



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

DE

ISSN 1977-9836

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2017



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

| Europäischer | Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2017

Rechtlicher Hinweis

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

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

Gebührenfreie Telefonnummer (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Sie erhalten die bereitgestellten Informationen kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Weitere Informationen zur Europäischen Union sind im Internet verfügbar (<http://europa.eu>).

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

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-057-2	ISSN 1977-9836	doi:10.2810/1855	TD-AT-17-001-DE-C
PDF	ISBN 978-92-9497-076-3	ISSN 2314-9051	doi:10.2810/258710	TD-AT-17-001-DE-N

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2017

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Empfohlene Zitierweise:

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017), Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

Printed in Belgium

GEDRUCKT AUF ELEMENTAR CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER (ECF)



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Inhaltsverzeichnis

5	Vorwort
9	Einleitende Bemerkungen und Danksagungen
11	ÜBERSICHT Die Drogensituation in Europa im Jahr 2017
19	KAPITEL 1 Drogenangebot und Markt
41	KAPITEL 2 Prävalenz und Trends des Drogenkonsums
61	KAPITEL 3 Drogenbedingte Schädigungen und diesbezügliche Maßnahmen
83	ANHANG Tabellen mit Länderdaten

Vorwort

Es ist uns eine große Freude, Ihnen den *Europäischen Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen* vorstellen zu dürfen. Der Drogenbericht stellt die wichtigste Veröffentlichung der EMCDDA dar und beinhaltet die aktuellsten Daten über die Drogensituation in Europa sowie die einschlägigen Maßnahmen. Er bietet eine Fülle vielschichtiger Informationen und Analysen und basiert auf den jüngsten Daten und Statistiken, die von unseren nationalen Partnern übermittelt wurden.

Ergänzend zum Bericht 2017 wird ein neuer Katalog von nationalen Übersichten in Form von 30 Länderdrogenberichten veröffentlicht, in denen online abrufbare Zusammenfassungen der nationalen Trends und Entwicklungen in Politik und Praxis der europäischen Länder im Drogenbereich bereitgestellt werden.

Diese Veröffentlichung bietet einen jährlichen Statusbericht zum Drogenphänomen in Europa, baut aber auch auf dem alle drei Jahre erscheinenden *EU Drug Markets Report* (EU-Drogenmarktbericht) auf, der 2016 veröffentlicht wurde. Im Laufe dieses Jahres wird ergänzend dazu erstmals ein spezieller EU-Bericht über die gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Drogenproblematik vorgelegt.

Die EMCDDA hat die Aufgabe, Daten zu erheben und so aufzubereiten, dass sie von ihren Adressatenkreisen verwendet werden können. Dabei sind wir stets bemüht, die bestmöglichen Evidenzdaten bereitzustellen und einen Beitrag zur Realisierung unserer Vision eines gesünderen und sichereren Europas zu leisten. Mit seinen umfassenden Übersichten und Analysen zu den Trends und Entwicklungen im Drogenbereich stellt dieser Bericht ein hilfreiches Instrument dar, das europäischen und nationalen politischen Entscheidungsträgern und Planern die Möglichkeit gibt, sich bei der Konzeption ihrer Strategien und Maßnahmen auf die jüngsten verfügbaren Daten zu stützen. Entsprechend unserer Zielsetzung, hochwertige Leistungen für unsere Interessenträger zu erbringen, bietet dieser jüngste Bericht Zugang zu Daten, die für die unterschiedlichsten Zwecke herangezogen werden können. Sie dienen als Bezugs- und Follow-up-Daten für die Evaluierung politischer Maßnahmen und drogenspezifischer Leistungen, schaffen einen Kontext und helfen bei der Festlegung von Prioritäten für die strategische Planung, ermöglichen Vergleiche zwischen den Gegebenheiten und Datenreihen der einzelnen Länder und ermöglichen es, drohende Gefahren und Probleme zu erkennen.

Im diesjährigen Bericht werden einige möglicherweise besorgniserregende Veränderungen auf dem Markt für illegale Opiode herausgearbeitet, das heißt für jene Substanzen, die in Europa nach wie vor mit einer hohen Morbidität und Mortalität in Verbindung gebracht werden. Es ist ein allgemeiner Anstieg der Zahl der opioidbedingten Todesfälle durch



Überdosierung sowie der Berichte über Probleme im Zusammenhang mit Arzneimitteln zur opioidgestützten Substitutionsbehandlung und neuen synthetischen Opioiden erkennbar. Um der sich im Wandel befindlichen Drogenproblematik gerecht zu werden, müssen die einschlägigen Maßnahmen ebenfalls weiterentwickelt werden. Der in der europäischen Drogenstrategie für den Zeitraum 2013 bis 2020 verankerte Rahmen für ein gemeinsames Vorgehen schafft diese Möglichkeit. Die Europäische Kommission hat einen neuen Drogenaktionsplan für den Zeitraum 2017 bis 2020 vorgeschlagen, der gegenwärtig vom Europäischen Parlament und vom Rat erörtert wird. Er baut auf den Erkenntnissen der Halbzeitbewertung der laufenden EU-Drogenstrategie und der Abschlussbewertung des Aktionsplans 2013 bis 2017 auf. Die Tätigkeiten der EMCDDA zur Unterstützung einer auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Gestaltung der europäischen Drogenpolitik haben in diesen zentralen Strategiepapieren ihren Niederschlag gefunden.

Abschließend danken wir unseren Kollegen in den nationalen Knotenpunkten des Reitox-Netzes, die gemeinsam mit nationalen Sachverständigen den Großteil der Daten bereitgestellt haben, die dieser Veröffentlichung zugrunde liegen. Des Weiteren bedanken wir uns für die Beiträge zahlreicher europäischer Forschungsgruppen, die diese Analysen bereichert haben. Eine wertvolle Hilfe bei der Erarbeitung dieses Berichts war auch die Zusammenarbeit mit unseren europäischen Partnern – der Europäischen Kommission, Europol, der Europäischen Arzneimittel-Agentur und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten.

Laura d'Arrigo

Vorsitzende des Verwaltungsrates der EMCDDA

Alexis Goosdeel

Direktor der EMCDDA

Einleitende Bemerkungen und Danksagungen

Dieser Bericht stützt sich auf Daten, die der EMCDDA von den EU-Mitgliedstaaten, dem Kandidatenland Türkei sowie Norwegen in Form nationaler Informationspakete zur Verfügung gestellt wurden.

Der vorliegende Bericht soll einen zusammenfassenden Überblick über die Drogensituation in Europa und die einschlägigen Maßnahmen bieten. Die hier veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich auf das Jahr 2015 bzw. auf das jeweils letzte Jahr, für das Daten verfügbar sind. Bei den Trendanalysen werden ausschließlich jene Länder berücksichtigt, die ausreichend Daten zur Verfügung gestellt haben, um Veränderungen im Bezugszeitraum zu beschreiben. Sofern nicht anders angegeben, wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 herangezogen. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Beobachtung von Mustern und Trends im Hinblick auf im Verborgenen stattfindende und stigmatisierte Verhaltensweisen wie den Drogenkonsum sowohl in praktischer als auch in methodischer Hinsicht eine Herausforderung darstellt. Aus diesem Grund wurde für die in diesem Bericht vorgenommenen Analysen auf mehrere Datenquellen zurückgegriffen. Zwar sind auf nationaler Ebene und im Hinblick auf die Ergebnisse, die im Rahmen einer europäischen Analyse erzielt werden können, deutliche Verbesserungen festzustellen. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass in diesem Bereich methodische Schwierigkeiten bestehen. Daher ist bei der Auslegung der Ergebnisse Vorsicht geboten, insbesondere, wenn Länder im Hinblick auf eine einzelne Messgröße miteinander verglichen werden. Vorbehalte und Datenbeschränkungen sind der Online-Version dieses Berichts und dem [Statistical Bulletin](#) zu entnehmen, das ausführliche Informationen über die Methodik und etwaige Analysebeschränkungen sowie Anmerkungen zu den Einschränkungen der zur Verfügung gestellten Informationen enthält. Zudem sind dort Informationen über die im Rahmen der Schätzungen auf europäischer Ebene herangezogenen Methoden und Daten verfügbar, die für eine Interpolation geeignet sind.

Die EMCDDA dankt den folgenden Institutionen und Personen für ihre Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichts:

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netztes und deren Mitarbeitern;
- den Einrichtungen und Sachverständigen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirats der EMCDDA;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union, insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“, und der Europäischen Kommission;
- dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Europol;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel (Pompidou-Gruppe) des Europarates, dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime), dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa, Interpol, der Weltzollorganisation, dem Projekt ESPAD (Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen), der Europäischen Gruppe zur Abwasseranalyse (SCORE, Sewage Analysis Core Group Europe) und dem europäischen Netzwerk für drogenbedingte Notfälle (Euro-DEN, European Drug Emergencies Network);
- dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union und dem Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Nationale Reitox-Knotenpunkte

Reitox ist das Europäische Informationsnetz für Drogen und Drogensucht. Es besteht aus nationalen Knotenpunkten in den EU-Mitgliedstaaten, dem Kandidatenland Türkei und Norwegen sowie bei der Europäischen Kommission. Unter der Verantwortung der jeweiligen Regierungen haben die Knotenpunkte die nationalen Kompetenzen zur Übermittlung drogenspezifischer Informationen an die EMCDDA. Die Kontaktinformationen der nationalen Knotenpunkte sind der [Website der EMCDDA](#) zu entnehmen.

Übersicht

**Die Drogenproblematik
in Europa**

Die Drogensituation in Europa im Jahr 2017

Dieser Bericht basiert auf den jüngsten verfügbaren Daten aus der Beobachtungstätigkeit der EU und bietet einen Überblick über die Drogensituation in Europa. Den Hauptteil dieses Berichts bildet ein europaweiter Überblick über den Drogenmarkt, den Drogenkonsum und die damit verbundenen Schädigungen sowie die diesbezüglich ergriffenen Maßnahmen. Ergänzend dazu werden 30 Länderberichte sowie ausführliche Daten und methodische Informationen im Internet veröffentlicht.

Dieser einleitende Abschnitt beinhaltet einen kurzen analytischen Abriss zu einigen der zentralen Themenbereiche, die sich aus den diesjährigen Daten ergeben. Da die Drogenproblematik in Europa zunehmend von den

internationalen Entwicklungen beeinflusst wird und sich umgekehrt auch auf diese auswirkt, wurde die Analyse in einen breiteren, globalen Kontext eingebettet und damit aufgewertet. Im Zusammenhang mit zwei wichtigen Themen – dem Cannabiskonsum unter Jugendlichen und den Veränderungen auf dem Markt für Opiode – wurden die derzeitige Lage in Europa und ihre Entwicklung der Situation in Nordamerika gegenübergestellt, wobei bemerkenswerte Ähnlichkeiten und Unterschiede festzustellen waren.

Haben die internationalen Entwicklungen in der Cannabispolitik Auswirkungen auf Europa?

Die jüngsten Änderungen, die in Teilen Amerikas am Regulierungsrahmen für Cannabis vorgenommen wurden, wurden in Europa von politischen Entscheidungsträgern und der Öffentlichkeit mit Interesse verfolgt. Diese Entwicklungen waren recht vielfältig, und die relativen Kosten und Vorteile der verschiedenen Ansätze der Cannabispolitik können erst beurteilt werden, wenn diesbezüglich tragfähige Evaluierungen vorliegen. Darüber hinaus ist unklar, in welchem Maße Entwicklungen in anderen Teilen der Welt unmittelbar auf den europäischen Kontext übertragen werden können.

Zwischen den 28 Mitgliedstaaten der Europäischen Union herrschen große Unterschiede bezüglich der im Hinblick auf die Regulierung und den Konsum von Cannabis verfolgten Ansätze. Die Bandbreite reicht dabei von restriktiven Modellen bis hin zur Tolerierung bestimmter Formen des Eigengebrauchs. Allerdings wird derzeit eine lebhaft debattiert, in deren Rahmen Themen wie die Legalisierung der Herstellung von Cannabis für den Eigengebrauch und die Bereitstellung von Cannabis für die medizinische Verwendung in einigen Ländern zunehmendes Interesse auf sich ziehen.

Abgesehen von möglichen weiterreichenden Auswirkungen auf die Drogenpolitik stellt die Existenz kommerziell regulierter Cannabismärkte in einigen nichteuropäischen Ländern eine Triebkraft für Innovationen und Produktentwicklungen dar, wie etwa bei Verdampfern, E-Liquids und essbaren Produkten. Angesichts der möglichen Auswirkungen einiger dieser Entwicklungen auf die Konsummuster in Europa ist es umso wichtiger, das Konsumverhalten in diesem Bereich zu beobachten und die möglichen gesundheitlichen Folgen etwaiger künftiger Veränderungen in den künftigen Konsummustern zu bewerten.

Auf dem europäischen Cannabismarkt haben sich bereits in den letzten Jahren bedeutende Veränderungen vollzogen, die zum Teil durch die Tendenz zu einer steigenden Herstellung im Inland bedingt waren. Der Wirkstoffgehalt des in Europa erhältlichen Cannabisharzes und Cannabiskrauts ist seit einigen Jahren höher denn je. Diesbezüglich zeichnet sich bislang keine Änderung ab. Darüber hinaus wird diese Droge nach wie vor mit Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht und ist die Ursache für den Großteil der in Europa gemeldeten erstmaligen Behandlungsaufnahmen. Aus allen diesen Gründen ist das Verständnis der Entwicklungen im Bereich des Cannabiskonsums und der damit verbundenen Schädigungen von großer Bedeutung für die Debatte über die am besten geeigneten politischen Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Droge.

Vergleich des Substanzkonsumverhaltens unter Schülern in der EU und den Vereinigten Staaten

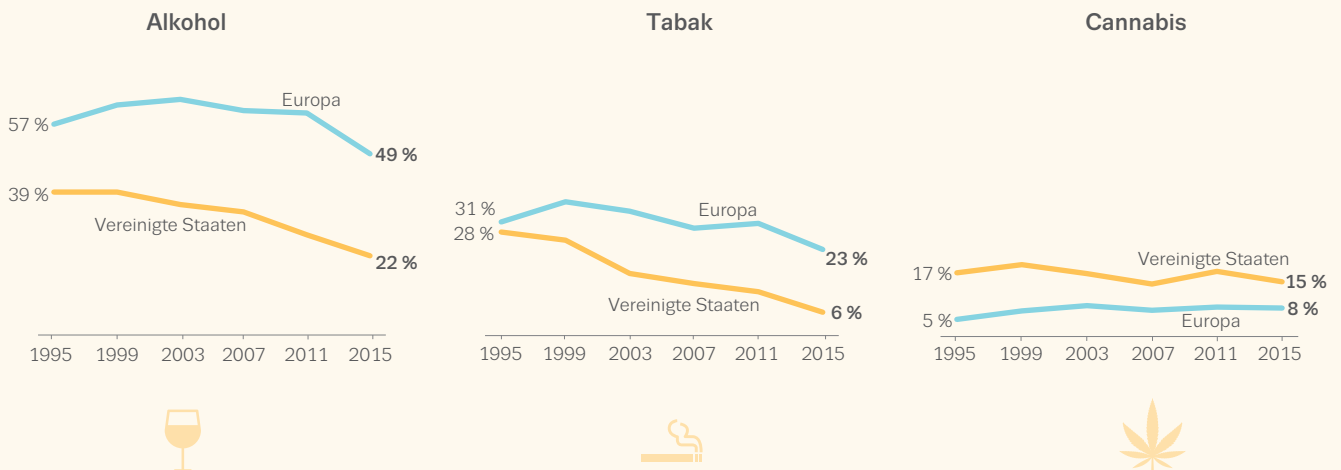
Diesbezüglich haben sich zwei große neue Schulerhebungen (unter Schülern im Alter von etwa 15 bis 16 Jahren) als hilfreich erwiesen, deren Ergebnisse im Jahr 2016 veröffentlicht wurden und anhand derer Vergleiche der Konsummuster von Cannabis und anderen Drogen unter europäischen und amerikanischen Schülern gezogen werden können. Es ist ermutigend, dass die jüngsten Daten für beide Regionen einen Rückgang des Konsums von Tabak und, wenn auch in geringerem Maße, von Alkohol ausweisen. Allerdings bleibt der Cannabiskonsum offenbar eher stabil. Im Hinblick auf die Konsumraten und -muster dieser Substanzen wurden jedoch beträchtliche Unterschiede zwischen europäischen und amerikanischen Schülern festgestellt.

In Europa, wo der Cannabiskonsum weniger stark verbreitet ist als der Tabakkonsum, wurden für die Messgrößen des Cannabiskonsums niedrigere Werte festgestellt als in den Vereinigten Staaten. Dagegen ist der Cannabiskonsum unter amerikanischen Schülern höher als der Tabakkonsum, für den sehr niedrige Werte ermittelt wurden. Auch der Alkoholkonsum ist unterschiedlich hoch, wobei in Europa nicht nur eine höhere Prävalenz des Alkoholkonsums, sondern auch intensivere Konsummuster als in den Staaten festzustellen waren.

Es sind weitere Analysen sowohl der Ähnlichkeiten als auch der Unterschiede beim Substanzkonsum unter Schülern vonnöten, um zu untersuchen, welchen relativen Einfluss soziale Aspekte sowie Kontext- und Regulierungsfaktoren auf die Entscheidungen junger Menschen haben. So kann beispielsweise das Verständnis der Faktoren, die den Rückgang des Zigarettenkonsums in den Vereinigten Staaten und Europa bewirkt haben, Rückschlüsse auf die Möglichkeiten für die Eindämmung des Konsums anderer Drogen, wie etwa Cannabis, zulassen. Darüber hinaus sind die festgestellten Unterschiede bei der Form des Substanzkonsums zu berücksichtigen. So wird beispielsweise Cannabis in Europa anders als in den Vereinigten Staaten häufig gemeinsam mit Tabak konsumiert, was Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik haben dürfte.

Das Verständnis der Entwicklungen im Bereich des Cannabiskonsums und der damit verbundenen Schädigungen ist von großer Bedeutung

SUBSTANZKONSUM UNTER SCHÜLERN IN EUROPA UND DEN VEREINIGTEN STAATEN



NB: Trends beim 30-Tage-Substanzkonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern in Europa und den Vereinigten Staaten. Die (ungewichteten) europäischen Durchschnittswerte basieren auf Daten aus 21 EU-Ländern und Norwegen (Quelle: ESPAD). Die Durchschnittswerte für die Vereinigten Staaten basieren auf Stichproben aus Schülern der 10. Klasse (Quelle: [Monitoring the Future](#)).

Europas Markt für Stimulanzien: Steigt die Verfügbarkeit von Kokain?

Für die in Europa am häufigsten konsumierten illegalen Stimulanzien – Kokain, MDMA und Amphetamine – sind nach wie vor vielfältige und je nach geografischem Gebiet unterschiedliche Konsummuster festzustellen, wobei für alle diese Drogen höhere Reinheitsgrade gemeldet werden als noch vor zehn Jahren. Dieser Bereich des Marktes für illegale Drogen, auf dem neue Stimulanzien, wie etwa Cathinone und Phenethylamine, mittlerweile problemlos zu beschaffen sind, ist komplexer geworden. Im letztjährigen Bericht wurde auf die zunehmende Verfügbarkeit und den steigenden Konsum von MDMA-Tabletten mit hohem Wirkstoffgehalt hingewiesen – diese Entwicklung hält den jüngsten Daten zufolge an. Der hohe MDMA-Gehalt der in jüngster Zeit sichergestellten Tabletten legt den Schluss nahe, dass die Hersteller keinerlei Schwierigkeiten haben, sich die für die Produktion dieser Droge erforderlichen Vorläuferstoffe zu beschaffen. Die Daten über Sicherstellungen weisen zudem darauf hin, dass Europa noch immer ein wichtiger Produktionsstandort für den globalen MDMA-Markt ist.

Zahlreiche Indikatoren, wie etwa Daten über Abwasseranalysen, Sicherstellungen, Preise und Reinheit, lassen darauf schließen, dass die Verfügbarkeit von Kokain in Teilen Europas einmal mehr im Steigen begriffen ist. Diese Droge ist in einer Reihe von - insbesondere süd- und westeuropäischen - Ländern seit jeher das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans. Die hier vorgestellten jüngsten Daten bestätigen dies, wie etwa die steigende Zahl der Sicherstellungen entlang der etablierten Schmuggelrouten, auf denen diese Droge auf die wichtigsten europäischen Märkte gelangt. In Nord- und

Mitteleuropa hingegen spielen Amphetamin sowie in geringerem Maße auch Methamphetamin auf den Drogenmärkten eine wichtigere Rolle als Kokain. Im Hinblick auf Amphetamine geben einige der bereits in der Vergangenheit beobachteten Entwicklungen nach wie vor Anlass zur Sorge. Hierzu zählen Veränderungen bei der Verfügbarkeit von Vorläuferstoffen und bei den Synthesewegen, das Wachstum des Marktes für Methamphetamin sowie einige Anzeichen für eine Zunahme des injizierenden Konsums dieser Drogen und der damit verbundenen Schädigungen.

Injizierender Konsum stellt die Gesundheitspolitik trotz seines Rückgangs weiterhin vor Probleme

Die von Drogenbehandlungseinrichtungen und anderen Quellen bereitgestellten Daten weisen darauf hin, dass der injizierende Konsum insgesamt auch weiterhin langfristig zurückgeht. Beispielsweise ist unter den Heroinkonsumenten, die sich erstmals in spezialisierte Behandlung begeben, der Anteil der injizierenden Konsumenten auf dem niedrigsten Stand seit mehr als zehn Jahren. Diesbezüglich bestehen allerdings erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Einige der Indikatoren für die mit diesem Einnahmeweg verbundenen Gesundheitsschäden weisen ebenfalls einen Rückgang aus. Dies gilt insbesondere für die Zahl der HIV-Neudiagnosen, die mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht wurden. Anlass zur Sorge besteht in diesem Bereich aber nach wie vor. Zwar wurde im Jahr 2016 mit 1 233 HIV-Neuinfektionen der niedrigste Wert seit mehr als 20 Jahren ermittelt, jedoch stellen diese auch weiterhin ein gravierendes Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Darüber hinaus waren in einigen

gefährdeten Bevölkerungsgruppen sowie unter den injizierenden Konsumenten von Stimulanzien und neuen psychoaktiven Substanzen in jüngster Zeit Ausbrüche von HIV-Infektionen zu beobachten.

Zudem gibt es Hinweise darauf, dass durch Blut übertragbare Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten im Vergleich zu anderen Gruppen oft relativ spät diagnostiziert werden, wodurch die Chancen auf eine erfolgreiche Intervention sinken. Auch bei den unter injizierenden Drogenkonsumenten weit verbreiteten HCV-Infektionen stellen späte Diagnosen ein wesentliches Problem dar. In den letzten Jahren wurden bei der Behandlung der Virushepatitis mit der Entwicklung einer neuen Generation hochwirksamer Arzneimittel außerordentliche Fortschritte erzielt. Die Tilgung dieser Erkrankung kann nun sowohl eine Chance als auch eine Herausforderung für allgemeine Gesundheitsdienstleister und spezialisierte Drogenbehandlungseinrichtungen darstellen.

Opiode: eine Problematik im Wandel

Der Vergleich mit den Entwicklungen in Nordamerika ist auch für die Analyse der Opioidproblematik in Europa relevant. Die Auswertung der in diesem Bericht vorgestellten Daten lässt den Schluss zu, dass ungeachtet der insgesamt herrschenden Unterschiede einige Parallelen zwischen der Situation in der EU und den Vereinigten Staaten bestehen.

Die jüngsten Daten belegen, dass nach wie vor mit etwa 80 % der Großteil der neuen Behandlungsnachfragen wegen des Konsums von Opioiden auf Heroinkonsumenten entfällt. Darüber hinaus ist der seit 2007 beobachtete Rückgang der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Heroin mittlerweile nicht mehr erkennbar. Besonders besorgniserregend ist der Anstieg der geschätzten Zahl der Todesfälle durch Überdosierungen in Europa, die nun das dritte Jahr in Folge zugenommen hat, wobei in zahlreichen Fällen Heroin eine Rolle spielt.

Auch in Nordamerika sind eine hohe Morbidität und Mortalität im Zusammenhang mit dem Missbrauch verschreibungspflichtiger Opiode sowie ein steigender Heroinkonsum zu beobachten. Darüber hinaus kamen in jüngster Zeit hochpotente synthetische Opiode auf den nordamerikanischen Markt, insbesondere Fentanylderivate. Einer der Unterschiede besteht darin, dass in Europa nur sehr wenige Klienten wegen einer Abhängigkeit von opioidhaltigen Analgetika eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnehmen. Dies ist vermutlich auf die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingung und Ansätze für die Vermarktung und Verschreibung solcher Arzneimittel in Europa und Nordamerika zurückzuführen. Allerdings darf nicht die Möglichkeit außer Acht gelassen werden, dass in Europa nicht alle Fälle gemeldet werden,

da hier Personen mit problematischem Konsum verschreibungspflichtiger Arzneimittel unter Umständen andere Dienste offenstehen als den Konsumenten illegaler Drogen. In mehreren europäischen Ländern werden jedoch im Zusammenhang mit Behandlungsnachfragen und Gesundheitsproblemen immer häufiger Arzneimittel dokumentiert, die in der opioidgestützten Substitutionsbehandlung eingesetzt werden. Etwa ein Fünftel aller Opioidklienten, die eine spezialisierte Drogentherapie antreten, konsumiert andere Opiode als Heroin. Die Bedeutung synthetischer Opiode, wie beispielsweise Methadon, im Zusammenhang mit Todesfällen durch Überdosierung ist auf EU-Ebene nur schwer abzuschätzen. Diese Substanzen spielen jedoch mittlerweile in vielen Ländern eine wichtige Rolle, wobei sie in einigen Ländern sogar in der überwiegenden Zahl dieser Todesfälle nachgewiesen werden. Die Eindämmung des Missbrauchs von Arzneimitteln, einschließlich der für die opioidgestützte Substitutionsbehandlung eingesetzten Medikamente, stellt für viele europäische Gesundheitsdienstleister eine zunehmende Herausforderung dar. Die Stärke der Evidenz spricht für den angemessenen Einsatz opioidhaltiger Substitutionsmittel, da dieser nachweislich die Morbidität und Mortalität der Klienten verringert und dafür sorgt, dass sie seltener straffällig werden. Um die gesundheitlichen Vorteile, die zweifelsohne mit diesem Behandlungskonzept verbunden sind, uneingeschränkt zu gewährleisten, sind zum einen geeignete klinische Verfahren und zum anderen Kenntnisse über die Abzweigung verschreibungspflichtiger Opiode aus der ordnungsgemäßen Verwendung sowie über die Möglichkeiten für deren Eindämmung vonnöten.

Hochpotente synthetische Opiode: eine zunehmende Gesundheitsgefahr

Es ist besorgniserregend, dass sowohl in Europa als auch in Nordamerika in jüngster Zeit hochpotente neue synthetische Opiode, vorwiegend Fentanylderivate, auf den Markt gekommen sind. Seit 2012 gehen über das EU-Frühwarnsystem immer mehr Meldungen über derartige Substanzen und die von ihnen verursachten Schäden ein. Diese Substanzen werden auf Online-Märkten sowie auf dem Schwarzmarkt verkauft. Mitunter werden sie als Heroin, andere illegale Drogen oder sogar gefälschte Arzneimittel angeboten oder sind mit all diesen verschnitten. Hochpotente synthetische Opiode sind mit gravierenden Gesundheitsgefahren verbunden, und zwar

Hochpotente synthetische Opiode sind mit gravierenden Gesundheitsgefahren verbunden

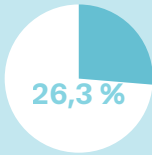
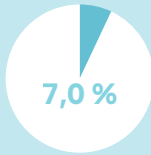
AUF EINEN BLICK – SCHÄTZUNGEN DES DROGENKONSUMS IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Cannabis



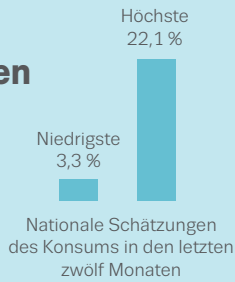
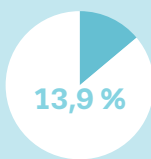
Erwachsene
(15-64)

Konsum:
Letzte 12 Monate: **23,5 Millionen**
Lebenszeit: **87,7 Millionen**



Junge Erwachsene
(15-34)

Letzte 12 Monate
17,1 Millionen

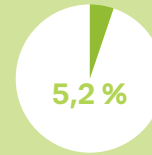


Kokain



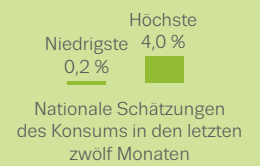
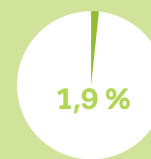
Erwachsene
(15-64)

Konsum:
Letzte 12 Monate: **3,5 Millionen**
Lebenszeit: **17,5 Millionen**



Junge Erwachsene
(15-34)

Letzte 12 Monate
2,3 Millionen

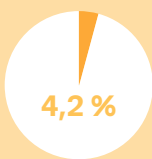
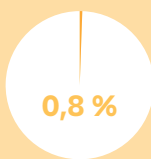


MDMA



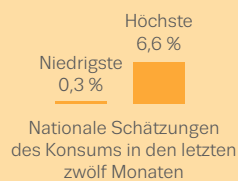
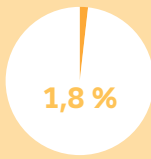
Erwachsene
(15-64)

Konsum:
Letzte 12 Monate: **2,7 Millionen**
Lebenszeit: **14,0 Millionen**



Junge Erwachsene
(15-34)

Letzte 12 Monate
2,3 Millionen

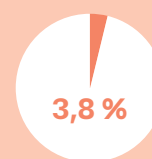
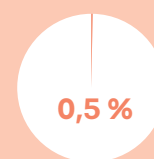


Amphetamine



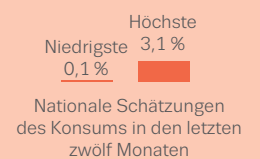
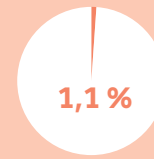
Erwachsene
(15-64)

Konsum:
Letzte 12 Monate: **1,8 Millionen**
Lebenszeit: **12,5 Millionen**



Junge Erwachsene
(15-34)

Letzte 12 Monate
1,3 Millionen

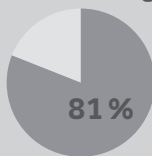


Opioide



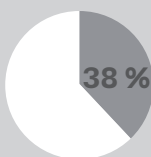
Hochrisiko-
Opioidkonsumenten
1,3 Millionen

Tödliche
Überdosierungen



Drogentherapienachfragen

Hauptdroge bei etwa
38 % aller Drogenthera-
pienachfragen in der
Europäischen Union

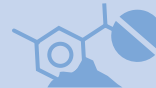


Bei 81 % aller tödlichen
Überdosierungen wurden
Opioide nachgewiesen

630 000

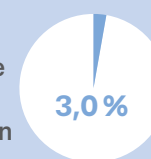
Opioidkonsumenten
erhielten im Jahr 2015
eine Substitutionstherapie

Neue psychoaktive Substanzen

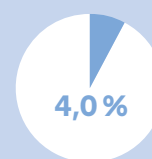


15- bis 16-jährige
Schüler
in 24 europäischen
Ländern

Konsum:
Letzte 12 Monate



Lebenszeit



Quelle: ESPAD Report 2015, Additional tables.

NB: Vollständige Daten und Informationen zur Methodik sind dem online verfügbaren Statistical Bulletin zu entnehmen.

nicht nur für ihre Konsumenten, sondern auch für die an ihrer Herstellung beteiligten Personen sowie für Postmitarbeiter und Strafverfolgungsbeamte. Für die Herstellung von vielen tausend Dosen sind nur sehr geringe Mengen erforderlich, sodass diese Substanzen problemlos versteckt und befördert werden können. Dies stellt für die Drogenkontrollbehörden ein erhebliches Problem dar. Zugleich sind diese Substanzen eine potenziell attraktive und profitable Ware für die organisierte Kriminalität.

Über das Frühwarnsystem gehen immer mehr Meldungen über Todesfälle und nicht tödliche Vergiftungen ein, die darauf schließen lassen, dass hochpotente synthetische Opioide in Europa zunehmend Probleme verursachen. Anfang 2017 nahm die EMCDDA Risikobewertungen der Fentanyl-derivate Acryloylfentanyl und Furanylfentanyl vor. Die Einführung von Kontrollmaßnahmen für diese beiden Substanzen auf europäischer Ebene wird gegenwärtig erwogen. Eine ganze Reihe anderer Substanzen dieser Kategorie wird derzeit genau untersucht.

Neue psychoaktive Substanzen: Gesamtbild ändert sich

Die diesjährige Analyse hat gezeigt, dass sich die in Europa und andernorts ergriffenen Maßnahmen möglicherweise auf das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen auswirken, diese jedoch nach wie vor ein schwerwiegendes Problem für die öffentliche Gesundheit darstellen. Zwar wurde im Jahr 2016 jede Woche eine neue Droge über das EU-Frühwarnsystem gemeldet, jedoch wurden insgesamt weniger neue Substanzen entdeckt als in den Vorjahren. Dies könnte unter Umständen ein positives Zeichen sein, insbesondere, wenn diese rückläufige Entwicklung anhält. Andere Daten sind hingegen weniger ermutigend. So gibt es keine verlässlichen Hinweise darauf, dass die Verfügbarkeit neuer psychoaktiver Substanzen insgesamt gesunken ist. Zudem steigt die Gesamtzahl der auf dem Markt verfügbaren Substanzen weiter an, auch wenn sich das Tempo, mit dem neue Substanzen auf den Markt gebracht werden, möglicherweise verlangsamt. Des Weiteren gibt es Anzeichen dafür, dass bestimmte Klassen neuer psychoaktiver Substanzen, insbesondere synthetische Cathinone und synthetische Cannabinoide, mittlerweile auf dem Drogenmarkt Fuß fassen.

Für die Tatsache, dass neue Substanzen möglicherweise langsamer auf den Markt gelangen, ist eine Reihe von Gründen denkbar. Einige europäische Länder haben pauschale Verbote ausgesprochen, Rechtsvorschriften über generische und analoge Substanzen erlassen und

andere Maßnahmen gegen die Hersteller und Händler neuer psychoaktiver Substanzen ergriffen. Damit wurden restriktivere rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen, angesichts derer es für die Hersteller unter Umständen weniger Anreiz bietet, sich auf ein „Katz-und-Maus-Spiel“ mit den Regulierungsbehörden einzulassen und immer neue Substanzen zu entwickeln, um der gesetzlichen Kontrolle stets einen Schritt voraus zu sein.

Darüber hinaus stammt ein Großteil der in Europa angebotenen neuen psychoaktiven Substanzen aus China, und die dort eingeführten Kontrollen hatten womöglich auch gewisse Auswirkungen auf die Verfügbarkeit dieser Substanzen in der Europäischen Union.

In Teilen Europas hatten die Kontrollmaßnahmen im stationären Handel offenbar Einfluss auf den Zugang zu neuen psychoaktiven Substanzen. Der Verkauf dieser Substanzen findet zunehmend im Verborgenen statt, sodass Online-Marktplätze und der Drogenschwarzmarkt inzwischen eine größere Rolle spielen als in der Vergangenheit. Vor diesem Hintergrund hat womöglich die Legalität neuer Substanzen ihre Bedeutung eingebüßt, insbesondere, wenn diese gemeinsam mit illegalen Drogen verkauft werden, und dadurch als Triebfeder für die Entwicklung neuer Substanzen an Wirkungskraft verloren.

Neue psychoaktive Substanzen: billige Rauschmittel für marginalisierte und chronische Drogenkonsumenten

Möglicherweise ist die Nachfrage nach neuen psychoaktiven Substanzen auch aufgrund einer ablehnenden Haltung der Konsumenten gesunken. Prävention, Schadensminimierung und die Berichterstattung über die negativen Folgen haben offenbar dafür gesorgt, dass junge Menschen neue Substanzen nicht länger als relativ sichere, legale Alternative zu den herkömmlichen illegalen Drogen wahrnehmen. Ungeachtet dessen gibt es jedoch Hinweise darauf, dass die Verfügbarkeit und der Konsum dieser Substanzen unter chronischen und marginalisierten Konsumenten womöglich steigen.

In bestimmten Settings und gefährdeten Bevölkerungsgruppen ist der problematische Konsum neuer psychoaktiver Substanzen offenbar auf dem Vormarsch. So wird beispielsweise der injizierende Konsum von Cathinonen unter aktuellen und ehemaligen Opioidkonsumenten mit einer Zunahme sowohl physischer als auch psychischer Gesundheitsprobleme in Verbindung gebracht.

Synthetische Cannabinoide geben ebenfalls in steigendem Maße Anlass zur Sorge. Trotz einiger pharmakologischer Ähnlichkeiten dürfen diese Drogen nicht mit Cannabisprodukten verwechselt werden. Bei synthetischen Cannabinoiden handelt es sich oftmals um hochpotente Substanzen mit schwerwiegenden und potenziell tödlichen Folgen. Die vorliegende Evidenz lässt darauf schließen, dass synthetische Cannabinoide mittlerweile in einigen

Teilen Europas von marginalisierten Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise Obdachlosen, als billige und hochwirksame Rauschmittel konsumiert werden. Der Umstand, dass synthetische Cannabinoide schwer nachzuweisen sind, führt dazu, dass diese Substanzen in einigen europäischen Haftanstalten ein großes Problem darstellen, das mit gravierenden Folgen für die Gesundheit und Sicherheit der Häftlinge verbunden ist.

