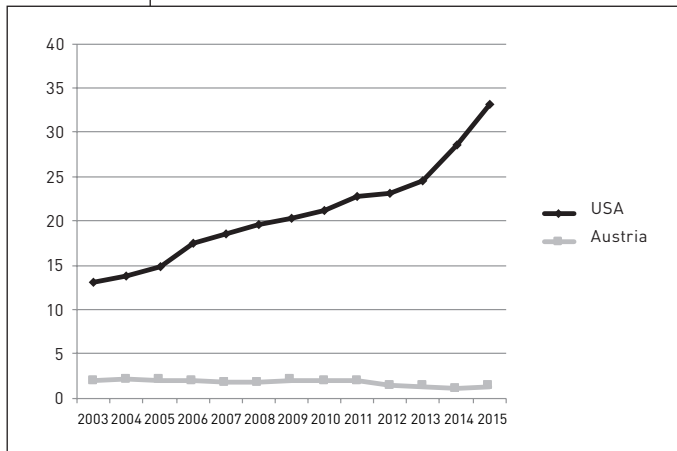
Im Vergleich ist festzustellen, dass die Wahrscheinlichkeit, an den Folgen von Opiatkonsum zu sterben (Opioide, Methadon und Opiate gemeinsam), in den USA etwa fünfzehn (2012) bis dreißig (2015) Mal höher ist als in Österreich oder vergleichbaren EU-Staaten. Wie anfangs erwähnt, überschreitet die Mortalität in Verbindung mit Opiaten in den USA die durch Verkehrsunfälle oder Schusswaffengebrauch bedingte (Kochanek et al. 2016).

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Um die soziale und Gesundheitsproblematik abzuschätzen und Grundlagen für politisches Handeln zu liefern, werden Bevölkerungsbefragungen, die subjektive Verbesserungen oder Verschlechterungen der Drogensituation abbilden sollen,



Quelle: Dittrich/Obermaier



**Abb. 3: Opiatbedingte Todesfälle (gesamt) in USA und Österreich pro 100.000 Einwohner/Jahr**

durchgeführt (z.B. Feistritzer 2015). Diese Daten bilden die jeweilige Meinungslage der Bevölkerung ab, sind jedoch darüber hinaus wenig aussagekräftig, da nicht festgestellt werden kann, inwieweit die Befragten mit der tatsächlichen aktuellen und historischen Entwicklung der Drogensituation (unabhängig von Medientrends) bzw. der vergleichbaren Entwicklung in anderen Staaten, vertraut sind.

Insgesamt scheint es, als würde die derzeit in Europa geübte Kombination aus Präventions-, Repressions- und Therapiemaßnahmen, bei allen bestehenden nationalen Unterschieden, auf Opiatabusus und -mortalität dämpfend wirken, wobei die bei der Stagnation bzw. Verminderung der Inzidenz in Österreich tatsächlich wirkenden Mechanismen nicht ausreichend durch belastbare Studien belegt werden können. Europaweit scheint der Trend dahin zu gehen, dass die Konsumenten von Heroin (und anderer Opiate) zunehmend altern und nur relativ wenige neue Konsumenten dazu kommen (vergl. EMCDDA 2017a).

Die Verstärkung repressiver Maßnahmen, etwa vergleichbar dem bereits durch die Präsidenten Nixon und Reagan prokla-

mierten „war on drugs“, scheinen im Lichte der Daten aus den USA nicht effizient zu sein. Eine solche „Politik der Härte“ beinhaltet unter anderem den forcierten Einsatz von paramilitärisch und/oder geheimdienstlich strukturierten polizeilichen Sondereinheiten und lange Gefängnisstrafen, auch für relativ geringe Drogendelikte. Während vermutlich nicht alle dieser Maßnahmen in den USA ohne positive Auswirkungen geblieben sind, zeigt der statistische Trend dennoch die mangelnde Effizienz dieser Strategie im Sinne von Verhütung der Opiatabhängigkeit bzw. -mortalität. Es sind dagegen die teilweise Eskalation der Gewalt in Verbindung mit Drogenhandel und überproportional hohe Insassenzahlen von Gefängnissen zweifellos wenig wünschenswerte Konsequenzen. Sowohl im Hinblick auf Kosteneffizienz als auch auf die Gewährleistung sozial verträglicher Präventions- und Schutzmaßnahmen, erscheint daher die Aufrechterhaltung bzw. der Ausbau von therapeutischen Angeboten und Resozialisierungsmaßnahmen in Verbindung mit der Aufklärung gefährdeter Gruppen wirksamer (und ökonomischer – s.a. Rand Corporation 2014; UNODC 2017, 22 ff) als die Verschärfung des Repressionsdrucks seitens der Exekutive.

