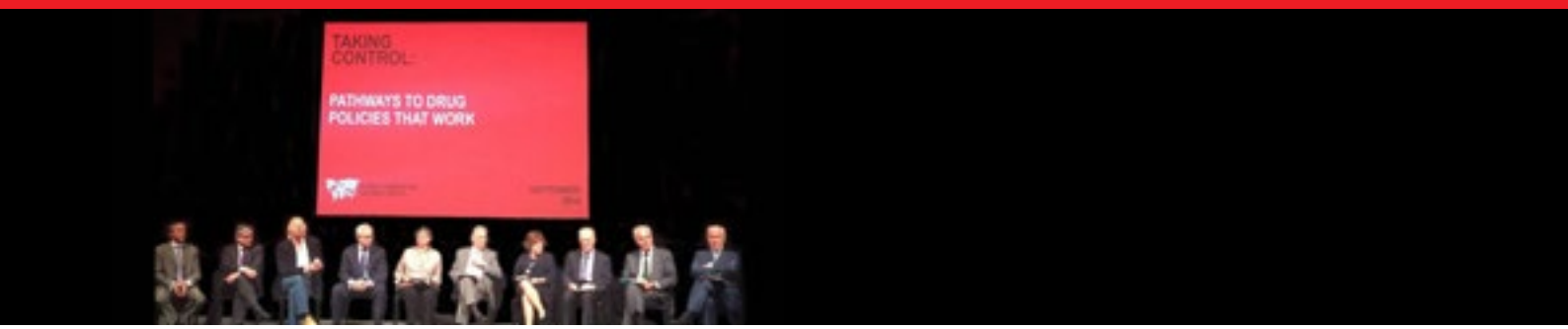
OKTOBER 2015

DIE VERHEERENDEN AUSWIRKUNGEN DER DROGENKONTROLLE AUF DIE VOLKSGESUNDHEIT:

DIE GLOBALE KRISE DER VERMEIDBAREN SCHMERZEN

WELTKOMMISSION
FÜR DROGENPOLITIK

MITGLIEDER DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK:



GCDP/September 2014.

Kofi Annan
Vorsitzender der Stiftung Kofi Annan Foundation und ehemaliger Generalsekretär der Vereinten Nationen, Ghana

Louise Arbour
Ehemalige UN-Hochkommissarin für Menschenrechte, Kanada

Pavel Bém
Ehemaliger Oberbürgermeister von Prag, Tschechische Republik

Richard Branson
Unternehmer, Aktivist für soziale Gerechtigkeit, Gründer der Virgin Group, Mitbegründer von The Elders, Vereinigtes Königreich

Fernando Henrique Cardoso
Ehemaliger Präsident von Brasilien *(Vorsitz)*

Maria Cattaui
Ehemalige Generalsekretärin der Internationalen Handelskammer, Schweiz

Ruth Dreifuss
Ehemalige Bundespräsidentin und Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern, Schweiz

César Gaviria
Ehemaliger Präsident von Kolumbien

Anand Grover
Ehemaliger UN-Sonderberichterstatter für das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit, Indien

Asma Jahangir
Menschenrechtsaktivistin, ehemalige UN-Sonderberichterstatterin über willkürliche, aussergerichtliche und summarische Hinrichtungen, Pakistan

Michel Kazatchkine
HIV/Aids-Sondergesandter der UN für Osteuropa und Zentralasien sowie ehemaliger Geschäftsführer des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, Frankreich

Alexander Kwaśniewski
Ehemaliger Präsident von Polen

Ricardo Lagos
Ehemaliger Präsident von Chile

Olusegun Obasanjo
Ehemaliger Präsident von Nigeria

George Papandreou
Ehemaliger Ministerpräsident von Griechenland

Jorge Sampaio
Ehemaliger Präsident von Portugal

George Shultz
Ehemaliger Aussenminister, Vereinigte Staaten *(Ehrenvorsitz)*

Javier Solana
Ehemaliger Generalsekretär für die Gemeinsame Aussen- und Sicherheitspolitik der Europäischen Union, Spanien

Thorvald Stoltenberg
Ehemaliger Aussenminister und UN-Hochkommissar für Flüchtlinge, Norwegen

Mario Vargas Llosa
Schriftsteller und Intellektueller, Peru

Paul Volcker
Ehemaliger Vorsitzender der Notenbank der Vereinigten Staaten und des Economic Recovery Board, Vereinigte Staaten

Ernesto Zedillo
Ehemaliger Präsident von Mexiko

© Sven Torfinn für die Open Society Foundations

KURZFASSUNG

Das internationale Drogenkontrollsystem verschärft die globale Krise des ungerechten Zugangs zu kontrollierten Medikamenten. Weltweit haben geschätzte 5,5 Milliarden Menschen nur beschränkten oder keinen Zugang zu opiumhaltigen Schmerzmitteln wie Morphin, was rund um den Globus zu unnötigem Schmerz und Leid führt. Bei der letzten Schätzung wurden 92 Prozent der weltweiten Morphin-Versorgung von nur 17 Prozent der Weltbevölkerung verbraucht, hauptsächlich auf der nördlichen Halbkugel.

Die Hauptbetroffenen sind Krebs- und Aidspatienten im Endstadium sowie gebärende Frauen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass mehrere zehn Millionen Menschen jährlich unter ungemilderten Schmerzen leiden, weil sie keinen Zugang zu kontrollierten Medikamenten haben. Ausserdem hat weltweit nur ein Bruchteil der Menschen, die Drogen spritzen, Zugang zu kontrollierten Medikamenten für die Behandlung von Opiod-Abhängigkeit.

Die internationale Drogengesetzgebung und die Menschrechtsbestimmungen verpflichten die Staaten, ihrer Bevölkerung den Zugang zu kontrollierten Medikamenten zu garantieren; jegliche Einschränkung verletzt das Recht auf Gesundheit. Obwohl zahlreiche Faktoren den Zugang erschweren, wie schwache Gesundheitsversorgungssysteme oder unzulänglich ausgebildetes medizinisches Personal, ist das internationale Drogenkontrollsystem verantwortlich für das Aufrechterhalten einer anhaltenden Unterversorgung von kontrollierten Medikamenten.

Der Mangel entsteht, weil Regierungen und UN-Gremien Handelsumlenkungen für illegale Zwecke verhindern wollen und dies über den Zugang für medizinische oder wissenschaftliche Zwecke stellen. Das Internationale Suchtstoffkontrollamt (INCB) und das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) müssten das illegale Abzweigen unterbinden und gleichzeitig den Zugang sicherstellen, haben aber bis anhin das erstere begünstigt. Auch auf nationaler Ebene wird bei der Drogenkontrolle überwiegend strafrechtlich vorgegangen, anstatt einen gesundheitspolitischen Ansatz zu verfolgen. Das wirkt sich nachteilig auf den Zugang zu kontrollierten Medikamenten aus.

Einige Länder regulieren die Abgabe von kontrollierten Medikamenten derart streng – eine Massnahme, die mit den UN-Drogenübereinkommen zusammenhängt – dass Ärzte in einem Klima der Angst und rechtlichen Verunsicherung operieren müssen, real oder vermeintlich. Die Angst vor strafrechtlicher Verfolgung oder wegen Berufspflichtverletzung angeklagt zu werden, hält viele davon ab, kontrollierte Medikamente zu verschreiben. Dazu kommt, dass dieser Zustand die gesellschaftliche Haltung beeinflusst und stark zur Stigmatisierung von Menschen, die legal oder illegal kontrollierte Substanzen konsumieren, beiträgt.

INCB und UNODC haben erste Schritte unternommen, um weltweit einen gerechten Zugang zu erreichen. Das vermehrte Engagement der WHO in den letzten Jahren ist dabei ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Es gibt aber noch viel zu tun, bis der Schaden behoben ist, der durch die jahrzehntelange Fokussierung auf Handelsumlenkungen entstanden ist.

Immer mehr Staaten und UN-Gremien weisen auf den fehlenden Zugang zu kontrollierten Medikamenten hin. Wir kommen an einen entscheidenden Punkt, vor allem mit der bevorstehenden Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) zum Thema Drogen 2016. Es braucht jetzt eine neue weltweite Initiative und es müssen mehr Mittel an die WHO fliessen, damit sie den Kampf gegen den ungerechten Zugang zu kontrollierten Medikamenten führen kann. Ohne konkrete Massnahmen werden weiterhin Millionen von Menschen unnötig leiden.

EMPFEHLUNGEN

1 Staaten und UN-Gremien müssen die Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) zum Thema Drogen 2016 nutzen, um auf die grosse Versorgungslücke bei kontrollierten Medikamenten, vor allem opioidhaltigen Schmerzmitteln, aufmerksam zu machen und Massnahmen zu fordern. Über 75 Prozent der Weltbevölkerung hat beschränkten bis keinen Zugang zu solchen Medikamenten, was für Millionen unnötiges Leiden bedeutet. Es muss eingesehen werden, dass das internationale Drogenkontrollsystem den Zugang zu kontrollierten Medikamenten behindert.

2 Staaten müssen ihrer völkerrechtlichen Verpflichtung, der Bevölkerung den Zugang zu kontrollierten Medikamenten zu gewähren, nachkommen. Diese Verpflichtung ist implizit im Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen über Suchtstoffe enthalten und fest verankert im Recht auf den höchstmöglichen Gesundheitsstandard der internationalen Menschenrechtsbestimmungen.

3 UN-Drogenkontrollstellen und Staaten müssen anerkennen, dass die Drogenpolitik auf nationaler und internationaler Ebene dem Verhindern von Handelsumlenkungen von kontrollierten Substanzen mehr Gewicht verleiht als dem Zugang zu diesen Substanzen für medizinische Zwecke. Das hat weltweit schwerwiegende Folgen für die Volksgesundheit und Menschenrechte.

4 Der Behandlung von physischem und psychischem Schmerz muss eine hohe Priorität eingeräumt werden, indem der Zugang zu kontrollierten Medikamenten wie Opiaten für Schmerzbekämpfung, palliative Behandlungen, Narkosen, Abhängigkeit und alle anderen Leiden, gesichert wird. Die Staaten sind verpflichtet, ausreichende Mengen von diesen Medikamenten herzustellen oder zu importieren – vor allem jene auf der WHO-Liste der unentbehrlichen Medikamente – und gleichzeitig müssen WHO, UNODC und INCB den Regierungen die nötige technische und finanzielle Unterstützung zukommen lassen.

5 Regierungen müssen die nötigen Mittel für ein neues, von der WHO in Zusammenarbeit mit UNODC und INCB überwachtes internationales Programm zur Verfügung stellen, um dort einen angemessenen und erschwinglichen Zugang zu kontrollierten Medikamenten zu erreichen, wo er noch nicht besteht.

6 Vorrangig muss die Behandlung von Opioid-Abhängigkeit ausgeweitet werden, indem die Würde der Menschen respektiert und kontrollierte Medikamente wie Methadon und Buprenorphin (auf der WHO-Liste für unentbehrliche Medikamente aufgeführt) oder Diamorphin mit Rezept abgegeben werden können. Der WHO/UNODDC/UNAIDS-Leitfaden für Länder, die einen universellen Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung und Pflege für injizierende Drogenkonsumierende anstreben, kann als Unterstützung dienen. Staaten und die entsprechenden UN-Gremien müssen zusammenarbeiten, um das Scheitern vieler Länder, angemessene Opoid-Substitutionstherapien (OST) für Opioid-Abhängige einzuführen, anzugehen.

7 Landesregierungen sollten klare Pläne definieren, wie sie die Hürden zum Zugang zu kontrollierten Medikamenten beseitigen wollen. Hürden wie eine Drogenpolizei, die einen strafrechtlichen Ansatz verfolgt anstatt eines gesundheitspolitischen und den Menschenrechten verpflichteten; erschwerende nationale Gesetze; stigmatisierende Tendenzen in der Gesellschaft, die das Verschreiben von Opioiden für die Schmerzbekämpfung und zur Behandlung von Opioid-Abhängigkeit behindern; schlecht informierte Fachkräfte im Gesundheitswesen und bei den Regulierungsbehörden oder überhöhte Preise.