1

**Die Entwicklung
des europäischen Drogenmarktes
schreitet weiter voran**

Drogenangebot und Markt

Im globalen Kontext ist Europa ein wichtiger Drogenmarkt, auf dem sowohl in Europa hergestellte Substanzen als auch aus anderen Regionen der Welt eingeschmuggelte Drogen gehandelt werden. Die nach Europa eingeführten illegalen Drogen stammen weitgehend aus Südamerika, Westasien und Nordafrika, während neue psychoaktive Substanzen vorwiegend aus China zu uns gelangen. Darüber hinaus dient Europa als Durchgangsstation für einige Drogen und Drogenausgangsstoffe, die in andere Regionen befördert werden. Europa ist auch Erzeugerregion für Cannabis und synthetische Drogen, wobei Cannabis größtenteils für den lokalen Konsum produziert wird, während einige der hier hergestellten synthetischen Drogen für den Export in andere Teile der Welt vorgesehen sind.

Größere Märkte für Cannabis, Heroin und Amphetamine existieren seit den 1970er und 1980er Jahren in vielen europäischen Ländern. Im Laufe der Zeit haben sich auch andere Substanzen etabliert, darunter MDMA und Kokain in den 1990er Jahren. Die Entwicklung des europäischen Drogenmarktes schreitet weiter voran. So kam im letzten Jahrzehnt eine ganze Reihe neuer psychoaktiver Substanzen auf den Markt. Zu den jüngsten Veränderungen des Marktes für illegale Drogen, die weitestgehend auf die Globalisierung und neue Technologien zurückzuführen sind, zählen unter anderem neue Methoden der Drogenherstellung und des Drogenschmuggels sowie die Erschließung neuer Schmuggelrouten und Online-Märkte.

Beobachtung von Drogenmärkten, Handel und Gesetzen

Die in diesem Kapitel vorgestellte Analyse stützt sich auf gemeldete Daten über Sicherstellungen von Drogen und Vorläuferstoffen, abgefangene Lieferungen, aufgedeckte Produktionsstätten für Drogen, Drogengesetze, Drogendelikte sowie Endkundenpreise, Reinheitsgrad und Wirkstoffgehalt der Drogen. In einigen Fällen wird die Analyse von Trends dadurch erschwert, dass aus wichtigen Ländern keine Daten über Sicherstellungen vorliegen. Die Entwicklungstrends können von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, wie beispielsweise den Vorlieben der Konsumenten, Veränderungen im Bereich Herstellung und Handel, der Intensität und den Prioritäten der Strafverfolgung und der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels. Vollständige Datensätze und ausführliche Darlegungen zur Methodik sind dem online verfügbaren [Statistical Bulletin](#) zu entnehmen.

Darüber hinaus werden in diesem Bericht Daten über das Aufkommen und die Sicherstellung neuer psychoaktiver Substanzen vorgestellt, die dem EU-Frühwarnsystem von den nationalen Partnern von EMCDDA und Europol gemeldet wurden. Da diese Informationen auf gemeldeten Fällen beruhen und nicht aus Routinekontrollsystemen stammen, stellen die Schätzungen in Bezug auf Sicherstellungen Mindestannahmen dar. Eine umfassende Beschreibung des Frühwarnsystems findet sich auf der Website der EMCDDA unter [Action on new drugs](#).

Drogenmärkte: Entstehung von Online-Marktplätzen

Auf den Drogenschwarzmärkten stellt eine Reihe von Mittelsmännern die Verbindung zwischen Konsumenten und Herstellern her. Diese komplexen Systeme generieren auf allen Ebenen des Marktes riesige Summen. Einer vorsichtigen Schätzung zufolge belief sich der Wert des

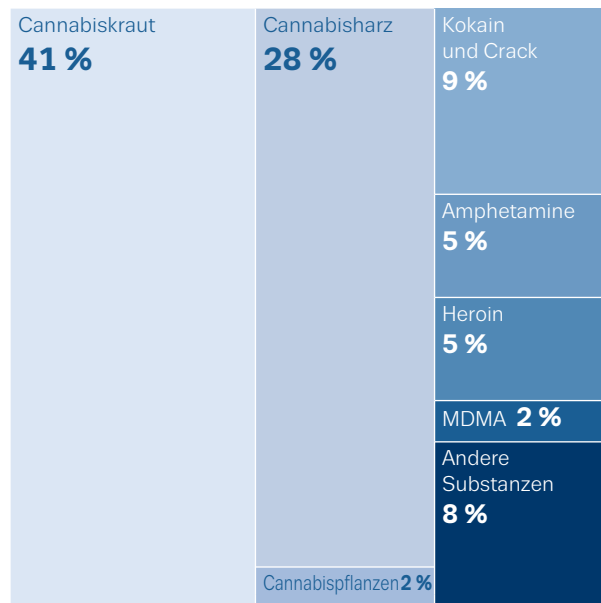
ABBILDUNG 1.1

Endkundenmarktes für illegale Drogen in der Europäischen Union im Jahr 2013 auf 24 Milliarden EUR (wahrscheinliche Spanne: 21 Milliarden EUR bis 31 Milliarden EUR).

In den letzten zehn Jahren hat die Entwicklung neuer Internet-Technologien dazu geführt, dass neben den physischen Drogenmärkten Online-Marktplätze entstanden sind. Manche Online-Verkäufer nutzen das Surface Web, über das in aller Regel nicht kontrollierte Vorläuferstoffe, neue psychoaktive Substanzen sowie nachgeahmte und gefälschte Arzneimittel gehandelt werden. Andere Verkäufer sind auf Darknet-Märkten im Deep Web aktiv und nutzen Technologien zur Verschleierung der Identitäten von Käufer und Verkäufer. Diese Märkte weisen ähnliche Merkmale auf wie legale virtuelle Marktplätze, wie beispielsweise eBay oder Amazon, und die Kunden haben die Möglichkeit, Produkte und Verkäufer zu suchen und zu vergleichen. Dabei kommen unterschiedliche Strategien zum Einsatz, um sowohl die Transaktionen selbst als auch die physischen Standorte der Server zu verschleiern. Hierzu zählen Anonymisierungsdienste, wie beispielsweise Tor und I2P, welche die IP-Adresse eines Computers verbergen, weitestgehend nicht zurückverfolgbare Zahlungssysteme auf der Grundlage von Kryptowährungen wie Bitcoin und Litecoin sowie eine verschlüsselte Kommunikation zwischen den Marktteilnehmern. Darüber hinaus kommen zur Regulierung der auf diesen Marktplätzen aktiven Verkäufer Reputationssysteme zum Einsatz.

Der Großteil der auf den Darknet-Märkten getätigten Verkäufe entfällt auf Drogen. Einer jüngeren Studie zufolge, in deren Rahmen zwischen 2011 und 2015 16 größere Darknet-Märkte untersucht wurden, entfielen schätzungsweise über 90 % der auf den weltweiten Darknet-Marktplätzen insgesamt generierten Umsätze auf den Drogenhandel. Nahezu die Hälfte (46 %) aller über das Darknet abgewickelten Drogenverkäufe wurde von in Europa ansässigen Verkäufern getätigt, die im Laufe der Studie Umsätze in Höhe von schätzungsweise 80 Mio. EUR erzielten. In Europa wurden die höchsten Umsätze von in Deutschland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich ansässigen Verkäufern erzielt, wobei der größte Umsatzanteil auf Stimulanzien entfiel, insbesondere MDMA und Kokain.

Zahl der gemeldeten Sicherstellungen, aufgeschlüsselt nach Drogen, 2015



Mehr als eine Million Sicherstellungen von Drogen in Europa

Jedes Jahr werden in Europa mehr als eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen gemeldet. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um bei Konsumenten beschlagnahmte Kleinstmengen; der größte Teil der sichergestellten Gesamtmenge entfällt allerdings auf Sicherstellungen von mehreren Kilogramm bei Schmugglern und Produzenten.

Cannabis ist die am häufigsten sichergestellte Droge, auf die mehr als 70 % der Sicherstellungen in Europa entfallen (Abbildung 1.1). An zweiter Stelle folgt Kokain (9 %). Die Anteile der Sicherstellungen von Amphetaminen (5 %), Heroin (5 %) und MDMA (2 %) sind geringer.

Der Großteil der auf den Darknet-Märkten getätigten Verkäufe entfällt auf Drogen

Im Jahr 2015 entfielen mehr als 60 % aller Sicherstellungen von Drogen in der Europäischen Union auf nur drei Länder, nämlich Spanien, Frankreich und das Vereinigte Königreich, wenngleich auch aus Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Italien und Schweden eine nicht unerhebliche Zahl von Sicherstellungen gemeldet wurde. Ferner sei darauf hingewiesen, dass für die Niederlande sowie für Polen und Finnland keine aktuellen Daten über die Zahl der Sicherstellungen zur Verfügung stehen. Diese Datenlücken mindern die Aussagekraft der hier vorgestellten Analyse.

Die große Zahl der von der Türkei gemeldeten Sicherstellungen ist sowohl auf den großen Konsumentenmarkt dieses Landes als auch auf seine Lage an den Drogenhandelsrouten zwischen der Europäischen Union, dem Nahen und Mittleren Osten sowie Asien zurückzuführen.

Cannabiskraut: sichergestellte Mengen gehen neuerdings zurück

Auf dem europäischen Drogenmarkt sind im Wesentlichen zwei Cannabisprodukte erhältlich: Cannabiskraut („Marihuana“) und Cannabisharz („Haschisch“). Cannabisöl hingegen ist relativ selten. Mit einem geschätzten Wert von 9,3 Milliarden EUR (wahrscheinliche Spanne: 8,4 Milliarden EUR bis 12,9 Milliarden EUR) entfällt der größte Teil (38 %) des europäischen Endkundenmarktes für illegale Drogen auf Cannabisprodukte. Das in Europa konsumierte Cannabiskraut wird im Inland angebaut oder aus dem Ausland eingeschmuggelt. In Europa wird Cannabiskraut vorwiegend im Innenanbau kultiviert. Cannabis harz wird größtenteils eingeführt, vorwiegend aus Marokko. Jüngste Berichte weisen auf Veränderungen bei den Cannabisschmuggelrouten hin, wobei vermehrt Cannabiskraut und Cannabisöl ausgehend von den westlichen Balkanländern geschmuggelt wird,

CANNABIS

Harz

Zahl der Sicherstellungen

288 000 EU

303 000 EU + 2

Sichergestellte Mengen

536
Tonnen (EU)

546
Tonnen (EU + 2)

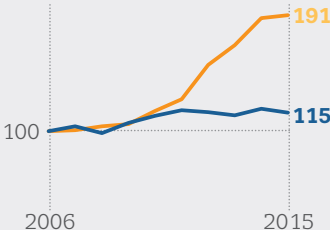
Preis (EUR/g)
25 €

11 €
8 €
3 €

Wirkstoffgehalt (% THC)
28 %

19 %
11 %
4 %

Indizierte Trends:
Preis und Wirkstoffgehalt



Kraut

Zahl der Sicherstellungen

404 000 EU

438 000 EU + 2

Sichergestellte Mengen

89
Tonnen (EU)

135
Tonnen (EU + 2)

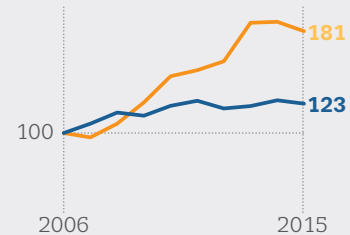
Preis (EUR/g)
20 €

12 €
8 €
5 €

Wirkstoffgehalt (% THC)
22 %

11 %
7 %
3 %

Indizierte Trends:
Preis und Wirkstoffgehalt

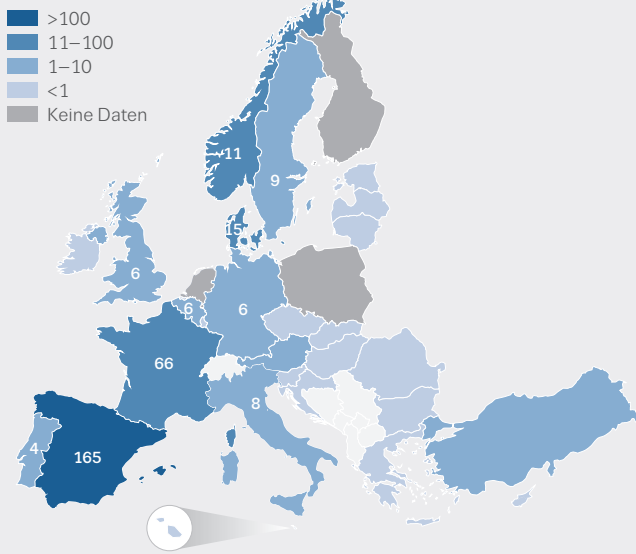


Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Wirkstoffgehalt der Cannabisprodukte: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

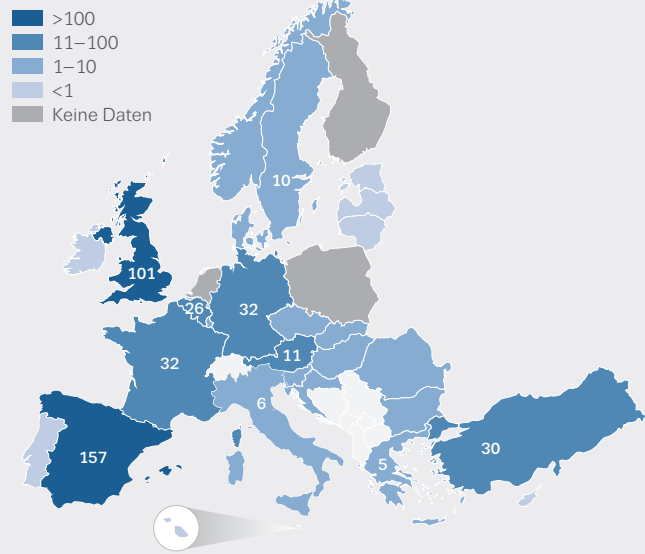
ABBILDUNG 1.2

Sicherstellungen von Cannabisharz und Cannabiskraut, 2015 bzw. aktuellstes Jahr

Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz (in Tausend)

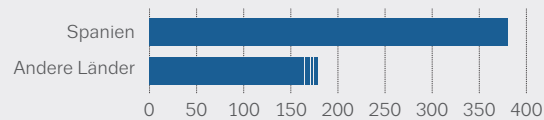


Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut (in Tausend)

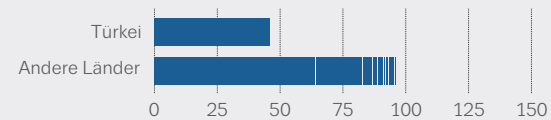


NB: Zahl der Sicherstellungen für die zehn Länder mit den höchsten Werten.

Menge des sichergestellten Cannabisharzes (in Tonnen)



Menge des sichergestellten Cannabiskrauts (in Tonnen)



insbesondere aus Albanien. Dies steht in Zusammenhang mit dem verstärkten Anbau von Cannabis in diesen Ländern. Darüber hinaus lassen die Evidenzdaten darauf schließen, dass sich Libyen zu einem wichtigen Drehkreuz für den Schmuggel von Cannabisharz zu unterschiedlichen, unter anderem europäischen Zielen entwickelt hat.

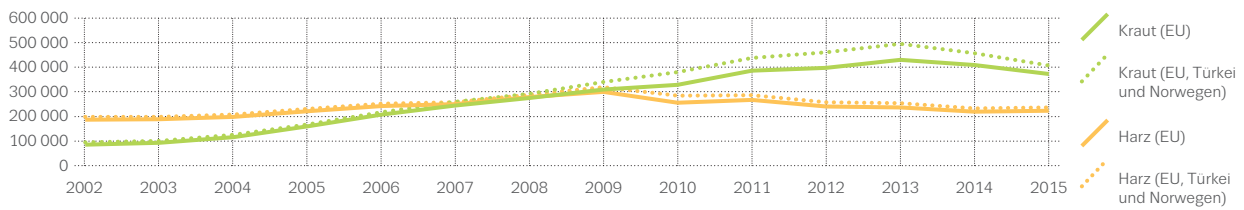
Im Jahr 2015 wurden in der Europäischen Union 732 000 Sicherstellungen von Cannabisprodukten gemeldet. Davon entfielen 404 000 auf Cannabiskraut, 288 000 auf Cannabisharz und 19 000 auf Cannabispflanzen. Jedoch wurde über sechsmal mehr Cannabisharz als Cannabiskraut sichergestellt (536 Tonnen gegenüber 89 Tonnen). Dies ist zum Teil auf die Tatsache zurückzuführen, dass Cannabisharz in großen Mengen über weite Entfernungen und Ländergrenzen hinweg transportiert und daher bei Sicherstellungen eher erfasst wird. Die Analyse der sichergestellten Cannabismengen zeigt, dass in einigen wenigen Ländern aufgrund ihrer Lage an wichtigen Cannabisschmuggelrouten besonders große Mengen dieser Droge beschlagnahmt werden. So meldete Spanien als wichtiger Einfuhrpunkt für in Marokko hergestelltes Cannabisharz mehr als 70 % der im Jahr 2015 in Europa sichergestellten Gesamtmenge (Abbildung 1.2).

Seit dem Jahr 2009 wird in Europa Cannabiskraut häufiger sichergestellt als Cannabisharz, wobei die Zahl der Sicherstellungen sowohl von Cannabisharz als auch von Cannabiskraut seit 2011 relativ stabil geblieben ist (Abbildung 1.3). Im Jahr 2015 wurden in Europa schätzungsweise 135 Tonnen Cannabiskraut sichergestellt, das entspricht einem Rückgang um 38 % gegenüber den im Jahr davor sichergestellten 217 Tonnen. In Belgien, Griechenland und Italien war ein deutlicher Rückgang der beschlagnahmten Mengen zu verzeichnen. In der Türkei gehen die Mengen des sichergestellten Cannabiskrauts seit 2013 ebenfalls zurück. Diese insgesamt rückläufige Entwicklung in Europa kann auf eine Reihe von Faktoren zurückzuführen sein. Hierzu zählen Initiativen zur Bekämpfung der groß angelegten Cannabisherstellung in Drittländern, wie etwa Albanien, die verstärkte Ausrichtung der Maßnahmen auf den inländischen Anbau statt auf den Schmuggel, Veränderungen bei der Erfassung von Sicherstellungen sowie der in einigen Ländern zu beobachtende Wandel bei den im Rahmen der Strafverfolgung gesetzten Prioritäten. Den jüngsten Daten zufolge ist die Menge des in der Europäischen Union sichergestellten Cannabisharzes seit 2009 relativ stabil geblieben.

ABBILDUNG 1.3

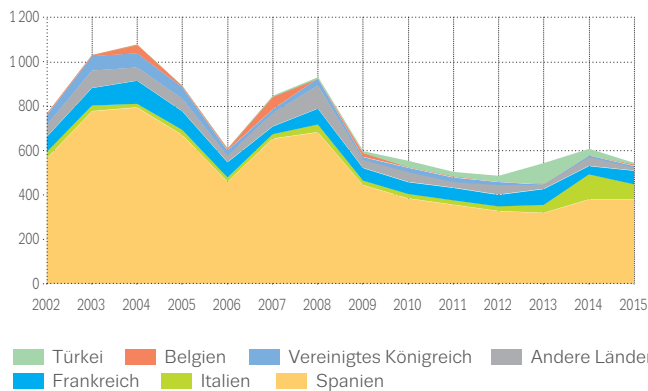
Zahl der Cannabissicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends für Harz und Kraut

Zahl der Sicherstellungen



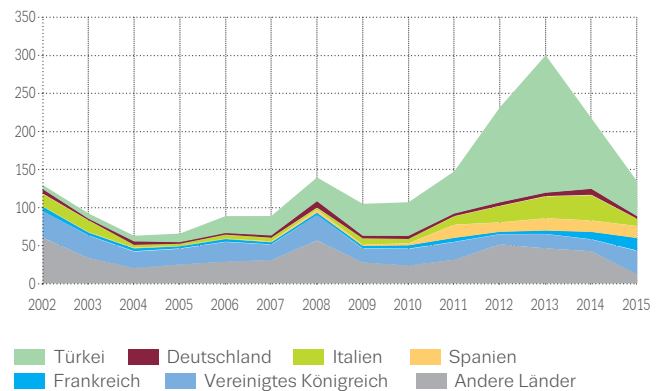
Harz

(in Tonnen)



Kraut

(in Tonnen)



Die Sicherstellungen von Cannabispflanzen können als Indikator für die Produktion der Droge innerhalb eines Landes dienen. Aufgrund der unterschiedlichen Meldeverfahren in den einzelnen Ländern sind die Daten über Sicherstellungen von Cannabispflanzen mit Bedacht zu interpretieren. Dennoch ist festzustellen, dass die Zahl der sichergestellten Pflanzen zwischen 2002 und 2014 langfristig von 1,5 Millionen auf 3,3 Millionen stieg, bevor im Jahr 2015 eine drastische Zunahme auf 11,4 Millionen Pflanzen verzeichnet wurde, die zum Großteil auf den erheblichen Anstieg der Sicherstellungen in den Niederlanden zurückzuführen war. Diese Entwicklung hat ihre Ursache möglicherweise in den neuen Schwerpunkten der Strafverfolgung, die verstärkt auf den Anbau von Cannabis abzielen.

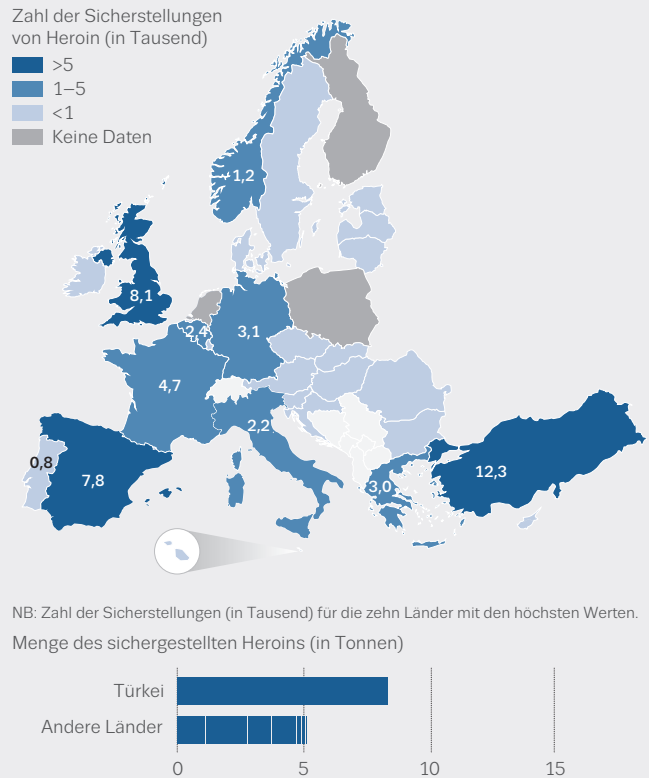
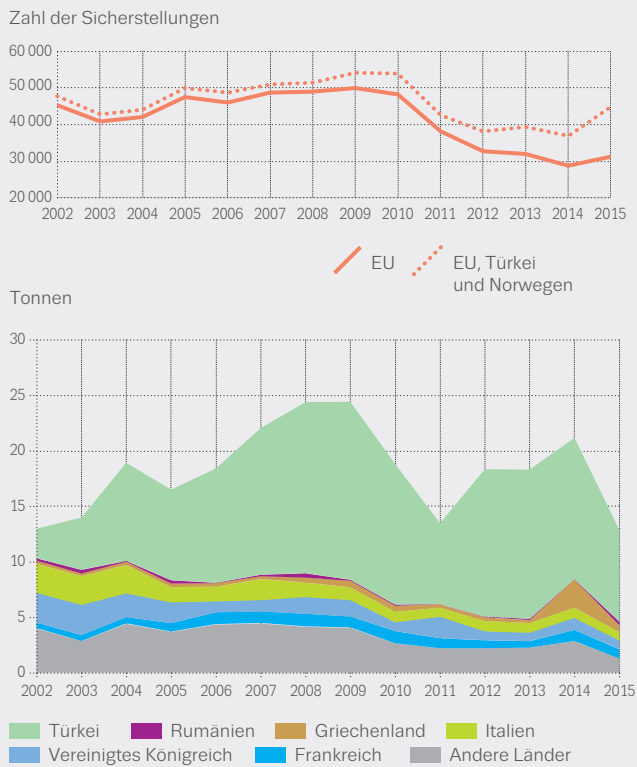
Im Jahr 2015 wurden 335 Sicherstellungen von Cannabisöl gemeldet, wobei die größten Mengen in Griechenland und der Türkei beschlagnahmt wurden.

Der Analyse der indexierten Trends in denjenigen Ländern, die regelmäßig einschlägige Daten übermitteln, ist zu entnehmen, dass der Wirkstoffgehalt (d. h. der Gehalt an Tetrahydrocannabinol, THC) von Cannabiskraut und Cannabisharz zwischen 2006 und 2014 stark gestiegen ist und sich 2015 stabilisiert hat. Gefördert wurde diese Steigerung des Wirkstoffgehalts vermutlich auch durch die Etablierung intensiver Produktionstechniken innerhalb Europas und in jüngerer Zeit durch die Einführung von Pflanzen mit hohem Wirkstoffgehalt und von neuen Techniken in Marokko. Die jüngsten Daten weisen für Cannabisharz und Cannabiskraut ähnliche Preise aus, wobei Cannabisharz im Durchschnitt einen höheren Wirkstoffgehalt aufweist.

Seit dem Jahr 2009 wird in Europa Cannabiskraut häufiger sichergestellt als Cannabisharz

ABBILDUNG 1.4

Zahl der Heroinsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2015 bzw. aktuellstes Jahr



Reinheitsgrad von Heroin steigt weiter

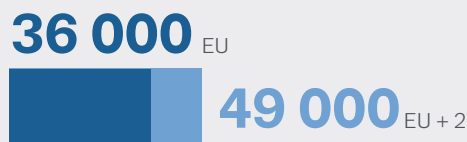
Mit einem geschätzten Handelswert von 6,8 Milliarden EUR (wahrscheinliche Spanne: 6,0 Milliarden EUR bis 7,8 Milliarden EUR) auf Konsumentenebene ist Heroin das am weitesten verbreitete Opioid auf dem europäischen Drogenmarkt. In Europa wird importiertes Heroin seit jeher in zwei Formen angeboten. Dabei handelt es sich um das braune Heroin (Heroinbase), das stärker verbreitet ist und vor allem aus Afghanistan stammt, und das weiße Heroin (in Salzform), das weit weniger verbreitet ist und in der Vergangenheit aus Südostasien eingeschmuggelt wurde, mittlerweile aber auch in

Afghanistan oder benachbarten Ländern produziert werden könnte. Andere Opiode, die im Jahr 2015 von Strafverfolgungsbehörden in Europa sichergestellt wurden, waren Opium sowie die Arzneimittel Morphin, Methadon, Buprenorphin, Tramadol und Fentanyl (Tabelle 1.1). Einige medizinische Opiode werden unter Umständen aus legalen Lieferungen für den Arzneimittelhandel abgezweigt, während andere, wie beispielsweise die im Jahr 2015 beschlagnahmten 27 Kilogramm Morphinpulver, illegal hergestellt werden.

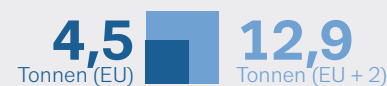
Der weltweit größte Teil des illegalen Opiums wird nach wie vor in Afghanistan hergestellt, und es wird

HEROIN

Zahl der Sicherstellungen



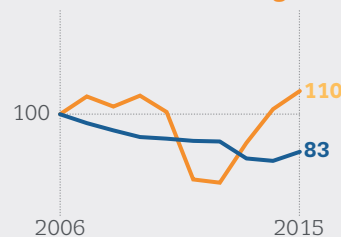
Sichergestellte Mengen



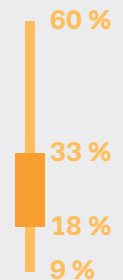
Preis (EUR/g)



Indexierte Trends: Preis und Reinheitsgrad



Reinheitsgrad (%)



Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von „braunem Heroin“: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

angenommen, dass das nach Europa gelangende Heroin überwiegend von dort bzw. aus dem benachbarten Iran oder Pakistan stammt. Seit den 1970er-Jahren ist die illegale Herstellung von Opioiden in Europa auf aus einigen osteuropäischen Ländern stammende Produkte aus selbst angebaute Mohn beschränkt. Allerdings lässt die Entdeckung von zwei Labors zur Umwandlung von Morphin in Heroin in Spanien und eines solchen Labors in der Tschechischen Republik in den letzten Jahren darauf schließen, dass Heroin mittlerweile womöglich in geringen Mengen auch in Europa hergestellt wird.

Heroin gelangt auf vier Hauptschmuggelrouten nach Europa. Die beiden wichtigsten sind die „Balkanroute“ und die „südliche Route“. Die erste führt über die Türkei in die Balkanländer (Bulgarien, Rumänien oder Griechenland) und von dort aus weiter nach Mittel-, Süd- und Westeuropa. Zudem entstand ein Ableger der Balkanroute über Syrien und den Irak. Die südliche Route, über die Lieferungen aus dem Iran und Pakistan auf dem Luft- oder Seeweg entweder direkt oder auf Umwegen über afrikanische Länder nach Europa gelangen, hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Zu den weiteren Routen zählen die „nördliche Route“ sowie eine Route durch den südlichen Kaukasus und über das Schwarze Meer.

Nach einem Jahrzehnt relativer Stabilität verzeichneten die Märkte mehrerer europäischer Länder im Zeitraum 2010/11 eine sinkende Verfügbarkeit von Heroin. Dies schlägt sich in der Zahl der gemeldeten Sicherstellungen von Heroin nieder, die in der Europäischen Union zwischen 2009 und 2014 zurückging, bevor sie sich im Jahr 2015 stabilisierte. Zwischen 2002 und 2013 ist die Menge des in der Europäischen Union sichergestellten Heroins von 10

auf 5 Tonnen und damit um die Hälfte gesunken. Im Jahr 2014 wurden 8,4 Tonnen Heroin sichergestellt, wobei aus mehreren Ländern Sicherstellungen großer Heroinmengen (mindestens 100 Kilogramm) gemeldet wurden. Anschließend ging die Menge des in Europa beschlagnahmten Heroins im Jahr 2015 auf 4,5 Tonnen und damit auf das zu Beginn dieses Jahrzehnts verzeichnete Niveau zurück. Nachdem in der Türkei im Jahr 2014 etwa 13 Tonnen Heroin sichergestellt worden waren, ging die sichergestellte Menge im Jahr 2015 auf 8,3 Tonnen zurück, war damit jedoch noch immer höher als in allen anderen europäischen Ländern zusammen. Im selben Zeitraum war in der Türkei eine Zunahme der Zahl der Sicherstellungen zu verzeichnen (Abbildung 1.4). In den Ländern, die regelmäßig einschlägige Daten übermitteln, deuten die indextierten Trends darauf hin, dass sich der Reinheitsgrad von Heroin im Jahr 2015 in Europa weiter erhöht hat.

Neben Heroin werden in den europäischen Ländern auch andere Opioide beschlagnahmt, die jedoch nur einen Bruchteil der insgesamt sichergestellten Menge ausmachen. Hierbei handelt es sich größtenteils um die medizinischen Opioide Buprenorphin, Tramadol und Methadon (Tabelle 1.1).

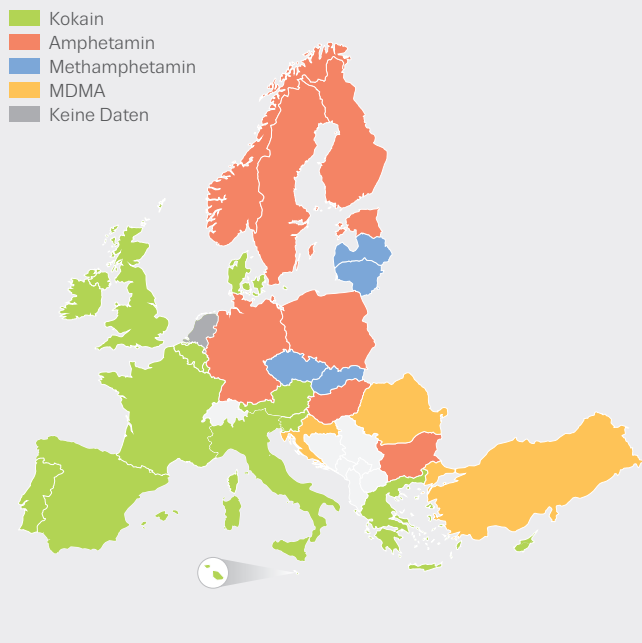
TABELLE 1.1

Sicherstellungen anderer Opioide als Heroin, 2015

Opioid	Anzahl	Menge			Anzahl der Länder
		Kilogramm	Liter	Tabletten	
Methadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorphin	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanyl (Fentanyl, Ocfentanyl, Carfentanyl)	287	3		41	10
Morphin	775	27		8 837	15
Opium	293	734			14
Codein	293	3		9 855	8
Oxycodon	16	0,0003		962	5

ABBILDUNG 1.5

In Europa am häufigsten sichergestellte Stimulanzien, 2015 bzw. aktuellstes Jahr



Sicherstellungen von Stimulanzien: regionale Unterschiede

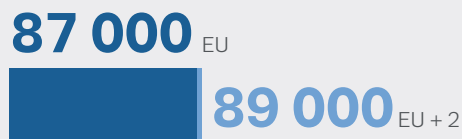
Die in Europa am weitesten verbreiteten illegalen Stimulanzien sind Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und MDMA. Der Wert des Endkundenmarktes für Stimulanzien in der Europäischen Union wird auf 6,3 Milliarden EUR bis 10,2 Milliarden EUR geschätzt. Im Hinblick auf die am häufigsten beschlagnahmten Stimulanzien sind erhebliche regionale Unterschiede festzustellen (Abbildung 1.5), die auf die Lage der Einfuhrhäfen und Schmuggelrouten, der wichtigsten Produktionsstandorte sowie der großen Konsumentenmärkte zurückzuführen sind. So steht die Tatsache, dass Kokain in vielen west- und südeuropäischen Ländern das am häufigsten beschlagnahmte Stimulans ist, in engem Zusammenhang mit den Orten, über welche diese Droge nach Europa eingeführt wird. In Nord- und Mitteleuropa überwiegen die Sicherstellungen von Amphetaminen, wobei in der Tschechischen Republik, Lettland, Litauen und der Slowakei Methamphetamin das am häufigsten beschlagnahmte Stimulans darstellt. In Kroatien, Rumänien und der Türkei ist MDMA das am häufigsten sichergestellte Stimulans.

Kokain: neuer Aufwärtstrend der Marktindikatoren

Kokain wird in Europa in zwei Formen angeboten, am häufigsten als Kokainpulver (in Salzform). Das rauchbare Crack (freie Base des Kokains) ist weniger leicht erhältlich. Kokain wird aus den Blättern des Kokastrauchs gewonnen. Die Droge wird in erster Linie in Bolivien, Kolumbien und Peru produziert und mit den unterschiedlichsten Transportmitteln nach Europa geschmuggelt, darunter in Linienflugzeugen, als Luftfracht und Postsendung sowie in Privatflugzeugen, Yachten und Seecontainern. Der Wert

KOKAIN

Zahl der Sicherstellungen



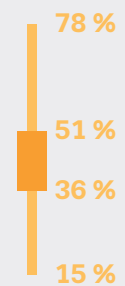
Sichergestellte Mengen



Preis (EUR/g)

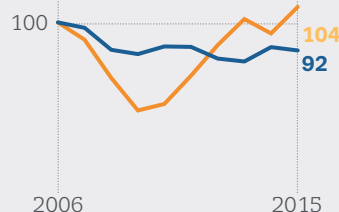


Reinheitsgrad (%)



Indexierte Trends:

Preis und Reinheitsgrad

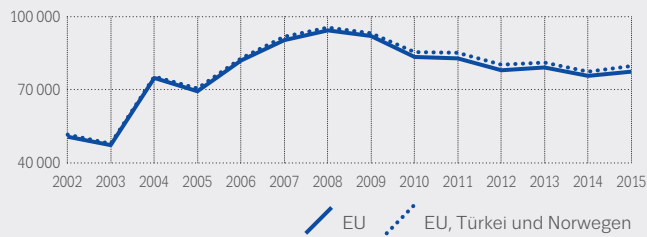


Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von Kokain: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

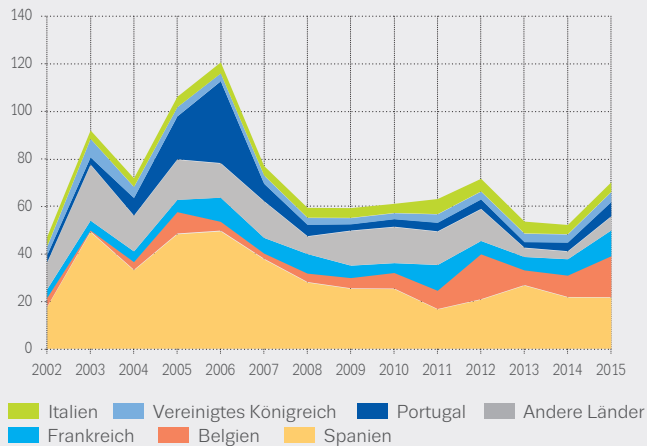
ABBILDUNG 1.6

Zahl der Kokainsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2015 bzw. aktuellstes Jahr

Zahl der Sicherstellungen

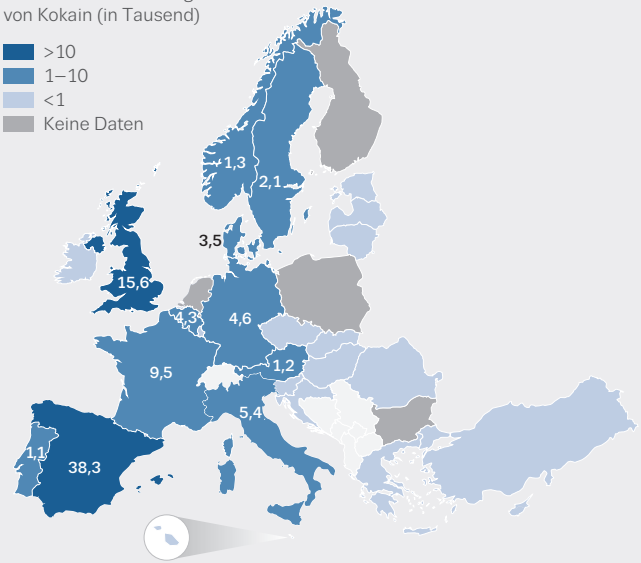


Tonnen



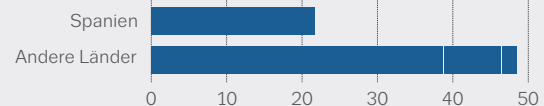
Zahl der Sicherstellungen von Kokain (in Tausend)

>10
1–10
<1
Keine Daten



NB: Zahl der Sicherstellungen (in Tausend) für die zehn Länder mit den höchsten Werten.