Es ist möglich, dass nationale Unterschiede in den Kontrollmaßnahmen und/oder unterschiedliche lokale Präferenzen von Rauschmitteln eine Auswirkung auf die Qualität und Quantität des Drogenkonsums haben. Solche Unterschiede bestehen zweifellos, die detaillierte Untersuchung der maßgeblichen Faktoren führt jedoch weit über das gegenständliche Thema hinaus. Es war beispielsweise „Crack“ (Kokain-Hydrogencarbonat) in den USA Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre stark verbreitet, in Europa dagegen vergleichsweise nur von geringer Bedeutung

(vergl. z.B. Spiegel 1989). Deutliche Unterschiede zwischen den USA und vielen europäischen Staaten sind auch in der Alkoholprävalenz festzustellen (wesentlichste Ausnahmen: Irland, GB und Norwegen – vergl. Winstock et al. 2016). Ein generell liberalerer Umgang mit Alkohol, somit ein gegenseitiger „Verdrängungseffekt“ der Rauschmittel, könnte als Hypothese für die deutlich niedrigere Inzidenz bei Opiaten in Österreich (und Europa) im Vergleich mit den USA angenommen werden. Ein nennenswertes Aufkommen

bei synthetischen Opioiden scheint derzeit nur in wenigen baltischen Staaten und dem Vereinigten Königreich zu bestehen. Insofern werden, bei bestehender Notwendigkeit zu genauer Beobachtung der Szene, alarmistisch konnotierte Befürchtungen (vergl. z.B. EMCDDA 2017a) bei der Beurteilung der europäischen Drogensituation nicht durch reale Daten gestützt – in den USA bestehende Trends müssen nicht notwendigerweise auch auf Europa übergreifen.

#### Quellenangaben

ASAM [American Society of Addiction Medicine] (2017). *Opioid Addiction 2016 Facts & Figures*, Online: <https://www.asam.org/docs/default-source/advocacy/opioid-addiction-disease-facts-figures.pdf> (25.04.2017).

Barry, C. et al. (2016). *Understanding Americans' views on opioid pain reliever abuse*, *Addiction* (111), 85–93.

BGBI. Nr. 531/1978. *Einziges Suchtgiftkonvention 1961 samt Anhängen sowie Erklärung der Republik Österreich zu Artikel 36 und Protokoll, mit dem die Einziges Suchtgiftkonvention 1961 abgeändert wird.*

BGBI. I Nr. 112/1997. *Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG).*

BMG [Bundesministerium für Gesundheit/ÖBIG] (2012–2016). *Epidemiologiebericht Drogen (2012–2016), Annexe, 2012/2013, 2014, 2015, 2016*, Wien, Online: <http://www.goeg.at> (21.04.2017).

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2013). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – BMG-Version 2014*, Wien.

Busch, M. et al. (2016). *Epidemiologiebericht Sucht 2016*, Wien, 13.

CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2017). *Prescription Drugs*, Online: <http://www.cdc.gov/phlp/publications/topics/prescription.html> (25.04.2017).

Chang, H.-Y. et al. (2016). *Impact of prescription drug monitoring programs and pill mill laws on high-risk opioid prescribers: A comparative interrupted time series analysis*, *Drug Alcohol Depend* (165), 1–8.

Cicero, T. et al. (2012). *Effect of abuse-deterrent formulation of Oxycontin*, *N. Engl. J. Med.* (367), 187–189.

Cicero, T. et al. (2014). *The changing face of heroin use in the United States: a retrospective analysis of the past 50 years*, *JAMA Psychiatry* (71), 821–826.