8 Das INCB muss vehementer gegen Länder vorgehen, die es konsequent versäumen, den Zugang zu kontrollierten Medikamenten zu gewähren. Es sollte die Zusammenarbeit mit Regierungen und Gesundheitsbehörden verstärken, um sicherzustellen, dass sie evidenzbasierte Schätzungen für ihren Bedarf an kontrollierten Medikamenten liefern.

9 Regierungen und UN-Drogenkontrollgremien sollten anerkennen, dass Lücken bestehen und Gelegenheiten verpasst wurden, was die medizinische Nutzung und Forschung von kontrollierten Substanzen, einschliesslich Cannabis, betrifft. Sie sollten die Drogenabkommen von 1961 und 1971 hinsichtlich der wissenschaftlichen Erkenntnisse neu überprüfen und den medizinischen Nutzen von kontrollierten Substanzen untersuchen, gemäss Empfehlungen des für Drogenabhängigkeit zuständigen Expertenausschusses (ECDD) der WHO.

10 Die Vereinten Nationen und die internationale Gemeinschaft müssen den unzureichenden Zugang zu kontrollierten Medikamenten dringend angehen, und zwar weltweit und mit hoher Priorität. Die Nachfrage für diese Medikamente wird nicht von politischem Zweckdenken gesteuert, sondern von der allgemeinen Anfälligkeit des Menschen für Krankheit und Schmerz. Auf eine Einigung der Staaten in Sachen Drogenpolitikreform zu warten, ist inakzeptabel. Es muss jetzt gehandelt werden.

Photo © WHO/EURO/Gilles Reboux

"Überall auf der Welt, wo die Volksgesundheit in die Drogenkontrollarbeit einbezogen wird, werden positive Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesellschaft verzeichnet. Gleichzeitig werden Rechtsstaatlichkeit und Sicherheit gestärkt. Gesundheitsbasierte Ansätze, welche Drogenkonsumierende unterstützen, müssen Vorrang haben. Wir müssen den Zugang zu unentbehrlichen kontrollierten Substanzen sicherstellen."[1]

Jan Eliasson, stellvertretender UN-Generalsekretär, 2015

Es braucht auf der ganzen Welt dringend einen verbesserten Zugang zu kontrollierten Medikamenten

Das internationale Drogenkontrollsystem verschärft die globale Krise des ungerechten Zugangs zu kontrollierten Medikamenten, was für Menschen rund um den Globus unnötige Schmerzen und Leiden bedeutet. Kontrollierte Medikamente werden in der Neurologie, Psychiatrie und Anästhesie gebraucht. Dieser Bericht wird sich eingehend mit der Situation des Zugangs für die Behandlung von Schmerzen und von Opioid-Abhängigkeit befassen.

Geschätzte 5,5 Milliarden Menschen – über 75 Prozent der Weltbevölkerung – haben nur beschränkt oder gar keinen Zugang zu opiumhaltigen Schmerzmitteln,[2] welche unter die Kontrolle des Eckpfeilers des Drogenkontrollsystems, des Einheits-Übereinkommens der Vereinten Nationen (UN) von 1961 über Suchtstoffe (Einheits-Übereinkommen) fallen. Im Fall von Morphin, eines der wichtigsten Schmerzmittel bei mittleren bis starken Schmerzen, werden 92 Prozent der weltweiten Versorgung von nur 17 Prozent der Weltbevölkerung verbraucht, hauptsächlich auf der nördlichen Halbkugel. 2014 waren starke Opioide und Opiate in über 150 Ländern praktisch nicht erhältlich.[3]

Medikamente aus Opioiden, oder die diese enthalten, sind nicht nur unentbehrlich in der Schmerzbehandlung, sondern auch bei Opioid-Abhängigkeit. Methadon und Buprenorphin werden vor allem in der Opioid-Substitutionstherapie (OST) eingesetzt, einer medizinische Behandlung für Menschen mit Opioid-Abhängigkeit, und unterstehen der Kontrolle der UN-Drogenabkommen.[4] Sie sind, wie Morphin, in der *WHO-Liste der unentbehrlichen Medikamente*,[5] aufgeführt. Landesregierungen und Institutionen orientieren sich bei Entscheidungen, welche Medikamente in die Gesundheitsversorgung aufgenommen werden, an dieser Liste.

Das Einheits-Übereinkommen bestätigt im Vorwort den „weiterhin unverzichtbaren Einsatz von unter dem Einheits-Übereinkommen kontrollierten Substanzen zur Schmerzbekämpfung und Leidensminderung" und fordert, „entsprechende Massnahmen zu treffen zur Sicherstellung ihrer Verfügbarkeit".[6] Trotzdem haben zahlreiche Länder die Vorgabe nicht erfüllt. Die Angst vor Abhängigkeit und vor Handelsumlenkungen in den Schwarzmarkt ist stärker als das Interesse an der medizinischen Verfügbarkeit. Dies, obschon die wenigen Untersuchungen gezeigt haben, dass unter Patienten ohne vorgängigen Substanzenmissbrauch, die mit opioidhaltigen Schmerzmitteln behandelt wurden, gerade 0,43 % ihre Medikamente missbrauchten und nur 0,05 % eine Abhängigkeit entwickelten.[7]

In den Vereinigten Staaten, dem weltweit grössten Verbraucher opioidhaltiger Schmerzmittel, herrscht Besorgnis über den Anstieg von Todesfällen von 1999 bis 2011 wegen Missbrauch dieser Medikamente,[8] was darauf schliessen lassen könnte, dass eine breitere Verfügbarkeit zu Missbrauch führt. Die neuere Forschung zeigt aber, dass der einzige gemeinsame Prädiktor für einen Missbrauch eine Suchterkrankung mit illegalen Substanzen in den letzten 12 Monaten ist.[9] Diese Erkenntnisse bestätigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Sucht oder eines

Missbrauchs klein ist, wenn in der Vergangenheit kein Substanzmissbrauch stattgefunden hat.

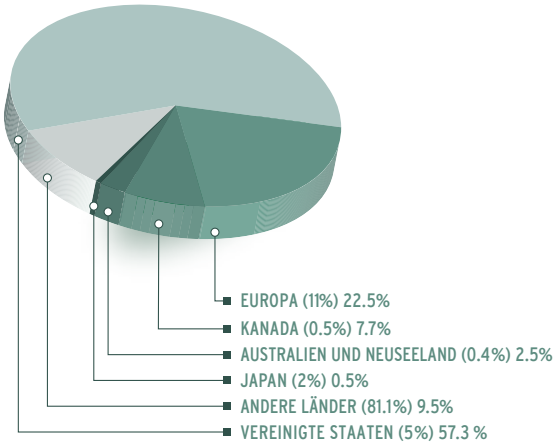
Das bedeutet, dass Menschen mit vorgängigem Drogenkonsum oder -missbrauch leider oft nur beschränkten Zugang zu opioidhaltigen Schmerzmitteln haben, aus Angst, sie könnten wieder abhängig werden. Diese Angst sollte nie eine Behandlung verhindern; opioidhaltige Schmerzmittel sollten bei klinischem Bedarf immer verschrieben werden.[10]

Der fehlende Zugang zu kontrollierten Medikamenten hat eine Gesundheits- und Menschenrechtskrise ausgelöst, unter der Millionen von Menschen leiden

Schmerzbekämpfung mit kontrollierten Medikamenten ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Betreuung für viele: Krebs- und Aidspatienten im Endstadium, gebärende Frauen, Menschen mit Unfallverletzungen oder Opfer von Gewalt. Mehr als zwei Drittel der Krebspatienten und die Hälfte der Patienten mit fortgeschrittenem HIV/Aids,[11] einschliesslich vieler ohne oder mit sehr spätem Zugang zu antiretroviraler Therapie (ART), werden mittelstarke bis starke Schmerzen entwickeln. Schmerzbekämpfung kann auch während Geburten oder während und nach Operationen notwendig sein.

ABBILDUNG 1:

MORPHIN: VERTEILUNG DES VERBRAUCHS 2013



Anmerkung: Die Prozentzahlen in Klammern beziehen sich auf den Anteil der Weltbevölkerung (d. h. der Gesamtbevölkerung aller rapportierenden Länder). Quelle: INCB

Die WHO schätzt, dass jährlich mehrere zehn Millionen Menschen unter ungemilderten Schmerzen leiden, weil sie keinen Zugang zu kontrollierten Medikamenten haben,[12] insbesondere zu Opiaten.

Zugang zu Palliativpflege – ein medizinisches Spezialgebiet, das die Leidensminderung und verbesserte Lebensqualität für Menschen mit unheilbaren Krankheiten zum Ziel hat – und zu opioidhaltigen Schmerzmitteln ist besonders wichtig für Krebspatienten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, weil sie oft erst in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium diagnostiziert

Was sind unentbehrliche kontrollierte Medikamente?

Völkerrechtlich kontrollierte Substanzen werden im Gesundheitswesen routinemässig in den verschiedensten medizinischen Bereichen eingesetzt, z. B. in der Schmerzbekämpfung, Anästhesie, Behandlung von Drogenabhängigkeit, Geburtshilfe, Psychiatrie, Neurologie und Palliativpflege. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zwölf völkerrechtlich kontrollierte Medikamente in ihre *Liste der unentbehrlichen Medikamente* aufgenommen; sie sollten für alle, die sie benötigen, verfügbar sein.

werden,[13] oder weil sie wegen schwacher Infrastruktur im Gesundheitswesen keinen Zugang zu Chemo- oder Strahlentherapie haben.[14] Das Fehlen palliativer Betreuung in diesen Ländern bedeutet, dass weltweit neun von zehn Menschen, die diese Pflege bräuchten, sie nicht erhalten.[15]

Das schwere Defizit in Verfügbarkeit und Zugang von Schmerzmitteln hat schwerwiegendere psychische, soziale und wirtschaftliche Konsequenzen als das unmittelbare Versäumnis, Leid zu mindern; Patienten ohne Zugang zu kontrollierten Medikamenten können zum Beispiel geschwächt und immobil werden.[16] Was die sozialen und wirtschaftlichen Folgen betrifft, kann ein ungesicherter Zugang zu Schmerzmitteln zu zukünftigen Arbeitsausfällen führen oder zur Unfähigkeit, die Kinder angemessen zu betreuen, was Familienmitglieder belastet. In einigen schweren Fällen haben sich Patienten, denen kontrollierte Schmerzmittel verweigert wurden, das Leben genommen.[17]

Die Vorteile der opioidhaltigen Schmerzmittel gehen über die Schmerzmilderung hinaus. Australiens Chief Medical Officer, Professor Chris Baggoley, präsentierte an der Weltgesundheitsversammlung 2015 seine beruflichen Erfahrungen und betonte, dass die Schmerzlinderung „nicht nur ... Patienten beruhige, sondern auch eine schnellere Diagnose und Behandlung ermögliche."

Der unzureichende Zugang zu kontrollierten Medikamenten und die daraus resultierenden gesundheitlichen Auswirkungen betreffen nicht nur die Schmerzlinderung; OST zur Behandlung von Opioid-Abhängigkeit ist in nur 80 Ländern und Gebieten erhältlich.[18]

Nach jüngsten Schätzungen erhalten sogar nur 6–12 Prozent der injizierenden Drogenkonsumierenden OST,[19] obschon erwiesen ist, dass die Behandlung die Verbreitung von HIV und Hepatitis C eindämmt.