Menge des sichergestellten Kokains (in Tonnen)



des Endkundenmarktes für Kokain in der Europäischen Union wird auf mindestens 5,7 Milliarden EUR geschätzt.

Insgesamt wurden im Jahr 2015 in der Europäischen Union etwa 87 000 Sicherstellungen von Kokain gemeldet. Auf Belgien, Spanien, Frankreich, Italien und Portugal entfallen insgesamt 78 % der schätzungsweise 69,4 Tonnen, die 2015 sichergestellt wurden (Abbildung 1.6). Seit dem Jahr 2007 ist dieser Wert relativ stabil geblieben, allerdings sind sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die sichergestellte Menge zwischen 2014 und 2015 gestiegen (Abbildung 1.6). Zwar wird in Spanien (22 Tonnen) nach wie vor die größte Menge Kokain sichergestellt, jedoch beschlagnahmten im Jahr 2015 auch Belgien (17 Tonnen) und Frankreich (11 Tonnen) sehr große Mengen, wobei aus Belgien, Deutschland und Portugal ein deutlicher Anstieg der

sichergestellten Mengen gegenüber dem Vorjahr gemeldet wurde. Insgesamt weisen die indexierten Trends darauf hin, dass der Reinheitsgrad von Kokain im Jahr 2015 leicht gestiegen ist.

In Europa wurden 2015 auch andere Kokaprodukte beschlagnahmt, darunter 76 Kilogramm Kokablätter und 377 Kilogramm Kokapaste. Die Sicherstellungen von Kokapaste lassen darauf schließen, dass es in Europa illegale Labors gibt, in denen Kokainhydrochlorid hergestellt wird. Diese Entwicklung ist neu, da es sich bei den meisten der bislang in Europa aufgedeckten Kokain-Labors um „Sekundärextraktionslabors“ handelte, in denen Kokain aus Stoffen extrahiert wird, denen die Droge zuvor beigemischt wurde (beispielsweise aus Wein, Kleidung oder Kunststoffen).

Die in Europa am weitesten verbreiteten illegalen Stimulanzien sind Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und MDMA

Vorläuferstoffe: neue Alternativen für Amphetamine verfügbar

Vorläuferstoffe werden für die Herstellung illegaler Drogen benötigt. Da viele Vorläuferstoffe auch legalen Zwecken dienen, wird der Handel mit bestimmten chemischen Substanzen, die nach EU-Recht erfasst wurden, überwacht und kontrolliert. Ihre Verfügbarkeit hat weitreichende Auswirkungen auf den Markt und die in illegalen Labors verwendeten Herstellungsverfahren. Auch im Jahr 2015 versuchten die Hersteller, die Kontrollen zu umgehen, indem sie nicht erfasste Substanzen einführten, um in der Nähe der Produktionsstätten Vorläuferstoffe herzustellen. Diese Vorgehensweise erhöht jedoch das Aufdeckungsrisiko, da für die zusätzlichen Verarbeitungsprozesse mehr chemische Substanzen benötigt werden und mehr Abfall anfällt.

Die Daten über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von Vorläuferstoffen belegen, dass in der Europäischen Union erfasste und nicht erfasste Substanzen gleichermaßen zur Herstellung von illegalen Drogen, insbesondere von Amphetaminen und MDMA, genutzt werden (Tabelle 1.2). Im Jahr 2015 wurden große Mengen des für die Herstellung von Amphetamin verwendeten Vorläuferstoffes BMK (Benzylmethylketon) beschlagnahmt, wobei die polnischen Behörden eine Lieferung von 7 000 Kilogramm sicherstellten, die mit der Herstellung von Drogen in den Niederlanden in Zusammenhang stand. Die Kontrolle des BMK-Vorläuferstoffes APAAN (Alpha-Phenylacetonitril) seit Ende 2013 zeigte offenbar Wirkung: Die sichergestellte

Menge sank von 48 000 Kilogramm im Jahr 2013 auf 780 Kilogramm im Jahr 2015. Diese Kontrollmaßnahme hat jedoch offenbar einige neue Entwicklungen ausgelöst, da 2015 erstmals über alternative Stoffe wie beispielsweise APAA (Alpha-Phenylacetoacetamid) und Glycid-Derivate von BMK berichtet wurde.

Die sichergestellte Menge von nicht erfassten MDMA-Vorstoffen blieb mit 5 500 Kilogramm unverändert. Während jedoch nur geringfügige Mengen von Safrol beschlagnahmt wurden, stieg die Menge des sichergestellten PMK an, wobei die Niederlande, die noch 2014 keine Sicherstellungen von PMK gemeldet hatten, im Jahr 2015 622 Kilogramm dieses Stoffes beschlagnahmten.

Amphetamin und Methamphetamin: inländische Herstellung

Amphetamin und Methamphetamin sind synthetische Stimulanzien, die häufig unter dem Oberbegriff „Amphetamine“ zusammengefasst werden, sodass sie in einigen Datensätzen nur schwer zu unterscheiden sind. Die in den letzten zehn Jahren vorgenommenen Sicherstellungen lassen darauf schließen, dass die Verfügbarkeit von Methamphetamin gestiegen ist, jedoch nach wie vor deutlich niedriger ist als die von Amphetamin.

TABELLE 1.2

Übersicht über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von Vorläuferstoffen, die in der Europäischen Union zur Herstellung ausgewählter synthetischer Drogen verwendet werden, 2015

Vorläuferstoff / Vorstoff für Vorläuferstoffe	Sicherstellungen		Abgefangene Lieferungen		GESAMT	
	Anzahl	Menge	Anzahl	Menge	Anzahl	Menge
MDMA oder verwandte Substanzen						
PMK (Liter)	6	622	0	0	6	622
Safrol (Liter)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Glycid-Derivate von PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Amphetamin und Methamphetamin						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (Liter)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, Phenyllessigsäure (kg)	6	261	4	103	10	364
Ephedrin, in loser Form (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoephedrin, in loser Form (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
Glycid-Derivate von BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Beide Drogen werden in Europa für den heimischen Markt hergestellt. Es gibt Hinweise darauf, dass Amphetamine vorwiegend in Belgien, den Niederlanden und Polen sowie in geringerem Maße in den baltischen Staaten, in Deutschland und Ungarn hergestellt werden. Darüber hinaus gibt es Anzeichen dafür, dass die letzte Produktionsstufe, die Umwandlung von ölförmiger Amphetamin-Base in Amphetaminsulfat, in Europa erfolgt.

Zudem wird eine gewisse Menge Amphetamin für den Export produziert, insbesondere für den Nahen und Mittleren Osten, den Fernen Osten und Ozeanien. In jüngster Zeit war auch ein Anstieg der Sicherstellungen von Amphetamintabletten mit einem „Captagon“-Logo zu beobachten, insbesondere in der Türkei, wo im Jahr 2015 15 Millionen Tabletten beschlagnahmt wurden.

Lange Zeit wurde ein Großteil des in Europa produzierten Methamphetamins in der Tschechischen Republik hergestellt, wobei es seit Kurzem auch in den Grenzregionen der benachbarten Länder

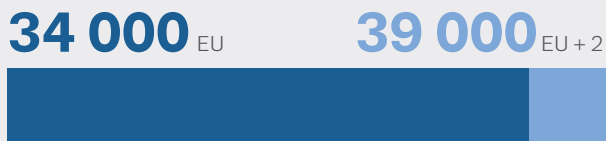
Produktionsstätten gibt. Des Weiteren wird die Droge in Bulgarien, Litauen und den Niederlanden hergestellt.

In der Tschechischen Republik werden für die Produktion von Methamphetamin in erster Linie Ephedrin und Pseudoephedrin eingesetzt. Diese Vorläuferstoffe werden aus Arzneimitteln extrahiert, die aus Polen eingeschmuggelt wurden. Methamphetamin kann auch unter Verwendung von BMK hergestellt werden. Im Jahr 2015 wurden in der Europäischen Union 291 illegale Methamphetaminlabors aufgedeckt, davon 263 in der Tschechischen Republik. In diesem Land wurde Methamphetamin ursprünglich vor allem von Konsumenten in kleinen Labors für den Eigengebrauch bzw. den lokalen Konsum hergestellt. Mittlerweile gibt es jedoch vorwiegend größere Produktionsstätten, an denen organisierte kriminelle Gruppen diese Droge sowohl für den heimischen Markt als auch für ausländische Märkte herstellen.

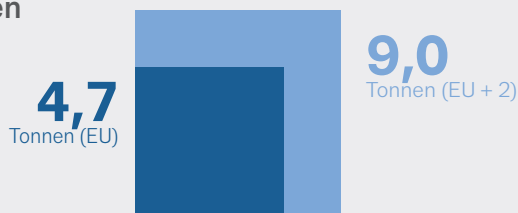
AMPHETAMINE

Amphetamin

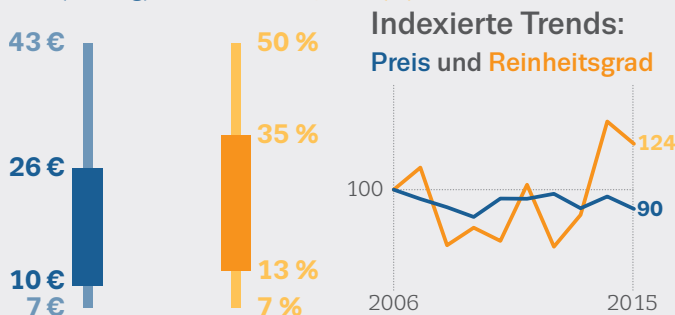
Zahl der Sicherstellungen



Sichergestellte Mengen

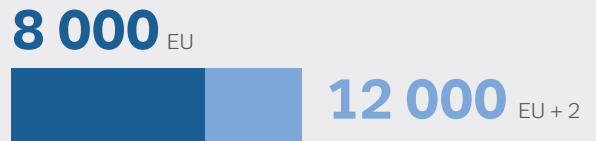


Preis (EUR/g) Reinheitsgrad (%)



Methamphetamin

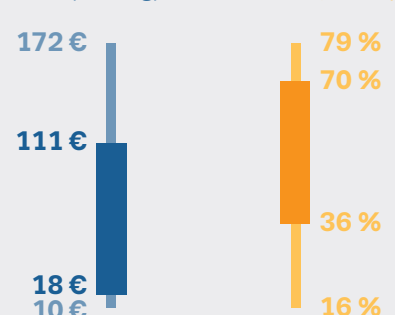
Zahl der Sicherstellungen



Sichergestellte Mengen



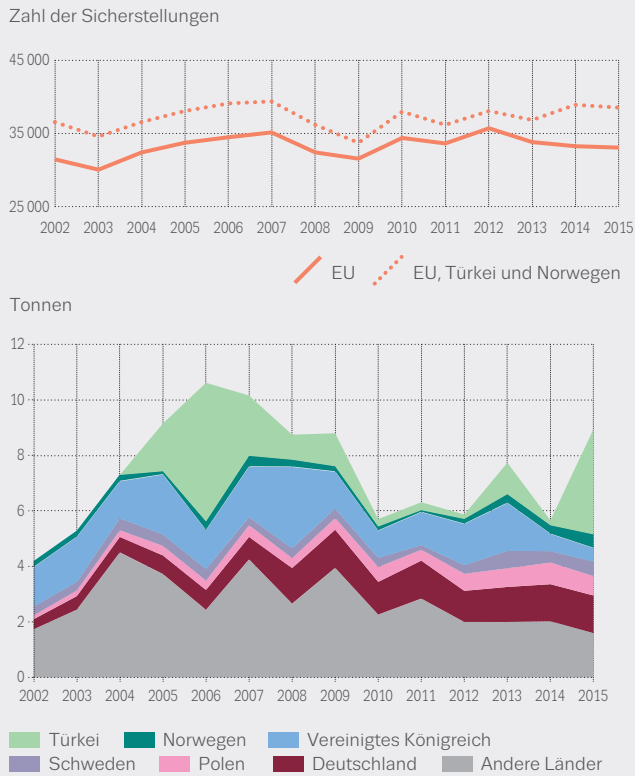
Preis (EUR/g) Reinheitsgrad (%)



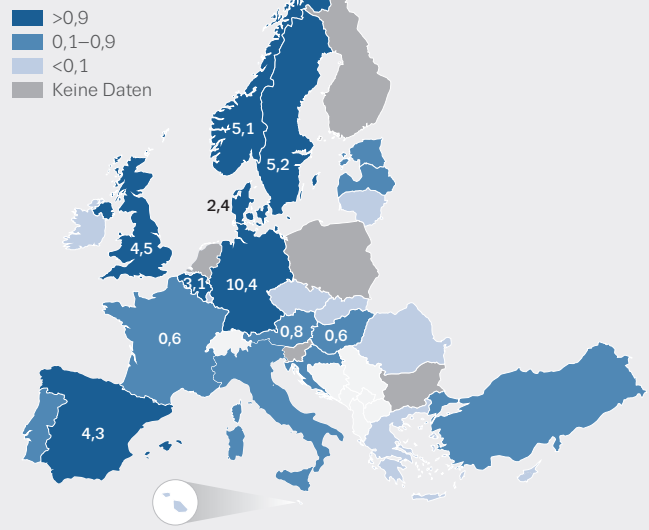
Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von Amphetaminen: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst. Für Methamphetamin liegen keine indexierten Trends vor.

ABBILDUNG 1.7

Zahl der Amphetaminsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2015 bzw. aktuellstes Jahr



Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin (in Tausend)



NB: Zahl der Sicherstellungen (in Tausend) für die zehn Länder mit den höchsten Werten.

Menge des sichergestellten Amphetamins (in Tonnen)

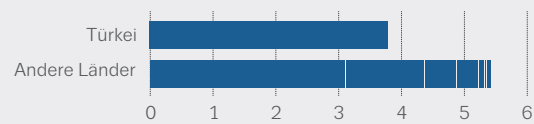
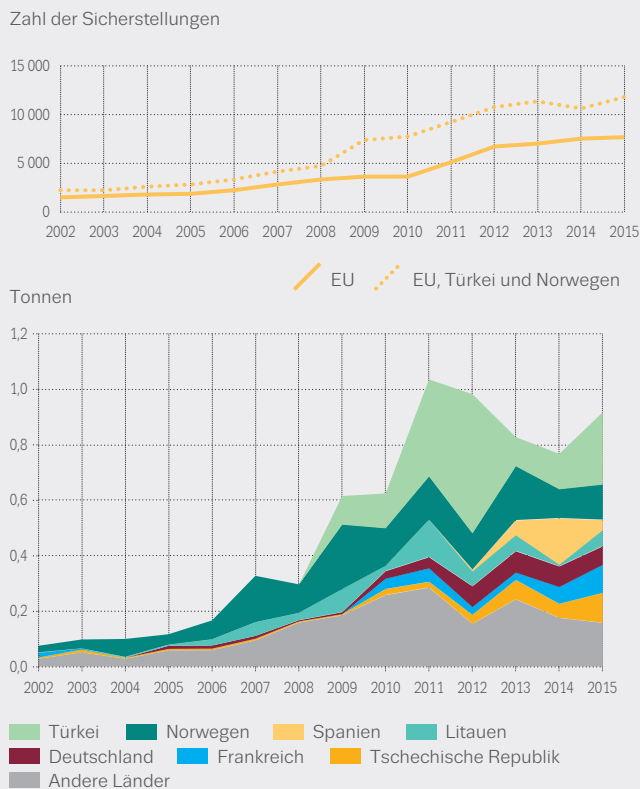
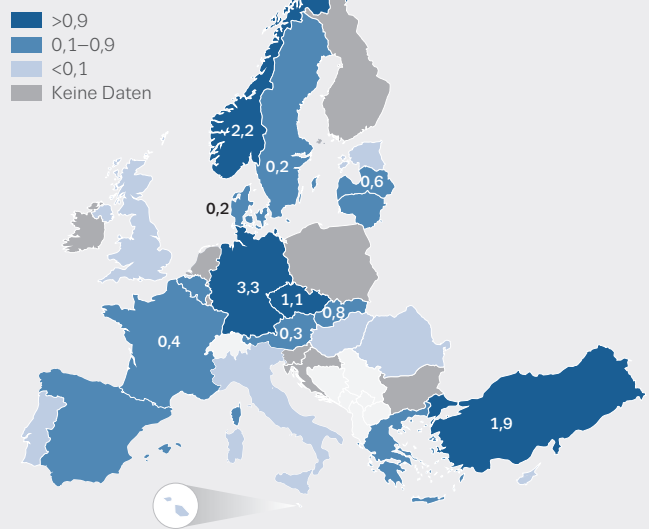


ABBILDUNG 1.8

Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin und sichergestellte Menge: Trends und 2015 bzw. aktuellstes Jahr

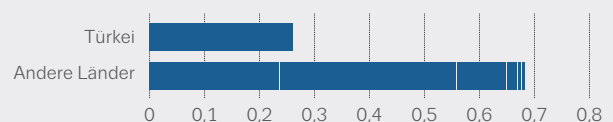


Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin (in Tausend)



NB: Zahl der Sicherstellungen (in Tausend) für die zehn Länder mit den höchsten Werten.

Menge des sichergestellten Methamphetamins (in Tonnen)



Im Jahr 2015 meldeten die EU-Mitgliedstaaten 34 000 Sicherstellungen von Amphetamin, was einer Gesamtmenge von 4,7 Tonnen entspricht. Insgesamt ist die Menge des in der Europäischen Union sichergestellten Amphetamins zwischen 2002 und 2015 gestiegen, wobei sie sich in diesem Zeitraum zwischen 4 Tonnen und 6 Tonnen bewegte (Abbildung 1.7). Die Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin ist weit niedriger: Im Jahr 2015 wurden in der Europäischen Union im Rahmen von 7 700 Sicherstellungen insgesamt 0,5 Tonnen Methamphetamin beschlagnahmt, wobei der größte Anteil auf die Tschechische Republik entfiel (Abbildung 1.8). Im Jahr 2015 wurden zudem in der Türkei (3,8 Tonnen Amphetamin und 0,3 Tonnen Methamphetamin) und Norwegen (0,1 Tonnen Methamphetamin) große Mengen von Amphetaminen sichergestellt. Hinsichtlich der Zahl der Sicherstellungen und der beschlagnahmten Mengen von Methamphetamin ist seit 2002 eine steigende Tendenz zu beobachten.

In der Regel ist der bei Stichproben nachgewiesene durchschnittliche Reinheitsgrad bei den Methamphetaminproben höher als bei den Amphetaminproben. Die indexierten Trends deuten darauf hin, dass der Reinheitsgrad bei Amphetamin seit einigen Jahren steigt.

MDMA: Produkte mit hohem Wirkstoffgehalt verfügbar

Die synthetische Droge MDMA (3,4-Methylendioxy-N-methamphetamin) ist chemisch mit den Amphetaminen verwandt, hat aber eine andere Wirkung. MDMA wird in Form von Tabletten (häufig unter der Bezeichnung Ecstasy) konsumiert. Darüber hinaus ist diese Droge als Pulver und in kristalliner Form verfügbar. Es werden kontinuierlich neue MDMA-Tabletten in den

unterschiedlichsten Farben und Formen sowie mit einer Vielzahl von Logos auf den Markt gebracht. Nachdem MDMA aufgrund einer Knappheit der für seine Herstellung benötigten Vorläuferstoffe eine Zeit lang kaum verfügbar war, befindet sich der MDMA-Markt seit einigen Jahren wieder im Aufschwung. Der Wert des Endkundenmarktes für MDMA wird auf etwa 0,7 Milliarden EUR geschätzt. Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von MDMA-Tabletten ist in den letzten Jahren gestiegen, und der hohe MDMA-Gehalt einiger Chargen wurde mit Schädigungen und Todesfällen in Verbindung gebracht.

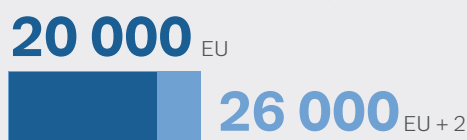
Der Schwerpunkt der Herstellung von MDMA in Europa liegt offenbar in Belgien und den Niederlanden, wobei in der Europäischen Union im Jahr 2015 vier MDMA-Labors aufgedeckt wurden (drei in den Niederlanden und eines in Belgien). Das in Europa hergestellte MDMA wird auch in andere Teile der Welt exportiert.

Die Bewertung aktueller Tendenzen in Bezug auf Sicherstellungen von MDMA ist schwierig, da für einige Länder, auf die ein wesentlicher Anteil an der Gesamtmenge entfallen dürfte, keine Daten verfügbar sind. Für 2015 liegen aus den Niederlanden, die im Jahr 2012 die Sicherstellung von 2,4 Millionen MDMA-Tabletten meldeten, keine Daten vor, während aus Polen und Finnland keine Daten über die Zahl der Sicherstellungen übermittelt wurden. Lässt man die in diesen Ländern sichergestellten Mengen außer Acht, wurden im Jahr 2015 in der Europäischen Union schätzungsweise 4 Millionen MDMA-Tabletten und 0,2 Tonnen MDMA-Pulver beschlagnahmt.

Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von MDMA-Tabletten ist in den letzten Jahren gestiegen

MDMA

Zahl der Sicherstellungen



Sichergestellte Mengen



Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von MDMA: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

Preis

(EUR/Tablette)



Reinheitsgrad

(MDMA mg/Tablette)



Indexierte Trends:

Preis und Reinheitsgrad

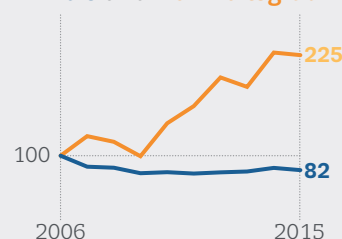
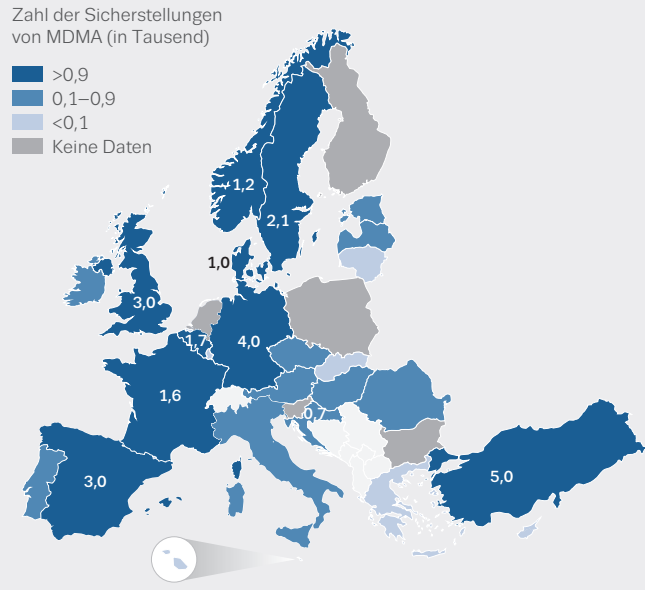
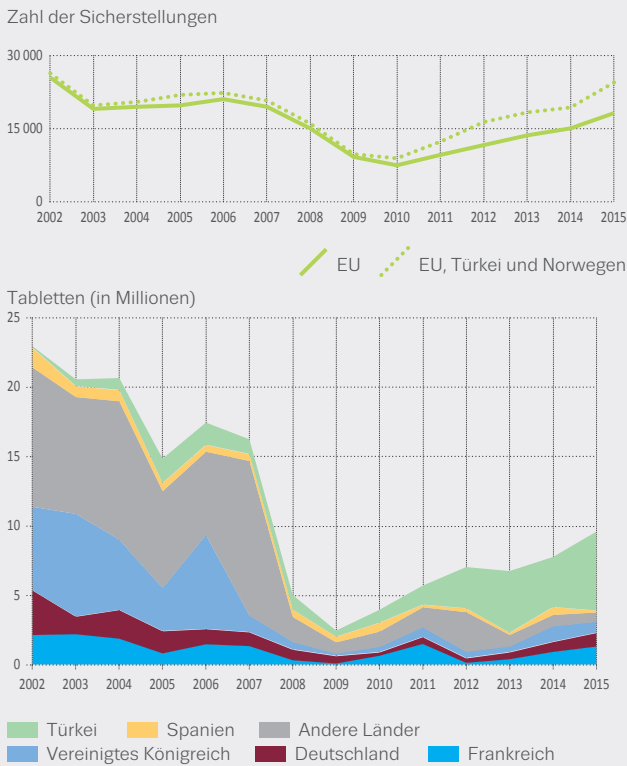
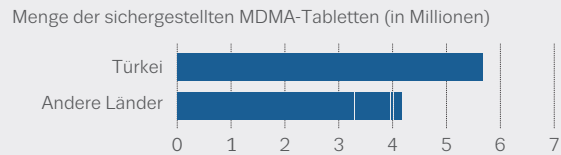


ABBILDUNG 1.9

Zahl der MDMA-Sicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2015 bzw. aktuellstes Jahr



NB: Zahl der Sicherstellungen (in Tausend) für die zehn Länder mit den höchsten Werten.



Die Gesamtzahl der gemeldeten MDMA-Sicherstellungen ist seit 2010 kontinuierlich gestiegen, während die sichergestellte Menge in diesem Zeitraum relativ stabil geblieben ist. Große Mengen MDMA wurden 2015 auch in der Türkei sichergestellt: Hier wurde mit 5,7 Millionen MDMA-Tabletten eine größere Menge beschlagnahmt als in allen anderen Ländern zusammen (Abbildung 1.9).

Sicherstellungen von LSD, GHB und Ketamin

Darüber hinaus wurde in der Europäischen Union eine Reihe anderer illegaler Drogen sichergestellt, unter anderem 100 000 Dosen LSD (Lysergsäurediethylamid), die 2015 im Rahmen von 1 400 Sicherstellungen beschlagnahmt wurden. Des Weiteren beschlagnahmte Belgien 1 Kilogramm dieser Droge. Die Zahl der Sicherstellungen von LSD hat sich seit 2010 verdoppelt, wobei die beschlagnahmten Mengen schwankten. Im Jahr 2015 wurden aus 14 Ländern Sicherstellungen von GHB (Gamma-Hydroxybutyrat) oder GBL (Gamma-Butyrolacton) gemeldet. Bei schätzungsweise 1 300 Sicherstellungen wurden 320 Kilogramm sowie mehr als 1 500 Liter dieser Drogen beschlagnahmt, wobei auf Belgien (33 %) und Norwegen (35 %) insgesamt mehr als zwei Drittel dieser Sicherstellungen entfielen. Zwölf Länder meldeten rund 1 200 Sicherstellungen von Ketamin, bei denen schätzungsweise 130 Kilogramm

dieser Droge beschlagnahmt wurden. Der größte Anteil dieser Menge entfiel auf Dänemark, Italien und das Vereinigte Königreich.

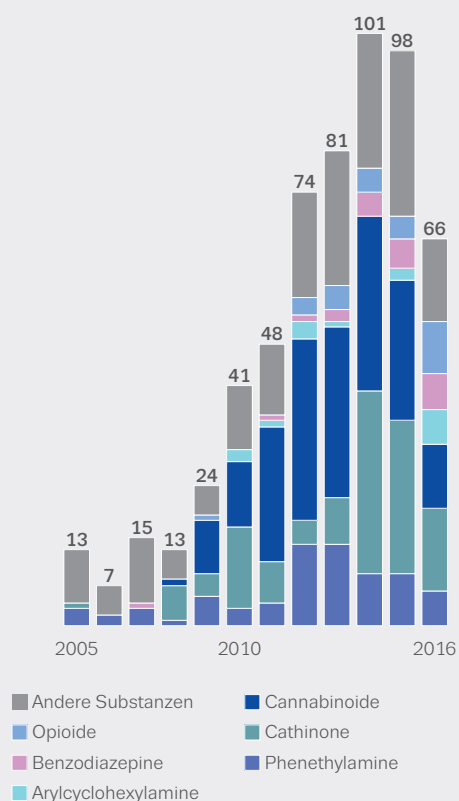
Neue psychoaktive Substanzen: viele unterschiedliche Drogen

Ende 2016 überwachte die EMCDDA mehr als 620 neue psychoaktive Substanzen, die auf dem europäischen Drogenmarkt gehandelt wurden. Zu diesen Substanzen, die vom internationalen Drogenkontrollsystem nicht erfasst werden, zählt ein breites Spektrum von Drogen, darunter synthetische Cannabinoide, Stimulanzien, Opioiden und Benzodiazepine (Abbildung 1.10). Die meisten von ihnen werden als „legaler“ Ersatz für illegale Drogen verkauft, mitunter sind sie aber auch für kleine Gruppen bestimmt, die sie wegen ihrer möglichen neuen Wirkungen ausprobieren möchten.

Viele der neuen Substanzen werden in China von Chemie- und Pharmaunternehmen in großen Mengen hergestellt. Aus China werden sie nach Europa versandt, wo sie zu Produkten weiterverarbeitet, verpackt und verkauft werden. Einige neue Substanzen stammen möglicherweise aus Arzneimitteln, die entweder aus der legalen Lieferkette abgezweigt oder illegal bezogen werden. Darüber hinaus werden neue Substanzen in geheimen Labors in Europa oder anderen Teilen der Welt

ABBILDUNG 1.10

Zahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2005-2016



hergestellt. Mehrere Indikatoren, darunter die Aufdeckung illegaler Labors, die Analysen der entsorgten Abfallstoffe aus der Herstellung synthetischer Drogen und die Sicherstellungen von Vorläuferstoffen, weisen darauf hin, dass diese Form der Herstellung in den letzten Jahren in Europa zugenommen hat.

Einige neue Substanzen werden ganz offen im Surface Web und in spezialisierten Geschäften verkauft – häufig als „Legal High“-Produkte. Darüber hinaus werden sie über Darknet-Märkte und den Schwarzmarkt vertrieben, und zwar entweder unter ihrem eigenen Namen oder als vorgeblich illegale Drogen wie Heroin, Kokain, Ecstasy und Benzodiazepine.

Mehr als 70 % der über das Frühwarnsystem der Europäischen Union gemeldeten neuen Substanzen wurden in den letzten fünf Jahren entdeckt. 2016 wurden in Europa 66 neue Substanzen erstmals erfasst. Diese Zahl ist zwar niedriger als in den beiden Vorjahren, jedoch ähnlich hoch wie in den Jahren 2012 und 2013. Die Ursachen für diesen Rückgang sind unklar, stehen jedoch möglicherweise in Zusammenhang mit den von den nationalen Regierungen in Europa ergriffenen Maßnahmen, die auf das Verbot neuer Substanzen und insbesondere ihren offenen Verkauf als „Legal Highs“ abzielen. Darüber hinaus könnten auch die Kontroll- und Strafverfolgungsmaßnahmen eine Rolle spielen, die in

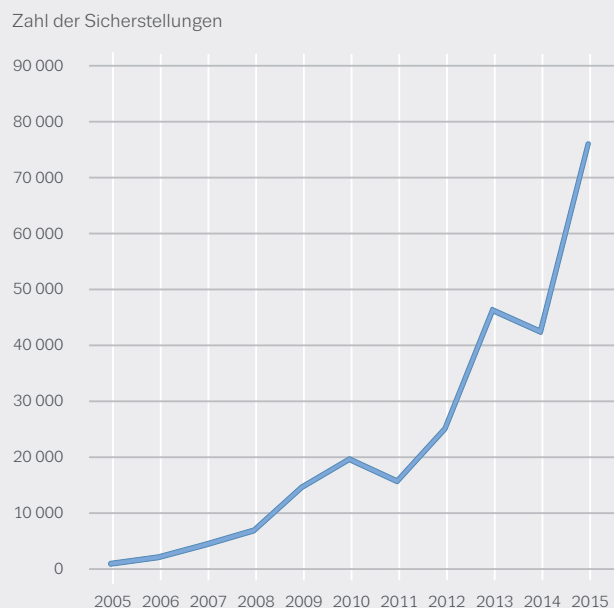
China gegen die Labors eingeleitet wurden, in denen neue Substanzen hergestellt werden. Des Weiteren könnten die zunehmenden Verbindungen zum breiteren Markt für illegale Drogen von Bedeutung sein.

Die Zahl der jährlich entdeckten neuen Substanzen ist nur eine in einer Reihe von Messgrößen, die von der EMCDDA herangezogen werden, um einen Überblick über den gesamten Markt zu erhalten. Beispielsweise wurden 423 (fast 70 %) der 620 gegenwärtig überwachten neuen Substanzen im Jahr 2015 auf dem Drogenmarkt entdeckt, gegenüber 365 im Jahr 2014 und 299 im Jahr 2013. Dies zeigt, wie komplex dieser Markt mittlerweile geworden ist.

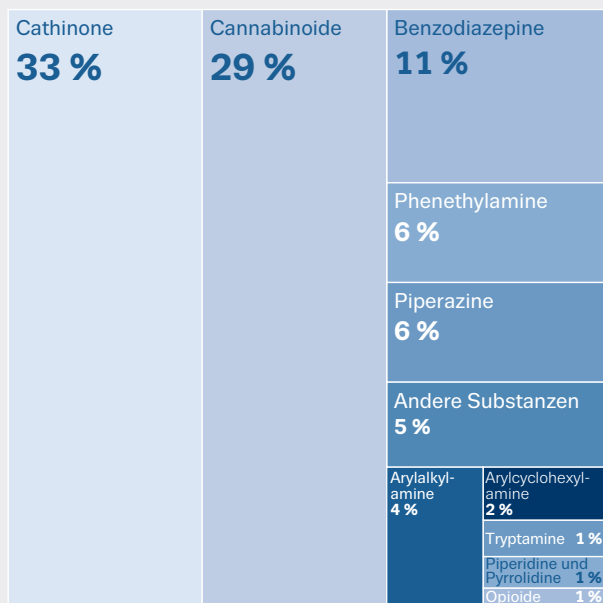
Ende 2016 überwachte die EMCDDA mehr als 620 neue psychoaktive Substanzen

ABBILDUNG 1.11

Zahl der Sicherstellungen von neuen psychoaktiven Substanzen, die dem EU-Frühwarnsystem gemeldet wurden: Verteilung nach Kategorie im Jahr 2015 und Trends



NB: Die Daten beziehen sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen.



Zunehmende Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen

Im Jahr 2015 wurden über das EU-Frühwarnsystem fast 80 000 Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen gemeldet (Abbildung 1.11). Synthetische Cathinone und synthetische Cannabinoide machten im Jahr 2015 gemeinsam mehr als 60 % aller Sicherstellungen neuer Substanzen aus (mehr als 47 000). Auch die sichergestellten Mengen synthetischer Cathinone, synthetischer Cannabinoide und neuer Opiode waren 2015 höher als im Vorjahr.

Die ermittelten europäischen Gesamtwerte für die Sicherstellungen neuer Substanzen sind als Mindestwerte zu betrachten, da die Daten nicht aus den Kontrollsystemen stammen, sondern auf den gemeldeten Fällen beruhen. Die Meldung von Sicherstellungen ist von einer Reihe von Faktoren abhängig, wie beispielsweise der zunehmenden Sensibilisierung für diese neuen Substanzen, ihrem sich wandelnden rechtlichen Status, den Kapazitäten und Prioritäten der Strafverfolgung sowie der Meldepraxis der Strafverfolgungsbehörden.

Neue synthetische Opiode

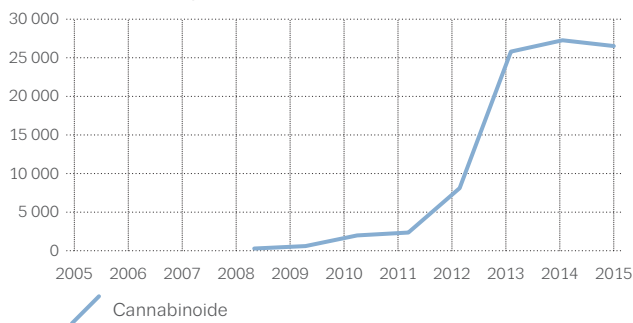
Seit 2009 wurden auf dem europäischen Drogenmarkt insgesamt 25 neue Opiode festgestellt – davon wurden neun erstmals im Jahr 2016 gemeldet. Hierzu zählen 18 Fentanyle, von denen acht erstmals 2016 gemeldet wurden. Die neuen Fentanyle spielen zwar gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle auf dem europäischen Drogenmarkt, sie sind jedoch hochpotent und stellen eine ernstzunehmende Bedrohung für den Einzelnen und die öffentliche Gesundheit dar.

Neue Opiode werden in unterschiedlichen Formen sichergestellt, in erster Linie als Pulver, Tabletten und Kapseln sowie seit 2014 auch als Flüssigkeiten. Mehr als 60 % der im Jahr 2015 gemeldeten 600 Sicherstellungen neuer synthetischer Opiode entfielen auf Fentanyle. Im Jahr 2015 wurden fast 2 Liter synthetischer Opiode beschlagnahmt, gegenüber nur 240 Millilitern im Vorjahr. In 85 % der sichergestellten Flüssigkeiten wurden Fentanyle nachgewiesen. Anlass zur Sorge gibt in diesem Zusammenhang die beginnende Vermarktung fentanylhaltiger Nasensprays, die beispielsweise Acryloylfentanyl oder Furanylfentanyl enthalten. Entsprechend ihrem geringen Marktanteil und ihrem hohen Wirkstoffgehalt machen diese Opiode 0,75 % aller Sicherstellungen neuer Substanzen, jedoch nur 0,04 % der insgesamt beschlagnahmten Menge aus.