Compton, W. et al. (2016). *Relationship between nonmedical prescription-opioid use and Heroin use*, *N. Engl. J. Med.* (374), 154–163.

Dart, R. et al. (2015). *Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States*, *N. Engl. J. Med.* (372), 241–248.

Dowell, D. et al. (2016). *CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain, United States*, *JAMA* (315), 1624–1645.

EMCDDA [Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht] (2016). *Europäischer Drogenbericht 2016 – Trends und Entwicklungen*, Luxemburg, 52.

- EMCDDA [Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht] (2017a). *Europäischer Drogenbericht 2017 – Trends und Entwicklungen*, Luxemburg, 57 ff.
- EMCDDA [European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction] (2017b). *Austria Country Report 2017*, Luxembourg, 4.
- Feistritzer, G. (2015). *Suchtmittel-Monitoring 2015, Bevölkerungsbefragung Wien*, Wien.
- Gomes, T. et al. (2014). *Impact of legislation and a prescription monitoring program on the prevalence of potentially inappropriate prescriptions for monitored drugs in Ontario: a time series analysis*, *CMAJ Open* (2), E256–E261.
- Goodrx (2017). *Opioids*, Online: <https://www.goodrx.com/opioids> (30.06.2017).
- Gotbaum, R. (2015). *DEA 'pill mill' crackdown may be causing an unintended consequence*, Online: <http://www.wbur.org/hereandnow/2015/08/04/pill-mill-crackdown.html> (12.04.2017).
- Hall, J. N. (2013). *The South Florida Report September 2013. Community epidemiology drug report*, Online: <http://cdn.trustedpartner.com/docs/library/UWBCCCommissionSubstanceAbuse2011/South%20Florida%20Drug%20Trends%20September%202013.pdf> (23.08.2017).
- Havocscope (2016). *Heroin prices*, Online: <http://www.havocscope.com/black-market-prices/heroin-prices/> (09.11.2016).
- Hedegaard, H. et al. (2015). *Drug-poisoning Deaths Involving Heroin: United States, 2000–2013*, *NCHS Data Brief* (190), 1–8.
- Hedegaard, H./Warner, M. (2016). *International comparisons of drug-related deaths*, *Injury Prevention* (22), A138–A139.
- Hedegaard, H. et al. (2017). *Drug overdose deaths in the United States, 1999–2015*, *NCHS data brief* (273), Hyattsville MD, 1–8.
- Huecker, M./Shoff, H. (2014). *The law of unintended consequences: Illicit for licit narcotic substitution*, *Western Journal of Emergency Medicine* (15), 561–563.
- INCB [International Narcotics Control Board] (2017). *Report of the International Narcotics Control Board 2016*, Vienna, 59.
- Kochanek, K. et al. (2016). *Final Data for 2014, National Vital Statistics Report* (65), 12 ff.
- Levy, B. et al. (2015). *Trends in opioid analgesic-prescribing rates by specialty, United States, 2007–2012*, *Am. J. Prev. Med.* (49), 409–413.
- Malloch-Brown, M. (2008). *Opium production in Afghanistan*, Wien, 972.
- Mariani, M. (2015). *Poison Pill*. *Pacific Standard*, Online: <https://psmag.com/poison-pill-d5eff7e7bcd> (25.04.2017).
- Mark, T. et al. (2001). *The economic costs of heroin addiction in the United States*, *Drug Alcohol Depend* (61), 195–206.
- McGreal, C. (2016). *How cracking down on America's painkiller capital led to a heroin crisis*, Online: <https://www.theguardian.com/science/2016/may/25/opioid-epidemic-prescription-painkillers-heroin-addiction> (12.04.2017).
- Muhurti, P. et al. (2013). *Associations of non-medical pain reliever use and initiation of heroin use in the United States*, *Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Data Review Aug. 2013*, Online: <http://www.samhsa.gov/data/> (20.06.2016).
- NHI [National Center for Health Statistics] (2016). *Health, United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities*, Hyattsville, MD, 132.
- NIDA [National Institute on Drug Abuse] (2015a). *Heroin use is driven by its low cost and high availability*. *Prescription Opioids and Heroin*, Online: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/prescription-opioids-heroin> (06.06.2017).
- NIDA [National Institute on Drug Abuse] (2015b). *Prescription opioid use is a risk factor for heroin use*. *Prescription Opioids and Heroin*, Online: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/prescription-opioids-heroin> (06.06.2017).
- NIDA [National Institute on Drug Abuse] (2015c). *Prescription Opioids and Heroin*, Online: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/relationship-between-prescription-drug-abuse-heroin-use/introduction> (20.06.2017).