Trotz grosser medizinischer Fortschritte in den letzten 100 Jahren gibt es bis heute in der Behandlung von mittelschweren bis starken Schmerzen keine Alternativen zu starken Opioiden. Das unterstreicht die Dringlichkeit für eine verbesserte Verfügbarkeit weltweit, um das Leid einiger der schwächsten Bevölkerungsgruppen zu mindern. Die internationale Gemeinschaft könnte das grosse Defizit in der Verfügbarkeit von Opioiden für medizinische Zwecke weltweit überwinden, unzählige Faktoren haben dies aber bis jetzt verhindert. Dieser Bericht erkennt die Wichtigkeit dieser Dynamik und untersucht gleichzeitig die Rolle, die das internationale Drogenkontrollsystem in der Verhinderung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten spielt, und warum es unnötig an Elementen festhält, die so oft international anerkannte Menschenrechte verletzen.

Staaten sind völkerrechtlich dazu verpflichtet, den Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherzustellen

Wie im Vorwort festgehalten unterstützt das Einheits-Übereinkommen den Zugang zu kontrollierten Medikamenten und anerkennt, dass „ausreichende Vorkehrungen getroffen werden müssen, um die Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln für [medizinische] Zwecke sicherzustellen."[20] Dieser Grundsatz wird im Vertrag durch entsprechende Verpflichtungen und Mechanismen konkretisiert, die garantieren sollen, dass Staaten ausreichend mit kontrollierten Medikamenten versorgt sind.

Das Vorwort des Einheits-Übereinkommens impliziert nicht nur die Verpflichtung, die Staaten ausreichend mit kontrollierten Medikamenten zu versorgen, sondern auch, dass die Staaten diese Medikamente der Bevölkerung zugänglich machen sollen. Diese in den internationalen Drogenkontrollgesetzen angedeutete Verpflichtung ist explizit in den internationalen Menschenrechtsrichtlinien enthalten: Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte erklärt, dass der Zugang zu „unentbehrlichen Medikamenten" gemäss Artikel 12 des Internationalen Pakts für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) einen Bestandteil des Rechts auf das Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit darstellt (nachfolgend „Recht auf Gesundheit" genannt).[21] Unter dem Recht auf Gesundheit, erstmals in der WHO-Verfassung von

Ein gefährlicher Präzedenzfall: Ketamin unter internationale Kontrolle stellen zu wollen

Ketamin, eine Substanz auf der WHO-Liste für unentbehrliche Medikamente, ist meist das einzige verfügbare Betäubungsmittel für lebenswichtige Operationen in ländlichen Gebieten von Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen, Heimat für über zwei Milliarden Menschen.[34] Im Unterschied zu anderen im Bericht erwähnten Medikamenten fällt Ketamin nicht unter die Kontrolle der UN-Drogenabkommen. Im Hinblick auf die 58. Tagung der Suchtstoffkommission 2015 forderte China – besorgt über den landeseigenen Missbrauch der Droge – die Aufnahme von Ketamin in das Übereinkommen über psychotrope Stoffe von 1971.

Ketamin wie Opioide unter internationale Kontrolle zu stellen, würde eine Volksgesundheits- und Menschenrechtskrise auslösen, die sich auf viele Entwicklungsländer auswirken würde. Der für Drogenabhängigkeit zuständige Expertenausschuss der WHO (ECDD) hat zu drei verschiedenen Zeitpunkten – 2006, 2012 und 2014 – empfohlen, dass die CND Ketamin nicht unter internationale Kontrolle stellen soll, und vermerkte in seinem Bericht von 2014, dass dies „in Ländern, die keine anderen bezahlbaren Betäubungsmittel zur Verfügung haben, ... den Zugang zu lebensrettender Chirurgie einschränken würde."[35] China zog seine Forderung zurück und die CND muss zumindest vorläufig nicht darüber abstimmen.

Dass es immer noch zu einer Abstimmung kommen kann, ist jedoch besorgniserregend. Zum einen könnte durch die Entscheidung, Ketamin zu kontrollieren, die Angst vor Missbrauch und das vorrangig eingestufte Verhindern von Handelsumlenkungen den dringend benötigten Zugang für medizinische und wissenschaftliche Zwecke verhindern. Zum anderen bilden Staaten, die sich weigern, WHO-Empfehlungen zu Ketamin zu berücksichtigen, bedenkliche Präzedenzfälle, die die Notwendigkeit unterstreichen, die Belange des weltweiten Zugangs zu unentbehrlichen Medikamenten – kontrollierten oder nicht – unter das Mandat der WHO zu stellen.

1946 ausformuliert,[22] sind die Vertragsparteien klar verpflichtet, das Recht auf Gesundheit durchzusetzen,[23] einschliesslich des Zugangs zu Medikamenten. Das schliesst auch Medikamente ein, deren Substanzen unter die Kontrolle der Drogenkontrollübereinkommen und der nationalen Rechtsvorschriften, welche diese Übereinkommen durchsetzen, fallen; die Tatsache, dass eine Substanz in den Drogenkontrollübereinkommen aufgeführt ist, entlässt die Staaten nicht aus ihrer Pflicht, den Zugang für medizinische Zwecke zu gewährleisten.

Die Verpflichtungen unter dem Einheits-Übereinkommen und dem ICESCR ergänzen sich und verstärken sich gegenseitig.[24] Sie werden aber von viel zu vielen Ländern nicht erfüllt, welche dadurch das Recht auf Gesundheit verletzen und ein Beispiel für Rechtsverletzungen im Namen der Drogenkontrolle geben.

Solche Verletzungen sind gut dokumentiert und reichen von Zwangsaufenthalten in sogenannten Rehabilitationszentren,[25] mit ungenügender medizinischer Betreuung und grausamen Behandlungsformen[26] bis hin zur weiterhin angewendeten Todesstrafe für Drogenvergehen, einer Sanktion, die gegen das Völkerrecht verstösst.[27] Das Einheits-Übereinkommen erwähnt zwar im Vorwort die Besorgnis um „die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschheit", wird aber dafür kritisiert, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948) nicht zu erwähnen – eine

Unterlassung, die es den Drogenkontrollen zum Teil erlaubt hat, die Menschenrechtsverpflichtungen der Staaten zu übergehen.[28] Dies wird durch Artikel 39 des Einheits-Übereinkommens, welcher den Staaten erlaubt, „strengere Kontrollmassnahmen als im Übereinkommen definiert zu ergreifen", zusätzlich verschärft.[29]

Beobachter und UN-Gremien haben den klaren Verstoss gegen die Menschenrechte durch das Verwehren des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten kontinuierlich hervorgehoben, blieben aber meist ungehört. Zwei vom UN-Menschenrechtsrat ernannte Sonderberichterstatter sandten 2008 zum Beispiel gemeinsam einen Brief an die Suchtstoffkommission (CND),[30] das für Drogenpolitik zuständige zentrale UN-Gremium. Sie erinnerten die Regierungen an die „grundlegende Pflicht unter dem Recht auf Gesundheit", kontrollierte Medikamente zur Verfügung zu stellen, und forderten diese auf, die Problematik des fehlenden Zugangs „in ihren Drogenstrategien der nächsten zehn Jahre mit Nachdruck anzugehen".[31] Während seit 2008 einige Staaten schrittweise Erfolge verzeichnen konnten, passierte in vielen Ländern diesbezüglich wenig bis gar nichts.

Das internationale Drogenkontrollsystem operiert nicht ausserhalb der internationalen Menschenrechtsbestimmungen. Vielmehr wirken die beiden rechtlichen Regelwerke simultan als Teil einer breiten Palette von internationalen rechtlichen Verpflichtungen. Deshalb müssen für die Erfüllung der Vorgaben der Drogenverträge auch die gleichzeitig geltenden Menschenrechtsbestimmungen berücksichtigt werden.[32]

Das Internationale Suchtstoffkontrollamt (INCB), ein zur Überwachung der drei internationalen Drogenverträge gegründetes unabhängiges Sachverständigengremium, hat immer wieder versichert, die Drogenabkommen würden die Menschenrechtsstandards einhalten, und hat die Staaten aufgefordert, die Standards und somit ihre Verpflichtung, den Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherzustellen, „angemessen in Erwägung zu ziehen".[33] Die gewählte Sprache lässt jedoch den nötigen Nachdruck vermissen, der die Staaten dazu bewegen würde, ihren völkerrechtlichen Verpflichtungen nachzukommen, und das ist das Kernproblem des internationalen Drogenkontrollsystems und der mit seiner Durchsetzung Betrauten: die implizierte Priorisierung einer eingeschränkten Verfügbarkeit gegenüber dem sichergestellten Zugang zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.

Das internationale Drogenkontrollsystem birgt ein „tief sitzendes Ungleichgewicht"; es verfolgt bevorzugt strafrechtliche Ansätze, anstatt den Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherzustellen

Die Drogenkontrollgesetze stufen den Zugang zu kontrollierten Medikamenten als zweitrangig ein hinter dem Verhindern von Handelsumlenkungen.[36] Während der Ausarbeitung des Einheits-Übereinkommens wollte in erster Linie der illegale Handel mit Betäubungsmitteln und die „Sucht" bewältigt werden. Letztere wird im Vorwort als „schweres Übel" bezeichnet. Dieser Fokus auf die Verhinderung von Handelsumlenkungen ist evident in den Vertragsverpflichtungen, die bedingen, dass Staaten gewisse Handlungen wie Anbau, Produktion, Verkauf und Besitz von kontrollierten Substanzen bestrafen. Im Gegenzug fehlen für die Sicherstellung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten solche Vorschriften. Somit besteht ein „tief sitzendes Ungleichgewicht im Text [des Abkommens]".[37]

Die UN-Drogenkontrollgremien haben bislang dieses Ungleichgewicht und ihre implizite Mitverantwortung in dessen Aufrechterhaltung nicht genügend anerkannt oder bekämpft. So war die CND lange tatenlos und hat erst 2010 und 2011 angefangen, eine ausreichende Verfügbarkeit zu fordern.[38] Diese Entwicklung ist positiv, ihr jahrzehntelanges Schweigen zeigt jedoch, wie tief verwurzelt die

Foto: Nyeri Hospiz, Teil der KEHPCA, Kenya Hospices and Palliative Care Association.
© Sven Torfinn für die Open Society Foundations

Initiative Schmerzfreies Krankenhaus in Kenia

"Schmerzen sind echt und ich werde keine Angst haben vor Morphin, wenn mein Patient unter starken Schmerzen leidet", das sagte ein Krankenpfleger an der Initiative Schmerzfreies Krankenhaus in Kenia (PFHI). Kenia ist ein Land, das beträchtliche Anstrengungen unternommen hat, um den Zugang zu opioidhaltigen Schmerzmitteln zu verbessern. Die PFHI will mit einem Kurs für Patienten und Personal den Mangel an Kenntnissen und Schulungen beheben. Sie will sicherstellen, dass Ärzte in regelmässigen Schulungen ihre Kenntnisse in der Schmerzbehandlung verbessern können. Zudem sorgt das Programm dafür, dass genügend kontrollierte Medikamente für die Schmerzbehandlung zur Verfügung stehen.[42]

Priorisierung von Drogenkontrollelementen in den Abkommen ist.

In Zusammenhang mit der Beschlussfassung von 2011 wurde das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) damit beauftragt, seine Mustergesetze zu überprüfen und, wenn nötig, anzupassen, um ein angemessenes Gleichgewicht zwischen der Sicherstellung des Zugangs und dem Verhindern von Abzweigungen herzustellen. Diese Gesetze galten bislang als „übermässig strikt" und unfähig die innerstaatlichen Rechtsvorschriften in die Richtung eines gesicherten Zugangs zu bewegen.[39] Eine Überarbeitung der UNODC-Mustergesetzgebung für die Drogenkontrolle wird deshalb begrüsst; vier Jahre nach der Aufforderung durch die CND ist die Revision jedoch noch immer nicht abgeschlossen und Anzeichen während des Ausarbeitungsprozesses lassen befürchten, dass die vorgeschlagenen Änderungen die Missstände nicht angehen. Dies würde bedeuten, dass den Staaten die nötige Unterstützung für das Ausarbeiten ausgewogener innerstaatlicher Gesetze versagt bliebe.