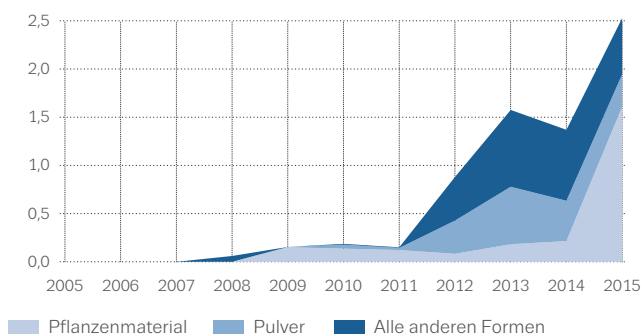
ABBILDUNG 1.12

Sicherstellungen von synthetischen Cannabinoiden und Cathinonen, die dem EU-Frühwarnsystem gemeldet wurden: Trends bei der Zahl der Sicherstellungen und den sichergestellten Mengen

Zahl der Sicherstellungen

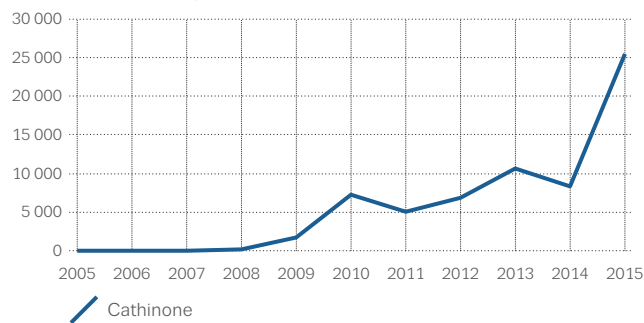


Cannabinoiden (in Tonnen)

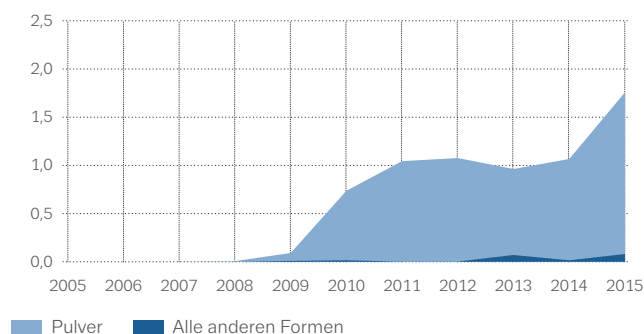


NB: Die Daten beziehen sich auf die EU, die Türkei und Norwegen.

Zahl der Sicherstellungen



Cathinone (in Tonnen)



Synthetische Cannabinoide

Bei synthetischen Cannabinoiden handelt es sich um eine Gruppe von Stoffen, welche die Wirkungen von Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) imitieren. THC ist jene Substanz, die vor allem für die wesentlichen psychoaktiven Wirkungen von Cannabis verantwortlich ist. Spätestens seit 2008 schlagen die Produzenten in Europa Profit aus diesem Umstand, indem sie Cannabinoide in Form von pulverförmigem Schüttgut einführen, das sie mit getrocknetem Pflanzenmaterial vermischen, um Hunderte unterschiedlicher „Legal High“-Produkte herzustellen. Diese werden als legaler Ersatz für Cannabis vermarktet und als gebrauchsfertige „Räuchermischungen auf Kräuterbasis“ verkauft. Synthetische Cannabinoide stellen nach wie vor die größte Gruppe der von der EMCDDA beobachteten neuen Substanzen dar und weisen eine zunehmend vielfältige chemische Zusammensetzung auf. Seit 2008 wurden 169 dieser Substanzen entdeckt, darunter elf im Jahr 2016, was im Vergleich zu 24 im Jahr davor gemeldeten einen Rückgang bedeutet.

Im Jahr 2015 wurden gut 22 000 Sicherstellungen synthetischer Cannabinoide gemeldet (Abbildung 1.12). Die fünf im Jahr 2015 am häufigsten sichergestellten synthetischen Cannabinoide waren ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 und ADB-CHMINACA.

Von diesen Substanzen wurden mehr als 2,5 Tonnen beschlagnahmt. Fast 64 % der sichergestellten synthetischen Cannabinoide lagen in Form von Kräutermischungen vor, 13 % entfielen auf Pulver.

Die Sicherstellung synthetischer Cannabinoide in Pulverform sowie die Aufdeckung von Verarbeitungseinrichtungen in Europa lassen darauf schließen, dass diese Produkte in Europa verpackt werden. Mit den beschlagnahmten Pulvermengen hätten viele Millionen Dosen von „Räuchermischungen auf Kräuterbasis“ hergestellt werden können. In Pulverform wurden im Jahr 2015 vorwiegend die Cannabinoide 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) und ADB-FUBINACA (57 kg) sichergestellt.

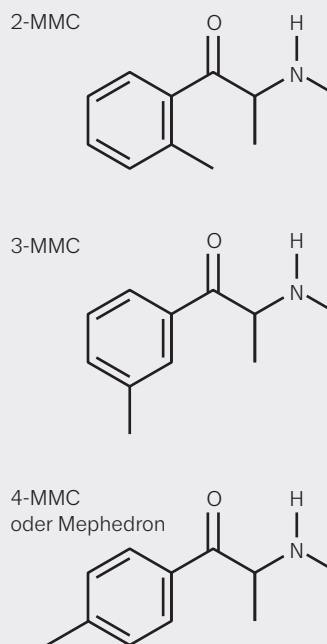
Synthetische Cathinone

Synthetische Cathinone sind chemisch mit Cathinon verwandt, einem in der Khat-Pflanze (*Catha edulis*) natürlich vorkommenden Stimulans. Diese Substanzen haben eine ähnliche Wirkung wie herkömmliche illegale Stimulanzien, wie beispielsweise Amphetamin, Kokain und MDMA. Synthetische Cathinone bilden die zweitgrößte Gruppe der von der EMCDDA überwachten neuen Drogen. Von den insgesamt entdeckten 118 Substanzen wurden 14 im Jahr 2016 erstmals gemeldet, dies entspricht einem gegenüber den 26 im Jahr davor gemeldeten.

Mit mehr als 25 000 und damit nahezu einem Drittel aller Sicherstellungen waren synthetische Cathinone im Jahr 2015 die am häufigsten sichergestellten neuen psychoaktiven Substanzen. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Anstieg um mehr als 17 000 Sicherstellungen. Dabei wurden gut 1,8 Tonnen dieser Substanzen beschlagnahmt und damit fast 0,75 Tonnen mehr als im Jahr 2014 (Abbildung 1.12). Synthetische Cathinone liegen zumeist als Pulver vor. Die fünf im Jahr 2015 am häufigsten beschlagnahmten Cathinone waren alpha-PVP, 3-MMC, Ethylon, 4-CMC und Pentadron. Mehr als 60 % (1,2 Tonnen) der im Jahr 2015 gemeldeten Sicherstellungen synthetischer Cathinone entfielen auf Lieferungen aus China. Bei einem großen Teil (42 %) der beschlagnahmten synthetischen Cathinone handelte es sich um 2-MMC (156 kg) und 3-MMC (616 kg). Diese beiden Substanzen sind chemisch mit Mephedron (4-MMC) verwandt, unterliegen jedoch nicht dem internationalen Drogenkontrollsystem. Mephedron hat sich in einigen Ländern auf dem Drogenschwarzmarkt etabliert. Es ist davon auszugehen, dass 2-MMC und 3-MMC teilweise als Mephedron verkauft werden (Abbildung 1.13).

ABBILDUNG 1.13

Chemische Formeln von 2-MMC, 3-MMC und 4-MMC (Mephedron)



Neue Benzodiazepine

Anlass zur Sorge gibt auch das seit einiger Zeit zu beobachtende Wachstum des Marktes für neue Benzodiazepine. Etwa 20 dieser Substanzen werden von der EMCDDA überwacht – sechs von ihnen wurden im Jahr 2016 erstmals in Europa nachgewiesen. Im Jahr 2015 wurden mehr als 300 000 Tabletten mit neuen Benzodiazepinen, wie etwa Clonazolam, Diclazepam, Etizolam und Flubromazolam, beschlagnahmt und damit nahezu doppelt so viele wie 2014. Einige neue Benzodiazepine wurden als Tabletten, Kapseln oder Pulver unter ihrem eigenen Namen vermarktet. In anderen Fällen wurden diese Substanzen für die Herstellung von Fälschungen häufig verschriebener angstlösender Arzneimittel verwendet, wie beispielsweise Diazepam und Alprazolam, die direkt auf dem Drogenschwarzmarkt verkauft wurden.

Rechtsvorschriften zur Eindämmung des Angebots neuer psychoaktiver Substanzen

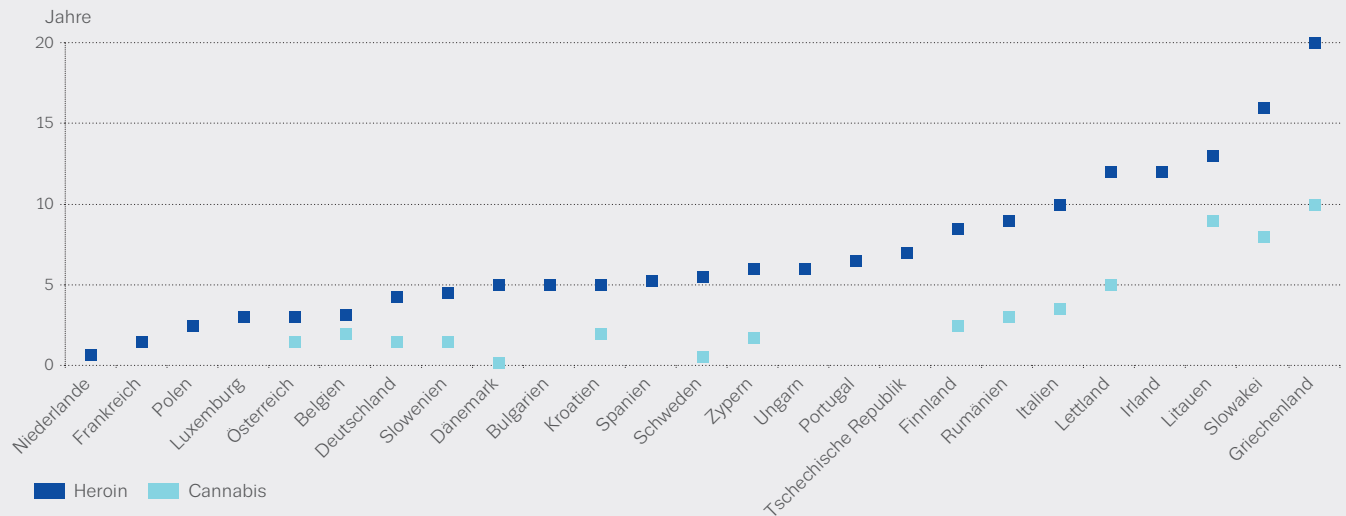
Die europäischen Staaten ergreifen Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenangebots nach Maßgabe von drei Übereinkommen der Vereinten Nationen, in denen ein Rahmen für die Kontrolle von Herstellung, Handel und Besitz von mehr als 240 psychoaktiven Substanzen festgelegt ist. Das rasche Aufkommen neuer psychoaktiver Substanzen und die Vielfalt der verfügbaren Produkte haben sich als Herausforderung für die Übereinkommen sowie für die politischen Entscheidungsträger und Gesetzgeber in Europa erwiesen.

Auf nationaler Ebene wurden die unterschiedlichsten Maßnahmen zur Kontrolle neuer Substanzen eingeführt; dabei lassen sich vor allem drei Formen von Rechtsvorschriften unterscheiden. Viele europäische Länder setzten zunächst bei den Verbraucherschutzvorschriften an und gingen anschließend dazu über, die vorhandene Drogengesetzgebung auszuweiten oder anzupassen, um neue psychoaktive Substanzen zu erfassen. In zunehmendem Maße konzipieren die Länder spezifische neue Rechtsvorschriften, um diesem Phänomen zu begegnen. Im Hinblick auf die Festlegung der Straftatbestände und Sanktionen bestehen – ebenso wie in der Drogengesetzgebung – zahlreiche Unterschiede zwischen den einzelnen europäischen Ländern. Die in den nationalen Drogengesetzen insgesamt zu beobachtende Tendenz, den Drogenbesitz für den Eigengebrauch mit mildereren Strafen zu ahnden, zeichnet sich auch in den jüngsten Rechtsvorschriften zu neuen Drogen ab. Die meisten der neuen Rechtsvorschriften zu neuen psychoaktiven Substanzen stellen lediglich Angebotsdelikte unter Strafe, während für den Besitz von Drogen für den Eigengebrauch keine Sanktionen vorgesehen sind.

Auf EU-Ebene wird der seit 2005 geltende Rechtsrahmen für die Kontrolle neuer psychoaktiver Substanzen gegenwärtig überarbeitet. Ziel ist die Schaffung eines

ABBILDUNG 1.14

Erwartete Haftstrafe für das Anbieten von 1 Kilogramm Heroin bzw. Cannabis in den EU-Mitgliedstaaten



NB: Medianwerte der erwarteten Strafen auf der Grundlage der Meinungen von Stichproben aus Angehörigen der Rechtsberufe in jedem Land; Ersttäter, außerhalb der organisierten Kriminalität. Wurde eine Aussetzung der Strafe zur Bewährung für möglich gehalten, ist kein Medianwert angegeben.

Systems, mit dem strafrechtliche Maßnahmen gegen Handlungen im Zusammenhang mit schädlichen neuen psychoaktiven Substanzen zügiger und wirksamer ergriffen werden können.

Strafen für Angebotsdelikte: abhängig von Droge und Land

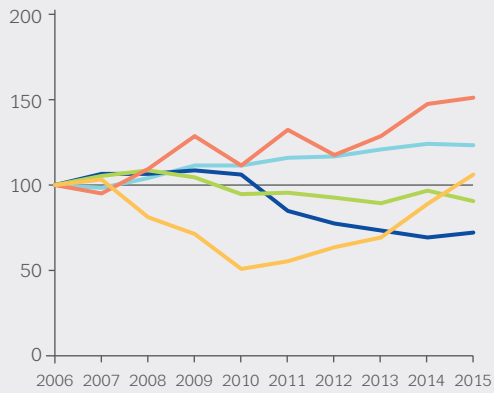
Das unerlaubte Anbieten von Drogen gilt in ganz Europa als Straftat, hinsichtlich der gesetzlich vorgeschriebenen Strafen herrschen jedoch große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. In einer kürzlich von der EMCDDA in den EU-Mitgliedstaaten durchgeführten Erhebung über die diesbezüglichen Auffassungen von Angehörigen der Rechtsberufe wurde festgestellt, dass die befragten Fachleute für ähnliche Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel von sehr unterschiedlichen Strafen ausgehen (Abbildung 1.14). Diese unterschiedlichen Auffassungen sind möglicherweise auf historische und kulturelle Faktoren zurückzuführen, die sich auf die nationalen Strafrechtssysteme auswirken. Des Weiteren dürften die unterschiedlichen Erwartungen an die abschreckende Wirkung einer Verurteilung in den einzelnen Ländern eine Rolle spielen. Die Studie ergab zudem, dass die Rechtsvorschriften zwar unter Umständen für den Handel mit unterschiedlichen Substanzen ähnliche Strafen vorsehen, die befragten Fachleute jedoch in den meisten Ländern davon ausgehen, dass das Strafmaß je nach Substanz unterschiedlich ausfällt. Das würde bedeuten, dass Richter Aspekte wie etwa den im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Drogen wahrgenommenen Schaden für die Gesellschaft berücksichtigen.

ABBILDUNG 1.15

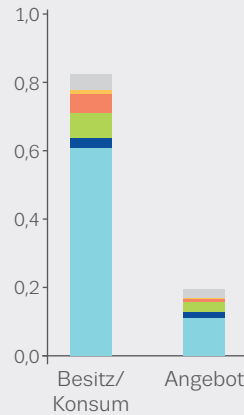
Drogendelikte in Europa im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, dem Besitz für den Eigengebrauch oder dem Anbieten von Drogen, indexierte Trends und gemeldete Delikte, 2015

Delikte im Zusammenhang mit Besitz/Konsum

Indexierte Trends

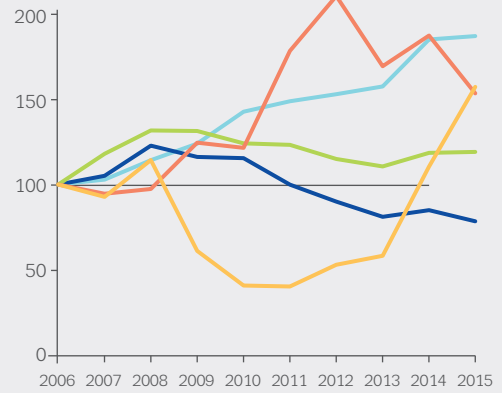


Anzahl der Delikte (Millionen)



Delikte im Zusammenhang mit Anbieten

Indexierte Trends



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amphetamine Andere Substanzen

NB: Die Daten beziehen sich auf die Delikte, bei denen die betreffende Droge angegeben ist.

Drogendelikte stehen größtenteils im Zusammenhang mit Cannabis

Die Anwendung der einschlägigen Gesetze wird anhand von Daten über gemeldete Drogendelikte beobachtet. In der Europäischen Union wurden im Jahr 2015 schätzungsweise 1,5 Millionen Drogendelikte gemeldet (von denen die meisten – 57 % – im Zusammenhang mit dem Konsum oder Besitz von Cannabis standen), an denen etwa 1 Million Straftäter beteiligt waren. Zwischen 2006 und 2015 stieg die Zahl der gemeldeten Drogendelikte um fast ein Drittel (31 %).

Insgesamt ist die Zahl der gemeldeten Angebotsdelikte seit 2006 um 18 % gestiegen und belief sich 2015 schätzungsweise auf mehr als 214 000 Fälle. Der Großteil der Angebotsdelikte (57 %) stand in Verbindung mit Cannabis. Hinsichtlich der Zahl der gemeldeten Delikte im Zusammenhang mit dem Anbieten von MDMA ist seit 2013 ein drastischer Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 1.15).

Europaweit wurden im Jahr 2015 schätzungsweise mehr als 1 Million Straftaten gemeldet, die mit dem Drogenkonsum oder dem Besitz von Drogen für den Eigengebrauch in Verbindung standen, was einer Zunahme um 27 % gegenüber 2006 entspricht. Von den gemeldeten Besitzdelikten entfielen etwa drei Viertel auf Cannabis (74 %). Der Aufwärtstrend bei den Straftaten in Zusammenhang mit dem Besitz von Amphetaminen und MDMA setzte sich im Jahr 2015 fort (Abbildung 1.15).

**Insgesamt wurden 2015
schätzungsweise 1,5 Millionen
Drogendelikte gemeldet**

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA**2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und Europol**2017**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und Eurojust**2016**

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Alle Veröffentlichungen sind unter www.emcdda.europa.eu/publications verfügbar.

2

**Unter Drogenkonsumenten
ist der polyvalente Drogenkonsum
weit verbreitet**

Prävalenz und Trends des Drogenkonsums

Mittlerweile werden in Europa mehr unterschiedliche Substanzen konsumiert als in der Vergangenheit. Unter Drogenkonsumenten ist der polyvalente Drogenkonsum weit verbreitet, und die individuellen Konsummuster reichen vom experimentellen über den gewohnheitsmäßigen Konsum bis hin zur Abhängigkeit. Der Konsum von Drogen ist unter Männern grundsätzlich höher, wobei dieser Unterschied bei intensiveren oder regelmäßigen Konsummustern oft noch ausgeprägter ist. Die Prävalenz des Cannabiskonsums ist etwa fünf Mal so hoch wie die des Konsums anderer Substanzen. Zwar ist der Konsum von Heroin und anderen Opioiden noch immer relativ niedrig, jedoch werden diese Drogen nach wie vor mehr als andere mit den schädlicheren Formen des Konsums, wie beispielsweise dem injizierenden Drogenkonsum, in Verbindung gebracht.

Beobachtung des Drogenkonsums

Die EMCDDA erhebt und verarbeitet Datenreihen zum Drogenkonsum und zu den Konsummustern in Europa.

Die unter Schülern und in der Allgemeinbevölkerung durchgeführten Erhebungen können einen Überblick über die Prävalenz des experimentellen Konsums und des Freizeitkonsums von Drogen bieten. Ergänzend zu diesen Erhebungsergebnissen können Analysen der kommunalen Abwässer auf Drogenrückstände herangezogen werden, die in den Städten Europas durchgeführt werden.

Darüber hinaus können Studien, in denen Schätzungen zum hochriskanten Drogenkonsum vorgenommen werden, dazu beitragen, das Ausmaß der chronischen drogenbedingten Probleme zu ermessen, während Daten über die Personen, die sich in eine spezialisierte Drogenbehandlung begeben, gemeinsam mit anderen Indikatoren helfen können, die Merkmale des hochriskanten Drogenkonsums und die diesbezüglichen Trends besser zu verstehen.

Vollständige Datensätze und ausführliche Darlegungen zur Methodik sind dem online verfügbaren [Statistical Bulletin](#) zu entnehmen.

Schüler: Unterschiedliche nationale Trends des Substanzkonsums

Die Beobachtung des Substanzkonsums unter Schülern bietet wertvolle Einblicke in das aktuelle Risikoverhalten Jugendlicher und gibt Aufschluss über mögliche Zukunftstrends. Im Jahr 2015 wurde die sechste Datenerhebungsrunde der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD*) durchgeführt, die 1995 ins Leben gerufen wurde. Bei dieser jüngsten Erhebung wurden vergleichbare Daten über den Substanzkonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern in 35 europäischen Ländern zusammengetragen, darunter in 23 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen. Von den in diesen 24 Ländern befragten Schülern gaben im Durchschnitt 18 % an, mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), wobei die höchsten Werte in der Tschechischen Republik (37 %) und Frankreich (31 %) ermittelt wurden. Für den Cannabis Konsum in den letzten 30 Tagen wurden Raten zwischen 2 % in Schweden, Finnland sowie Norwegen und 17 % in Frankreich festgestellt, wobei sich der Durchschnittswert der 24 Länder auf 8 % belief. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede fielen in den europäischen Ländern unterschiedlich aus, wobei das Verhältnis zwischen den Jungen und Mädchen, die mindestens einmal Cannabis konsumiert haben, zwischen 1:1 in der Tschechischen Republik und Malta und 2,5:1 in Norwegen lag.

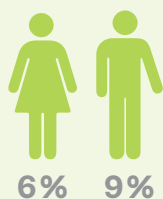
Für den Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis wurden mit einer durchschnittlichen Lebenszeitprävalenz von 5 % deutlich niedrigere Raten ermittelt. Nach Cannabis waren die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen MDMA/Ecstasy, Amphetamin, Kokain, Methamphetamin und LSD oder andere Halluzinogene. Für diese Drogen wurden unter den Schülern jeweils Prävalenzraten von 2 % festgestellt. Für den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen wurde unter den Schülern eine Lebenszeitprävalenz von 4 % ermittelt, wobei in Estland und Polen (jeweils 10 %) die höchsten Werte zu verzeichnen waren.

In den 22 Ländern, die ausreichende Daten für eine Analyse übermittelt haben (21 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen) erreichte die durchschnittliche 30-Tages-Prävalenz des Cannabiskonsums im Jahr 2003 ihren Höchststand, bevor in den anschließenden Erhebungen etwas niedrigere Werte ermittelt wurden (Abbildung 2.1). In den jüngsten Erhebungen der Jahre 2011 und 2015 blieben die Lebenszeitprävalenz und die 30-Tages-Prävalenz des Cannabiskonsums in den meisten dieser Länder stabil. Seit 1995 ist die Lebenszeitprävalenz des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis weitgehend unverändert geblieben, wobei zwischen 2011 und 2015 ein leichter Rückgang zu verzeichnen war.

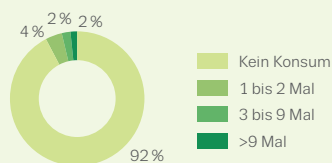
Für den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen wurde unter den Schülern eine Lebenszeitprävalenz von 4 % ermittelt

SUBSTANZKONSUM UNTER 15- BIS 16-JÄHRIGEN EUROPÄISCHEN SCHÜLERN (ESPAD 2015)

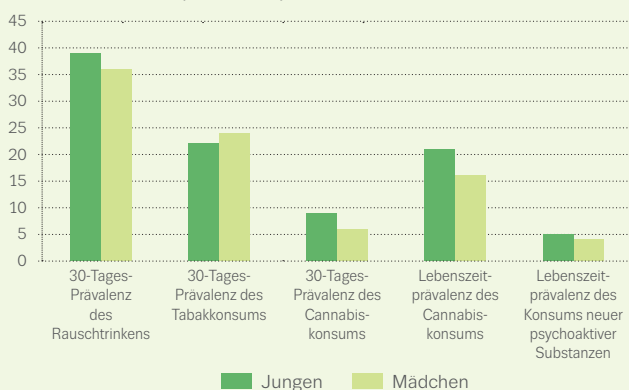
30-Tages-Prävalenz des Cannabiskonsums, nach Geschlecht



Häufigkeit des Cannabiskonsums im letzten Monat



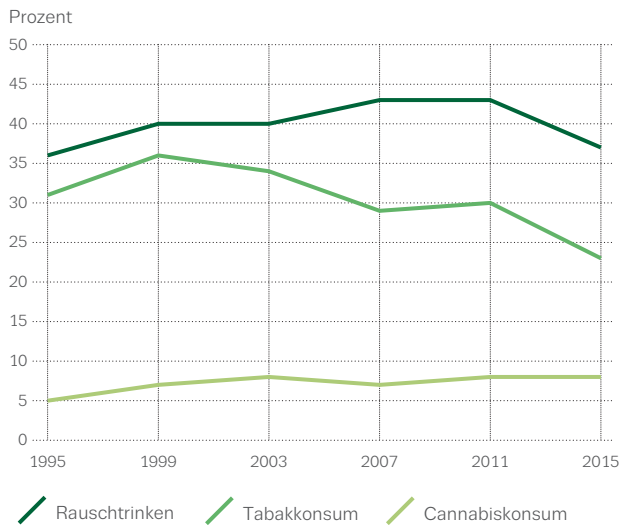
Substanzkonsum (in Prozent)



NB: Auf der Grundlage von Daten für die in der ESPAD-Erhebungsrunde 2015 erfassten 23 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen.

ABBILDUNG 2.1

Trends bei der 30-Tages-Prävalenz des Rauschtrinkens sowie des Tabak- und Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen europäischen Schülern



NB: Auf der Grundlage von Daten für die in mindestens vier ESPAD-Erhebungsrunden erfassten 21 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen.

Beginnender Rückgang des Tabakkonsums und des Rauschtrinkens unter Schülern

Im Rahmen von ESPAD wird auch über den Konsum von Alkohol und Tabak berichtet. Mehr als vier Fünftel (83 %) der Schüler haben mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert. Die Hälfte der Schüler gab an, in den vorangegangenen 30 Tagen mindestens einmal Alkohol getrunken zu haben, wobei 39 % der Jungen und 36 % der Mädchen in diesem Zeitraum fünf oder mehr Einheiten Alkohol bei einer Gelegenheit konsumiert hatten (Rauschtrinken).

Knapp die Hälfte (47 %) der Schüler hatten Zigaretten geraucht. In den letzten 30 Tagen vor der Umfrage hatten 23 % der Schüler täglich mindestens eine Zigarette geraucht, wobei 3 % angaben, mehr als zehn Zigaretten täglich geraucht zu haben.

In den 22 EMCDDA-Ländern, für die ausreichende Daten für eine Trendanalyse vorliegen, ist für den Zeitraum zwischen 1995 und 2015 insgesamt ein Rückgang der Lebenszeitprävalenz und der 30-Tages-Prävalenz des Alkohol- und Tabakkonsums erkennbar. Beim Rauschtrinken ist ein weniger ausgeprägter Trend festzustellen, wobei in diesem Zeitraum ein zunehmender Konsum unter Mädchen zu beobachten war. Sowohl das Rauschtrinken als auch die 30-Tages-Prävalenz des Tabakkonsums gingen zwischen den Erhebungen der Jahre 2011 und 2015 zurück.

Mehr als 93 Millionen Erwachsene haben illegale Drogen probiert

Schätzungen zufolge haben mehr als 93 Millionen erwachsene Europäer, das entspricht gut einem Viertel der 15- bis 64-Jährigen in der Europäischen Union, bereits einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert. Unter Männern (56,8 Millionen) ist die Lebenszeitprävalenz höher als unter Frauen (36,8 Millionen). Die am häufigsten probierte Droge ist Cannabis (53,8 Millionen Männer und 34,1 Millionen Frauen), während die Schätzwerte der Lebenszeitprävalenz für Kokain (12,2 Millionen Männer und 5,3 Millionen Frauen), MDMA (9,3 Millionen Männer und 4,7 Millionen Frauen) und Amphetamine (8,4 Millionen Männer und 4,2 Millionen Frauen) deutlich niedriger sind. Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums sind von Land zu Land sehr unterschiedlich und reichen von etwa 40 % der Erwachsenen in Frankreich bis hin zu weniger als 5 % der Erwachsenen in Malta und Rumänien.

Der Drogenkonsum der letzten zwölf Monate stellt einen Messwert für den jüngsten Drogenkonsum dar und ist unter jungen Erwachsenen besonders hoch. Schätzungsweise haben 18,7 Millionen junge Erwachsene (zwischen 15 und 34 Jahren) in den letzten zwölf Monaten Drogen konsumiert, darunter doppelt so viele Männer wie Frauen.

Cannabiskonsum: unterschiedliche nationale Trends

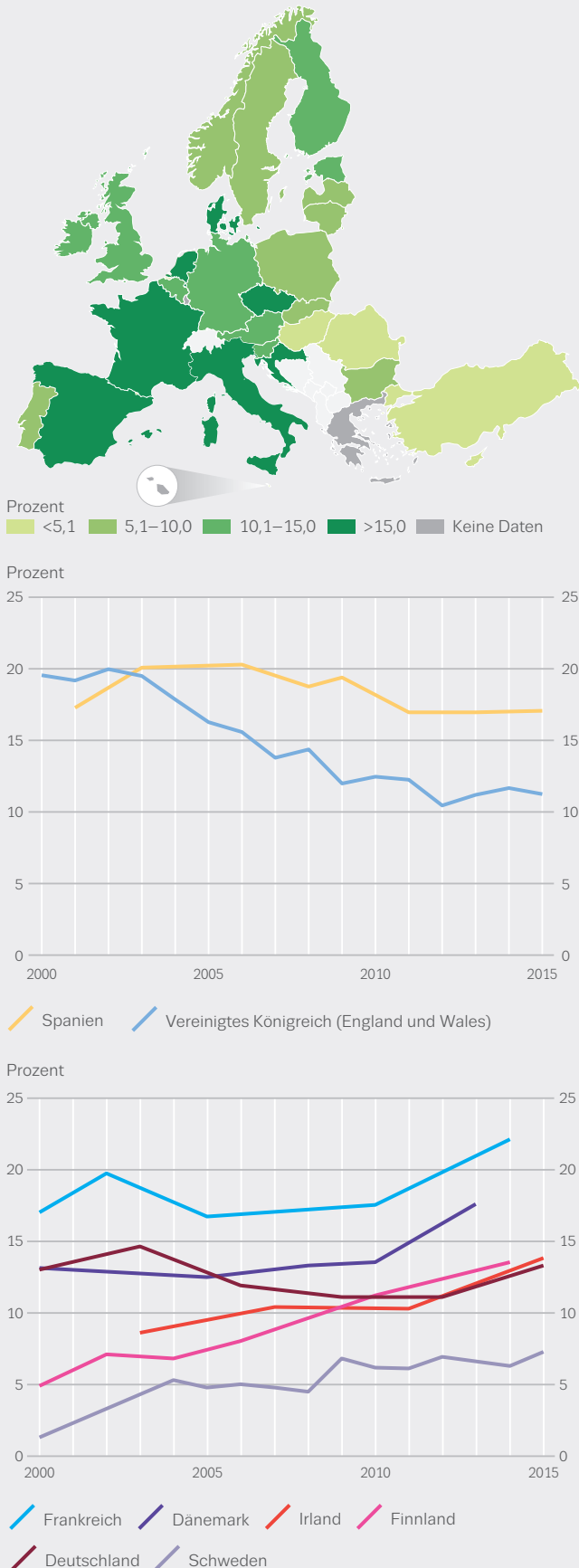
Cannabis ist die von allen Altersgruppen am häufigsten konsumierte illegale Droge. Die Droge wird in der Regel geraucht und in Europa gemeinhin mit Tabak gemischt. Die Konsummuster bei Cannabis reichen von gelegentlichem über regelmäßigen Konsum bis hin zur Abhängigkeit.

Schätzungsweise 87,7 Millionen erwachsene Europäer (26,3 % der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) haben einmal in ihrem Leben Cannabis probiert. Von ihnen haben schätzungsweise 17,1 Millionen junge Europäer (13,9 % der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren) in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, darunter 10 Millionen 15- bis 24-Jährige (17,7 % dieser Altersgruppe). Die Lebenszeitprävalenzraten unter den 15- bis 34-Jährigen reichen von 3,3 % in Rumänien bis hin zu 22 % in Frankreich. Unter den jungen Menschen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, ist der Anteil der Männer doppelt so hoch wie der Anteil der Frauen.

Die am häufigsten probierte Droge ist Cannabis

ABBILDUNG 2.2

12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): aktuellste Daten (Karte) und ausgewählte Trends



Die Ergebnisse der jüngsten Erhebungen zeigen, dass sich der Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate in den einzelnen Ländern weiterhin unterschiedlich entwickelt. Von den Ländern, die seit 2014 Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelten sieben höhere und sechs unveränderte Werte, während zwei Länder niedrigere Schätzungen ermittelten als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

In einigen Ländern liegt ausreichendes Datenmaterial aus Erhebungen vor, das eine statistische Analyse der Entwicklungen beim Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate unter jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) ermöglicht. Die in Spanien und im Vereinigten Königreich in den letzten zehn Jahren beobachtete langfristige rückläufige Entwicklung ist den jüngsten Daten zufolge inzwischen zum Stillstand gekommen (Abbildung 2.2).

In Irland und Finnland war in diesem Zeitraum eine zunehmende Tendenz erkennbar. Gleiches gilt für Schweden, wenngleich hier die Prävalenzraten seit 2009 stabil sind. In Deutschland, Frankreich und Dänemark ist im Zehnjahreszeitraum statistisch kein Aufwärtstrend feststellbar, allerdings weisen die jüngsten Erhebungen auf einen Anstieg des Cannabiskonsums der letzten zwölf Monate unter jungen Erwachsenen hin. Während Frankreich im Jahr 2014 mit 22 % einen neuen Höchstwert meldete, wurde im Jahr 2015 in Deutschland mit 13 % die höchste 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen ermittelt, die in den letzten zehn Jahren aus diesem Land gemeldet wurde. Von den Ländern, aus denen keine ausreichenden Daten für eine statistische Trendanalyse vorliegen, ermittelten die Niederlande 2015 im Rahmen ihrer zweiten vergleichbaren jährlichen Erhebung eine Prävalenz von etwa 16 %, während Österreich bei seiner ersten nationalen Erhebung seit 2008 eine Prävalenz von 14 % feststellte.

Hochrisiko-Cannabiskonsumenten: steigende Zahl der Behandlungsaufnahmen

Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zufolge konsumiert schätzungsweise etwa 1 % der europäischen Erwachsenen täglich oder fast täglich Cannabis, d. h., die Betroffenen haben die Droge an mindestens 20 Tagen des letzten Monats konsumiert. Etwa 30 % dieser Konsumenten sind 35 bis 64 Jahre alt und mehr als drei Viertel von ihnen sind männlich.

Gemeinsam mit anderen Indikatoren können Daten über die Konsumenten, die sich wegen cannabisbedingter Probleme in Behandlung begeben, zu einem besseren Verständnis von Merkmalen und Ausmaß des hochriskanten Cannabiskonsums in Europa beitragen. Insgesamt ist die Zahl der Personen, die erstmals wegen cannabisbedingter Probleme eine Behandlung aufnahmen, von 43 000 im Jahr 2006 auf 76 000 im Jahr 2015 gestiegen. Diesem Anstieg könnten unterschiedliche Faktoren zugrunde liegen, darunter die höheren Prävalenzraten des Konsums in der Allgemeinbevölkerung und des intensiven Konsums, die Verfügbarkeit von Produkten mit höherem Wirkstoffgehalt sowie die steigende Zahl von Überweisungen und das umfangreichere Angebot von Cannabistherapien.

Prävalenz des Kokainkonsums: stabile nationale Trends

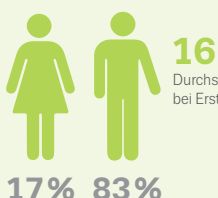
Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa, wobei der Konsum dieser Droge in den süd- und westeuropäischen Ländern besonders hoch ist. Bei regelmäßig Konsumierenden kann grob unterschieden werden zwischen sozial stärker integrierten Konsumenten, von denen viele Kokainpulver (Kokainhydrochlorid) sniffen, und ausgegrenzten Konsumenten, die Kokain injizieren oder Crack (Kokainbase) rauchen und mitunter auch Opiode konsumieren.

Schätzungsweise haben 17,5 Millionen erwachsene Europäer (5,2 % der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) einmal in ihrem Leben Kokain probiert. Davon haben etwa 2,3 Millionen junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren (1,9 % dieser Altersgruppe) in den zurückliegenden zwölf Monaten Kokain konsumiert.