- Novak, S. et al. (2016). Nonmedical use of prescription drugs in the European Union, *BMC Psychiatry* (16), 274–286.
- Rand Corporation (2014). *What America's users spend on Illegal Drugs: 2000–2010*, Santa Monica, CA, 36 ff.
- Risser, D. (2007). Is there a relationship between street heroin purity and drug-related emergencies and/or drug-related deaths? An analysis from Vienna, Austria, *J Forensic Sci.* (52), 1171–1176.
- Rudd, R./Aleshire, N. et al. (2016). Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths – United States, 2010–2014, *MMWR* (64), 1378–1382.
- Rudd, R./Seth, P. et al. (2016). Increased Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths – United States, 2010–2015, *MMWR* (65), 1445–1452.
- Rutkow, L. et al. (2015). Effect of Florida's prescription drug monitoring program and pill mill laws on opioid prescribing and use, *JAMA Intern Med* (175), 1642–1649.
- Scheringer, M. et al. (2016). *Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen*, Wien, 33 ff.
- Senate and House of Representatives of the United States of America in Congress (2017). *Comprehensive Addiction and Recovery Act of 2016*, Public Law, 114–198, Online: <https://www.congress.gov/114/plaws/publ198/PLAW-114publ198.pdf> (06.06.2017).
- Spiegel (1989). *Wie Crack Amerikas Innenstädte verheert*, *Spiegel Spezial* (1), Online: <http://www.spiegel.de/spiegel/spiegelspecial/d-52252331.htm> (21.07.2017).
- Stemberger, C. (2017). *Pers. Komm. Dr. Stemberger – Anton Proksch Inst.*, April 2017.
- The White House, Office of Press Secretary (2015). *Fact sheet: Obama administration announces public and private sector efforts to address prescription drug abuse and Heroin use*, Online: <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2015/10/21/fact-sheet-obama-administration-announces-public-and-private-sector> (25.04.2017).
- Unick, G. et al. (2014). The relationship between US heroin market dynamics and heroin-related overdose, 1992–2008, *Addiction* (109), 1889–1898.
- UNODC [United Nations Office on Drugs and Crime] (2010). *World drug report 2010 – 1.2 The global heroin market*, Vienna.
- UNODC [United Nations Office on Drugs and Crime] (2015). *World Drug Report 2015*, Vienna.
- UNODC [United Nations Office on Drugs and Crime] (2017). *World Drug Report 2017. Booklet 3*, Vienna.
- Volkow, N./McLellan, T. (2016). Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies, *N. Engl. J. Med.* (374), 1253–1263.
- Warner, M. et al. (2016). Drugs frequently involved in drug overdose deaths: United States, 2010–2014, *Natl. Vital Stat. Rep.* (65), 1–15.
- Weigl, M. et al. (2016). *Bericht zur Drogensituation 2015*, Wien, Online: [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen\\_Sucht/Drogen/Berichte\\_zur\\_Drogensituation\\_in\\_Oesterreich](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Drogen/Berichte_zur_Drogensituation_in_Oesterreich) (20.06.2017).
- Weisberg, D. et al. (2014). Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: Cautionary lessons, *Internat. J. Drug Policy* (25), 1124–1130.
- Whalen, J./Spegele, B. (2016). The Chinese connection fueling America's Fentanyl crisis. *Wall Street Journal*, June 23, Online: <https://www.wsj.com/articles/the-chinese-connection-fueling-americas-fentanyl-crisis-1466618934> (22.04.2017).
- Winstock, A. et al. (2016). *Global Drug Survey 2016, summary report*, Online: [www.globaldrugsurvey.com](http://www.globaldrugsurvey.com) (27.07.2016).