Das INCB hat seit 1989 wiederholt auf die fehlende Verfügbarkeit von kontrollierten Medikamenten hingewiesen; seine Forderungen haben aber nicht die notwendigen Taten folgen lassen, die das Problem entschärft hätten. Das INCB hat die Schuld für den fehlenden Zugang zu kontrollierten Medikamenten oft ausschliesslich bei den Landesregierungen gesucht, ohne die vom internationalen Drogenkontrollsystem geschaffenen Hindernisse zu berücksichtigen. Dessen Rolle in der Aufrechterhaltung des einseitigen Fokus durch die historische Priorisierung von Strafvollzug und Drogenkontrolle wurde somit nicht anerkannt.[40] Der Hang vieler Regierungen zur Überregulierung ist von jenen repressiven Elementen beeinflusst, die ihnen durch das Einheits-Übereinkommen und von den wichtigsten UN-Gremien eingeflösst wurden.

"Ein starker Fokus auf die Kriminalisierung des Drogenkonsums hat den Zugang zu Opiaten in einigen Staaten extrem erschwert oder sogar verhindert, weil Handelsumlenkungen für den illegalen Gebrauch befürchtet werden ... Den Zugang zu Opiaten für legale medizinische Behandlungen zu verhindern verstösst gegen das Recht auf Gesundheit. Dieser Verstoss muss in Ländern, die den Gebrauch verunmöglicht oder erheblich eingeschränkt haben, angegangen werden."[51]

Navi Pillay, ehemalige UN-Hochkommissarin für Menschenrechte, 2014

Human Rights Watch: "Ich kann nur noch weinen": Krebs und das Ringen um die Palliativpflege in Armenien

Armenien hat eines der strengsten Verschreibungsregimes für Opioide in Europa. Orales Morphin ist nicht erhältlich, nur injizierbare Formen werden abgegeben. Krebspatienten müssen ihre Diagnose mit einer Biopsie nachweisen, um kontrollierte Medikamente einnehmen zu dürfen. Nur Onkologen dürfen Rezepte ausstellen und kein Rezept darf ausgestellt werden, ohne dass der Fall einer ständigen Kommission vorgelegt wird. Die Mitglieder der Kommission stimmen keiner Abgabe zu, bevor sie den Patienten nicht bei sich zu Hause besucht haben. Das Rezept muss den Stempel von vier verschiedenen Ämtern tragen und darf normalerweise nur genügend Opioide für 24–28 Stunden enthalten. Ausserdem müssen die verordnenden Ärzte die vertraulichen Angaben ihrer Patienten der Polizei weitergeben, was das Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit verletzt, beides Grundprinzipien des Rechts auf Gesundheit. Das System lässt Tausende Menschen unnötig unter Schmerzen leiden und von den Krebspatienten, die Opioide zugesprochen erhalten, sterben wegen der hohen bürokratischen Hürden viele, bevor sie die Schmerzmittel erhalten haben.[57]

- In Georgien sind Apotheken, die opioidhaltige Medikamente abgeben, in Polizeiposten integriert. Die Patienten müssen ihre Medikamente dort abholen.[61]
- In zehn afrikanischen Ländern dürfen Rezepte für opioidhaltige Schmerzmittel für höchstens zwei Wochen ausgestellt werden; in Ghana sind es sogar nur zwei Tage.[62]

Auf operativer Ebene hat es das INCB versäumt, seinen Einfluss angemessen geltendt zu machen, um im Einheits-Übereinkommen enthaltene systembedingte Barrieren abzubauen. Das grösste Hindernis stellt hier das vom INCB geführte „Prognose"-System dar, welches die Länder verpflichtet, eine jährliche Einschätzung ihres Bedarfs an kontrollierten Substanzen für wissenschaftliche und medizinische Zwecke abzuliefern, um diese importieren dürfen. (Dieses System wird später noch kritisiert.)

Das INCB hat international viel Aufmerksamkeit auf das Problem gelenkt, was lobenswert ist. Es macht aber seinen Einfluss nicht maximal geltend, um einen effizienten, ausgeglichenen Ansatz einzufordern. Somit vermehrt es die zahlreichen Hindernisse, welche eine ausreichende Verfügbarkeit von kontrollierten Medikamenten verunmöglichen.

Neben dem internationalen Drogenkontrollsystem behindern mehrere Schlüsselfaktoren den Zugang zu kontrollierten Medikamenten massiv

Zusätzlich zum internationalen Drogenkontrollsystem erschweren verschiedene Faktoren den Zugang zu kontrollierten Arzneimitteln erheblich. Schwache Gesundheitsversorgungssysteme mit ungenügenden Ressourcen sind ein Grundproblem, welches die Verfügbarkeit von kontrollierten Medikamenten unweigerlich beeinflusst.

Mangelnde klinische Ausbildung im Gesundheitsbereich ist zudem ein grosses Hindernis für die angemessene Bereitstellung von kontrollierten Medikamenten, insbesondere opioidhaltigen Schmerzmitteln. Millionen von Ärzten, Krankenpflegern, Apothekern und Drogenkontrollbeauftragten fehlt das Wissen oder die formale Ausbildung für die Schmerzbehandlung oder Palliativpflege. Die Weltgesundheitsversammlung hat dieses Manko mit WHA-Resolution 67.19 anerkannt und den Staaten empfohlen, die Gesundheitsfachkräfte in der Palliativpflege und der Behandlung von Patienten in lebensbedrohlichem Gesundheitszustand besser zu schulen; dies bedingt auch den Zugang zu kontrollierten Medikamenten für die Schmerzbehandlung.[41]

Viele der Erschwernisse hängen mit den nationalen Drogengesetzen zusammen, da sie zum Teil von der Kriminalisierung des Gebrauchs und/oder Besitzes von illegalen Versionen der kontrollierten Medikamente beeinflusst sind. Diese Verschmelzung von legalen Arzneimitteln mit illegalen Substanzen trägt zu einem Antidrogen-Klima bei, in welchem kontrollierte Medikamente, trotz ihres Nutzens im Gesundheitswesen, verteufelt werden. Eine mögliche Erklärung für diese Vermischung ist, dass kontrollierte Medikamente in einigen Ländern von den mit der Kontrolle und Verteilung beauftragten Regierungsgremien als „Gifte"[43] oder „gefährliche Medikamente"[44] kategorisiert werden. Das kann die Vorgehensweise und Meinung von medizinischen Fachkräften, Familienangehörigen und Patienten beeinflussen und dazu führen, dass Ärzte Angst haben, sie zu verschreiben, Familienangehörige sie nicht herausgeben oder Patienten sich weigern, Schmerzmittel zu nehmen.[45]

Dies fliesst letztlich in die gesellschaftliche Haltung ein, welche bei Zugangsbeschränkungen eine grosse Rolle spielt. Wegen der Stigmatisierung und aus Angst vor einer unvermeidlichen Abhängigkeit – trotz gegenteiliger Beweise – stehen Patienten, Familien und verordnende Ärzte Verschreibungen dieser Medikamente kritisch gegenüber.[46]

Die Preisgestaltung und Beschaffung bei kontrollierten Medikamenten ist eine komplexe Angelegenheit, in der zahlreiche Faktoren dazu beitragen, dass vordergründig billige Medikamente sehr teuer gehandelt werden. Sie haben sich zudem als Hindernis erwiesen, und Länder mit niedrigem Verbrauch zahlen oft die höchsten Preise.[47] In Ländern, die Importe von Morphin nicht subventionieren und die Substanz nicht selber herstellen, haben nationale Überreglementierungen, mühsame und überaus komplizierte Import-/Exportverfahren und niedrige Gewinnmargen zu hohen Konsumentenpreisen geführt, obwohl Morphin nicht patentiert und billig herzustellen ist.

Wenn zudem ein gesicherter Markt fehlt und deshalb medizinische Opioide nur sehr schwer erhältlich sind, verteuern sie sich weiter. Auf den Philippinen kostet eine Monatsration von schnell freisetzendem Morphin zum Beispiel gleichviel wie ein Monatsgehalt in der Höhe des Mindestlohnes.[48] Viele Regierungen subventionieren zwar teurere Medikamente und Rezepturen, aber nur wenige subventionieren Morphin-Importe und vertreiben die Medikamente. Es sind jene, die ihrer Verpflichtung nachkommen, kontrollierte Medikamente für Schmerzbehandlungen und Palliativpflege zur Verfügung zu stellen.[49]

Die Weltkommission anerkennt diese Faktoren als schwerwiegende Hindernisse im Zugang und fordert die Landesregierungen und UN-Gremien auf, diese mit einem koordinierten Ansatz zu überwinden. Die *Politischen Leitlinien für kontrollierte Substanzen* der WHO, welche Orientierung bieten für Politik und Gesetzgebung hinsichtlich Verfügbarkeit, Zugang und Erschwinglichkeit,[50] und die WHA-Resolution 67.19 sollen in diesem Prozess als Hilfsmittel dienen.

Regierungen beschneiden

den Zugang zu kontrollierten Medikamenten, indem sie einen strafrechtlichen Ansatz verfolgen, statt eines evidenzbasierten, menschenrechtsorientierten gesundheitspolitischen Ansatzes

Jahrzehntelang äusserten sich INCB und UNODC nur zurückhaltend, wenn Staaten ihrer Verpflichtung nicht nachkamen, den Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherzustellen. Sie pochten dafür umso stärker auf deren Pflicht, Handelsumlenkungen von Substanzen für illegale Zwecke zu verhindern.[52] Dies geht aus den jährlichen Berichten des INCB und des UNODC hervor. Der *Weltdrogenbericht* des UNODC von 2015 beschränkt das Weltdrogenproblem zum Beispiel auf Produktion, Handel und Konsum von illegalen Substanzen und erwähnt den fehlenden Zugang zu kontrollierten Medikamenten nur am Rande.[53] Von den 12 veröffentlichten *Weltdrogenbericht* seit seiner

ABBILDUNG 2:

ANGEMESSENHEIT DES VERBRAUCHS OPIOIDHALTIGER SCHMERZMITTEL (2010)

Die auf dieser Karte abgebildeten Grenzen und Namen sowie die aufgeführten Bezeichnungen kommen in keiner Weise einer Wertung der Weltgesundheitsorganisation über den legalen Status eines Landes, eines Gebiets, einer Stadt oder einer Region oder dessen Behörden oder den Verlauf der Staats- oder Gebietsgrenzen gleich. Die gepunkteten Linien bedeuten ungefähre Grenzlinien, für die noch keine Einigung erzielt wurde. Data source: WHO.

© WHO 2012

Einführung 2004 erwähnen nur drei das Problem des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten.