Lediglich Irland, Spanien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich melden für junge Erwachsene eine 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums von mindestens 2,5 %. Den jüngsten Erhebungen zufolge setzte sich der in den Vorjahren beobachtete Rückgang des Kokainkonsums in Europa nicht fort. Von den Ländern, die seit 2014 Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelten zwei höhere und elf unveränderte Werte, während ein Land eine niedrigere Schätzung ermittelte als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON CANNABISKONSUMENTEN

Merkmale



16

Durchschnittsalter bei Erstkonsum

25

Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme

Erstklanten

60%

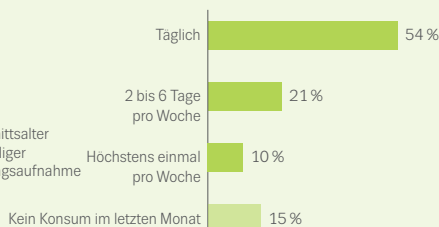


Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben

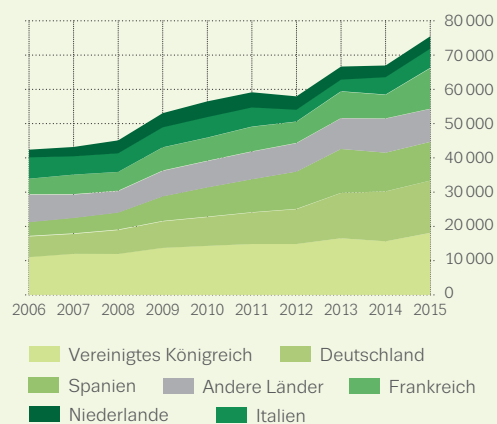
40%

Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

Durchschnittlicher Konsum: 5,4 Tage pro Woche



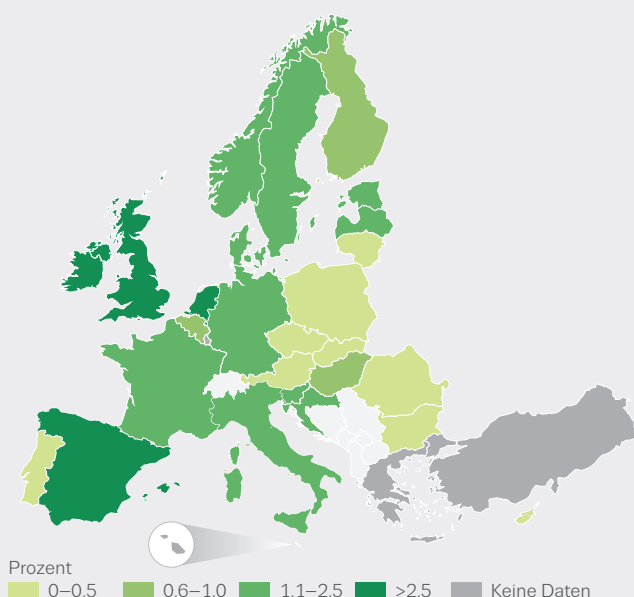
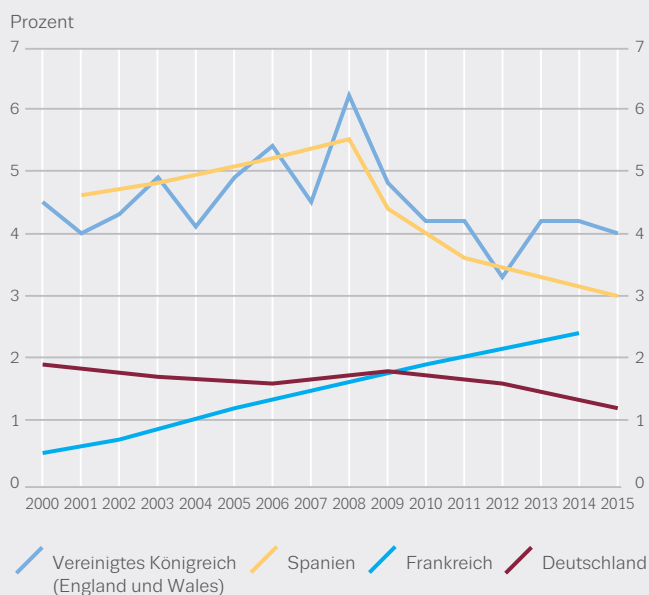
Trends bei den Erstklanten



NB: Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Cannabis als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklanten basieren auf den Daten aus 23 Ländern. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die ab 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.3

12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): ausgewählte Trends und aktuellste Daten



Eine statistische Analyse langfristiger Trends bei der 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen kann nur für einige wenige Länder vorgenommen werden, wobei die neuen Daten die bereits zuvor beobachteten Trends bestätigen. Spanien und das Vereinigte Königreich meldeten bis 2008 steigende Prävalenzraten, gefolgt von einer Stabilisierung oder rückläufigen Entwicklung (Abbildung 2.3). Frankreich meldete zwar insgesamt niedrigere Prävalenzraten, jedoch zeichnet sich hier ein Aufwärtstrend ab, wobei 2014 erstmals Prävalenzraten über 2 % festgestellt wurden. In Deutschland belegen die statistischen Daten aus der 2015 durchgeführten Erhebung eine sinkende Prävalenz des Kokainkonsums, der zwischen 2000 und 2009 stabil geblieben war.

Die im Rahmen einer in mehreren Städten durchgeführten Studie vorgenommenen Analysen der kommunalen Abwässer auf Kokainrückstände ergänzen die Ergebnisse der demografischen Erhebungen. Abwasseranalysen lassen Rückschlüsse auf den gesamten Konsum bestimmter Substanzen innerhalb einer Kommune zu, wobei ihre Ergebnisse nicht unmittelbar mit den Prävalenzschätzungen aus den nationalen demografischen Erhebungen vergleichbar sind. Die Ergebnisse der Abwasseranalysen weisen die Drogenrückstände je 1 000 Einwohner je Tag in standardisierten Einheiten (Konzentrationen) aus.

Bei den Analysen des Jahres 2016 fanden sich die höchsten Konzentrationen von Benzoylcegonin – dem wichtigsten Kokainmetaboliten – in Städten in Belgien, Spanien und dem Vereinigten Königreich, während in den meisten osteuropäischen Städten sehr niedrige Werte ermittelt wurden (Abbildung 2.4). Von den 33 Städten, aus denen Daten für 2015 und 2016 vorliegen, meldeten 22 eine

steigende, vier eine rückläufige und sieben eine gleichbleibende Tendenz. Die meisten der 13 Städte, aus denen Daten für 2011 und 2016 verfügbar sind, beobachteten längerfristig stabile oder steigende Werte.

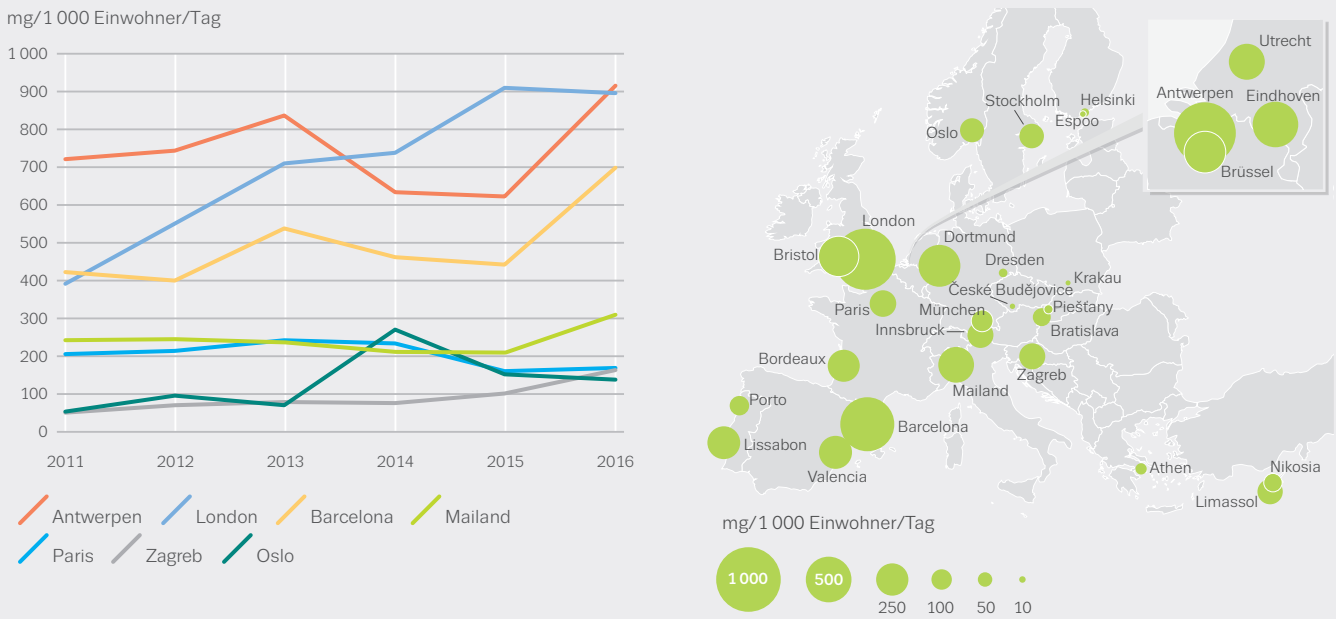
Hochriskanter Kokainkonsum: stabile Behandlungsnachfrage

Die Prävalenz des hochriskanten Kokainkonsums in Europa ist schwer abzuschätzen, da nur aus vier Ländern aktuelle Schätzungen vorliegen, für die zudem unterschiedliche Definitionen und Methoden herangezogen wurden. In Deutschland wurde im Jahr 2015 anhand von skalierten Fragen zur Schwere der Abhängigkeit ein Anteil der Hochrisiko-Kokainkonsumenten an der erwachsenen Bevölkerung von schätzungsweise 0,20 % festgestellt, während Spanien anhand der Konsumhäufigkeit für den hochriskanten Kokainkonsum einen Schätzwert von 0,24 % ermittelte. In Italien wurde der Anteil der Personen, die eine Behandlung wegen Kokainkonsums benötigen, im Jahr 2015 auf 0,65 % geschätzt. In Portugal belief sich der hochriskante Kokainkonsum den anhand der gemeldeten 12-Monats-Prävalenz vorgenommenen Schätzungen zufolge im Jahr 2012 auf 0,62 %.

Drei Viertel (74 %) aller in Europa im Zusammenhang mit Kokain gemeldeten Behandlungsnachfragen entfallen auf Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich. Insgesamt wurde Kokain von etwa 63 000 Klienten, die 2015 eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen, darunter von etwa 28 000 Erstklienten, als Primärdroge angegeben. Die Gesamtzahl der Klienten, die erstmals wegen Kokainkonsums eine Behandlung aufnahmen, war bis 2012 rückläufig und bleibt seitdem relativ stabil.

ABBILDUNG 2.4

Kokainrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche Benzoylcegoninmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde 2016 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.

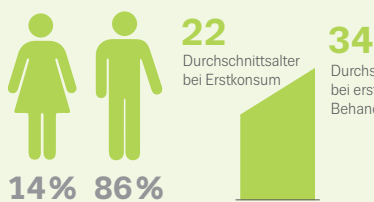
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Im Jahr 2015 nannten 7 400 Klienten, die sich in Europa in Behandlung begaben, Crack als Primärdroge, wobei fast zwei Drittel von ihnen (4 800) auf das Vereinigte Königreich entfielen. Die Übrigen wurden größtenteils (1 900) aus Spanien, Frankreich und den Niederlanden gemeldet.

Zudem wurde im Vereinigten Königreich (England) der Anteil der Crack-Konsumenten an der erwachsenen Bevölkerung im Zeitraum 2011/12 auf 0,48 % geschätzt. Die meisten dieser Crack-Konsumenten konsumierten auch Opiode.

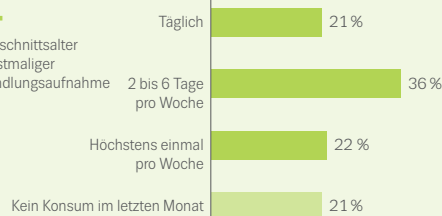
BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON KOKAINKONSUMENTEN

Merkmale

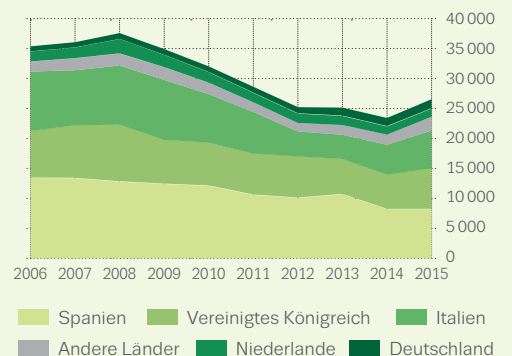


Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

Durchschnittlicher Konsum: 3,7 Tage pro Woche



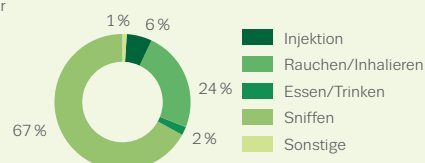
Trends bei den Erstklienten



Erstklienten



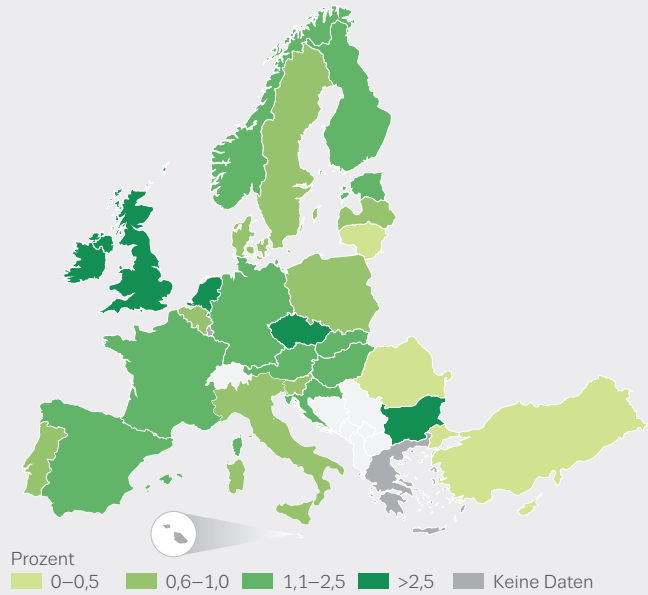
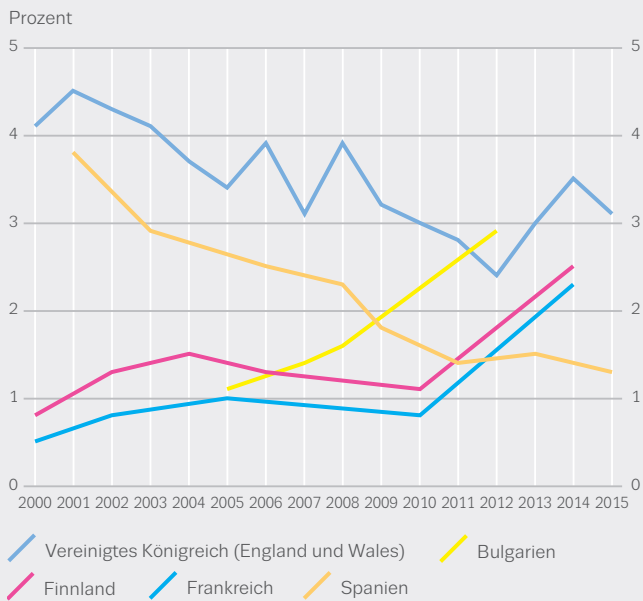
Einnahmeweg



NB: Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Kokain als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 23 Ländern. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die ab 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.5

12-Monats-Prävalenz des MDMA-Konsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): ausgewählte Trends und aktuellste Daten



MDMA: weiterhin zunehmender Konsum

MDMA (3,4-Methylendioxy-N-methamphetamin) wird in Form von Tabletten (häufig unter der Bezeichnung Ecstasy) sowie in kristalliner Form und als Pulver konsumiert; Tabletten werden für gewöhnlich geschluckt, während Kristalle und Pulver nicht nur geschluckt, sondern auch „gedippt“ oder geschnupft werden. Bei den meisten europäischen Erhebungen wurden ursprünglich Daten zum Ecstasykonsum statt zum MDMA-Konsum erfasst, allerdings zeichnen sich diesbezüglich mittlerweile Veränderungen ab.

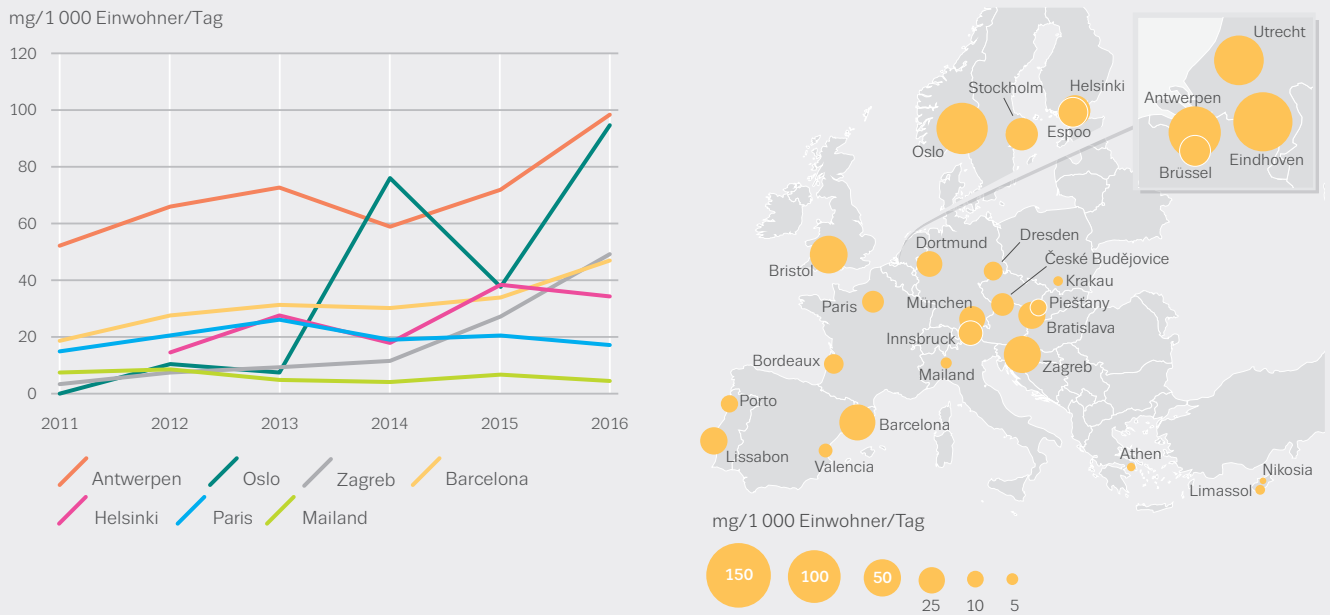
Schätzungsweise haben 14 Millionen erwachsene Europäer (4,2 % der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) einmal in ihrem Leben MDMA/Ecstasy probiert. Was den jüngsten Konsum in der Altersgruppe mit dem höchsten Drogenkonsum betrifft, so belegen die Daten, dass 2,3 Millionen junge Erwachsene (1,8 % der 15- bis 34-Jährigen) in den letzten zwölf Monaten MDMA konsumiert haben, wobei die nationalen Schätzwerte von 0,3 % in Zypern, Litauen und Rumänien bis hin zu 6,6 % in den Niederlanden reichen.

Bis vor Kurzem war die Prävalenz des MDMA-Konsums in vielen Ländern rückläufig, nachdem sie Anfang bis Mitte der 2000er Jahre ihren Höchststand erreicht hatte. In den letzten Jahren meldeten die Beobachtungsstellen jedoch einen steigenden Konsum von MDMA. Die Ergebnisse der Länder, die seit 2014 neue Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, deuten auf eine anhaltend steigende Tendenz in Europa hin: Fünf Länder meldeten höhere Schätzungen als in der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung, während neun Länder unveränderte Schätzwerte übermittelten.

Soweit Daten für eine statistische Trendanalyse des Konsums von MDMA in den letzten zwölf Monaten unter jungen Erwachsenen vorliegen, lassen die jüngsten Daten Veränderungen erkennen. Frankreich und Finnland, die seit 2000 eine stabile oder leicht steigende Tendenz beobachtet hatten, meldeten 2014 einen erheblichen Anstieg (Abbildung 2.5). Im Vereinigten Königreich schwächte sich die seit 2012 festzustellende zunehmende Entwicklung im Jahr 2015 ab, während in Spanien eine anhaltende rückläufige Tendenz zu verzeichnen war, wengleich die jüngsten Daten eine stabile Entwicklung ausweisen.

ABBILDUNG 2.6

MDMA-Rückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche MDMA-Mengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde 2016 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.

Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Im Jahr 2016 wurden im Rahmen einer in mehreren Städten durchgeführten Analyse die höchsten MDMA-Konzentrationen in den Abwässern belgischer, niederländischer und norwegischer Städte ermittelt (Abbildung 2.6). Von den 32 Städten, aus denen Daten für 2015 und 2016 vorliegen, meldeten 17 eine steigende, elf eine rückläufige und vier eine gleichbleibende Tendenz. Die längerfristigen Trends zeigen, dass in den meisten Städten, aus denen für beide Jahre Daten vorliegen, die MDMA-Konzentrationen im Abwasser 2016 höher waren als 2011, wobei in einigen Städten ein drastischer Anstieg zu verzeichnen war.

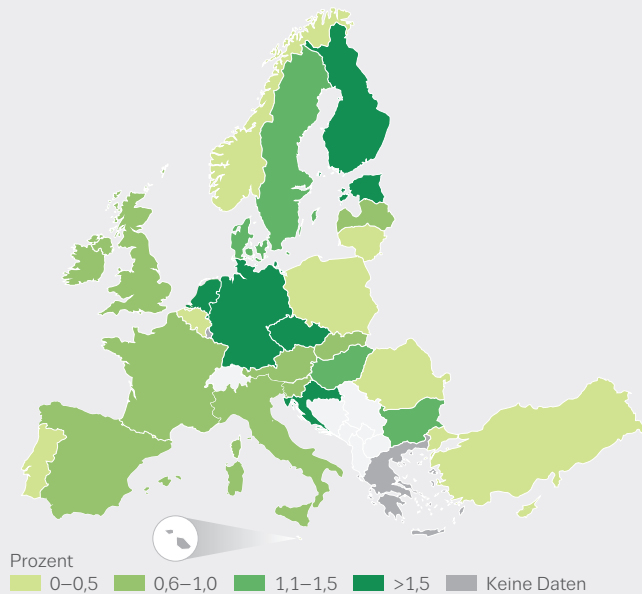
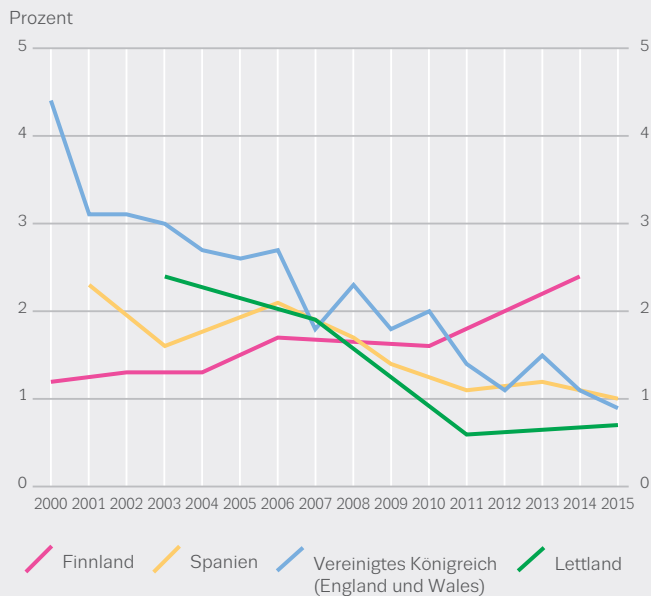
MDMA wird häufig gemeinsam mit anderen Substanzen konsumiert, darunter auch mit Alkohol, und seit jeher stark mit der Nachtclubszene und insbesondere mit elektronischer Tanzmusik in Verbindung gebracht. Gegenwärtig gibt es Anzeichen dafür, dass MDMA in Ländern mit höheren Prävalenzraten keine Nischendroge mehr darstellt, deren Konsum auf bestimmte Subkulturen sowie auf Nachtclubs und Partys beschränkt ist, sondern mittlerweile von einem breiten Spektrum junger Menschen in gewöhnlichen Nachtlokalen wie Bars sowie auf Privatpartys konsumiert wird.

MDMA-Konsum wird selten als Grund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogentherapie genannt. Im Jahr 2015 wurde in Europa MDMA von weniger als 1 % der Erstpazienten (etwa 900 Fälle) als Primärdroge angegeben.

**Beobachtungsstellen
melden einen steigenden
Konsum von MDMA**

ABBILDUNG 2.7

12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): ausgewählte Trends und aktuellste Daten



Konsum von Amphetaminen: unterschiedliche nationale Entwicklungen

In Europa werden sowohl Amphetamin als auch Methamphetamin konsumiert, zwei eng verwandte synthetische Stimulanzien; allerdings ist Amphetamin wesentlich weiter verbreitet. Der Konsum von Methamphetamin war ursprünglich auf die Tschechische Republik und seit einiger Zeit auch die Slowakei beschränkt, allerdings ist in den letzten Jahren eine Zunahme des Konsums in anderen Ländern zu beobachten. Einige Datensätze lassen keine Unterscheidung zwischen diesen beiden Substanzen zu; in diesen Fällen wird der Oberbegriff Amphetamine verwendet.

Beide Drogen können geschluckt oder geschnupft werden; bei Hochrisiko-Konsumenten ist in einigen Ländern auch der injizierende Konsum verbreitet. Methamphetamin kann auch geraucht werden, diese Form der Einnahme ist allerdings in Europa weniger verbreitet.

Schätzungsweise haben 12,5 Millionen erwachsene Europäer (3,8 % der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) einmal in ihrem Leben Amphetamine probiert. Was den jüngsten Konsum in der Altersgruppe mit dem höchsten Drogenkonsum betrifft, so belegen die Daten, dass 1,3 Millionen junge Erwachsene (1,1 % der 15- bis 34-Jährigen) in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert haben, wobei die jüngsten nationalen Prävalenzschätzungen von 0,1 % in Zypern, Portugal und Rumänien bis hin zu 3,1 % in den Niederlanden reichen. Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass die Konsumtrends in den meisten europäischen Ländern etwa seit dem Jahr 2000 relativ stabil geblieben sind. Von den

Ländern, die seit 2014 neue Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelten zwei höhere und zehn unveränderte Werte, während zwei niedrigere Schätzungen ermittelten als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

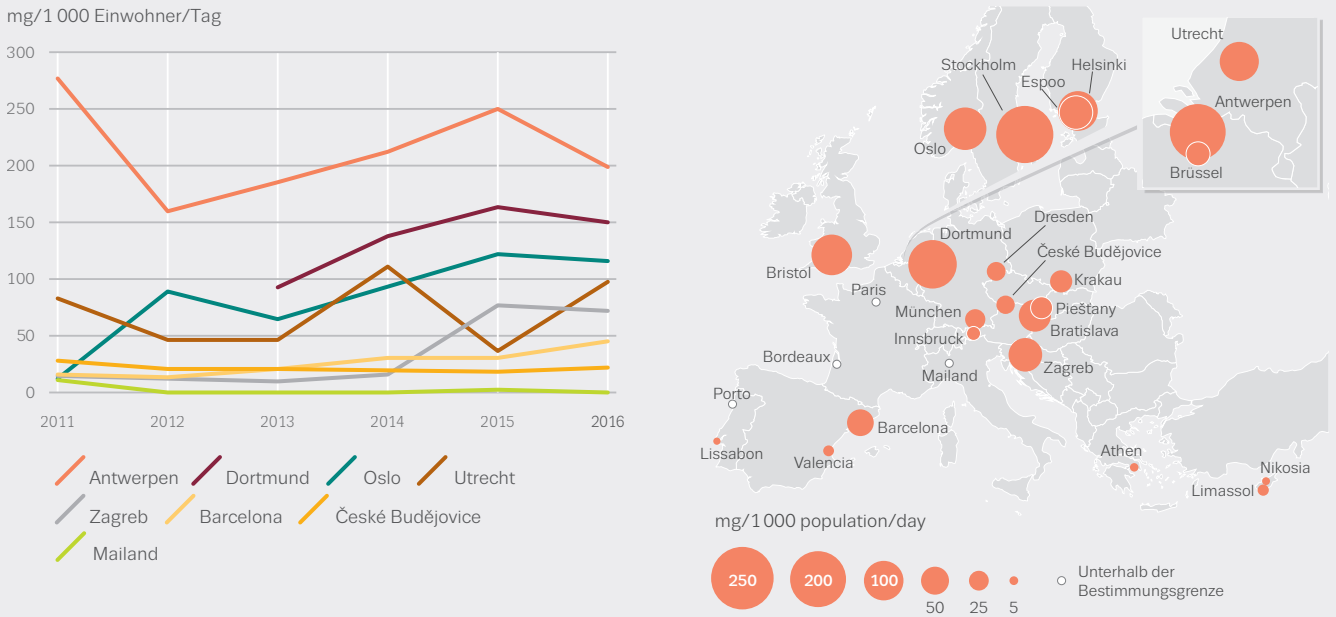
Eine statistische Analyse der Trends bei der 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen kann nur in einigen wenigen Ländern vorgenommen werden. In Spanien, Lettland und dem Vereinigten Königreich ist langfristig eine rückläufige Entwicklung erkennbar (Abbildung 2.7). In Finnland hingegen steigen die Prävalenzraten seit 2000 an.

Bei der 2016 durchgeführten Analyse kommunaler Abwässer wurden hinsichtlich der Amphetamin-Konzentrationen erhebliche Unterschiede innerhalb Europas festgestellt, wobei die höchsten Werte aus nordeuropäischen Städten gemeldet wurden (Abbildung 2.8). In südeuropäischen Städten wurden deutlich niedrigere Amphetamin-Werte gemessen. Von den 32 Städten, aus denen Daten für 2015 und 2016 vorliegen, meldeten 13 eine steigende, neun eine gleichbleibende und zehn eine rückläufige Tendenz. Insgesamt weisen die Daten für den Zeitraum 2011 bis 2016 für Amphetamin eine relativ stabile Tendenz aus.

Methamphetamin, dessen Konsum insgesamt niedrig ist und ursprünglich auf die Tschechische Republik und die Slowakei beschränkt war, wird nun offenbar auch in Ostdeutschland und Nordeuropa konsumiert, insbesondere in finnischen Städten (Abbildung 2.9). Von den 30 Städten, aus denen für 2015 und 2016 Daten über Methamphetamin-Rückstände im Abwasser vorliegen, meldeten 13 eine steigende, zehn eine gleichbleibende und sieben eine rückläufige Tendenz.

ABBILDUNG 2.8

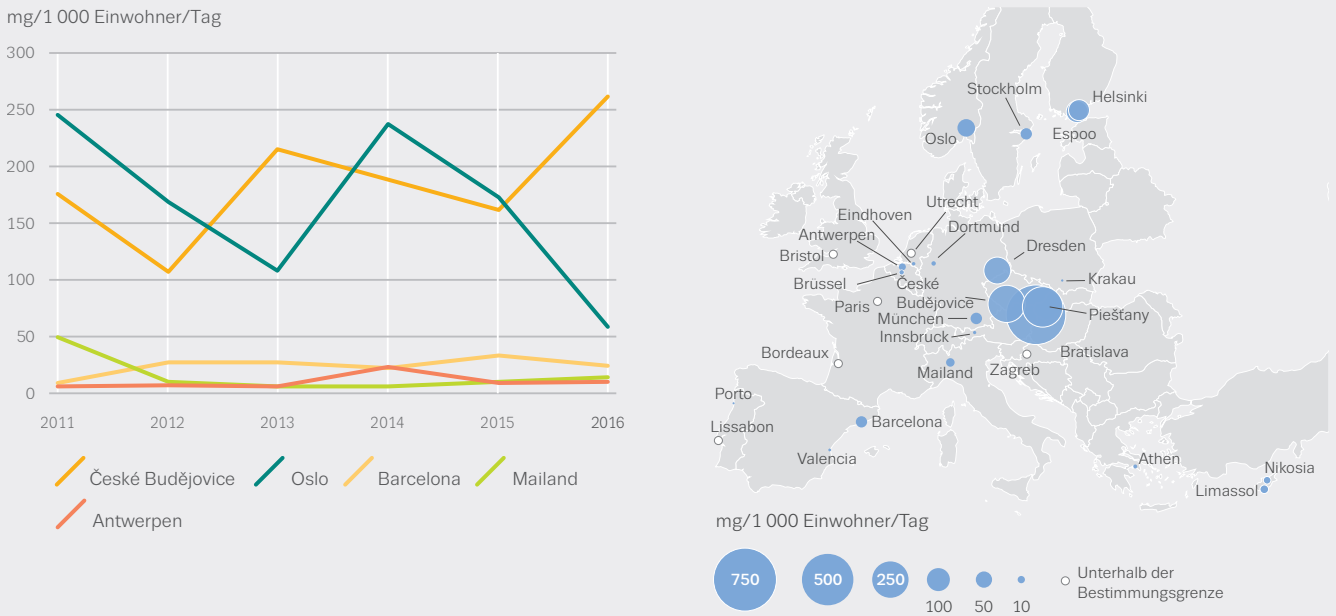
Amphetaminrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche Amphetaminmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde 2016 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

ABBILDUNG 2.9

Methamphetaminrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche Methamphetaminmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde 2016 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

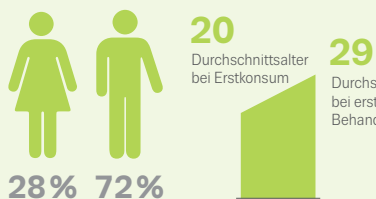
Hochriskanter Amphetaminkonsum: steigende Behandlungsnachfrage

Probleme im Zusammenhang mit dem Langzeit-, dem chronischen und dem injizierenden Amphetaminkonsum waren ursprünglich vor allem in den nordeuropäischen Ländern zu beobachten. Dagegen waren durch den Langzeitkonsum von Methamphetamin bedingte Probleme vorwiegend in der Tschechischen Republik und der Slowakei verbreitet. Jüngste Schätzungen für den hochriskanten Konsum von Amphetaminen sind für Norwegen (schätzungsweise 0,33 % oder 11 200 Erwachsene) und Deutschland (schätzungsweise 0,19 % oder 102 000 Konsumenten im Jahr 2015) verfügbar. Lettland meldete im Jahr 2010 insgesamt 6 540 Hochrisiko-Konsumenten von Stimulanzien (0,46 %). Dieser Wert ist mittlerweile auf schätzungsweise 2 180 Konsumenten (0,17 %) gesunken, von denen die meisten Amphetaminkonsumenten sein dürften. Jüngste Schätzungen für den hochriskanten Konsum von Methamphetamin sind für die Tschechische Republik und Zypern verfügbar. In der Tschechischen Republik wurden im Jahr 2015 für den hochriskanten Methamphetaminkonsum unter Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) Schätzwerte von etwa 0,49 % ermittelt. Der hochriskante, vorwiegend injizierende Konsum von Methamphetamin lag im Jahr 2007 bei 20 900 Konsumenten, erreichte 2014 mit 36 400 Konsumenten seinen Höchststand und ging 2015 auf 34 200 Konsumenten zurück. In Zypern belief sich die Prävalenz im Jahr 2015 auf schätzungsweise 0,14 % oder 678 Konsumenten.

Im Jahr 2015 gaben europaweit etwa 34 000 Klienten, die eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen, Amphetamine als Primärdroge an, darunter etwa 14 000 Erstklienten. Lediglich in Bulgarien, Deutschland, Lettland, Polen und Finnland machten Konsumenten mit Amphetaminen als Primärdroge mehr als 15 % aller Erstklienten aus. Die Anteile der Klienten, die eine Behandlung aufnahmen und Methamphetamin als Primärdroge angaben, waren in der Tschechischen Republik und der Slowakei besonders hoch; auf diese beiden Länder entfielen 90 % der europaweit insgesamt 9 000 Methamphetamin-Klienten, die eine spezialisierte Behandlung in Anspruch nahmen. Insgesamt setzte sich die zwischen 2006 und 2014 beobachtete zunehmende Tendenz bei den Erstklienten, die Amphetamin oder Methamphetamin als Primärdroge angaben, in den meisten Ländern auch im Jahr 2015 fort.

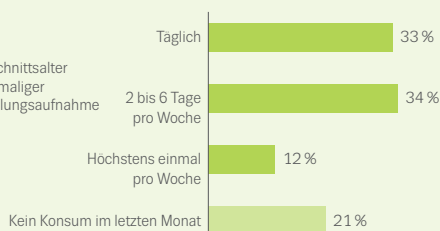
BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON AMPHETAMINKONSUMENTEN

Merkmale

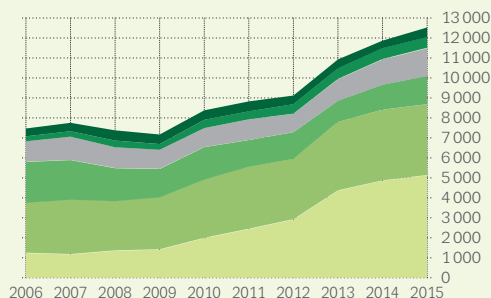


Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

Durchschnittlicher Konsum: 4,4 Tage pro Woche



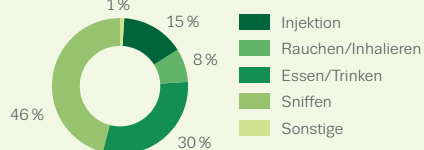
Trends bei den Erstklienten



Erstklienten



Einnahmeweg



Deutschland Tschechische Republik
Vereinigtes Königreich Andere Länder
Slowakei Niederlande

NB: Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Amphetaminen als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 23 Ländern.

Ketamin, GHB und Halluzinogene: nach wie vor niedrige Konsumraten

In Europa wird eine Reihe anderer Substanzen mit halluzinogenen, betäubenden, dissoziativen oder dämpfenden Eigenschaften konsumiert, darunter LSD (Lysergsäurediethylamid), halluzinogene Pilze, Ketamin und GHB (Gamma-Hydroxybutyrat).

In den letzten zwei Jahrzehnten wurde in Europa über den Freizeitkonsum von Ketamin und GHB (einschließlich seines Vorläuferstoffes GBL, Gamma-Butyrolacton) in bestimmten Teilgruppen der Drogenkonsumenten berichtet. Die vorliegenden nationalen Prävalenzschätzungen für den Konsum von GHB und Ketamin unter Erwachsenen wie auch unter Schülern sind nach wie vor niedrig. Im Rahmen seiner 2015 durchgeführten Erhebung meldete Norwegen für Erwachsene (16 bis 64 Jahre) eine 12-Monats-Prävalenz des GHB-Konsums von 0,1 %. In der Tschechischen Republik und im Vereinigten Königreich lag die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ketamin, Poppers und GHB unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) im Jahr 2015 bei schätzungsweise 0,6 %.

Die Gesamtprävalenz des Konsums von LSD und halluzinogenen Pilzen ist in Europa seit einigen Jahren im Allgemeinen niedrig und stabil. Für junge Erwachsene (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) wurde in den nationalen Erhebungen die 12-Monats-Prävalenz des Konsums beider Substanzen auf weniger als 1 % geschätzt. Ausnahmen bildeten diesbezüglich im Jahr 2015 die Niederlande (1,1 %), und die Tschechische Republik (2,2 %) im Hinblick auf den Konsum halluzinogener Pilze sowie im Jahr 2014 Finnland mit einer Prävalenz von 1,3 % für den Konsum von LSD.

Konsum neuer psychoaktiver Substanzen: niedrige Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung

Mehrere Länder sind dazu übergegangen, in ihren Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung auch nach neuen psychoaktiven Substanzen zu fragen. Dabei werden allerdings in den einzelnen Ländern unterschiedliche Methoden und Fragen herangezogen, sodass die Ergebnisse nur in begrenztem Maße vergleichbar sind. Seit 2011 haben elf europäische Länder nationale Schätzungen des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen (ohne Ketamin und GHB) übermittelt. Für junge Erwachsene (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) wurden 12-Monats-Prävalenzraten des Konsums dieser Substanzen zwischen 0,3 % in Österreich und 1,6 % in der Tschechischen Republik und Irland gemeldet.

Aus dem Vereinigten Königreich (England und Wales) liegen Erhebungsdaten über den Konsum von Mephedron vor. In der jüngsten Erhebung (2015/16) wurde die 12-Monats-Prävalenz des Konsums dieser Droge unter

16- bis 34-Jährigen auf 0,5 % geschätzt und lag damit unter dem 2014/15 verzeichneten Wert von 1,1 %.

Im Rahmen einiger weniger Erhebungen werden auch Fragen zum Konsum synthetischer Cannabinoide gestellt. Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums synthetischer Cannabinoide unter 15- bis 34-Jährigen lag im Jahr 2015 in Lettland und der Slowakei bei schätzungsweise 1,5 % bzw. 0,4 %, während in Finnland im Jahr 2014 ein Wert von 0,1 % ermittelt wurde. Ebenfalls 2014 gaben in Frankreich schätzungsweise 4 % der 18- bis 34-Jährigen an, mindestens einmal synthetische Cannabinoide konsumiert zu haben.

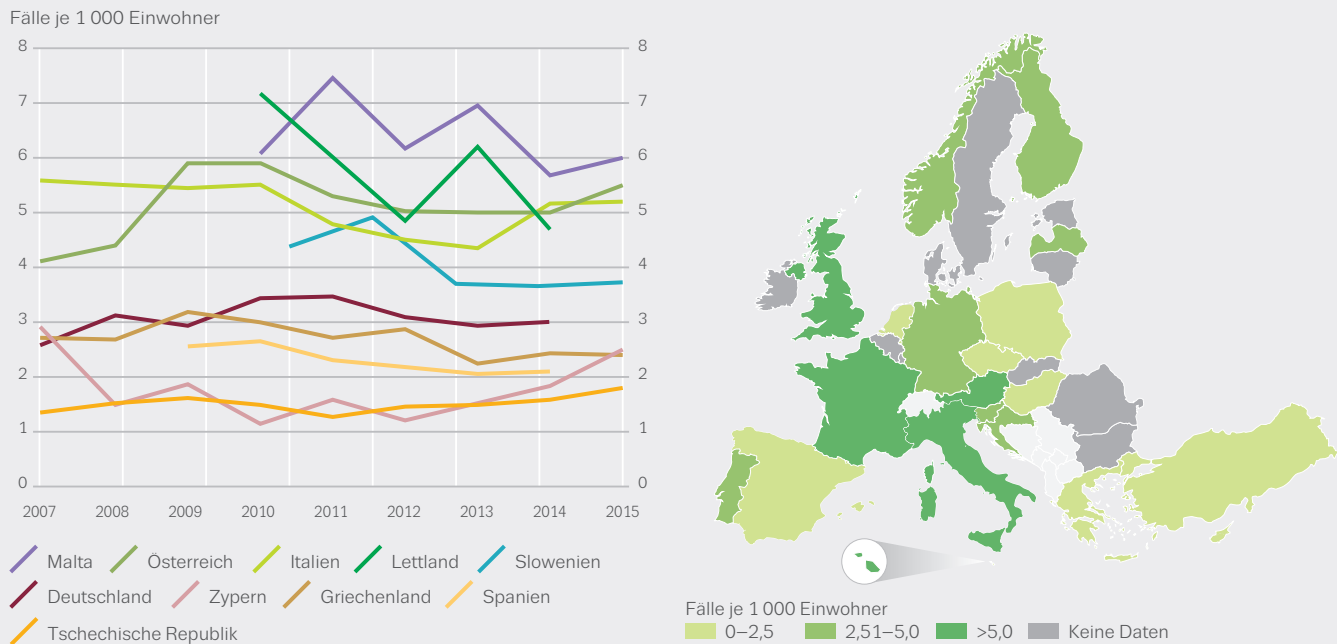
Neue psychoaktive Substanzen: hochriskanter Konsum in marginalisierten Bevölkerungsgruppen

Im Jahr 2016 untersuchte die EMCDDA den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen unter Hochrisiko-Drogenkonsumenten. Im Zuge der Studie wurde festgestellt, dass die Konsummuster ungeachtet der europaweit niedrigen Konsumraten mit zahlreichen Problemen in Zusammenhang stehen. Die meisten europäischen Länder (22) meldeten einen gewissen Konsum neuer psychoaktiver Substanzen unter Hochrisiko-Konsumenten, wobei allerdings lediglich in Ungarn und Teilen des Vereinigten Königreichs höhere Konsumraten unter injizierenden Konsumenten von Opioiden und Stimulanzien festgestellt wurden. Etwa die Hälfte der Länder (15) berichtete über den injizierenden Konsum synthetischer Cathinone, wobei in den einzelnen Ländern unterschiedliche Substanzen konsumiert werden, beispielsweise Mephedron im Vereinigten Königreich, alpha-PVP in Finnland, Pentadron in Ungarn und 3-MMC in Slowenien. Das Rauchen synthetischer Cannabinoide in marginalisierten Bevölkerungsgruppen, wie etwa unter Obdachlosen und Haftinsassen, stellt mittlerweile in etwa zwei Dritteln der europäischen Länder ein Problem dar.

Gegenwärtig begeben sich in Europa nur wenige Klienten wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum neuer psychoaktiver Substanzen in Behandlung, wobei in diesem Bereich jedoch von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen ist. Im Jahr 2015 berichteten etwa 3 200 Klienten – das entspricht weniger als 1 % der Personen, die in Europa eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen – über Probleme im Zusammenhang mit diesen Substanzen. Im Vereinigten Königreich gaben etwa 1 500 Klienten, die eine Behandlung aufnahmen (das entspricht etwa 1 % aller in Drogenbehandlung befindlichen Personen), synthetische Cathinone als Primärdroge an; Ungarn und Rumänien meldeten ebenfalls relativ hohe Zahlen von Klienten, die wegen des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen eine Behandlung aufnahmen.

ABBILDUNG 2.10

Nationale Schätzungen der 12-Monats-Prävalenz des Hochrisiko-Opioidkonsums: ausgewählte Trends und aktuellste Daten



Hochrisiko-Opioidkonsumenten: Heroin nach wie vor an erster Stelle

Das in Europa am weitesten verbreitete illegale Opioid ist Heroin, das geraucht, geschnupft oder injiziert werden kann. Zudem wird eine Reihe synthetischer Opioide wie Methadon, Buprenorphin und Fentanyl missbräuchlich konsumiert.

Europa hat verschiedene Wellen der Heroin-Abhängigkeit erlebt; die erste betraf ab Mitte der 1970er Jahre zahlreiche westliche Länder, die zweite breitete sich Mitte bis Ende der 1990er Jahre vorwiegend in Mittel- und Osteuropa aus. Seit einigen Jahren ist eine alternde Kohorte von Hochrisiko-Opioidkonsumenten erkennbar, die wahrscheinlich bereits in Substitutionsbehandlung waren.

Die durchschnittliche Prävalenz des hochriskanten Opioidkonsums unter Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) liegt schätzungsweise bei 0,4 % der Bevölkerung der EU; damit belief sich die Zahl der Hochrisiko-Opioidkonsumenten in Europa im Jahr 2015 auf 1,3 Millionen. Auf nationaler Ebene bewegen sich die Prävalenzschätzungen des hochriskanten Opioidkonsums zwischen weniger als einem und mehr als acht Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Abbildung 2.10). Drei Viertel (76 %) der den Schätzungen zufolge in der Europäischen Union lebenden Hochrisiko-Opioidkonsumenten entfallen auf fünf Länder (Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien und Vereinigtes Königreich). Von den zehn Ländern, die zwischen 2007 und 2015 mehrfach Schätzungen zum hochriskanten Opioidkonsum vorgelegt haben, weist Spanien einen statistisch signifikanten Rückgang auf (Abbildung 2.10).

Im Jahr 2015 gaben europaweit 191 000 Klienten, die eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen, Opioide als Primärdroge an, darunter 37 000 Erstklienten. Des Weiteren nannten 79 % der Opioidkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begaben, Heroin als Primärdroge.

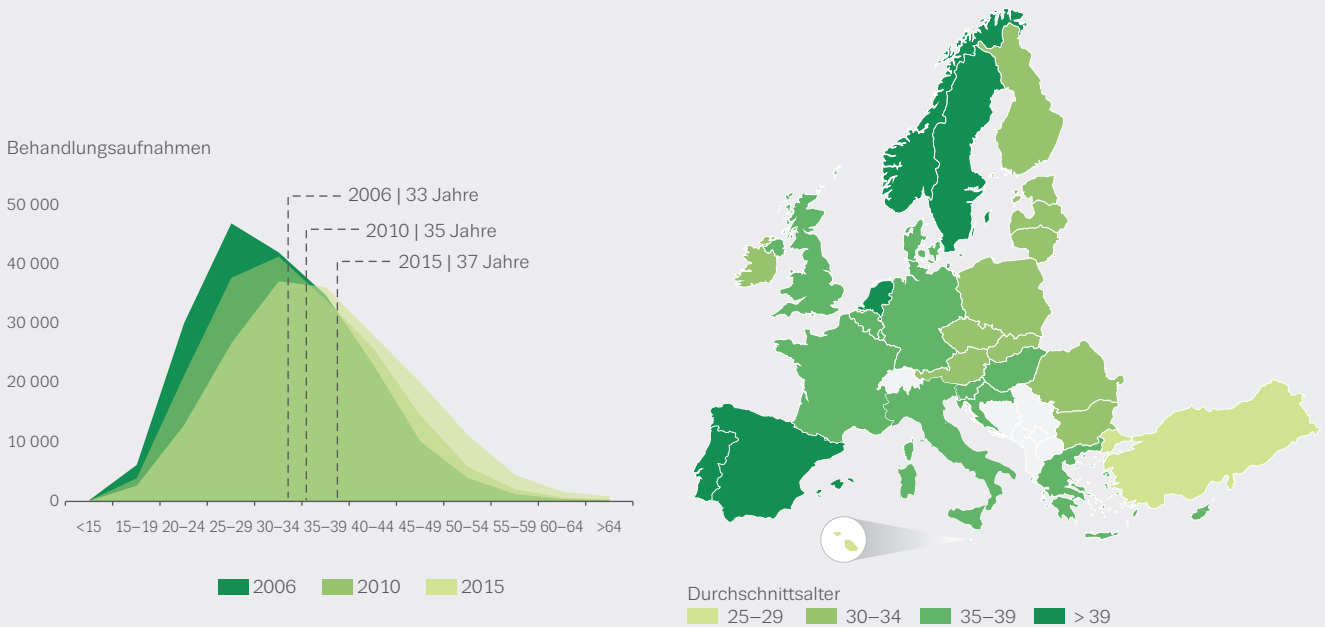
Durchschnittsalter der Opioidkonsumenten steigt

Die Zahl der Heroin-Erstklienten sank von dem im Jahr 2007 erreichten Höchststand von 56 000 bis 2013 auf 23 000 und damit auf weniger als die Hälfte, bevor sie im Jahr 2015 auf 29 000 stieg. Dieser jüngste Anstieg war in mehreren Ländern zu beobachten, ist jedoch mit Bedacht zu interpretieren, da sich unter Umständen die in den nationalen Meldesystemen vorgenommenen Änderungen auf den EU-Gesamtwert ausgewirkt haben.

In Europa befinden sich viele der langjährigen Opioidkonsumenten, die in aller Regel eine lange Vorgeschichte des Mehrfachkonsums haben, mittlerweile im vierten oder fünften Lebensjahrzehnt. Zwischen 2006 und 2015 stieg das Durchschnittsalter der Klienten, die sich wegen opioidbedingter Probleme in Behandlung begaben, um vier Jahre (Abbildung 2.11). Im selben Zeitraum stieg das Durchschnittsalter bei drogeninduzierten Todesfällen (die in erster Linie mit Opioiden in Zusammenhang stehen) um 5,5 Jahre. Ihr langjähriger injizierender Drogenkonsum, verbunden mit einem schlechten Gesundheitszustand, mangelhaften Lebensbedingungen und dem Konsum von Tabak und Alkohol, macht diese Konsumenten anfällig für eine Reihe von chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf- und Lungenprobleme. Zudem berichten

ABBILDUNG 2.11

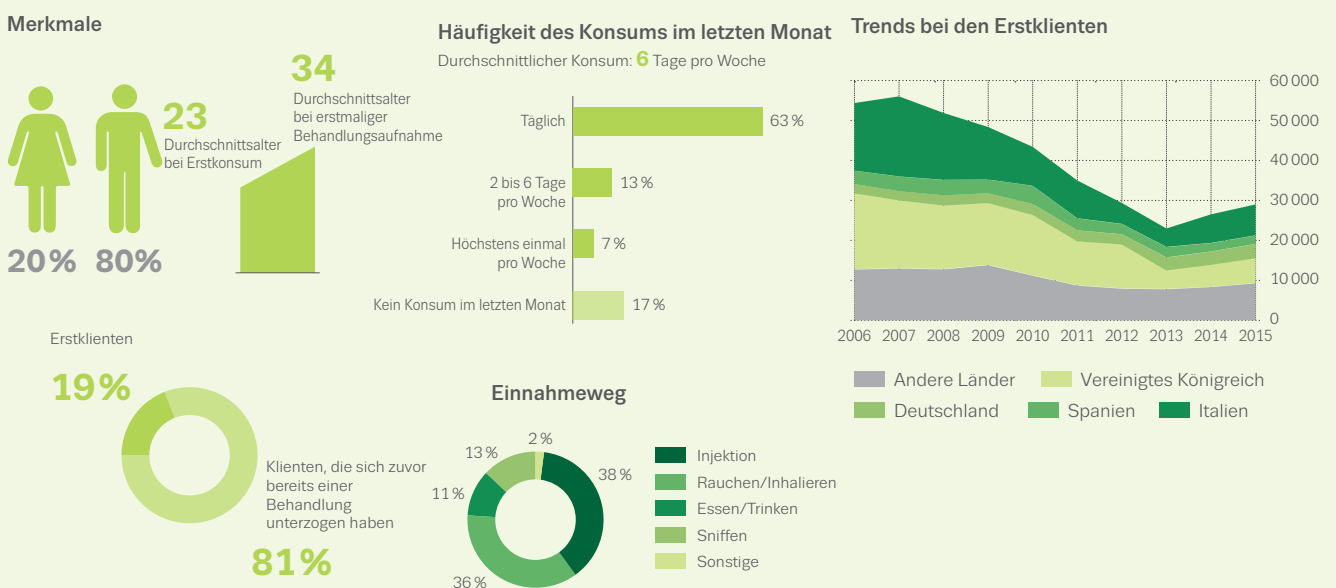
Verschiebungen im Zeitverlauf bei der Altersstruktur der Klienten mit Opioiden als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben (links), und Durchschnittsalter nach Land (rechts)



langjährige Opioidkonsumenten über chronische Schmerzzustände, während chronische Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus ihr Risiko erhöhen, an Leberzirrhose und anderen Leberleiden zu erkranken. Die kumulativen Auswirkungen von Mehrfachkonsum, Überdosierung und

Infektionen über viele Jahre hinweg beschleunigen den körperlichen Alterungsprozess dieser Konsumenten und haben erhebliche Folgen für Behandlungs- und soziale Betreuungsdienste sowie für die Prävention drogenbedingter Todesfälle.

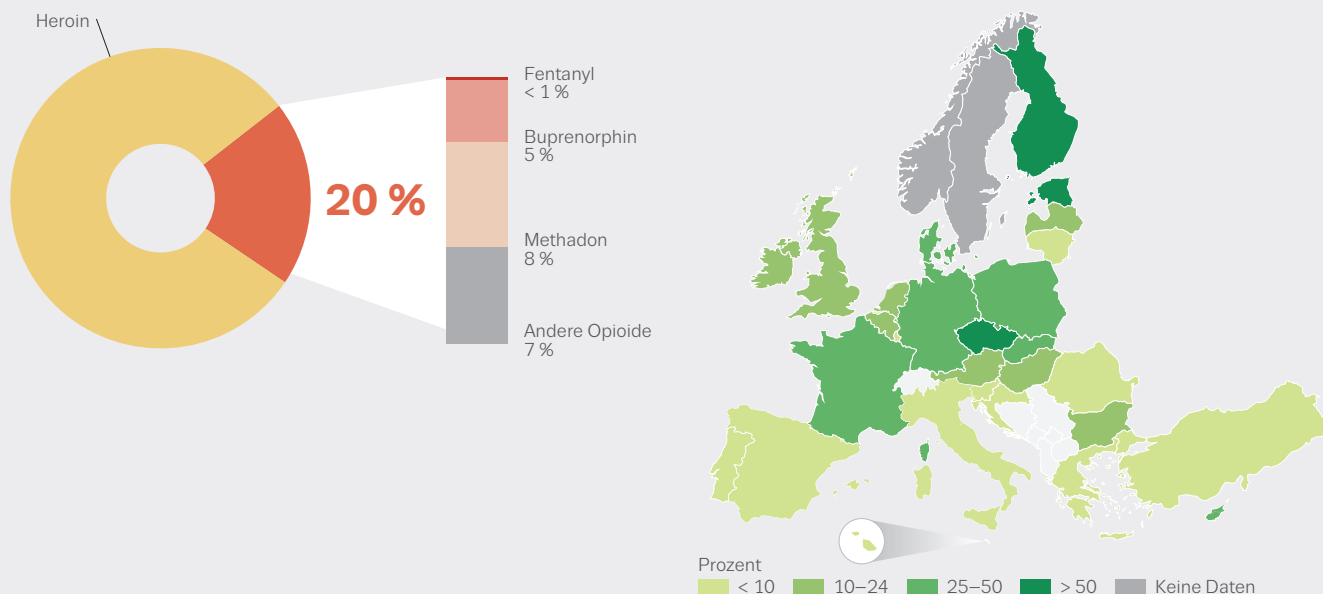
BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON HEROINKONSUMENTEN



NB: Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Heroin als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 23 Ländern. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die ab 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.12

Behandlungsaufnahmen von Klienten mit Opioiden als Primärdrugs: nach Opioidart (links) und den Anteilen der Klienten, die andere Opiode als Heroin angegeben haben (rechts)



Synthetische Opiode: zunehmende Bedeutung für den hochriskanten Opioidkonsum

Zwar ist Heroin nach wie vor das am häufigsten konsumierte illegale Opioid, jedoch weist eine Reihe von Quellen auf einen zunehmenden missbräuchlichen Konsum legaler synthetischer Opiode (wie beispielsweise Methadon, Buprenorphin oder Fentanyl) hin. Im Jahr 2015 berichteten den Meldungen zufolge in 17 europäischen Ländern mehr als 10 % aller Opioidklienten, die eine spezialisierte Drogentherapie antraten, primär über Probleme mit anderen Opioiden als Heroin (Abbildung 2.12). Zu den bei der Behandlungsaufnahme genannten Opioiden zählten Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, Codein, Morphin, Tramadol und Oxycodon. In einigen Ländern stellen unter den Personen, die sich in Behandlung begeben, andere Opiode als Heroin die häufigste Form des Opioidkonsums dar. So konsumierten in Estland die meisten Klienten, die bei der Behandlungsaufnahme ein Opioid als Primärdrugs nannten, Fentanyl, während in Finnland der größte Teil des Missbrauchs von Opioiden auf Buprenorphin entfällt. In der Tschechischen Republik ist zwar Heroin die am häufigsten genannte Primärdrugs, jedoch trat gut die Hälfte der Opioidklienten aufgrund von Problemen mit anderen Opioiden als Heroin eine Behandlung an.

Injizierender Drogenkonsum: historisch niedrige Werte unter Erstklienten

Der injizierende Drogenkonsum wird gemeinhin mit Opioiden in Verbindung gebracht, wenngleich in einigen Ländern auch der injizierende Konsum von Stimulanzien wie Amphetaminen oder Kokain ein Problem darstellt.

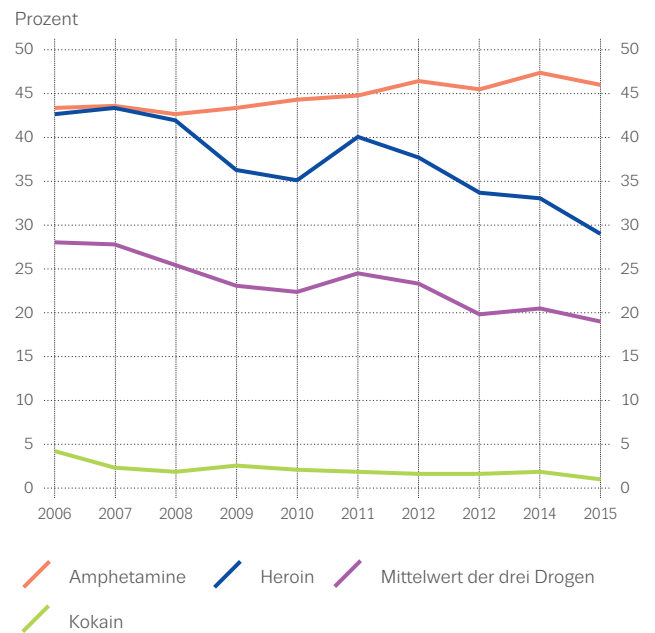
In den nur zwölf Ländern, für die seit 2012 Prävalenzschätzungen für den injizierenden Drogenkonsum vorliegen, reichen diese von weniger als einem bis hin zu neun Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Von den Erstklienten, die 2015 eine Drogenbehandlung aufnahmen und Heroin als Primärdrugs angaben, erklärten 29 %, die Droge in erster Linie zu injizieren. Im Jahr 2006 lag dieser Anteil noch bei 43 % (Abbildung 2.13). In dieser Gruppe reicht der Anteil der injizierenden Konsumenten von 8 % in Spanien bis hin zu mindestens 90 % in Lettland, Litauen und Rumänien. Von den Erstklienten mit Amphetaminen als Primärdrugs gaben 46 % injizierenden Konsum als hauptsächliche Form der Einnahme an – ihr Anteil ist damit seit 2006 leicht gestiegen. Unter den Erstklienten mit Kokain als Primärdrugs lag dieser Anteil bei 1 %. Betrachtet man die drei wesentlichen injizierten Drogen zusammen, so ist bei den Erstklienten in Europa ein Rückgang des injizierenden Konsums als hauptsächliche Form der Einnahme von 28 % im Jahr 2006 auf 19 % im Jahr 2015 festzustellen.

ABBILDUNG 2.13

Der injizierende Konsum synthetischer Cathinone ist zwar nicht weit verbreitet, spielt jedoch den Meldungen zufolge in einigen Ländern in bestimmten Bevölkerungsgruppen – darunter injizierende Opioidkonsumenten und Klienten in Drogenbehandlung – nach wie vor eine Rolle. Im Rahmen einer jüngst durchgeführten Studie der EMCDDA berichteten zehn Länder über den injizierenden Konsum synthetischer Cathinone (häufig in Kombination mit anderen Stimulanzien und GHB) im Zusammenhang mit Sex-Partys kleiner Gruppen von Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten.

Trends bei den Erstklanten, die ihre Primärdroge in erster Linie injizieren



**Der Missbrauch legaler
synthetischer Opiode ist
auf dem Vormarsch**

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ESPAD

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Alle Veröffentlichungen sind unter www.emcdda.europa.eu/publications verfügbar.

3

**Mit dem Konsum illegaler Drogen
werden chronische und akute
Gesundheitsprobleme in Verbindung gebracht**

Drogenbedingte Schädigungen und diesbezügliche Maßnahmen

Der Konsum illegaler Drogen hat anerkanntermaßen Anteil an der globalen Krankheitslast. Mit dem Konsum illegaler Drogen werden chronische und akute Gesundheitsprobleme in Verbindung gebracht, die von unterschiedlichen Faktoren bestimmt sind, wie beispielsweise den Eigenschaften der Substanzen, der Einnahmeform, der Anfälligkeit des Einzelnen und dem sozialen Kontext des Drogenkonsums. Zu den chronischen Problemen zählen Abhängigkeit und drogenbedingte Infektionskrankheiten. Daneben gibt es eine Reihe akuter Schädigungen, von denen Überdosierungen am besten dokumentiert sind. Ungeachtet seines relativ geringen Ausmaßes ist der Konsum von Opioiden nach wie vor für einen Großteil der drogenbedingten Krankheits- und Todesfälle verantwortlich. Der injizierende Drogenkonsum ist mit einem besonders hohen Gesundheitsrisiko verbunden. Im Vergleich dazu sind die mit dem Cannabiskonsum in Verbindung gebrachten Gesundheitsprobleme zwar deutlich geringfügiger, jedoch kann der Konsum dieser Droge aufgrund seiner hohen Prävalenz durchaus Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben. Die Vielzahl der unterschiedlichen Wirkstoffe und Reinheitsgrade der verfügbaren Substanzen verstärkt die potenziellen Schädigungen und schafft ein schwieriges Umfeld für die einschlägigen Maßnahmen.

Die Konzeption und Durchführung wirksamer und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhender Strategien zur Bewältigung der Drogenproblematik stellt einen zentralen Schwerpunkt der europäischen Drogenpolitik dar und betrifft ein breites Spektrum von Maßnahmen. Prävention und Konzepte der Frühintervention zielen darauf ab, dem Drogenkonsum und den damit verbundenen Problemen vorzubeugen, während Drogenbehandlungen, d. h. sowohl psychosoziale als auch pharmakologische Ansätze, die Maßnahme der Wahl bei Drogenabhängigkeit darstellen. Einige der wichtigsten Interventionen, wie beispielsweise die opioidgestützte Substitutionstherapie sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, zielen unter anderem auf den injizierenden Opioidkonsum und die damit in Zusammenhang stehenden Probleme ab und haben insbesondere die Eindämmung der Verbreitung von Infektionskrankheiten und der Todesfälle durch Überdosierungen zum Gegenstand.

Beobachtung drogenbedingter Schädigungen und diesbezügliche Maßnahmen

Die Daten über die gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenkonsums, darunter auch über die Drogenstrategien und die drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben, werden der EMCDDA von den nationalen Reitox-Knotenpunkten und Sachverständigengruppen zur Verfügung gestellt. Weitere Informationen über die Verfügbarkeit von Interventionen werden Expertenbewertungen entnommen, sofern keine formalen, strukturierten Datenbestände vorliegen. Darüber hinaus wurden für dieses Kapitel wissenschaftliche Belege zur Wirksamkeit der Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ausgewertet. Weiterführende Informationen sind auf der Website der EMCDDA in den Profilen der gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen (Health and social responses profiles) sowie im Best-practice-Portal verfügbar.

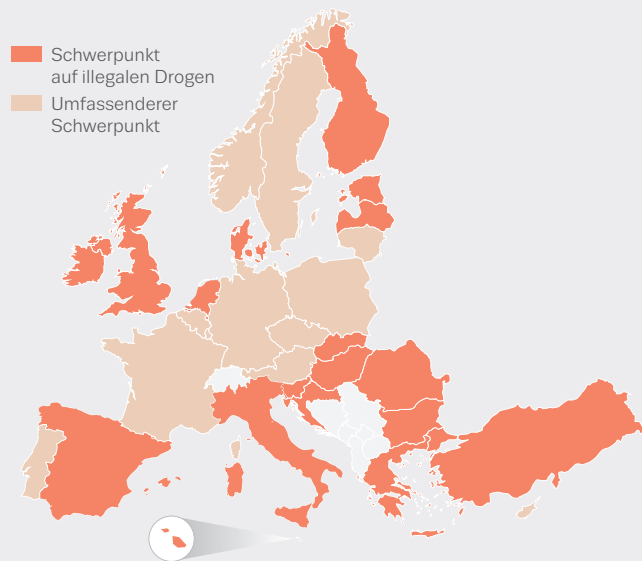
Drogenbedingte Infektionskrankheiten sowie die mit dem Drogenkonsum verbundene Mortalität und Morbidität sind die wichtigsten gesundheitlichen Schädigungen, die von der EMCDDA systematisch überwacht werden. Darüber hinaus werden in geringerem Umfang Daten über akute drogenbedingte klinische Notfälle sowie Daten aus dem EU-Frühwarnsystem herangezogen, das der Beobachtung der durch neue psychoaktive Substanzen verursachten Schädigungen dient. Weitere Informationen sind im Internet auf den Webseiten der EMCDDA zu den epidemiologischen Schlüsselindikatoren (Key epidemiological indicators) und zu Maßnahmen im Zusammenhang mit neuen Drogen ([Action on new drugs](#)) sowie im Statistical Bulletin verfügbar.

Drogenstrategien: Koordinierung der Maßnahmen

Die nationalen Drogenstrategien dienen den europäischen Ländern gemeinhin als Planungs- und Koordinierungsinstrumente, in denen sie ihre Maßnahmen zur Bewältigung der vielfältigen gesundheitlichen, sozialen und sicherheitsrelevanten Herausforderungen festlegen, die sich im Zusammenhang mit der Drogenproblematik stellen. Für gewöhnlich werden in ihnen einige allgemeine Grundsätze, Zielsetzungen und Prioritäten sowie konkrete Maßnahmen und die für deren Umsetzung zuständigen Akteure festgelegt. Während Dänemark eine nationale Drogenpolitik verfolgt, die in einer Reihe von Strategiepapieren, Rechtsvorschriften und konkreten Maßnahmen ihren Niederschlag findet, stützen sich alle übrigen Länder auf eine nationale Drogenstrategie. In 18 Ländern ist die Drogenstrategie in erster Linie auf illegale Drogen ausgerichtet. In den übrigen zwölf Ländern sind die Schwerpunkte breiter gefächert und haben auch andere Suchtmittel und Verhaltensweisen zum Gegenstand. Im Vereinigten Königreich haben jedoch auch die dezentralen Verwaltungen von Wales und Nordirland umfassende Strategiedokumente verabschiedet. Bezieht man diese beiden Dokumente mit ein, gibt es also insgesamt 14 dieser weiter gefassten Drogenstrategien (Abbildung 3.1). Sie haben im Wesentlichen illegale Drogen zum Gegenstand. Inwieweit sie auch andere Substanzen und Abhängigkeiten berücksichtigen, ist von Land zu Land unterschiedlich. Alle 14 Dokumente befassen sich mit Alkohol, neun mit Tabak, acht mit Arzneimitteln, drei mit Doping im Sport (z. B. leistungssteigernde Drogen) und sieben mit Suchtverhalten (z. B. Glücksspiel). In den nationalen Drogenstrategien wird der ausgewogene drogenpolitische Ansatz verfolgt, der in der Drogenstrategie (2013-2020) und den Aktionsplänen (2013-2016 und 2017-2020) der EU verankert ist und in dem Nachfrage- und Angebotsreduzierung gleichermaßen berücksichtigt werden.

ABBILDUNG 3.1

Schwerpunkt der nationalen Drogenstrategien: illegale Drogen oder umfassender



NB: Strategien mit einem umfassenderen Schwerpunkt schließen beispielsweise legale Drogen und andere Abhängigkeiten ein. Während die Drogenstrategie des Vereinigten Königreichs lediglich auf illegale Drogen ausgerichtet ist, haben sowohl Wales als auch Nordirland umfassende Strategien verabschiedet, die sich auch auf Alkohol beziehen.

Die Evaluierung der nationalen Drogenstrategien ist in den EU-Mitgliedstaaten mittlerweile gängige Praxis. Dabei wird in der Regel bewertet, inwieweit die Strategie umgesetzt wurde und welche Veränderungen der Drogensituation insgesamt sich im Zeitverlauf vollzogen haben. Den 2016 übermittelten Berichten zufolge wurden in letzter Zeit in zehn Ländern multikriterielle Evaluierungen, in zehn Ländern Überprüfungen der bei der Umsetzung erzielten Fortschritte und in vier Ländern themenspezifische Evaluierungen vorgenommen, während sechs Länder andere Ansätze verfolgten und beispielsweise auf eine Mischung aus Indikatorbewertungen und Forschungsprojekten setzten. Aufgrund der Erweiterung der Drogenstrategien auf andere Substanzen und Formen des Suchtverhaltens in einigen Ländern ist es schwieriger geworden, Verfahren und Indikatoren für die Beobachtung und Evaluierung dieser Strategiepapere zu entwickeln.

Maßnahmen im Drogenbereich: Kosten

Die Einschätzung der Kosten von Maßnahmen im Drogenbereich ist ein wichtiger Aspekt der Evaluierung der Drogenpolitik. Gleichwohl liegen in Europa sowohl auf kommunaler als auch auf nationaler Ebene nach wie vor nur lückenhafte und heterogene Informationen über die öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich vor. In den 23 Ländern, die in den letzten zehn Jahren Schätzungen vorgenommen haben, betragen die drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben schätzungsweise 0,01 % bis 0,5 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP).

Hinsichtlich des Anteils der Ausgaben für die Nachfragereduzierung an diesen Ausgaben bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern, wobei diesbezüglich Werte zwischen 23 % und 83 % gemeldet wurden. Diese Bandbreite ist teilweise auf strategische Entscheidungen und die unterschiedliche Organisation der öffentlichen Dienste zurückzuführen, jedoch spielt auch die Vollständigkeit der Schätzungen eine große Rolle. In den gegenwärtigen Schätzungen machen die Kosten für Drogenbehandlungen und andere Gesundheitsleistungen einen Großteil der Ausgaben für die Nachfragereduzierung aus. Die Überwachung der Ausgaben für Drogenbehandlungen funktioniert zwar bis dato besser als die Beobachtung aller anderen Kosten, jedoch sind auch hier weitere methodische Verbesserungen vonnöten.

Die öffentlichen Ausgaben für Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik bilden nur einen Teil der Kosten, die der Gesellschaft durch illegale Drogen entstehen. Hinzu kommen die Kosten für den Einzelnen, wie beispielsweise private Beiträge zur medizinischen Versorgung, sowie externe Kosten für die Gesellschaft, wie etwa die durch drogenbedingte vorzeitige Todesfälle und Erkrankungen verursachten Produktivitätsverluste und finanziellen Kosten. Eine Bewertung dieser zusätzlichen Kosten für die Gesellschaft könnte unter Umständen einen wirksameren und gezielteren Einsatz von Ressourcen ermöglichen. In den europäischen Ländern, für die Daten verfügbar sind, entstehen der Gesellschaft durch illegale Drogen Kosten in Höhe von 0,1 % bis 2 % des BIP.

Nachfragereduzierung: europäische Standards

Auf europäischer und nationaler Ebene werden Qualitätsstandards für die Nachfragereduzierung zunehmend als ein Instrument für die Durchführung faktengestützter Maßnahmen anerkannt. Im Jahr 2015 verabschiedete der Rat 16 Mindestqualitätsstandards bei der Verringerung der Drogennachfrage in der Europäischen Union und forderte die Länder auf, diese in ihre nationale Drogenpolitik zu integrieren. Bei den europäischen Qualitätsstandards handelt es sich um eine Reihe ehrgeiziger Vorgaben für die Bereiche Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und soziale Wiedereingliederung. Diese Standards verknüpfen die Qualität der Interventionen mit konkreten Maßnahmen, wie etwa angemessenen Mitarbeiterschulungen und faktengestützten Interventionen, sowie mit Prinzipien wie der Berücksichtigung der Bedürfnisse des Einzelnen und der Achtung ethischer Grundsätze. Darüber hinaus betonen sie die Notwendigkeit der Mitwirkung aller betroffenen Akteure, einschließlich der Zivilgesellschaft, an der Durchführung und Evaluierung der Interventionen.

Die von der EMCDDA erhobenen Daten belegen, dass die meisten europäischen Länder Qualitätsstandards eingeführt haben, während andere gegenwärtig solche Standards erarbeiten. Die Qualitätsstandards kommen auf unterschiedliche Weise zur Anwendung. In einigen Ländern beziehen sie sich auf die Erbringung von Dienstleistungen und werden für deren Evaluierung verwendet. Des Weiteren werden sie als Voraussetzung für die Teilnahme an Ausschreibungen für Dienstleistungsaufträge und als Instrument für die Selbstbeurteilung der Dienste herangezogen.