Erst kürzlich hat das INCB Schritte unternommen, um das Ungleichgewicht zu korrigieren – trotz ihres Mandates, die Einhaltung beider in den Verträgen festgehaltenen Verpflichtungen zu überwachen: den gesicherten Zugang und das Verhindern von Umlenkungen.[54] Im Hinblick auf diese historische Diskrepanz haben zahlreiche Beobachter einen einseitigen Fokus vonseiten des INCB, UNODC, der CND, der Staaten und zu einem bestimmten Grad der Abkommen selbst festgestellt, weil diese das Interesse am medizinischen Gebrauch bestimmter kontrollierter Medikamente vermissen liessen.[55]

Vor dem Hintergrund dieses ungleichen Fokus haben Landesregierungen für die Vergabe von kontrollierten Medikamenten erdrückende regulatorische Rahmenbedingungen geschaffen, mit Massnahmen, die die Vorgaben der internationalen Drogenabkommen oft noch übersteigen.[56]

Nationale regulatorische Hindernisse unterscheiden sich von Land zu Land stark und beeinflussen die Verfügbarkeit und den Zugang zu kontrollierten Medikamenten direkt, insbesondere zu opioidhaltigen Schmerzmitteln. Hindernisse können sein: [58 59 60]

- Eine limitierte Anzahl Tage, für die ein Rezept ausgestellt werden darf;
- Limitierte Dosen;
- Einschränkungen, wer verschreiben darf. Einige Länder erlauben nur bestimmten Gruppen von Ärzten, Rezepte auszustellen;
- "Spezielle" Vorgehen bei der Verschreibung von Opioiden, die den Prozess erschweren, wie schwer erhältliche Formulare oder mehrere Formulare, die ausgefüllt werden müssen;
- Patienten müssen sich entweder „registrieren" oder eine „Spezialbewilligung erhalten", um anspruchberechtigt zu sein;
- "Unverhältnismässige Strafen" für falsch ausgestellte Rezepte oder bei „Fehlverhalten im Umgang mit Opioiden";
- Eine limitierte Anzahl von Apotheken, die Opioide ausgeben dürfen oder wollen;
- Unrealistische Lageranforderungen

Dies sind sowohl unzumutbare als auch unnötige Vorgehensweisen, die für die Ärzte ein Klima der Angst schaffen. Viele fürchten, die komplexen Vorgaben nicht richtig einzuhalten und damit eine Strafverfolgung zu riskieren. Für Patienten in Ländern mit mittlerem bis niedrigem Einkommen kann die Situation durch weitere Faktoren verschärft werden, wie das Wohnen in ländlichen Gebieten; Opioide müssen dort oft in der nächsten Stadt abgeholt werden, was nicht immer möglich ist, weil Geld oder Transportmöglichkeiten fehlen.

Einige Länder knüpfen nicht nur erdrückende Bedingungen an die Herstellung und Verteilung von kontrollierten Medikamenten, sie verhängen auch drakonische Strafen für kleinste Abweichungen, zum Beispiel in der Bestandsführung. Dies führt dazu, dass Pharmafirmen nicht mit kontrollierten Medikamenten handeln, was den Zugang für Patienten erschwert. Viele Länder haben nationale Gremien geschaffen, um die Einhaltung der doppelten Verpflichtung unter den internationalen Abkommen zu überwachen. Einige haben jedoch den einseitigen Fokus des internationalen Drogenkontrollsystems übernommen und ihre Mittel und personellen Ressourcen auf die Bekämpfung des illegalen Handels mit kontrollierten Substanzen konzentriert.

Während diese nationalen Gremien sämtliche Aspekte des Handels mit kontrollierten Substanzen durch die Brille des Strafrechts betrachten, sollten Staaten ein der Volksgesundheit verpflichtetes Gremium schaffen, welches dem Gesundheitsministerium untersteht, und das mit der Aufgabe betraut ist, den Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherzustellen. Die internationale Drogenkontrolle und die entsprechenden UN-Gremien sollten diesen Prozess unterstützen, indem sie ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem vorantreiben und den Ländern durch die WHO und regional tätigen UNODC-Mitarbeitern technische Unterstützung bieten. Staaten müssen sicherstellen, dass ihre nationalen Rechtsvorschriften mit dem Völkerrecht im Einklang sind und das Recht auf Gesundheit respektieren.

Der Erfolg der Heroin-gestützten Behandlung in der Schweiz

1988 nannten 74 Prozent der Schweizer Bevölkerung illegale Drogen als das dringendste Problem im Land. Als eine Reaktion auf die offenen Drogenszenen führte die Schweiz eine wissenschaftliche Studie über medizinisch verschriebenes Heroin durch (heute als Heroin-gestützte Behandlung oder HAT bekannt), um Folgendes beurteilen zu können:

- Die Vertretbarkeit der Behandlungsmethode bei Menschen, die unter Heroinabhängigkeit leiden und bei denen andere Behandlungsformen versagt hatten
- Die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen einer solchen Behandlung

Die Patienten sollten gesünder werden, ihre Arbeit wieder aufnehmen, den Konsum von nicht verschriebenen Substanzen unterlassen und nicht mehr straffällig werden.

Als Reaktion auf die Empfehlungen des Internationalen Suchtstoffkontrollamtes (INCB) ersuchte die Schweiz die WHO, zur Auswertung einen internationalen Expertenausschuss zu gründen.

Die wesentlichsten Erkenntnisse der erwähnten Studie und deren Auswertung waren:

- Gesundheit: Bedeutende Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Patienten und hohe Verbleibquoten in HAT waren zwei der herausragendsten Resultate.
- Öffentliche Sicherheit: Wesentliche positive Entwicklungen in Bezug auf Arbeit und kriminelles Verhalten wurden erreicht. Die Auswertung zeigte gesamthaft 68 Prozent weniger Kontakte mit der Polizei.
- Kosteneffizienz: Die Vorteile übertreffen die Kosten der HAT mit einem klaren Investitionsertrag im Bereich der Straffälligkeit (d. h. weniger Tage im Gefängnis und ein verbesserter Gesundheitszustand der Teilnehmer).

1998 wurde HAT als eine reguläre, aber eingeschränkte Behandlungsform eingeführt mit den folgenden Aufnahmekriterien:

- Mindestalter 18 Jahre
- Mindestens zwei Jahre anhaltende Opiat-Abhängigkeit
- Mindestens zwei erfolglose Behandlungsversuche
- Durch die Abhängigkeit verursachte medizinische, psychologische oder soziale Defizite

In einer landesweiten Volksabstimmung hiess 1999 die Mehrheit (54,4 Prozent) des Schweizer Stimmvolks HAT gut.

2008 stimmte das Schweizer Stimmvolk in einer weiteren Volksabstimmung – mit einer Mehrheit von 68,1 Prozent – der Verankerung von HAT im Schweizer Betäubungsmittelgesetz zu.

Quelle: Diane Steber Büchli, Bundesamt für Gesundheitswesen, BAG

Das globale Prognose-System hat das Ziel verfehlt, den ausreichenden Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherzustellen. Das INCB muss nun gezielt weitere Schritte unternehmen, um die Missstände zu beheben

Der unausgeglichene Charakter des internationalen Drogenkontrollsystems zeigt sich im operativen Teil des Einheits-Übereinkommens, das Bestrafung und Verbote in den Vordergrund stellt, und es dabei unterlässt, den Ländern konkrete Vorschläge zur Sicherstellung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten zu unterbreiten. Die einzigen Bestimmungen, die sich damit auseinandersetzen, sind Artikel 12, 19 und 20, die sich mit dem „Prognose"-System und der Verpflichtung, den Konsum von kontrollierten Medikamenten zu melden, befassen.[63]

Viele Länder reichen dem INCB regelmässig Einschätzungen ein, die ihre medizinischen Bedürfnisse nicht widerspiegeln, während andere überhaupt keine Zahlen liefern. Das System hat das Ziel verfehlt, die Staaten ausreichend zu versorgen. Ihre Prognosen basieren oft auf dem Konsum des Vorjahres, was dazu führt, dass die minimale und ungenügende Versorgung weiterbesteht. Historisch hat das INCB die Regierungen nicht nachdrücklich genug dazu aufgefordert, ihre Prognosen nach oben anzupassen, um den offensichtlich vorhandenen medizinischen Bedarf abzudecken, und somit einen endlosen Kreislauf von zu tiefen Einschätzungen ermöglicht.

Zahlen des weltweiten Verbrauchs in Morphin-Äquivalenten aus dem Jahr 2006 zeigten zum Beispiel, dass es sechsmal die konsumierte Menge gebraucht hätte, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen.[64] Dieses eklatante Defizit besteht heute noch, wenn auch etwas weniger verbreitet, und muss angegangen werden.

Das INCB hat in den letzten Jahren, in Zusammenarbeit mit der WHO, Schritte eingeleitet, um das Problem zu lösen. 2012 haben sie den umfassenden *Leitfaden zur Einschätzung des Bedarfs an Substanzen, die unter internationaler Kontrolle stehen*,[65] veröffentlicht. Diese Publikation versucht die nationalen Behörden darin zu unterstützen, ihre Prognosen für den Verbrauch von kontrollierten Substanzen für medizinische und wissenschaftliche Zwecke für das INCB genauer zu berechnen.
Die Weltkommission bittet das INCB dringend, gemeinsam mit WHO und UNODC die Länder resolut aufzufordern, realistische Prognosen abzuliefern. Funktioniert diese Massnahme nicht, besteht ein reales Risiko, dass die zu tiefen Einschätzungen weiterhin bestehen werden.

Die Behandlung von Opioid-Abhängigkeit mit kontrollierten Medikamenten verbessert die Volksgesundheit und ist kosteneffizient. Der Zugang muss verbessert werden

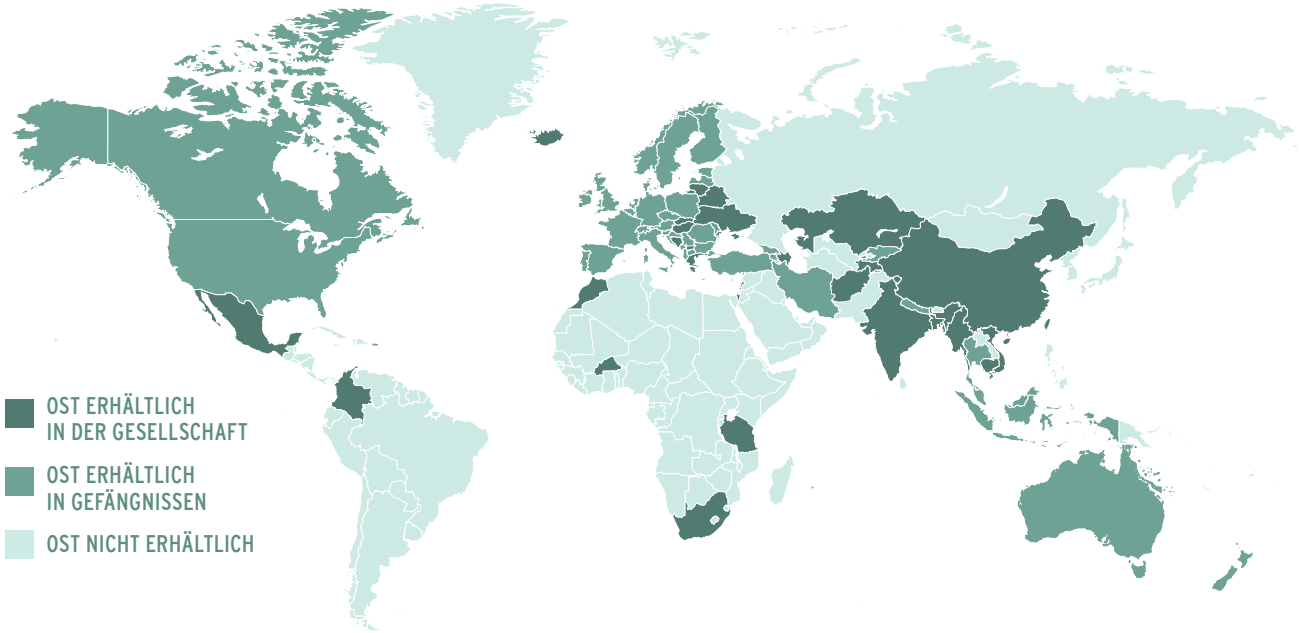
Methadon and Buprenorphin sind die zwei in der OST am häufigsten verwendeten kontrollierten Medikamente. Sie sind in der WHO-Liste der unentbehrlichen Medikamente aufgeführt. Einige Länder bieten zusätzlich Alternativen an wie retardiertes Morphin und Codein oder Heroin-gestützte Behandlungen.