Durchführung von Präventionsmaßnahmen: systemischer Ansatz

Die Prävention von Drogenkonsum und drogenbedingten Problemen unter jungen Menschen umfasst ein breites Spektrum von Ansätzen. Milieubezogene und universale Strategien zielen dabei auf ganze Bevölkerungsgruppen ab. Die selektive Prävention wendet sich an besonders anfällige Gruppen, bei denen unter Umständen ein größeres Risiko für drogenbedingte Probleme besteht, während die indizierte Prävention den Schwerpunkt auf gefährdete Personen legt.

**Die meisten europäischen
Länder haben
Qualitätsstandards eingeführt**

Die europäischen Länder verfolgen bei der Ausrichtung ihrer Präventionsmaßnahmen sehr unterschiedliche Strategien. Während einige eher umfassende kommunale und milieubezogene Ansätze heranziehen (z. B. durch die Regulierung des Ausschanks von Alkohol oder Maßnahmen in der Nachtclubszene), setzen andere in erster Linie auf handbuchgestützte Programme. Handbuchgestützte Programme, in deren Rahmen Inhalte und Durchführung klar festgelegt sind, können ein wirksames Instrument darstellen, um große Bevölkerungsgruppen mit faktengestützten Interventionen zu erreichen. Diese Programme bilden in sechs Mitgliedstaaten einen zentralen Bestandteil der nationalen Präventionsstrategien.

Andere Länder verfolgen im Rahmen ihrer Präventionsmaßnahmen eher einen weiter gefassten, systemischen Ansatz, dessen Schwerpunkt nicht nur auf einzelnen Programmen liegt, sondern auch auf Faktoren wie den Durchführungsmechanismen, dem Zusammenwirken unterschiedlicher Interventionen sowie dem sozialen und politischen Kontext. Ein Beispiel hierfür ist das Konzept *Communities Take Care*, das in fünf EU-Ländern zum Einsatz kommt. Es wurde in den Vereinigten Staaten entwickelt und basiert auf der Prämisse, dass die Prävalenz von Gesundheits- und Verhaltensproblemen unter jungen Menschen gesenkt werden kann, indem Risiko- und Schutzfaktoren ermittelt und wirksame Frühinterventionsprogramme ausgewählt werden, die konkret auf diese Faktoren abzielen. Im Rahmen einer vor Kurzem durchgeführten systematischen Untersuchung wurden in US-amerikanischen Studien einige Hinweise auf die Wirksamkeit dieses Konzepts in der Drogenprävention ausgemacht, wobei eine Evaluierung dieser Daten im Europäischen Kontext noch aussteht.

| Eindämmung von Anfälligkeit und Risiko

In den europäischen Ländern werden im Rahmen von Interventionen, die sowohl auf das Verhalten des Einzelnen als auch auf das soziale Umfeld abzielen, selektive Präventionsmaßnahmen für anfällige Gruppen durchgeführt. Diese Konzepte, die auf lokaler Ebene unterschiedliche Dienste und Akteure (z. B. Sozialdienste, die Familie, Jugendliche und die Polizei) einbeziehen, kommen in den nordischen Ländern und Irland sowie in Teilen Spaniens und Italiens zum Einsatz. Zumeist wenden sie sich an junge Straftäter, Schüler mit schulischen oder sozialen Problemen sowie an Jugendliche in Betreuungseinrichtungen. Über die konkreten Inhalte dieser Präventionsstrategien und ihre Evaluierung sind nur begrenzte Informationen verfügbar. Daten aus Expertenbewertungen weisen jedoch darauf hin, dass die meisten selektiven Präventionsverfahren auf der Bereitstellung von Informationen beruhen.

In einigen Ländern werden Präventionskonzepte umgesetzt, die auf besonders gefährdete Wohngegenden abzielen, wobei neue Verfahren zur Anwendung kommen, wie beispielsweise die Neugestaltung städtischer Räume sowie die Erstellung von Risikokarten, um die gezielte Ausrichtung der Interventionen zu erleichtern. Den Berichten zufolge werden diese Formen von Interventionen vorwiegend in Nord- und Westeuropa durchgeführt (Abbildung 3.2), wobei in gut einem Viertel der Länder Konzepte eingesetzt werden, über deren Wirksamkeit umfassende (normative und milieubezogene) Evidenzdaten vorliegen.

Die indizierte Prävention zielt auf bestimmte gefährdete Personen ab. Maßnahmen dieser Art werden in Europa nur in begrenztem Maße angeboten, wobei nur vier Länder Präventionsprogramme meldeten, die für die Mehrheit der Personen, die sie benötigen, verfügbar sind.

| Kurzinterventionen

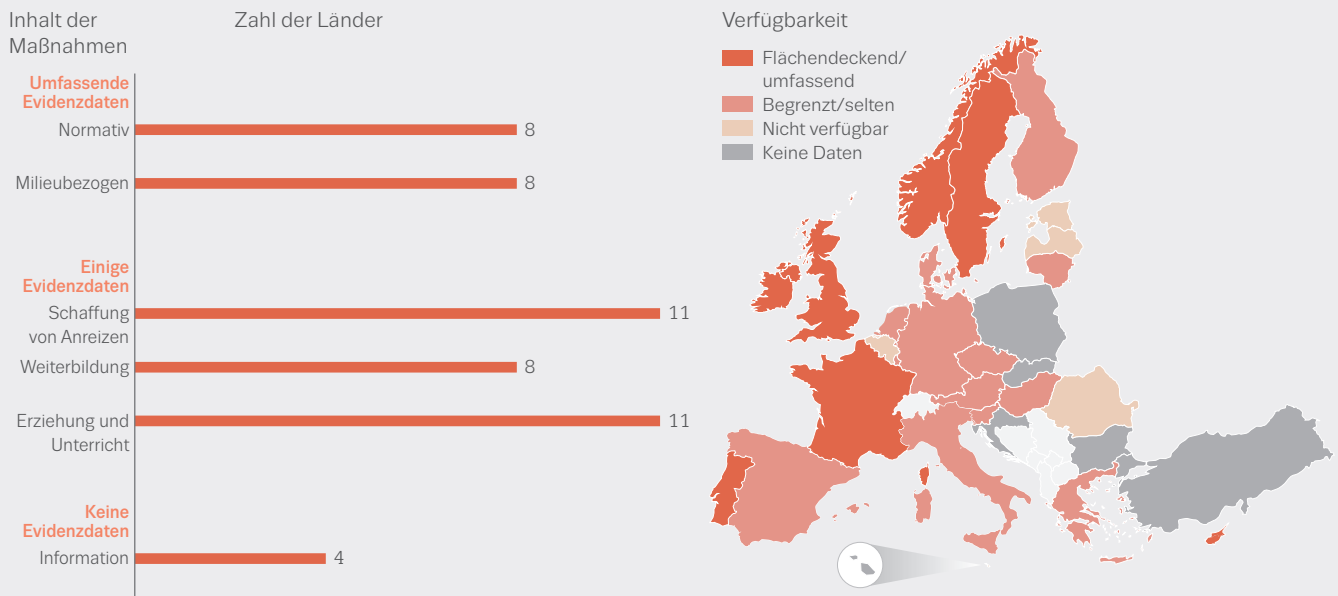
Kurzinterventionen sollen den Substanzkonsum verhindern oder verzögern, seine Intensität verringern oder dafür sorgen, dass er nicht in einen problematischen Konsum umschlägt. Diese zeitlich befristeten Interventionen sind im Graubereich zwischen Prävention und Behandlung anzusiedeln und zielen in der Regel auf junge Menschen oder Personen ab, die Gefahr laufen, durch den Substanzkonsum bedingte Probleme zu entwickeln. Sie werden von den unterschiedlichsten Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens erbracht, wie beispielsweise von Hausärzten, Beratern, Jugendarbeitern und Polizeibeamten, und umfassen häufig Elemente der motivierenden Gesprächsführung.

Die aktuellen Daten lassen den Schluss zu, dass Kurzinterventionen in Europa kaum zum Einsatz kommen. Ein flächendeckendes und umfassendes Angebot solcher Maßnahmen gibt es den Berichten zufolge in drei Ländern an Schulen und in zwei Ländern in niedrigschwelligen Einrichtungen.

Kurzinterventionen werden als relativ kostengünstig beschrieben und können von verschiedenen Fachkräften nach einer kurzen Schulung in den unterschiedlichsten Settings durchgeführt werden. Beispiele für in mehreren Ländern durchgeführte Kurzinterventionen sind eSBIRT, das auf Notaufnahmen abzielt (Belgien), und FreD, eine Frühintervention für junge Menschen, gegen die erstmals ein Strafverfahren eingeleitet wurde (Deutschland, Zypern, Polen, Rumänien und Slowenien). Im Zuge einer vor Kurzem durchgeführten Untersuchung stellte die EMCDDA fest, dass es zwar Forschungsarbeiten gibt, welche die Wirksamkeit von Kurzinterventionen belegen, diese jedoch noch immer kein vollständiges Bild vermitteln und weitere Erkenntnisse darüber benötigt werden, in welchem Umfang solche Maßnahmen durchgeführt werden.

ABBILDUNG 3.2

Präventionsmaßnahmen der europäischen Länder in besonders gefährdeten Wohngebieten: Evidenzdaten und Verfügbarkeit



NB: Basierend auf Expertenbewertungen.

Überweisung in Behandlung und Verweildauer

Für Personen, die aufgrund ihres Drogenkonsums Probleme wie beispielsweise eine Abhängigkeit entwickeln, ist die Drogenbehandlung die Maßnahme der Wahl. Dabei stellt die Gewährleistung eines problemlosen Zugangs zu geeigneten Behandlungseinrichtungen eine zentrale politische Zielsetzung dar. Die Überwachung der Behandlungsergebnisse ist wichtig, um die Behandlungswege der Klienten zu verbessern und die Leistungen so anzupassen, dass sie den festgestellten Bedürfnissen besser entsprechen.

Nach wie vor begeben sich die meisten Klienten aus eigenem Antrieb oder auf Anraten von Familienangehörigen oder Freunden in Behandlung. Auf diese „Selbsteinweisungen“ entfiel im Jahr 2015 etwa die Hälfte aller Behandlungsaufnahmen. Weitere 25 % der Klienten wurden von Gesundheits- und Sozialdiensten an die Behandlungseinrichtungen vermittelt, während 15 % aus dem Strafjustizsystem überwiesen wurden. In mehreren Ländern gibt es Regelungen, um Drogenstraftäter aus dem Strafjustizsystem in Drogenbehandlungsprogramme zu überweisen. In einigen Fällen geschieht dies durch eine gerichtliche Anordnung oder durch die Verhängung einer Bewährungsstrafe mit der Auflage, dass sich der Täter einer Behandlung

unterzieht. In manchen Ländern erfolgt die Überweisung aber auch bereits in einer früheren Phase der Strafverfolgung. Im Jahr 2015 war der Anteil derer, die aus dem Strafjustizsystem überwiesen wurden, unter den Cannabisklienten besonders hoch. In Ungarn belief sich dieser Anteil auf etwa 80 % der Behandlungsaufnahmen durch Cannabisklienten.

Die Behandlungswege der Drogenklienten sind häufig durch die Inanspruchnahme unterschiedlicher Dienste, mehrfache Behandlungsaufnahmen und Behandlungen mit unterschiedlicher Verweildauer geprägt. Die Ergebnisse einer 2015 vorgenommenen Analyse der Daten aus spezialisierten Behandlungseinrichtungen in sieben europäischen Ländern geben Aufschluss über die Behandlungswege. Von den 400 000 Klienten, die in dem genannten Jahr in diesen Ländern in Behandlung waren, waren knapp 20 % Erstklienten, 30 % hatten erneut eine Behandlung aufgenommen, nachdem sie bereits in der Vergangenheit eine Behandlung erhalten hatten, und etwa die Hälfte befand sich seit mehr als einem Jahr durchgehend in Behandlung. Die meisten der letztgenannten Klienten waren Männer im Alter von Ende 30, die seit mehr als drei Jahren wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden, insbesondere Heroin, in Behandlung waren.

Cannabisbehandlung: eine breite Palette von Ansätzen

Ein regelmäßiger und langjähriger Cannabiskonsum erhöht das Risiko einer Abhängigkeit und einer Reihe physischer und psychischer Gesundheitsprobleme. Während zahlreiche Länder im Rahmen allgemeiner Programme für Drogenkonsumenten auch Leistungen für Personen mit cannabisbedingten Problemen anbieten, hat etwa die Hälfte der Länder einige Behandlungsoptionen speziell für Cannabiskonsumenten entwickelt. Die Angebote für Cannabiskonsumenten sind vielfältig und reichen von internetbasierten Kurzinterventionen bis hin zu einer längerfristigen therapeutischen Betreuung in spezialisierten Einrichtungen. Zwar erfolgt die Behandlung von Cannabispatienten in aller Regel in kommunalen oder ambulanten Einrichtungen, jedoch gab jeder fünfte Klient, der eine stationäre Drogenbehandlung in einer spezialisierten Einrichtung aufnahm, Cannabis als Primärdroge an.

Bei cannabisbedingten Problemen beruht die Behandlung in erster Linie auf psychosozialen Ansätzen. Familienbasierte Interventionen kommen häufig bei Jugendlichen sowie im Rahmen kognitiver Verhaltenstherapien für Erwachsene zur Anwendung. Die verfügbaren Evidenzdaten sprechen für eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie, motivierender Gesprächsführung und Kontingenzmanagement. Darüber hinaus gibt es einige Hinweise auf die Wirksamkeit einer multidimensionalen Familientherapie bei jungen Cannabiskonsumenten. Des Weiteren werden zunehmend auch internetbasierte und digitale Interventionen herangezogen, um Cannabiskonsumenten zu erreichen. Studien über die Wirkung dieser Form von Interventionen lassen vielversprechende erste Ergebnisse im Hinblick auf die Eindämmung der Prävalenzraten des Cannabiskonsums und (gegebenenfalls) die Förderung der Aufnahme einer Präsenzbehandlung erkennen.

In einer Reihe von Studien wird der Nutzen pharmakologischer Interventionen für Klienten mit cannabisbedingten Problemen untersucht. In diesem Zusammenhang wird auch das Potenzial des Einsatzes von THC und synthetischem THC in Kombination mit anderen psychoaktiven Arzneimitteln wie Antidepressiva, Anxiolytika und Stimmungsstabilisatoren erforscht. Bislang lassen die Ergebnisse keine kohärenten Rückschlüsse zu, und es wurde noch kein wirksamer pharmakologischer Ansatz für die Behandlung abhängiger Cannabiskonsumenten entwickelt.

Drogenbehandlung: zumeist in kommunalen Einrichtungen

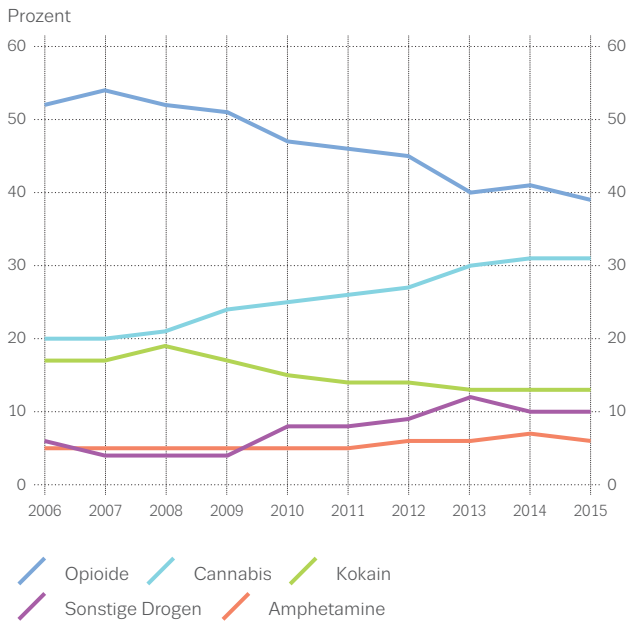
Im Jahr 2015 wurden in der Europäischen Union schätzungsweise 1,4 Millionen Menschen wegen des Konsums illegaler Drogen behandelt (unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei: 1,6 Millionen). Opioidkonsumenten bilden die größte Klientengruppe in spezialisierter Behandlung. Auf sie entfällt auch der größte Anteil der verfügbaren Behandlungsressourcen, die für diese Patienten zumeist in Form von Substitutionsbehandlungen bereitgestellt werden. An zweiter und dritter Stelle folgen Cannabis- und Kokainkonsumenten (Abbildung 3.3), die in erster Linie psychosoziale Behandlungen in Anspruch nehmen. Diesbezüglich bestehen jedoch mitunter erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. So machen Opioidkonsumenten in Estland mehr als 90 % und in Ungarn weniger als 5 % der Klienten aus, die sich in Behandlung begeben.

Die meisten Drogenbehandlungen in Europa erfolgen ambulant, wobei der größte Teil der behandelten Drogenkonsumenten auf spezialisierte ambulante Behandlungseinrichtungen entfällt (Abbildung 3.4), gefolgt von allgemeinen Gesundheitseinrichtungen. Die letztgenannte Kategorie umfasst unter anderem hausärztliche Praxen, die in einigen großen Ländern, wie Deutschland und Frankreich, eine wichtige Rolle bei der Verschreibung opioidgestützter Substitutionsbehandlungen spielen. In anderen Ländern, wie beispielsweise in Slowenien, nehmen mitunter Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung bei der Erbringung ambulanter Behandlungen eine zentrale Funktion wahr.

**Für Cannabiskonsumenten
werden die unterschiedlichsten
Behandlungen angeboten**

ABBILDUNG 3.3

Trends in Bezug auf die Primärdrogen der Klienten, die eine spezialisierte Drogenbehandlung aufgenommen haben (in %)



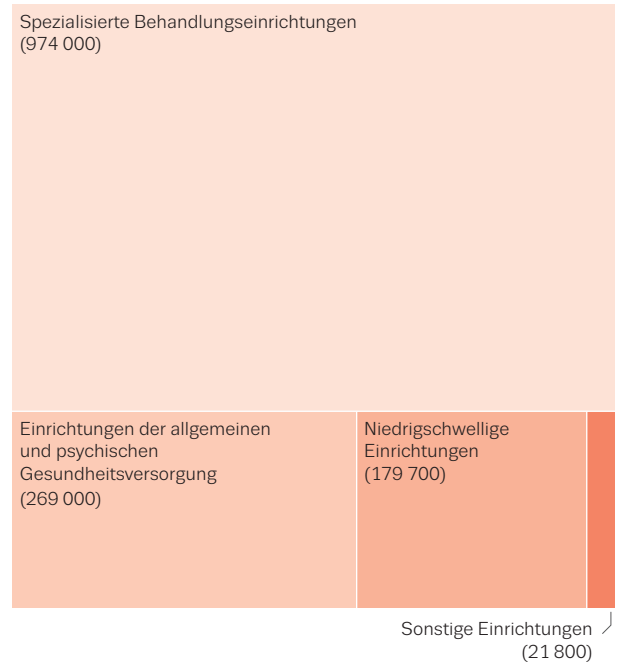
Ein geringerer Anteil der Drogenbehandlungen in Europa erfolgt stationär, darunter in stationären Aufnahmestationen (z. B. in psychiatrischen Kliniken), therapeutischen Gemeinschaften und spezialisierten stationären Therapieeinrichtungen. Hinsichtlich der relativen Bedeutung ambulanter und stationärer Angebote innerhalb der nationalen Behandlungssysteme bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern.

Ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Drogenbehandlung wird zunehmend auch online angeboten. Internetbasierte Maßnahmen haben das Potenzial, die Reichweite und geografische Abdeckung der Behandlungsprogramme zu erweitern und auch Menschen mit drogenbedingten Problemen zu erreichen, die womöglich keine andere Möglichkeit haben, Zugang zu spezialisierten Betreuungseinrichtungen für Drogenkonsumenten zu finden.

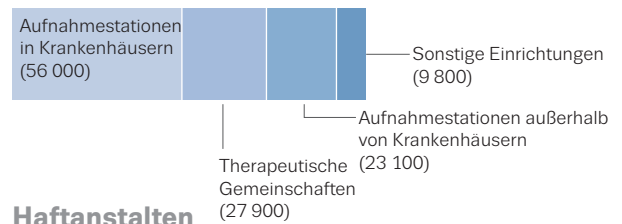
ABBILDUNG 3.4

Zahl der Klienten in Drogenbehandlung in Europa, 2015, nach Einrichtung

Ambulant



Stationär



Haftanstalten

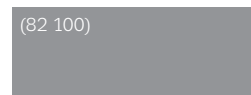
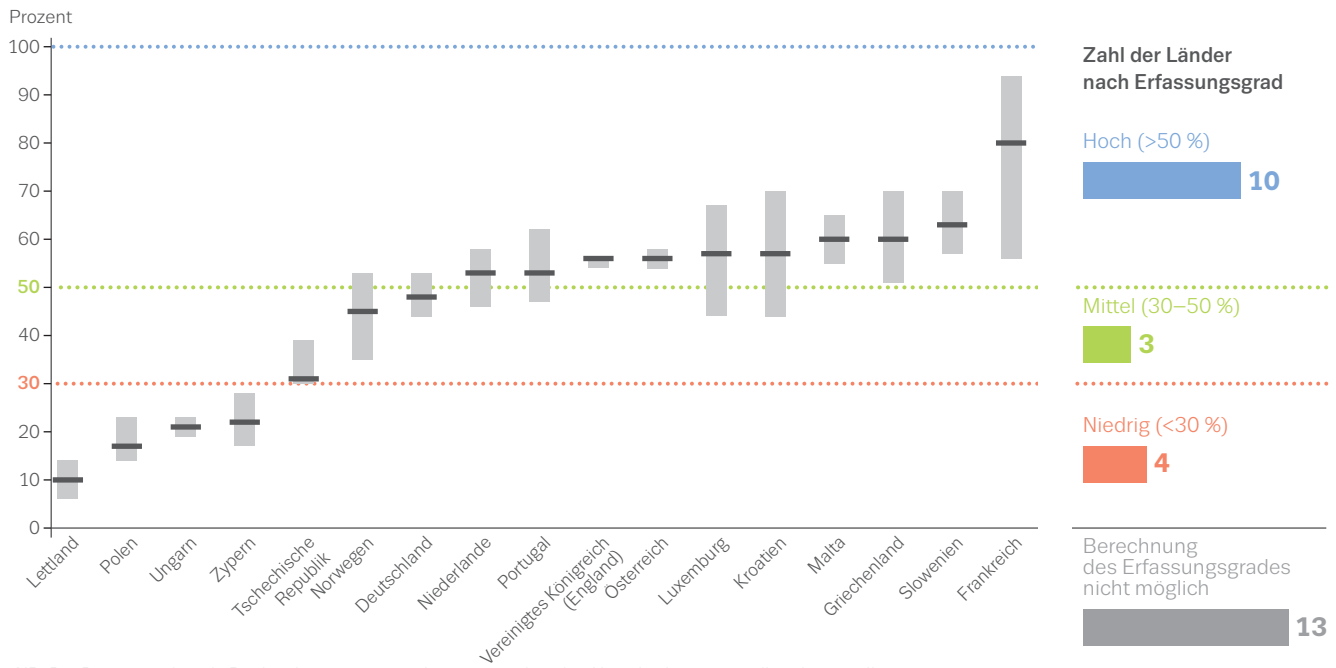


ABBILDUNG 3.5

Erfassungsgrad der opioidgestützten Substitutionsbehandlung (Anteil der geschätzten Hochrisiko-Opioidkonsumenten, die eine solche Behandlung erhalten)



NB: Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt.

Substitutionsbehandlung für problematische Opioidkonsumenten

Die Substitutionsbehandlung, in der Regel in Kombination mit psychosozialer Betreuung, ist die häufigste Therapieform für Opioidkonsumenten. Die verfügbaren Daten sprechen für dieses Konzept und belegen positive Ergebnisse im Hinblick auf den Verbleib in der Behandlung und die Eindämmung des illegalen Opioidkonsums, des gemeldeten Risikoverhaltens, der drogenbedingten Schädigungen und der Mortalität.

Im Jahr 2015 haben in der Europäischen Union schätzungsweise 630 000 Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten (unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei: 650 000). Die Trendanalyse zeigt, dass die Zahl der Klienten bis 2010 stieg und anschließend bis 2015 um insgesamt 6 % zurückging. Zwischen 2010 und 2015 war in zwölf Ländern eine rückläufige Entwicklung zu beobachten, wobei der stärkste Rückgang (um mehr als 25 %) aus Spanien, Ungarn, den Niederlanden und Portugal gemeldet wurde. Diese sinkenden Klientenzahlen könnten auf Nachfrage- oder Angebotsfaktoren zurückzuführen sein, wie beispielsweise das Schrumpfen der Bevölkerungsgruppe der alternden, chronischen Opioidkonsumenten oder Verschiebungen bei den Behandlungszielen in einigen Ländern. Andere Länder haben ihr Behandlungsangebot weiter ausgebaut und versuchen, eine flächendeckende Verfügbarkeit zu gewährleisten, wobei zwölf Länder zwischen 2010 und 2015 steigende Klientenzahlen meldeten, darunter Lettland (157 %), Finnland (67 %) und Griechenland (61 %).

Diese beiden Entwicklungen werden durch die jüngsten Daten (2014/15) bestätigt, denen zufolge zwölf Länder einen Anstieg und neun einen Rückgang der Gesamtzahl der Klienten in Substitutionsbehandlung zu verzeichnen hatten.

Der Vergleich mit den aktuellen Schätzungen zur Zahl der Hochrisiko-Opioidkonsumenten in Europa legt den Schluss nahe, dass die Hälfte von ihnen eine Substitutionsbehandlung erhält, wobei allerdings Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festzustellen sind (Abbildung 3.5). Aufgrund der herangezogenen Methodik sind diese Ergebnisse jedoch mit Bedacht zu interpretieren.

Mit einem Anteil von etwa zwei Dritteln (63 %) der Substitutionspatienten ist Methadon das am häufigsten verschriebene Opioid-Substitutionsmittel. Weiteren 35 % der Patienten wird Buprenorphin verschrieben, das in acht Ländern das wichtigste Substitutionsmittel darstellt (Abbildung 3.6). Andere Substanzen, wie etwa Morphin in Retardform (mit langsamer Wirkstofffreisetzung) und Diacetylmorphin (Heroin) werden seltener eingesetzt und in Europa schätzungsweise 2 % der Substitutionspatienten verordnet.

Methadon ist das am häufigsten verschriebene Opioid-Substitutionsmittel

ABBILDUNG 3.6

Am häufigsten verschriebene Opioid-Substitutionsmittel

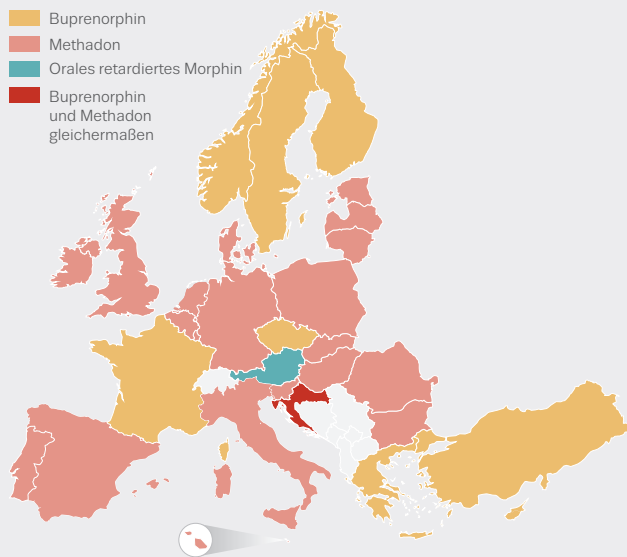
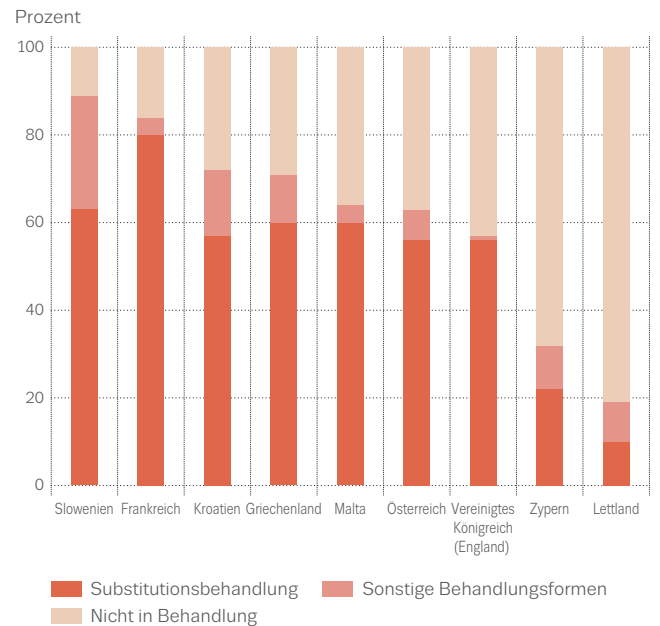


ABBILDUNG 3.7

Anteile der Hochrisiko-Opioidkonsumenten in Drogenbehandlung (in %, Schätzung)



Alternative Behandlungsangebote für Opioidkonsumenten sind – wenn auch weniger weit verbreitet als Substitutionsbehandlungen – in allen europäischen Ländern verfügbar. In den neun Ländern, für die Daten vorliegen, erhalten zwischen 1 % und 26 % aller Opioidklienten eine nicht opioidgestützte Therapie (Abbildung 3.7).

Haftanstalten: geringe Verfügbarkeit von Hepatitis-C-Therapien

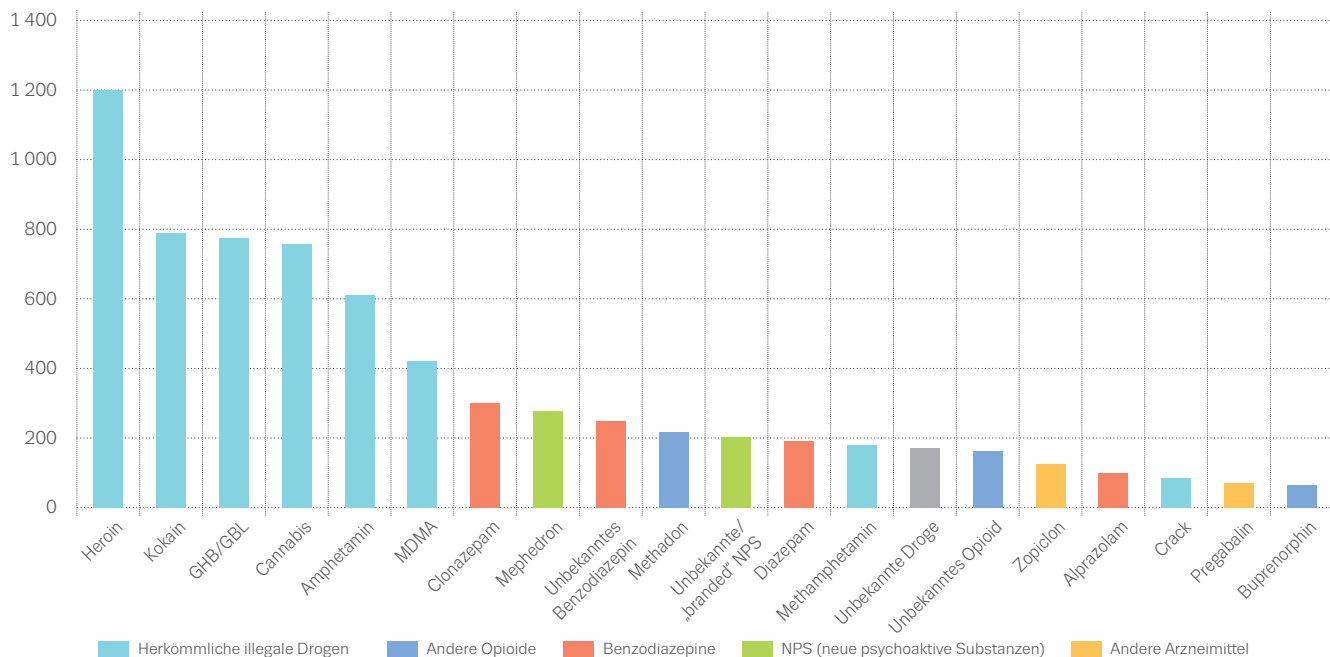
Den Angaben der Strafgefangenen zufolge ist ihre Lebenszeitprävalenz höher als die der Allgemeinbevölkerung, während sie zugleich schädlichere Konsummuster (einschließlich des injizierenden Drogenkonsums) aufweisen. Infolgedessen sind Haftanstalten ein wichtiges Setting für drogenspezifische Interventionen. Viele Strafgefangene haben im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung komplexe Bedürfnisse, sodass die Beurteilung des Drogenkonsums und die Feststellung drogenbedingter Probleme in zahlreichen Ländern einen wichtigen Bestandteil der bei Haftantritt vorgenommenen medizinischen Untersuchung darstellen.

Zwei wichtige Grundsätze für die Durchführung medizinischer Interventionen in Haftanstalten betreffen deren Gleichwertigkeit mit dem Angebot in kommunalen Einrichtungen und die kontinuierliche Betreuung nach der Haftentlassung. Gegenwärtig werden in 28 der 30 von der EMCDDA beobachteten Länder in Haftanstalten opioidgestützte Substitutionstherapien angeboten. Entgiftungsbehandlungen, Einzel- und Gruppenberatungen sowie therapeutische Gemeinschaften oder spezielle Behandlungsstationen sind in den meisten Ländern verfügbar. In vielen Ländern wurden einrichtungsübergreifende Partnerschaften zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen in Strafvollzugsanstalten und Anbietern in den Kommunen aufgebaut. Diese sorgen dafür, dass in den Haftanstalten eine Gesundheitsaufklärung erfolgt und Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden, und stellen eine kontinuierliche Betreuung nach dem Haftantritt und der Entlassung sicher.

ABBILDUNG 3.8

Die 20 im Jahr 2015 bei Notfällen in beobachteten Krankenhäusern am häufigsten nachgewiesenen Drogen

Drogennachweise



NB: Ergebnisse aus 5 054 Notfällen in 15 beobachteten Krankenhäusern in neun europäischen Ländern.
Quelle: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Tests auf Infektionskrankheiten (HIV, HBV, HCV) sind in den Haftanstalten der meisten Länder verfügbar, allerdings werden nur selten Hepatitis-C-Therapien angeboten. Hepatitis-B-Impfprogramme sind den Meldungen zufolge in 16 Ländern verfügbar. Die Bereitstellung von sauberem Spritzbesteck ist weniger stark verbreitet: Nur vier Länder berichteten über entsprechende Angebote in Haftanstalten.

Maßnahmen zur Vorbereitung auf die Haftentlassung und zur sozialen Wiedereingliederung werden in den meisten Ländern durchgeführt. Programme zur Eindämmung des Risikos einer Überdosierung, das unter injizierenden Opioidkonsumenten in der ersten Zeit nach ihrer Haftentlassung besonders hoch ist, werden aus fünf Ländern gemeldet. Sie umfassen Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen sowie die Bereitstellung von Naloxon bei der Entlassung.

Klinische Notfälle: oft spielen mehrere Substanzen eine Rolle

Die Daten über medizinische Notfälle können Aufschluss über akute drogenbedingte Schädigungen geben. Diesbezüglich stehen Informationen des Europäischen Netzwerks für drogenbedingte Notfälle (Euro-DEN Plus) zur Verfügung, das drogenbedingte klinische Notfälle in 15 ausgewählten Krankenhäusern in neun europäischen Ländern beobachtet. In den meisten der 5 054 Notfälle, die 2015 im Rahmen des Projekts erfasst wurden, handelte es sich um Männer (77 %), das Medianalter lag bei 31 Jahren.

Im Durchschnitt wurden in jedem der Notfälle etwa 1,5 Drogen nachgewiesen (insgesamt 7 768) (Abbildung 3.8). Bei fast zwei Dritteln der Notfälle (65 %) wurden weit verbreitete Drogen nachgewiesen, vorwiegend Heroin, Kokain, Cannabis, GHB/GBL, Amphetamin und MDMA. In einem Viertel der Fälle (24 %) spielte der missbräuchliche Konsum verschreibungspflichtiger oder freiverkäuflicher Arzneimittel (zumeist Opiode und Benzodiazepine) eine Rolle, während in 9 % der Fälle neue psychoaktive Substanzen festgestellt wurden (gegenüber 6 % im Jahr 2014). Bei der Hälfte der Notfälle im Zusammenhang mit neuen psychoaktiven Substanzen wurde ein synthetisches Cathinon nachgewiesen, in 14 % der Fälle ein synthetisches Cannabinoid. An den einzelnen Standorten wurden im Zusammenhang mit den Notfällen unterschiedliche Drogen festgestellt, was auf die verschiedenen örtlichen Konsummuster zurückzuführen ist. So wurden beispielsweise in Dublin (Irland) und Oslo (Norwegen) die meisten Notfälle mit Heroin in Verbindung

**Viele Strafgefangene
haben Hinblick auf ihre
Gesundheitsversorgung
komplexe Bedürfnisse**

gebracht, während in London (Vereinigtes Königreich) in den meisten Fällen GHB/GBL, Kokain und MDMA nachgewiesen wurden.

Bei den meisten (80 %) Notfällen im Zusammenhang mit drogenbedingten akuten Vergiftungen wurden die Patienten innerhalb von zwölf Stunden aus dem Krankenhaus entlassen. Eine kleine Minderheit der Notfallpatienten (6 %) wurde mit schweren Vergiftungen auf die Intensivstation verlegt und 4 % wurden in eine psychiatrische Station aufgenommen. In etwa der Hälfte (9) der 17 erfassten Todesfälle wurden Opioide nachgewiesen.