OST vermindert oder eliminiert das Spritzen unter Drogenkonsumierenden und reduziert in dieser Gruppe die HIV- und Hepatitis-C-Ansteckungen erheblich, wofür eine breit abgesicherte Evidenzbasis besteht.[66] Basierend auf der Wirksamkeit befürworten UN-Gremien, wissenschaftliche Forschungsgruppen und viele Regierungen rund um den Globus diese Behandlung.[67]

Über die Bekämpfung der Ausbreitung von HIV und Hepatitis-C-Infektionen hinaus kann bei einer

ABBILDUNG 3:

GLOBALE VERFÜGBARKEIT VON OPIOID-SUBSTITUTIONSTHERAPIEN IN DER GESELLSCHAFT UND IN GEFÄNGNISSEN



Quelle: HRI

breiten Einführung von OST eine Reduktion an Überdosen, drogenbedingten Todesfällen und Drogenkriminalität beobachtet werden.[68] Darüber hinaus hat sie sich als wichtige Komponente für eine erhöhte Adhärenz bei antiretroviralen Therapien und Tuberkulosebehandlungen erwiesen,[69] Die Kostenvorteile der OST werden auf viermal die Höhe der Behandlungskosten geschätzt[70]; gemäss dem Nationalen Institut für Drogenmissbrauch der Vereinigten Staaten ist die Methadon-Behandlung „eine der kosteneffizientesten Behandlungen, mit Einsparungen von 3 bis 4 USD für jeden ausgegebenen Dollar."[71]

Trotz überwältigender Beweise zugunsten der OST ist die globale Abdeckung ungenügend. Behandlungen sind nur in rund der Hälfte der Länder mit gemeldetem intravenösem Drogenkonsum erhältlich und diese globale Momentaufnahme zeigt noch nicht die Qualität der OST auf nationaler Ebene; einige Länder bieten OST ausschliesslich in Detox- oder Rehabilitationszentren an, und eine ausreichende Versorgung konzentriert sich typischerweise auf Länder mit hohem Einkommen. Somit wiederholt sich das Szenario des ungerechten Zugangs zu kontrollierten Medikamenten für die Schmerzbehandlung.

Der OST-Abdeckungsgrad fällt in vielen Ländern weit unter den in den internationalen Richtlinien empfohlenen[73]; in Asien zum Beispiel melden fünf Länder – Afghanistan, Indien, Myanmar, Sri Lanka und Vietnam – Abdeckungsgrade von weniger als 20 Prozent, was verglichen mit den international empfohlenen Standards sehr tief ist.

Eine Schlüsselkomponente für den fehlenden Zugang ist das stigmatisierende Umfeld, das das Drogenvertragsregime kreiert. Es betont die Notwendigkeit, „Sucht" zu unterdrücken, die im Vorwort des Einheits-Übereinkommens als „schweres Übel" bezeichnet wird, das die Staaten „verhindern und bekämpfen müssen."[74] Diese Angst vor der Sucht und die daraus resultierende Stigmatisierung von Drogenkonsumierenden hat zu einem übertriebenen Abstützen auf nationale Regulierungsmodelle geführt. Diese konzentrieren sich auf das Verhindern von Umlenkungen, anstatt den Zugang zu OST sicherzustellen. Einige Länder haben unter den Patienten, die kontrollierte Medikamente benötigen,

gar eine „Hierarchie" geschaffen und behandeln eher Krebspatienten als Opioid-Abhängige – Letztere werden als schuldig, verdächtig und einer pharmakologischen Behandlung weniger würdig angesehen.

Selbst wenn OST angeboten wird, laufen Patienten Gefahr, rund um die Therapiezentren von der Polizei schikaniert oder verhaftet zu werden. Viele treten deshalb wieder aus OST-Programmen aus. Für einige Gruppen, wie Frauen oder Jugendliche, bestehen zusätzliche Hürden, wie Altersbegrenzungen,[75] das Fehlen von geschlechtersensiblen Einrichtungen und die Angst vor dem Verlieren des Sorgerechts für die Kinder.[76]

Wie bei den kontrollierten Medikamenten für die Schmerzbehandlung beeinträchtigen schwache Gesundheitsversorgungssysteme die Verfügbarkeit von OST stark. Das Fehlen von speziell zugewiesenen Mitteln verschärft das Problem zusätzlich und führt zu einer Situation, in der weltweit geschätzte 160 Millionen USD – nur 7 Prozent des Bedarfs – in die Schadensminderungsprogramme investiert werden. Da diese Zahl zusätzliche Elemente der umfassenden Massnahmenpakete der Schadensminderung einschliesst,[77] ist der Gesamtbetrag, der in OST investiert wird, wahrscheinlich noch viel tiefer. Umgekehrt werden rund 100 Milliarden USD für Massnahmen zur strafrechtlichen Verfolgung von Drogendelikten ausgegeben.[78] Eine Neuverteilung der Ausgaben, weg von Strafrechtsmassnahmen und hin zu einem gesundheitspolitischen Ansatz, ist unerlässlich.

Das INCB hat selten bis nie Staaten kritisiert, weil sie den Zugang zu OST nicht sichergestellt haben, obschon sie gemäss internationalen Drogenkontrollgesetzen und Menschenrechtsbestimmungen klar dazu verpflichtet sind.[79] Das INCB wie auch das UNODC sollte eine Schlüsselrolle übernehmen und die Staaten dazu verpflichten, den Zugang und die ausreichende Versorgung von OST für medizinische Zwecke zu sichern. Bis heute hat das INCB, milde ausgedrückt, einen mässigen Enthusiasmus für diesen Teil ihres Mandats gezeigt.

Unter dem aktuellen Rahmenübereinkommen müssen die UN-Drogenkontrollgremien eine ausgewogenere, proaktivere und koordiniertere Rolle in der Sicherstellung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten übernehmen

Das INCB hat sich jahrzehntelang als übermässig besorgt über potenzielle Schwächungen des internationalen Drogenkontrollsystems gezeigt und äusserte sich bis vor Kurzem praktisch nicht zu Menschenrechtsverletzungen, die im Namen der Drogenkontrolle begangen wurden.[80] Somit hat es zu der heutigen Situation in Bezug auf den Zugang zu kontrollierten Medikamenten beigetragen. Seine Weigerung, Länder wie Russland für offensichtliche Menschenrechtsverletzungen

"Das Vorhandensein einer nationalen Schadensminderungspolitik (einschliesslich OST) bedeutet nicht automatisch ausreichende Vorkehrungen, weder in Umfang noch in Qualität."[72]

Harm Reduction International, 2014

gegen Drogenkonsumierende zu kritisieren, ist nur ein Beispiel. In Russland ist OST ausdrücklich verboten, und da auch Nadel- und Spritzenaustauschprogramme fehlen, haben HIV-Ansteckungen von 2004 bis 2014 um 80 Prozent zugenommen.[81] In drei weiteren Jahren könnten in Russland 3 Millionen Menschen HIV-positiv sein.[82] Das Schweigen des INCB bedeutet, dass es einen schwerwiegenden Verstoss gegen das Recht auf Gesundheit als Bestandteil der internationalen Menschenrechtsbestimmungen – und des ICESCR, von Russland ratifiziert und somit zu dessen Einhaltung verpflichtet – nicht anerkennt.

Es bestehen Mechanismen, die diese Probleme angehen; Artikel 14 des Einheits-Übereinkommens befähigt das INCB, wenn die „Ziele des Abkommens ernsthaft gefährdet sind, weil eine Partei, sei es ein Land oder Gebiet, den Bestimmungen des Abkommens nicht nachkommt"[83], einen Abwägungsprozess zu initiieren, Erklärungen einzufordern und den Vertragsstaaten Empfehlungen abzugeben, wie sie ihre Vorgehensweisen anpassen können.

Das INCB hat diese Mechanismen nie genutzt, auch wenn Länder keine angemessenen Prognosen ablieferten oder es offen ablehnten, den Zugang zu kontrollierten Medikamenten für ihre Bevölkerung sicherzustellen. Das INCB sollte sich auf Artikel 14 in Verbindung mit Artikel 14 bis berufen, nach welchem Ländern, die wiederholt ihren völkerrechtlichen Verpflichtungen nicht nachkommen, technische und finanzielle Unterstützung gegeben wird.[84]

Das INCB sollte ausserdem erkennen, dass es eine wichtige Rolle spielen kann, indem es auf Menschenrechtsverletzungen innerhalb des Drogenkontrollsystems hinweist, einschliesslich des verhinderten Zugangs zu kontrollierten Medikamenten.

Das UNODC, mit grösseren Ressourcen als das INCB und mit regionalen und lokalen Akteuren, könnte eine aktivere Rolle spielen in der Verbesserung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten, indem es Ländern dabei hilft zu evaluieren, ob ihre inländische Gesetzgebung den Zugang behindert.

Wenn Konflikte den Zugang behindern: Abbau von OST im Osten der Ukraine

Die Einfuhr von kontrollierten Medikamenten in die Donbass-Region, Ukraine, wurde erschwert durch Sicherheitseinschränkungen und regulatorische Vorgaben, welche per Präsidialdekret vom November 2014 (Nr. 875) als „dringende Massnahmen zur Stabilisierung der sozio-ökonomischen Lage in der Donetsk- und Luhansk-Region" eingeführt worden sind. Die Regierung hat die Mittel für alle Gesundheitseinrichtungen gekürzt (einschliesslich der Gehälter des Personals), die in nicht von der Regierung kontrollierten Gebieten (NGCA) operieren. Sie will verhindern, dass Mittel aus dem Staatshaushalt in die Hände der bewaffneten Gruppen fallen. Vor allem Methadon und Buprenorphin werden als „Betäubungsmittel" und „potenzielle Waffen" betrachtet und haben deshalb komplexe regulative Verfahren zu durchlaufen. Trotz wiederholter Anstrengungen der internationalen Gemeinschaft, einschliesslich eines Vorschlags der Ärzte ohne Grenzen, in Donetsk die Verteilung und den Gebrauch von Methadon zu überwachen, durften die humanitären Hilfsconvoys diese Medikamente nicht einführen. Von der Internationalen HIV/Aids-Allianz in der Ukraine gesammelte Daten zeigten, dass bis Juli 2015 über 1000 im Donbass lebende Patienten den Zugang zu OST verloren hatten, weil entweder die Medikamente fehlten oder OST-Einrichtungen geschlossen wurden.

"Die Drogenkontrolle sollte nicht als eigenes Ziel angesehen werden, sondern als Werkzeug zur Verbesserung der Volksgesundheit. Ein Schwerpunkt sollte die Verhinderung von Missbrauch und Abhängigkeit sein; ein anderer, Kollateralschäden zu verhindern. Die Ergebnisse sollten in Bezug auf Schäden durch Missbrauch, die sie verhindert, aber auch auf Schäden, die sie verursacht, zum Beispiel durch verhinderten Zugang, beurteilt werden."

WHO, 2011[85]

Zurzeit ist es schwierig abzuschätzen, wie viel Unterstützung auf diesem Gebiet bereits geleistet wird. Einzelberichte lassen darauf schliessen, dass die Ressourcen – personelle, technische und ökonomische – unverhältnismässig stark auf den Aufbau von Strafrechtsbehörden fokussiert sind. In Anbetracht dessen sollte das UNODC transparente Daten darüber liefern, worauf es seine Einsätze vor Ort konzentriert und wo die Ressourcen eingesetzt werden. Das UNODC sollte ausserdem sicherstellen, dass seine Ressourcen die Länder darin unterstützen, allen Verpflichtungen der Drogenkontrollverträge und der internationalen Menschenrechtsbestimmungen nachzukommen.

INCB und UNODC müssen gewährleisten, dass sie die Verpflichtungen ihrer Mandate erfüllen und dass sich ihre Arbeit gleichermassen auf das Verhindern von Handelsumlenkungen und auf das Sicherstellen des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten fokussiert. Die internationalen Menschenrechtsgesetze müssen dabei eingehalten werden. Das muss das Kernstück sämtlicher Aspekte ihrer Arbeit sein, auf allen Bühnen, einschliesslich der inländischen oder regionalen UNODC-Büros. Beide Gremien müssen, in Zusammenarbeit mit der WHO, einen ausgewogenen, proaktiven und koordinierten Ansatz verfolgen, um den Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherzustellen.

Regierungen sollten ein neues internationales Programm finanzieren, welches, angeführt von der WHO, den gerechten Zugang zu kontrollierten Medikamenten sicherstellt

Die klare Ansage der WHO, dass ein ausgewogeneres Modell anzustreben sei, um den Zugang sicherzustellen, und ihre geäusserte Überzeugung, dass die Drogenkontrolle zur Verbesserung der Volksgesundheit eingesetzt werden sollte, unterstreicht die Notwendigkeit ihrer Mitwirkung. In den letzten zehn Jahren hat sie ihre Rolle tatsächlich verstärkt mit der Einführung des Programms *Zugang zu kontrollierten Medikamenten* (ACMP) im Jahr 2007. Das Projekt mit dem INCB bietet den Regierungen technische Unterstützung bei der Erkennung der grössten Zugangshindernisse und deren Beseitigung.

Während das ACMP massgeblich zu verschiedenen wichtigen Entwicklungen beigetragen hat – insbesondere der Ausarbeitung der bereits erwähnten WHO/INCB-Richtlinien zur Einschätzung des Bedarfs an Substanzen, die unter internationaler Kontrolle stehen – ist seine Arbeit in den letzten Jahren jedoch durch das Fehlen von finanziellen Mitteln erheblich behindert worden. Seit 2008 kann die WHO das Programm nicht mehr selbst finanzieren, und, obschon die Finanzierung vorübergehend von der Europäischen Kommission und der niederländischen Regierung übernommen wurde, ist die Arbeit des

UN-Drogenübereinkommen behindern die Erforschung von potenziellem medizinischem Nutzen kontrollierter Substanzen zusätzlich

LSD, MDMA, Cathinon und Psilocybin sind Substanzen, die unter dem UN-Übereinkommen über psychotrope Stoffe von 1971 strengsten Kontrollen unterworfen sind. Gemäss Anhang I sollen sie ein „hohes Missbrauchsrisiko und eine besonders grosse Gefahr für die Volksgesundheit mit wenig oder gar keinem therapeutischen Nutzen" bergen.[93]

Dies widerspiegelt sich in vielen Ländern, deren nationale Gesetze diesen Substanzen jeden therapeutischen Nutzen absprechen. Die Forschung wird durch regulatorische Hürden eingeschränkt und der Einkauf in medizinischer Qualität erheblich verteuert. Die Bestimmungen im Vereinigten Königreich vergeben Krankenhäusern zum Beispiel nur Lizenzen für Anhang-II-Substanzen (Morphin, Kokain etc.). Wenn sie Anhang-I-Substanzen erforschen wollen, brauchen sie die Genehmigung des Innenministeriums[94]; eine Untersuchung aus dem Jahr 2013 zeigte, dass nur drei von tausend Krankenhäusern im Vereinigten Königreich eine solche Lizenz besass.[95]

Das Vereinigte Königreich ist nicht allein; Forscher in Kanada brauchten vier Jahre, um für eine Studie, die den therapeutischen Nutzen von PTSD untersuchte, MDMA aus der Schweiz zu importieren.[96] Neben den regulatorischen Einschränkungen machen auch die Kosten diese Substanzen für Forschungszwecke fast untragbar. Eine Firma, die Psilocybin vertreibt, verlangte zum Beispiel 12 000 USD pro Gramm.[97]

Die medizinischen Vorteile dieser Substanzen beginnen sich dank limitierter, aber bahnbrechender Forschung zu offenbaren. Es wurden Studien gemacht zum Gebrauch von MDMA in der Psychotherapie, eine davon in den Vereinigten Staaten im Zusammenhang mit Patienten, die an „therapieresistentem PTSD" leiden.[98] Die Resultate waren beeindruckend; 80 Prozent der Patienten zeigten eine klinische Verbesserung gegenüber nur 20 Prozent in der Kontrollgruppe.[99] Andere potenzielle Erkrankungen, bei denen MDMA einen positiven Effekt haben könnte, sind Autismus und Parkinson.[100]

Photo: Nyeri Hospice, part of KEHPCA, Kenya Hospices and Palliative Care Association.
© Sven Torfinn for the Open Society Foundations

ACMP in den letzten Jahren praktisch zum Stillstand gekommen.

Die Weltkommission wiederholt die Forderung ihres Berichts „Die Kontrolle übernehmen: Wege zu einer funktionierenden Drogenpolitik" von 2014: Die WHO, in Zusammenarbeit mit UNODC und INCB, soll bei der Sicherstellung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten die Führung übernehmen.

Die WHO verfügt zurzeit weder über die Mittel noch das Personal, um eine neue internationale Initiative zu betreuen; ihre Kapazität muss für die Sicherstellung des Zugangs zu kontrollierten Medikamenten dringend ausgebaut werden. Regierungen müssen Gelder einfliessen lassen und ein klares Konzept mit Zeitplan vorlegen, das spezifische Ziele definiert, wie innerstaatliche und internationale Hindernisse zur Versorgung überwunden werden. Das könnte regionale WHO/UNODC-Büros einschliessen. Diese unterstützen die Landesregierungen darin, einen gesundheitspolitischen Ansatz zu entwickeln, der alle Hindernisse angeht, die den Zugang zu kontrollierten Medikamenten behindern.

Das internationale Drogenkontrollsystem trägt zur Kriminalisierung von Menschen bei, die Cannabis für medizinische Zwecke verwenden

Weltweit konsumieren Millionen Cannabis zu medizinischen Zwecken. Obschon es sich nicht um ein kontrolliertes Medikament handelt, wird es von Pharmaunternehmen synthetisch für medizinische Zwecke hergestellt. Für diese pharmazeutischen Produkte haben viele inländische Gesetzgeber die Auslegung des Gesetzes in Bezug auf Cannabis biegen müssen, indem die Produkte als eine eigenständige Substanzklasse angesehen und kontrolliert werden. In zahlreichen Ländern wird Cannabis als eine Substanz „ohne therapeutischen Effekt" aufgelistet,[86] wohl wegen ihrer Listung im Einheits-Übereinkommen.

Das Einheits-Übereinkommen listet Substanzen in drei Anhängen,[87] die, je nach Gesundheits- und/oder Abhängigkeitsrisiko und therapeutischem Wert unterschiedlich strengen Kontrollen unterliegen. Anhang I enthält Substanzen, die als „stark abhängig machend und missbrauchsanfällig" gelten[88] and die „***allen*** [eigene Hervorhebung] Formen von Kontrollen, die unter diesem Übereinkommen Drogen betreffen, unterliegen."[89] Zusätzlich werden einige der Substanzen, die unter Anhang I fallen, auch in Anhang IV aufgeführt, weil sie als „besonders gefährlich"[90] gelten und „tiefen bis keinen therapeutischen Wert"[91] zugeschrieben erhalten. Cannabis ist eine solche Anhang-I- und Anhang-IV-Substanz.

Cannabis ist äusserst wertvoll für sein Potenzial, eine ganze Reihe von medizinischen Erkrankungen behandeln zu können. Forscher gehen davon aus, dass verschiedene aktive Inhaltsstoffe in der Substanz bei mehreren Leiden eingesetzt werden können, so bei Schmerzen, Spastik (Multipler Sklerose [MS]), Angststörungen, Anfallsleiden einschliesslich Epilepsie, Psychosen, Abhängigkeit, posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD).[92]

Viele Cannabiskonsumenten zu medizinischen Zwecken bestätigen, dass es Schmerzen wirksam mildert und Symptome von Erkrankungen wie MS und Epilepsie stark vermindert. Während einige Zugang zu pharmazeutischen Cannabis-basierten Medikamenten haben, muss die grosse Mehrheit eine Kriminalisierung riskieren und entweder ihre eigenen Pflanzen anbauen oder illegal Cannabis kaufen. Es ist eine Tragödie, dass Menschen, die einen medizinischen Bedarf haben, Gefängnisstrafen riskieren müssen, um ihr Leid zu mindern.

LITERATURNACHWEIS

1 United Nations Deputy-Secretary General (2015), Multi-Sector Approach, Integrating Public Health into Substance Control Efforts Key to Winning 'War on Drugs', Deputy Secretary-General Tells General Assembly, http://www.un.org/press/en/2015/dsgsm865.doc.htm

2 International Narcotics Control Board (2015), Report 2014, United Nations: New York

3 Global Commission on Drug Policy (2014), Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work, http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/

4 Buprenorphine is controlled under the UN Convention on Psychotropic Substances, 1971. Methadone is controlled under the United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961

5 World Health Organization (2015), WHO Model List of Essential Medicines, http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf

6 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

7 Noble, M et al. (2008) Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety, Journal of Pain and Symptom Management, 35(2): 214–228

8 Chen, L, Hedegaard, H, & Warner, M (2014), Drug-poisoning Deaths Involving Opioid Analgesics: United States, 1999–2011, NCHS Data Brief No. 166, http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db166.pdf

9 Mowbray, O, & Quinn, A (2015), Prescription pain reliever misuse prevalence, correlates, and origin of possession throughout the life course, Addictive Behaviors, 50: 22–27

10 Joint Formulary Committee (2012), British National Formulary 63, BMA & Royal Pharmaceutical Society: London pg. 274

11 World Health Organization (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines, WHO: Geneva http://www.atome-project.eu/documents/gls_ens_balance_eng.pdf

12 Ibid.

13 Human Rights Watch (2011), Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right, HRW: New York http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf

14 Taylor, A (2007), Addressing the Global Tragedy of Needless Pain: Rethinking the United Nations Single Convention on Narcotic Drugs, The Journal of Law Medicine and Ethics, 35(4): 556–570

15 World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance (2014), Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, WHO http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

16 Human Rights Watch (2011), Global State of Pain Treatment HRW

17 Cooper, T (2015), Dispatches: In Russia, Don't Tell the Living About the Dead, Human Rights Watch http://www.hrw.org/news/2015/03/22/dispatches-russia-don-t-tell-living-about-dead

18 Harm Reduction International (2014), The Global State of Harm Reduction 2014, HRI: London

19 Mathers et al (2010), HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. The Lancet 375(9719): 1014–28

20 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961

21 UN Committee of Economic, Social and Cultural Rights 'General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health' (11 August 2000) UN Doc No E/C.12/2000, paras 12(a), 17

22 World Health Organization (1946), Constitution of the World Health Organization, WHO

23 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, arts. 2(1), 12

24 The obligation to provide access to medicines is also considered a component element of the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health under the Convention on the Rights of the Child. Committee on the Rights of the Child, 'General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)' (17 April 2013) UN Doc No CRC/C/GC/15, paras 73(b), E(2)(a)

25 Open Society Foundations (2011), Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation, OSF, New York http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf

26 Elliott, R, Lines, R, Schleifer, R, & Symington, A (2011), Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers, OSF: New York http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf

27 Gallahue, P, et al. (2012), The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2012 Tipping the Scales for Abolition, HRI: London http://www.ihra.net/files/2014/08/06/HRI_-_2012_Death_Penalty_Report_-_FINAL.pdf

28 Barrett, D, Bewley-Taylor, D, Elliott, R, Lines, R, & Schleifer, R (2008), Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy, Beckley Foundation Drug Policy Programme, http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/HR_IDP_Mar08-ENG.pdf

29 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961

30 The United Nations' Special Rapporteur on the prevention of torture and cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment, and the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health

31 United Nations. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2008), Mandate of the Special Rapporteur on the question of torture, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf

32 United Nations General Assembly (2015), Resolution adopted by the General Assembly on 18 December 2014: 69/201 International cooperation against the world drug problem, UN: New York http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/201

33 International Narcotics Control Board (2015), Report 2014

34 Fact Sheet on the Proposal to Discuss International Scheduling of Ketamine at the 58th CND (2015) https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Ketamine-fact-sheet.pdf

35 WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014), Ketamine: Update review report, Thirty-sixth meeting, WHO, Geneva, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/6_2_Update.pdf

36 Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines, TNI & IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 26 https://www.tni.org/files/download/dlr26-e.pdf

37 Ibid.

38 Commission on Narcotic Drugs (2010), Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Resolution 53/4 http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2010/CND_Res-53-4.pdf; Commission on Narcotic Drugs (2011), Promoting adequate availability of internationally controlled narcotic drugs and psychotropic substances for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Resolution 54/6. http://www.mccabecentre.org/downloads/Resolution_54-6.pdf

39 Husain Asra S, Skemp Brown, M, & Maurer (2013), 'Do national drug control laws ensure the availability of opioids for medical and scientific purposes?', Bulletin of the World Health Organisation, 92; 108–116, http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-121558/en/

40 Taylor, A (2007), Addressing the Global Tragedy of Needless Pain

41 World Health Assembly (2014), Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, Resolution WHA67.19, Geneva http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf

42 KEHPCA (2015), Pain Free Hospital Initiative in Kenya, http://kehpca.org/pain-free-hospital-initiative-in-kenya/

43 Human Rights Watch (2010), Needless Pain: Government Failure to Provide Palliative Care for Children in Kenya, HRW: New York—See Footnote 120, p.48

44 Legislation in the Philippines—The Comprehensive Dangerous Drugs Act of 2002—defines substances used for "legitimate medical needs" as "dangerous drugs." For more information, consult, Pain and Policy Studies Group (2013), Improving Global Opioid Availability for Pain & Palliative Care: A Guide to a Pilot Evaluation of National Policy, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Global%20evaluation%202013.pdf

45 Krakauer E. L. et al (2010), Opioid Inaccessibility and Its Human Consequences: Reports from the Field, Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 24; 239–243, http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19901en/s19901en.pdf

46 Noble, M et al. (2008) Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain: Human Rights Watch (2009), "Please, do not make us suffer any more..." Access to Pain Treatment as a Human Right, HRW: New York

47 WHO (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances; Human Rights Watch (2009), "Please, do not make us suffer any more..."

48 International Association for Hospice and Palliative Care, Opioid Price Watch Project, http://hospicecare.com/opioids/reports/map/

49 De Lima, Liliana, et al (2014), Cross-Sectional Pilot Study to Monitor the Availability, Dispensed Prices, and Affordability of Opioids Around the Globe, Journal of Pain and Symptom Management 48(4): 649–659

50 WHO (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances

51 Office of the High Commissioner for Human Rights (2014), Side event: World Drug Problem on Human Rights, United Nations http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14712&LangID=E

52 The University of Wisconsin Pain & Policy Studies Group (2009), Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability?, Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 23(2): 145–152

53 UNODC (2015), World Drug Report 2015, United Nations: Vienna, http://www.unodc.org/wdr2015/

54 Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines

55 Piana, R (2014), Dying without Morphine, New York Times http://www.nytimes.com/2014/10/01/opinion/dying-without-morphine.html?_r=0; Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines

56 UNODC (2011), Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking then right balance to achieve the optimal public health outcome, United Nations: Vienna

57 Human Rights Watch (2015), "All I can do is cry": Cancer and the Struggle for Palliative Care in Armenia, HRW: New York, https://www.hrw.org/news/2015/07/14/armenia-needless-pain-end-life

58 Joranson D.E., Ryan K.M., Maurer M.A (2010), Opioid policy, availability and access in developing and Nonindustrialized Countries, University of Wisconsin-Madison Pain and Policy Studies Group http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Joranson_2010_Bonica%20Chapter%2016.pdf

59 Reville, B, & Foxwell, AM (2014), The global state of palliative care— progress and challenges in cancer care, Ann Palliat Med, 3(3): 129–138 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25841689

60 UNODC (2011), Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking then right balance to achieve the optimal public health outcome, United Nations: Vienna

61 Reville, B, & Foxwell, AM (2014), The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care

62 Ibid.

63 Ibid.

64 "Für die Zahlen für den tatsächlichen Konsum haben wir 2006 Data vom INCB für alle relevanten starken Opioiden genommen und den Gesamtkonsum in "Morphin-Äquivalenten" errechnet, d. h. die Dosis für eine Substanz, die der analgetischen Potenz von 1 mg oralen Morphins entspricht. Methadon wurde nicht berücksichtigt." From - Seya M-J, et al (2011), A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels, Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 25(1): 6–18 http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17976en/s17976en.pdf

65 International Narcotics Control Board and World Health Organization (2012), Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control, United Nations: New York

66 See, for example, the Lancet 2010 special series on HIV infection among people who inject drugs

67 For example, see: WHO Evidence for Action series: www.who.int/hiv/pub/idu/en/; World Bank (2013) The Global HIV Epidemics among People Who Inject Drugs, The World Bank: Washington DC.

68 World Health Organisation (2005), Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical paper and policy brief, WHO: Geneva

69 Wolfe et al (2010), Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward, The Lancet, 376(9738): 355–366

70 World Health Organisation, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004), Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV prevention, United Nations: Geneva

71 Centre for Substance Abuse Treatment (2005), Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programmes. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. HHS Publication No. (SMA) 12-4214. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

72 Harm Reduction International (2014), The Global State of Harm Reduction 2014

73 WHO, UNODC, UNAIDS (2009), Technical guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users, World Health Organization: Geneva

74 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

75 Barrett, D (2013), Hidden in plain sight. Children and injecting drug use, a global snapshot of the available data, Harm Reduction International

76 Flavin, J & Paltrow, L (2013), The Policy and Politics of Reproductive Health: Arrests of and Forced Interventions on Pregnant Women in the United States, 1973–2005: Implications for Women's Legal Status and Public Health, Journal of Health Politics, Policy and Law, 38(2): 299-343

77 WHO, UNODC, UNAIDS (2009), Technical guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users,

78 Rolles, S, Kushlick, D, Powell, M, & Murkin, G, (2012), The War on Drugs: Wasting Billions and Undermining Economies, Count the Costs http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics-briefing.pdf

79 Csete, J, & Wolfe, D (2007), Closed to Reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS, Canadian HIV/AIDS Legal Network & Open Society Institute http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/closed_20070226.pdf

80 Malinowska-Sempruch Kasia (2013), The International Narcotics Control Board Strains its Limited Credibility LSE Ideas, http://blogs.lse.ac.uk/ideas/2013/03/the-international-narcotics-control-board-strains-its-limited-credibility/

81 Federal Scientific and Methodological Center for Prevention and Control of AIDS (2014), HIV-infection bulletin number 39. Moscow: The Federal Service for Surveillance of Consumer Rights Protection and Human Well-being

82 Agence France-Presse (2015), 'Russian HIV-Aids epidemic worsening under Kremlin policies, says expert,', http://www.theguardian.com/world/2015/may/15/russian-hiv-aids-epidemic-worsening-under-kremlin-policies-says-expert

83 World Health Organisation, Guidelines for the WHO Review of Dependence-Producing Psychoactive Substances for International Control, WHO/EDM/QSM/2000.5,2000; cited by Taylor, A in Addressing the Global Tragedy of Needless Pain, at page 567

84 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol

85 World Health Organization, Ensuring balance in national policies on controlled substances,

86 For example, see, United Kingdom's Misuse of Drug Act 1971; United States' Controlled Substances Act 1970

87 United Nations (2013), The International Drug Control Conventions Schedules of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol, as at 25 September 2013, United Nations: New York, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf

88 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), Scheduling in the International Drug Control System, TNI & IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25 http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf

89 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, Article 2 (1) https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

90 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, Article 2 (5) https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

91 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), Scheduling in the International Drug Control System

92 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation, Nature Reviews, Neuroscience, 14: 577–585, http://www.nature.com/nrn/journal/v14/n8/full/nrn3530.html

93 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), Scheduling in the International Drug Control System

94 United Kingdom, Misuse of Drugs Act 1971, Section 7

95 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation

96 Ibid.

97 Grob C.S. et al (2011), Pilot Study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced stage cancer, Arch. Gen. Psychiatry, 68: 71–78; cited by Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation

98 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation

99 Ibid.

100 Ibid.

WEITERE QUELLEN

Count the Costs
www.countthecosts.org

Cupihd
www.cupihd.org

Drug Policy Alliance
www.drugpolicy.org

Weltkommission für HIV und das Recht (einberufen durch das UNDP)
www.hivlawcommission.org

Harm Reduction International
www.ihra.net

Human Rights Watch
www.hrw.org

Igarapé Institute
www.igarape.org.br

Intercambios
www.intercambios.org.ar

Internationales Zentrum für Wissenschaft in der Drogenpolitik
www.icsdp.org

Internationales Ärztenetzwerk für eine gesündere Drogenpolitik
www.idhdp.com

International Drug Policy Consortium
www.idpc.net

International Network of People who use Drugs
www.inpud.net

Internationales Suchtstoffkontrollamt
www.incb.org

Talking Drugs
www.talkingdrugs.org

Transform Drug Policy Foundation
www.tdpf.org.uk

Transnational Institute; Ressourcen für Drogengesetzreformen
www.druglawreform.info

The Beckley Foundation
www.beckleyfoundation.org

Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung
www.unodc.org

Washington Büro für Lateinamerika – Drogenpolitikprogramm
www.wola.org/program/drug_policy

Westafrikanische Drogenkommission
www.wacommissionondrugs.org

Weltgesundheitsorganisation: Programm Zugang zu kontrollierten Medikamenten (ACMP)
http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_cmp/en/

Weltgesundheitsorganisation: Unentbehrliche Medikamente
http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/

DANKSAGUNGEN

Technische Koordination

Niamh Eastwood
Edward Fox
Maria Phelan
Khalid Tinasti

Expertengruppe

Marine Buissonnière
Jude Byrne
Ann Fordham
Rick Lines
Diederik Lohman
Katherine Pettus
Willem Scholten

Sekretariat der Weltkommission für Drogenpolitik

Beatriz Alqueres
Miguel Darcy
Zara Snapp
Ilona Szabo de Carvalho
Khalid Tinasti

Unterstützung

FIFHC - Fundação Instituto Fernando Henrique Cardoso
Open Society Foundations
Sir Richard Branson (support provided trough Virgin Unite)
Igarape Institute
Deutsche Übersetzung: Erika Jüsi, Zürich

www.globalcommissionondrugs.org

Kontakt:

secretariat@globalcommissionondrugs.org

BERICHTE DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

- Krieg gegen die Drogen (2011)
- Der Krieg gegen die Drogen und HIV/Aids: Wie die Kriminalisierung des Drogenkonsums die globale Pandemie anheizt (2012)
- Die verheerenden Auswirkungen des Kriegs gegen die Drogen auf die Volksgesundheit: Die versteckte Hepatitis-C-Epidemie (2013)
- Die Kontrolle übernehmen: Wege zu einer funktionierenden Drogenpolitik (2014)

http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/

WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITK

Die Weltkommission für Drogenpolitik bezweckt, auf internationaler Ebene eine fundierte, wissenschaftlich abgestützte Diskussion auszulösen über wirksame, humane Möglichkeiten zur Verminderung des Schadens an Mensch und Gesellschaft durch Drogen.

ZIELE

- Überprüfung der Grundannahmen, der Wirksamkeit und der Folgen des 'Kriegs gegen die Drogen'
- Beurteilung der Risiken und des Nutzens verschiedener einzelstaatlicher Lösungen für das Drogenproblem
- Entwicklung von umsetzbaren, evidenzbasierten Empfehlungen für eine konstruktive Reform der Gesetzgebung und der Politik

WELTKOMMISSION
FÜR DROGENPOLITIK

www.globalcommissionondrugs.org