Nur in einigen wenigen Ländern gibt es Beobachtungssysteme, die eine nationale Trendanalyse bezüglich der drogenbedingten akuten Vergiftungen ermöglichen. Von diesen Ländern meldet das Vereinigte Königreich eine zunehmende Zahl akuter heroinder Notfälle. Die Tschechische Republik und Dänemark verzeichnen diesbezüglich weiterhin einen Rückgang, zugleich jedoch eine Zunahme der Notfälle im Zusammenhang mit Methadon. In Litauen hat sich die Zahl der opioidbedingten Notfälle zwischen 2013 und 2015 fast verdoppelt. In Spanien spielte in etwa der Hälfte der gemeldeten drogenbedingten Notfälle Kokain eine Rolle, wobei die zuvor rückläufige Entwicklung zum Stillstand gekommen ist. Des Weiteren ist hier die Zahl der cannabisbedingten Notfälle nach wie vor im Zunehmen begriffen. Slowenien berichtet ebenfalls über einen Aufwärtstrend bei Notfällen im Zusammenhang mit Cannabis. In den Niederlanden wurde in der Hälfte der von Rettungsdiensten bei Festivals erfassten Notfälle (51 %) MDMA nachgewiesen, wobei diesbezüglich eine rückläufige Entwicklung zu verzeichnen ist. Die Zahl der von beobachteten Krankenhäusern in der Tschechischen Republik erfassten Notfälle im Zusammenhang mit Methamphetamin stieg zwischen 2014 und 2015 um mehr als 50 %.

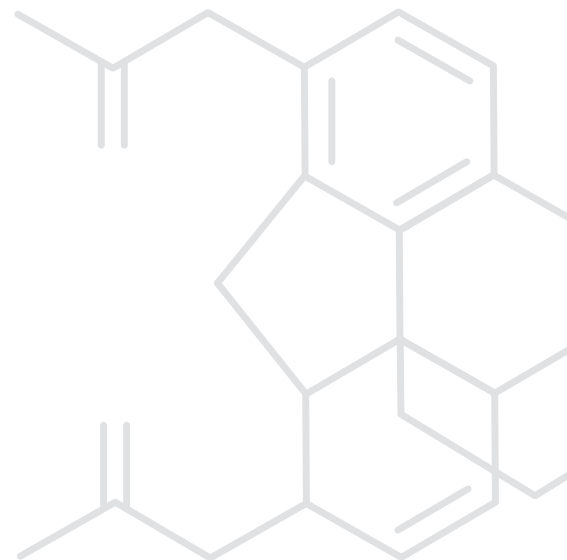
Neue Drogen: hoher Wirkstoffgehalt und massive Schädigungen

Neue psychoaktive Substanzen, zu denen neue synthetische Opioide, synthetische Cannabinoide und synthetische Cathinone gehören, verursachen in Europa eine Reihe gravierender Schädigungen.

Fentanyle sind außergewöhnlich potente Opioide, die zwar auf dem europäischen Drogenmarkt nur eine untergeordnete Rolle spielen, aber eine ernstzunehmende Bedrohung für den Einzelnen und die öffentliche Gesundheit darstellen. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass Fentanyl bei den Konsumenten kurzfristig eine schwere Atemdepression auslösen kann und infolgedessen mit einem erhöhten Risiko schwerer und tödlicher Vergiftungen verbunden ist, die häufig epidemieartig auftreten. Darüber hinaus besteht aber auch ein erhöhtes Risiko einer unbeabsichtigten Exposition, die zu Vergiftungen bei anderen Personen führen kann,

beispielsweise bei Familienangehörigen und Freunden der Konsumenten, Strafverfolgungsbeamten, Mitarbeitern von Rettungsdiensten, medizinischem Personal und Labormitarbeitern. Um die Gefahr einer Schädigung durch eine unbeabsichtigte Exposition einzudämmen, muss daher in einigen Settings, wie etwa bei den Zollbehörden an den europäischen Grenzen, deren Mitarbeiter möglicherweise mit sichergestelltem Fentanyl in Form von pulverförmigem Schüttgut in Kontakt kommen, eine Schutzausrüstung verwendet werden. Darüber hinaus gibt es einige Hinweise darauf, dass Fentanyle an ahnungslose Konsumenten als herkömmliche illegale Drogen und gefälschte Schmerzmittel verkauft werden, was in einigen Konsumentengruppen ein erhöhtes Risiko schwerer und tödlicher Vergiftungen zur Folge hat. In solchen Fällen sollte unter Umständen die Verfügbarkeit des Antidots Naloxon geprüft werden. Fentanyle bergen nicht nur die akute Gefahr einer Überdosierung, sondern haben auch ein hohes Missbrauchs- und Suchtpotenzial, das die Gefahren für die öffentliche Gesundheit sowie die sozialen Probleme, die in der Regel mit dem hochriskanten Opioidkonsum verbunden sind, weiter verschärfen kann.

Im Jahr 2016 leiteten die EMCDDA und Europol spezifische Untersuchungen zu Acryloylfentanyl und Furanylfentanyl in die Wege, nachdem entsprechende Hinweise über das EU-Frühwarnsystem eingegangen waren. Es wurden mehr als 50 Todesfälle gemeldet, von denen viele unmittelbar mit diesen Substanzen in Verbindung gebracht wurden. Darüber hinaus gab die EMCDDA im Zusammenhang mit diesen und anderen neuen Fentanylen fünf Warnungen an ihr europaweites Netzwerk aus.



Synthetische Cannabinoide bilden eine weitere Gruppe neuer Substanzen, die auch im Jahr 2016 zu Problemen führten. Auf der Grundlage von 45 schwerwiegenden „unerwünschten Zwischenfällen“, darunter 18 Todesfälle und 27 nicht tödliche Vergiftungen, gab die EMCDDA Warnungen zu drei Substanzen aus: MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA und 5F-MDMB-PINACA. Darüber hinaus leitete die EMCDDA ein Verfahren ein, in dessen Rahmen eine Risikobewertung von MDMB-CHMICA vorgenommen wurde, die schließlich dazu führte, dass diese Substanz europaweit Kontrollmaßnahmen unterworfen wurde (vgl. Kasten).

Neue Drogen: Verbesserung der Reaktionsfähigkeit

Die mit neuen Drogen verbundenen Schädigungen stellen die Fachkräfte vor Ort vor eine Reihe ungewohnter Herausforderungen. Im Rahmen einer vor Kurzem durchgeführten Analyse stellte die EMCDDA fest, dass sich das in unterschiedlichen Einrichtungen (der Behandlung, Prävention und Schadensminimierung) tätige medizinische Personal in Europa in erster Linie auf seine Berufserfahrung im Zusammenhang mit herkömmlichen illegalen Drogen und die diesbezüglichen Interventionen stützt. Zu diesen Interventionen zählen die Verbreitung von Aufklärungsmaterial, die Ausgabe steriler Spritzbestecke sowie die symptomatische Versorgung in akuten Notfällen. Häufig besteht die Möglichkeit, faktengestützte Interventionen so anzupassen, dass sie für Vergiftungen durch neue psychoaktive Substanzen geeignet sind und den soziokulturellen Merkmalen der für diese Substanzen typischen Risikogruppen (z. B. Partybesucher, Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten) oder riskanten Verhaltensweisen (z. B. vermehrte Ausgabe von Spritzen aufgrund des erhöhten injizierenden Konsums) entsprechen. In ihrer Analyse wies die EMCDDA auch auf die Notwendigkeit hin, Schulungen zu neuen Drogen durchzuführen, entsprechende Leitlinien herauszugeben und die Fähigkeit der Fachkräfte zu verbessern, angemessen auf den Konsum dieser Substanzen zu reagieren.

Eine besondere Herausforderung stellt die Durchführung von Interventionen für schwer erreichbare Gruppen von Drogenkonsumenten dar, für welche die Gefahr von Schädigungen durch neue psychoaktive Substanzen besonders hoch ist, wie etwa Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, Obdachlose und Strafgefangene. In einigen Ländern gibt der zunehmende Konsum synthetischer Cannabinoide unter Strafgefangenen aufgrund seiner Auswirkungen auf deren psychische Gesundheit, der massiven Entzugserscheinungen und des wachsenden Gewaltpotenzials Anlass zur Sorge. Multidisziplinäre Maßnahmen und die Zusammenarbeit einer ganzen Reihe von Gesundheitsdienstleistern in den unterschiedlichsten Settings (z. B. Dienste im Bereich der Sexualgesundheit, Haftanstalten und Drogenbehandlungseinrichtungen) sind offenbar von großer Bedeutung, um angemessen auf die in

Risikobewertung von MDMB-CHMICA

Im Juli 2016 wurde MDMB-CHMICA als erstes synthetisches Cannabinoid von der EMCDDA einer Risikobewertung unterzogen. Die Substanz wurde dem EU-Frühwarnsystem erstmals im Jahr 2014 von Ungarn gemeldet und anschließend in 23 EU-Mitgliedstaaten sowie in der Türkei und Norwegen nachgewiesen. Sie wurde mit mehr als 20 schweren Vergiftungen und 28 Todesfällen in Verbindung gebracht.

MDMB-CHMICA wird in Form von pulverförmigem Schüttgut in China hergestellt und nach Europa eingeführt, wo es zu „Räuchermischungen auf Kräuterbasis“ verarbeitet und verpackt wird. Man geht davon aus, dass viele der von MDMB-CHMICA und anderen synthetischen Cannabinoiden verursachten „unerwünschten Zwischenfälle“ mit dem hohen Wirkstoffgehalt dieser Substanzen und den mangelhaften Herstellungsverfahren in Zusammenhang stehen. Die Evidenzdaten deuten darauf hin, dass die Hersteller bei der Produktion von „Räuchermischungen“ die zu verwendenden Substanzmengen lediglich schätzen. Darüber hinaus ist es aufgrund der einfachen Herstellungsverfahren möglich, dass die Substanz ungleichmäßig im Produkt verteilt ist. Das kann dazu führen, dass dieses in Teilen erhöhte Mengen der Substanz enthält, sodass die Konsumenten unwissentlich hohe Dosen zu sich nehmen, wodurch die Gefahr schwerer und tödlicher Vergiftungen steigt.

Europa mit dem Konsum neuer psychoaktiver Substanzen verbundenen Schädigungen zu reagieren.

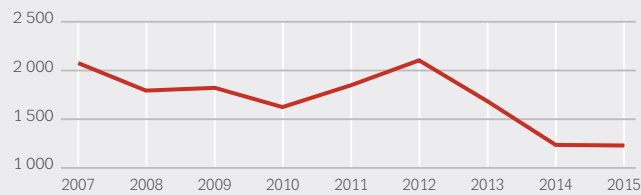
Chronische drogenbedingte Schädigungen: Örtlich begrenzte Ausbrüche trotz des Rückgangs der HIV-Infektionen

Für Drogenkonsumenten und insbesondere injizierende Drogenkonsumenten besteht die Gefahr einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch die gemeinsame Nutzung von Spritzbestecken und ungeschützten Geschlechtsverkehr. Der injizierende Drogenkonsum spielt im Zusammenhang mit durch Blut übertragbaren Infektionen nach wie vor eine entscheidende Rolle; dies gilt beispielsweise für die Übertragung des Hepatitis-C-Virus (HCV) und, in einigen Ländern, des Human-Immunschwäche-Virus (HIV). Im Jahr 2015 wurden in der Europäischen Union 1 233 HIV-Neudiagnosen gemeldet, die mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht wurden (Abbildung 3.9). Dies entspricht 5 % der Diagnosen, für die der Übertragungsweg bekannt ist. Dieser Anteil ist in den letzten zehn Jahren auf niedrigem Niveau stabil geblieben. In den meisten europäischen Ländern ist die Zahl der HIV-Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten gesunken, wobei zwischen 2007 und 2015 insgesamt ein Rückgang um 41 % zu verzeichnen war.

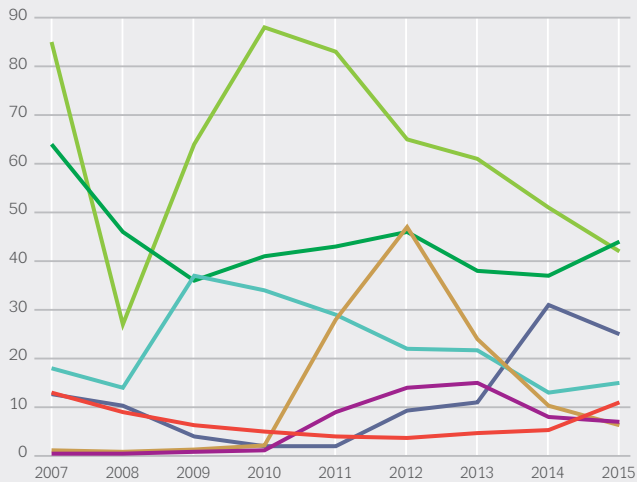
ABBILDUNG 3.9

HIV-Neudiagnosen im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum: Überblick, ausgewählte Trends und aktuellste Daten

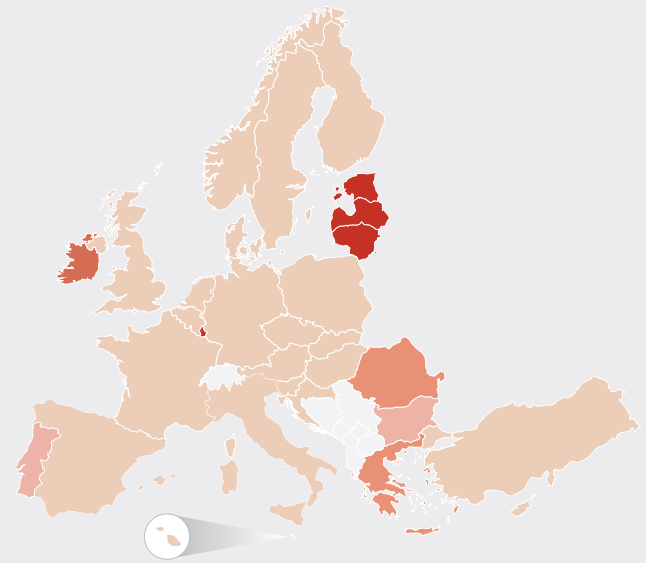
Fälle in der Europäischen Union



Fälle je 1 Million Einwohner



— Lettland — Estland — Luxemburg — Litauen
— Irland — Rumänien — Griechenland



Fälle je 1 Million Einwohner

■ <3 ■ 3,1–6 ■ 6,1–9 ■ 9,1–12 ■ >12

NB: Daten für 2015 (Quelle: ECDC).

Dennoch stellt der injizierende Drogenkonsum in einigen Ländern nach wie vor einen wichtigen Übertragungsweg dar: Im Jahr 2015 wurde in Litauen (34 %), Lettland (32 %), Luxemburg (27 %) und Estland (25 %) mindestens ein Viertel der HIV-Neudiagnosen mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht.

Während die durch den injizierenden Drogenkonsum verursachten HIV-Infektionen in den meisten Ländern zwischen 2014 und 2015 zurückgingen, meldeten Deutschland, Irland und das Vereinigte Königreich diesbezüglich die höchsten Werte seit sieben bzw. acht Jahren. In Irland und im Vereinigten Königreich stand dies teilweise in Zusammenhang mit örtlich begrenzten Ausbrüchen von HIV-Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten. Im Jahr 2014 wurde auch aus Luxemburg ein Ausbruch gemeldet. Zu den ausschlaggebenden Faktoren für diese Ausbrüche zählten in vielen Fällen der steigende injizierende Konsum von Stimulanzien und die starke Marginalisierung der Drogenkonsumenten. Darüber hinaus wurde der injizierende Konsum von Stimulanzien im Zusammenhang mit bestimmten Sexualpraktiken („Slamming“) in kleinen Gruppen von Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten mit einem erhöhten Übertragungsrisiko in Verbindung gebracht.

Im Jahr 2015 wurden 14 % aller in der Europäischen Union gemeldeten neuen AIDS-Fälle, bei denen der

Übertragungsweg bekannt war, auf den injizierenden Drogenkonsum zurückgeführt. Mit 479 Meldungen beläuft sich die Zahl dieser Fälle auf gut ein Viertel des vor zehn Jahren ermittelten Werts. Viele dieser Fälle wurden aus Griechenland, Lettland und Rumänien gemeldet. In diesen Ländern müssen verstärkt HIV-Tests durchgeführt und die einschlägigen Behandlungsmaßnahmen intensiviert werden.

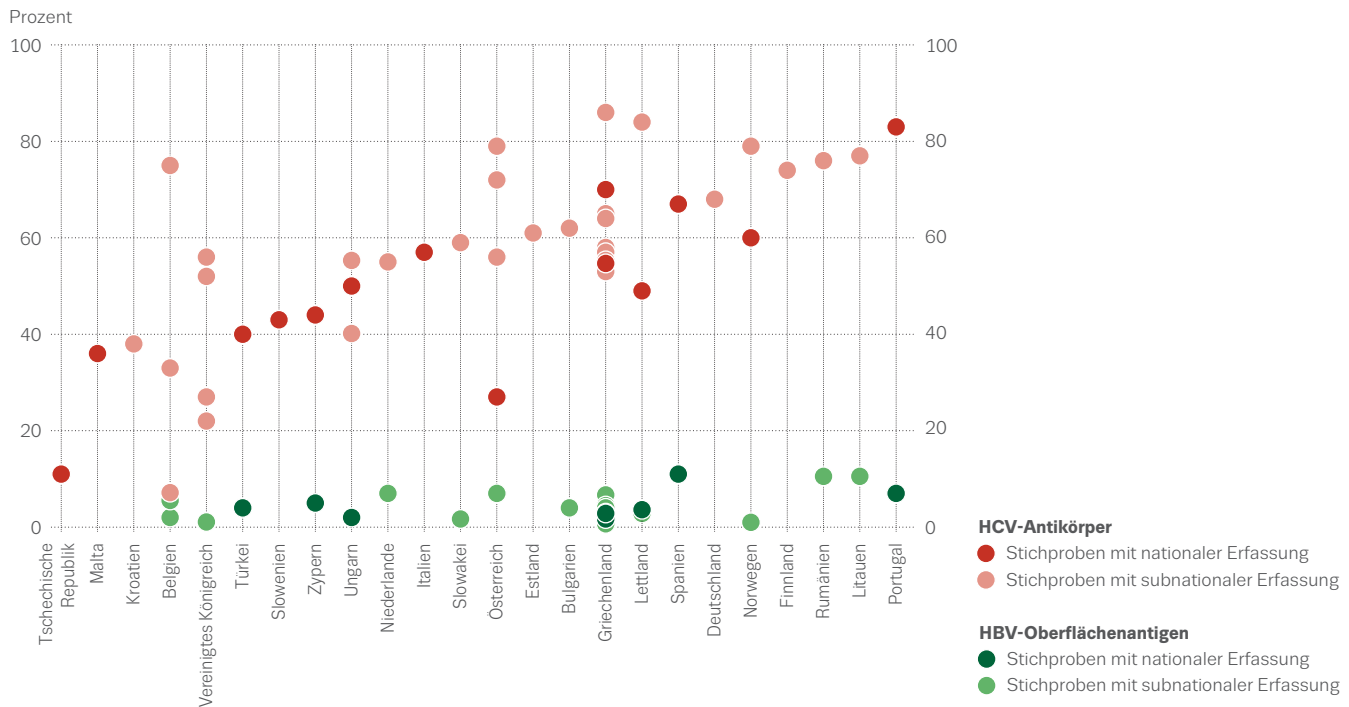
HCV-Prävalenz: Unterschiede zwischen den Ländern

Die Virushepatitis, insbesondere die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) verursachte Infektion, ist unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa weit verbreitet. Von 100 HCV-infizierten (d. h. positiv auf HCV-Antikörper getesteteten) Personen entwickeln 75 bis 80 eine chronische Infektion. Dies hat erhebliche Langzeitfolgen, da chronische HCV-Infektionen, oft verschlimmert durch starken Alkoholkonsum, eine Zunahme der Todesfälle sowie schwerer Lebererkrankungen, darunter Leberzirrhose und Leberkrebs, in der alternden Kohorte der Hochrisiko-Drogenkonsumenten verursachen.

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten ist gesunken

ABBILDUNG 3.10

HCV-Antikörper- und HBV-Oberflächenantigen-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, 2014/15



In nationalen Stichproben injizierender Drogenkonsumenten wurden im Zeitraum 2014/15 für HCV-Antikörper, die auf eine akute oder frühere Infektion hinweisen, Prävalenzraten zwischen 16 % und 84 % ermittelt, wobei fünf der 13 Länder, für die nationale Daten verfügbar sind, Raten von über 50 % meldeten (Abbildung 3.10). Vier der Länder, für die nationale Trenddaten für den Zeitraum 2010 bis 2015 vorliegen, meldeten einen Rückgang der HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, während drei Länder steigende Prävalenzraten verzeichneten.

Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) sind unter Drogenkonsumenten weniger weit verbreitet als HCV-Infektionen. Allerdings weist das HBV-Oberflächenantigen auf eine aktuelle Infektion hin, die entweder akut oder chronisch sein kann. In den sieben Ländern, für die nationale Daten verfügbar sind, litten schätzungsweise 1,7 % bis 11 % der injizierenden Drogenkonsumenten an einer aktuellen HBV-Infektion.

Der injizierende Drogenkonsum stellt auch einen Risikofaktor für andere Infektionskrankheiten dar. So wurde 2016 in der Tschechischen Republik, Deutschland und Luxemburg über Häufungen von Hepatitis-A-Infektionen berichtet, die mit dem Konsum von Drogen in Verbindung gebracht wurden. Zudem wurden in Deutschland, Norwegen und im Vereinigten Königreich sowohl Häufungen als auch sporadische Fälle von Wundbotulismus unter injizierenden Drogenkonsumenten gemeldet.

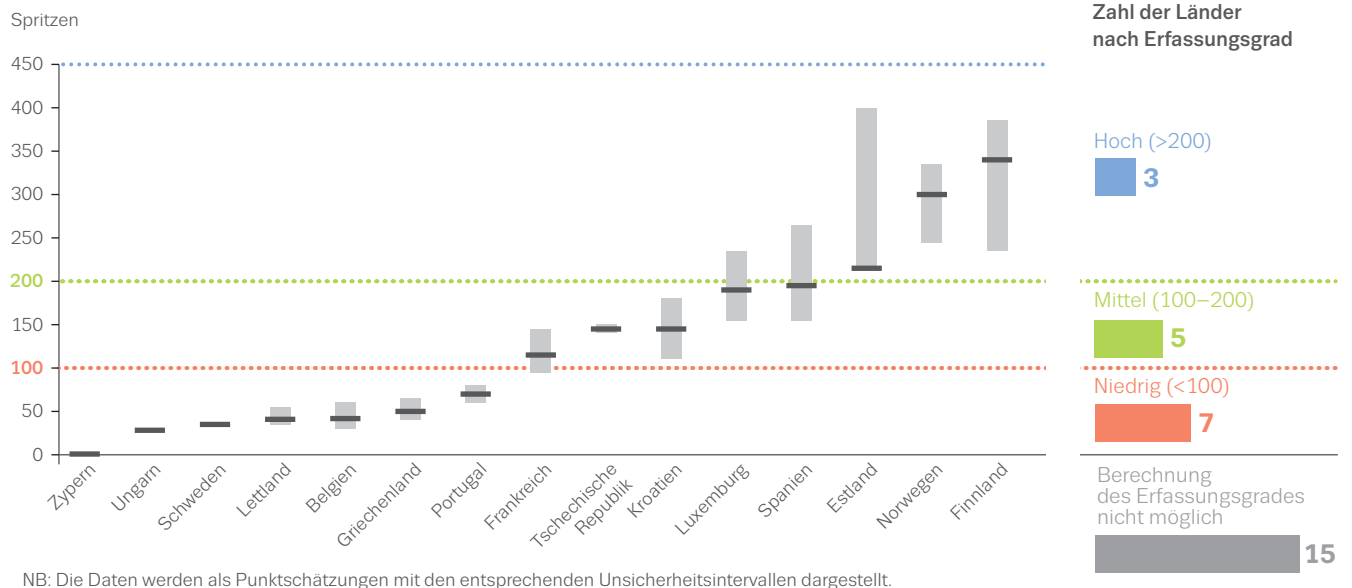
Infektionskrankheiten: Präventionsmaßnahmen

Um die Verbreitung drogenbedingter Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumenten einzudämmen, greifen die Länder im Wesentlichen auf die folgenden Maßnahmen zurück: opioidgestützte Substitutionsbehandlung, Ausgabe steriler Spritzbestecke, Beratung zum Risikoverhalten im Zusammenhang mit dem injizierenden Konsum, Hepatitis-B-Impfungen, Tests auf Infektionskrankheiten sowie Hepatitis- und HIV-Therapien.

Bei injizierenden Opioidkonsumenten sinkt das Infektionsrisiko mit einer Substitutionsbehandlung deutlich. Einige Analysen lassen den Schluss zu, dass diese schützende Wirkung steigt, wenn ein flächendeckendes Behandlungsangebot mit der Ausgabe von Spritzen in großem Maßstab kombiniert wird. Die Evidenzdaten belegen, dass Nadel- und Spritzenaustauschprogramme die Übertragung von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten eindämmen können. Mit Ausnahme der Türkei stellen alle 30 von der EMCDDA beobachteten Länder über spezielle Ausgabestellen kostenlos saubere Spritzbestecke bereit. Hinsichtlich der geografischen Verteilung dieser Ausgabestellen und der flächendeckenden Erfassung der Zielgruppe sind jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen (Abbildung 3.11). Informationen über die Bereitstellung von Spritzen im Rahmen spezieller Programme liegen aus 25 Ländern vor, die im Zeitraum 2014/15 insgesamt etwa 52 Millionen ausgegebene Spritzen meldeten. Diese Schätzung ist deutlich zu niedrig angesetzt, da mehrere große Länder, wie beispielsweise

ABBILDUNG 3.11

Erfassungsgrad spezieller Spritzenaustauschprogramme: Zahl der je geschätztem injizierendem Drogenkonsumenten ausgegebenen Spritzen



NB: Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt.

Deutschland, Italien und das Vereinigte Königreich, keine vollständigen nationalen Daten über die Ausgabe von Spritzen übermitteln.

Wenn es darum geht, den Problemen im Zusammenhang mit dem injizierenden Konsum von Stimulanzien durch Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten zu begegnen, kommt der Zusammenarbeit von Drogenbehandlungseinrichtungen und Diensten im Bereich der Sexualgesundheit unter Umständen besondere Bedeutung zu. Zu den wichtigen Präventionsmaßnahmen für diese Gruppe zählen Tests auf Infektionskrankheiten und die entsprechenden Therapien, Gesundheitsaufklärung sowie die Ausgabe von Kondomen, sterilen Spritzbestecken und anderem Präventionsmaterial. Im Zusammenhang mit der Prävention der sexuellen Übertragung von HIV-Infektionen stellt die Präexposition prophylaxe eine weitere Option dar, um die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu schützen.

Zunehmend frühe HIV-Diagnosen: Erweitertes Angebot von Tests

Späte HIV-Diagnosen, die erst dann gestellt werden, wenn die Infektion bereits begonnen hat, das Immunsystem zu schädigen, stellen für injizierende Drogenkonsumenten ein besonderes Problem dar. Im Jahr 2015 wurden 58 % der neu gemeldeten Übertragungen, die mit dem injizierenden

Drogenkonsum in Verbindung gebracht wurden, zu einem späten Zeitpunkt diagnostiziert. Berücksichtigt man dagegen alle Übertragungswege, beläuft sich der Anteil der Spätdiagnosen im EU-Durchschnitt auf 47 %. Eine späte HIV-Diagnose wird mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität in Verbindung gebracht und hat zur Folge, dass antiretrovirale Therapien verspätet eingeleitet werden. Die Test-and-Treat-Strategie, d. h. die Einleitung einer antiretroviralen Therapie unmittelbar nach der HIV-Diagnose, bewirkt eine Eindämmung der Übertragung und ist insbesondere in Gruppen mit hochriskanten Verhaltensweisen wichtig, wie beispielsweise bei injizierenden Drogenkonsumenten. Wird HIV in einem frühen Stadium diagnostiziert und frühzeitig eine antiretrovirale Therapie eingeleitet, haben die Infizierten eine normale Lebenserwartung.

In vielen Ländern erweitern kommunale und niedrigschwellige Einrichtungen für Drogenkonsumenten ihr Angebot von HIV-Tests, um die Inanspruchnahme der Tests zu verbessern und dafür zu sorgen, dass Infektionen früher entdeckt werden. Die Mindestqualitätsstandards der EU bei der Verringerung der Drogennachfrage sehen die Durchführung freiwilliger Tests auf durch Blut übertragene Infektionskrankheiten auf kommunaler Ebene, eine Aufklärung über Risikoverhalten sowie Hilfe bei der Bewältigung von Krankheiten vor. Die Stigmatisierung und Marginalisierung von Drogenkonsumenten stellen jedoch nach wie vor gravierende Hindernisse für die Inanspruchnahme von Tests und Therapien dar.

HCV-Behandlung: Wirksamere Arzneimittel

Da die Prävalenz von HCV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa sehr hoch ist, stellen diese eine wichtige Zielgruppe für Tests und Therapien dar, um fortschreitenden Lebererkrankungen und Todesfällen vorzubeugen. Darüber hinaus ist die Verringerung der Zahl der potenziellen Überträger durch das Angebot von HCV-Behandlungen ein wesentlicher Bestandteil einer umfassenden Präventionsstrategie. In den europäischen klinischen Leitlinien wird empfohlen, alle Patienten zu behandeln, die infolge einer HCV-Infektion an einer chronischen Lebererkrankung leiden. Des Weiteren sehen die Leitlinien vor, bei Personen, die das Virus übertragen könnten (darunter auch bei aktiven injizierenden Drogenkonsumenten) unverzüglich eine Behandlung einzuleiten und HCV-Behandlungen für Drogenkonsumenten auf individueller Basis anzubieten und in einem multidisziplinären Rahmen durchzuführen.

Seit 2013 sind wirksame, besser verträgliche, rein orale, interferonfreie Therapien mit direkt wirkenden Virostatika verfügbar und entwickeln sich zunehmend zur wichtigsten Grundlage der Behandlung von HCV-Infektionen. Darüber hinaus kann die Behandlung mit diesen Arzneimitteln in spezialisierten, kommunalen Drogenbehandlungseinrichtungen erbracht werden, was die Inanspruchnahme und Verfügbarkeit dieser Therapien verbessert. Zahlreiche europäische Länder führen derzeit neue Strategien zur Behandlung der Virushepatitis ein, aktualisieren ihre Behandlungsleitlinien und verbessern sowohl die HCV-Tests als auch den Zugang positiv getesteter Patienten zu Therapien. Ungeachtet dessen bleiben einige Herausforderungen bestehen, wie beispielsweise die unzureichende Inanspruchnahme der Tests, die in vielen Ländern unklaren Überweisungs- und Behandlungswege und die hohen Kosten der neuen Arzneimittel.

Todesfälle durch Überdosierung nehmen in letzter Zeit zu

Der Drogenkonsum ist anerkanntermaßen eine Ursache für vermeidbare Todesfälle unter erwachsenen Europäern. Kohortenstudien unter Hochrisiko-Drogenkonsumenten weisen gemeinhin jährliche Gesamtmortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus. Insgesamt ist in Europa die Mortalität unter Opioidkonsumenten fünf bis zehn Mal

höher als in der Allgemeinbevölkerung derselben Alters- und Geschlechtsgruppe. Diese erhöhte Mortalität unter Opioidkonsumenten ist in erster Linie auf Überdosierungen zurückzuführen, jedoch spielen auch andere, indirekt mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehende Todesursachen eine wichtige Rolle, wie beispielsweise Infektionen, Unfälle, Gewalt und Suizid. Gesundheitliche Probleme mit mehreren, miteinander in Zusammenhang stehenden Erkrankungen sind in dieser Bevölkerungsgruppe an der Tagesordnung. Chronische Lungen- und Lebererkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit verbreitet und Ursache für einen steigenden Anteil der Todesfälle unter älteren und chronischen Drogenkonsumenten.

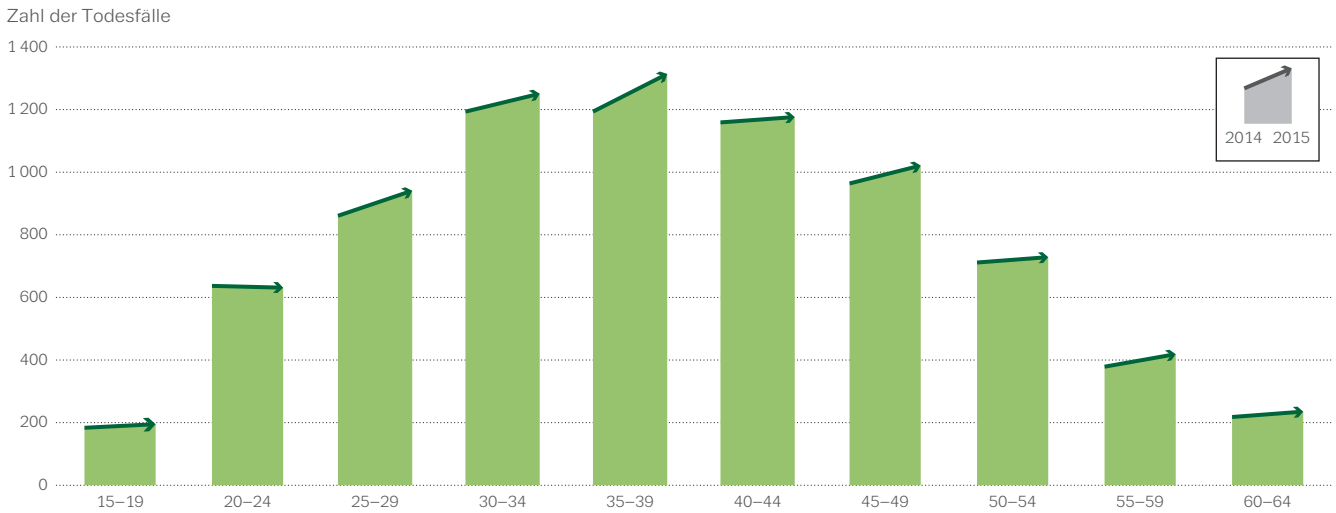
Überdosierungen sind in Europa nach wie vor die häufigste Todesursache unter Hochrisiko-Drogenkonsumenten, wobei mehr als drei Viertel der Opfer männlich sind (78 %). Bei der Interpretation von Daten zu Überdosierungen, insbesondere zur EU-Gesamtzahl, ist aus mehreren Gründen Vorsicht geboten, beispielsweise wegen der systematisch unzureichenden Meldepraxis in einigen Ländern und aufgrund von Registrierungsverfahren, die zu Verzögerungen bei der Meldung von Fällen führen. Die jährlichen Schätzungen stellen daher einen vorläufigen Mindestwert dar.

Im Jahr 2015 kam es in der Europäischen Union zu schätzungsweise mindestens 7 585 Todesfällen aufgrund von Überdosierungen, bei denen mindestens eine illegale Droge nachgewiesen wurde. Unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei beläuft sich die Zahl der Todesfälle auf schätzungsweise 8 441. Dies entspricht einem Anstieg um 6 % gegenüber dem berichtigten Wert des Vorjahres von 7 950 Fällen, wobei in nahezu allen Altersgruppen eine zunehmende Entwicklung festgestellt wurde (Abbildung 3.12). Wie in den Vorjahren entfällt etwa die Hälfte der in Europa insgesamt verzeichneten Todesfälle auf das Vereinigte Königreich (31 %) und Deutschland (15 %). Dies ist zum einen auf die Größe der Risikogruppen in diesen Ländern zurückzuführen, zum anderen aber auch auf die unzureichende Meldepraxis in einigen anderen Ländern. Berücksichtigt man ausschließlich die Länder mit relativ zuverlässigen Meldesystemen, bestätigen die berichtigten Werte für das Jahr 2014 einen Anstieg der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung in Spanien, während sich die 2014 in Litauen und im Vereinigten Königreich beobachtete zunehmende Entwicklung im Jahr 2015 fortsetzte und mittlerweile auch in Deutschland und den Niederlanden eine Zunahme zu verzeichnen ist. Auch in Schweden ist nach wie vor ein Aufwärtstrend zu beobachten, wenngleich dieser unter Umständen teilweise auf Veränderungen bei den Ermittlungs-, Kodierungs- und Meldeverfahren zurückzuführen ist. Die Türkei meldet weiterhin eine zunehmende Entwicklung, die jedoch offenbar weitgehend durch verbesserte Datenerhebungs- und Meldeverfahren bedingt ist.

**Der Drogenkonsum ist
anerkanntermaßen eine Ursache
für vermeidbare Todesfälle
unter erwachsenen Europäern**

ABBILDUNG 3.12

Zahl der in Europa gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle, 2014/15, nach Altersgruppen



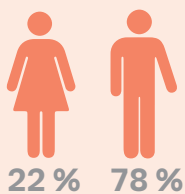
Entsprechend der Alterung der europäischen Opioidkonsumenten, für die das Risiko, an einer Überdosierung zu sterben, besonders hoch ist, war zwischen 2007 und 2015 eine Zunahme der gemeldeten Todesfälle durch Überdosierung unter älteren Drogenkonsumenten zu verzeichnen, während die entsprechenden Zahlen unter jüngeren Drogenkonsumenten zurückgingen. Allerdings sind 10 % der Opfer jünger als 25 Jahre. Zudem ist in jüngster Zeit in einigen Ländern, darunter in Schweden und der Türkei, ein leichter Anstieg der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen zu beobachten.

Opioidbedingte Todesfälle machen einen Großteil des insgesamt festgestellten Anstiegs aus

Bei den meisten der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen werden Heroin oder seine Metaboliten nachgewiesen, oftmals in Verbindung mit anderen Substanzen. Die jüngsten Daten belegen einen Anstieg der Zahl der heroинbedingten Todesfälle in Europa, insbesondere im Vereinigten Königreich. In England und Wales wurde bei 1 200 der im Jahr 2015 erfassten Todesfälle Heroin oder Morphin nachgewiesen. Dies entspricht einer Zunahme um 26 % gegenüber dem Vorjahr und um 57 % gegenüber dem Jahr 2013. Auch in Schottland (Vereinigtes Königreich), Irland und der Türkei war ein Anstieg der Zahl der heroинbedingten Todesfälle zu verzeichnen. Neben Heroin werden in toxikologischen

DROGENINDUZIERTER TODESFÄLLE

Merkmale



Durchschnittsalter der Verstorbenen

38

Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden



Alter der Verstorbenen

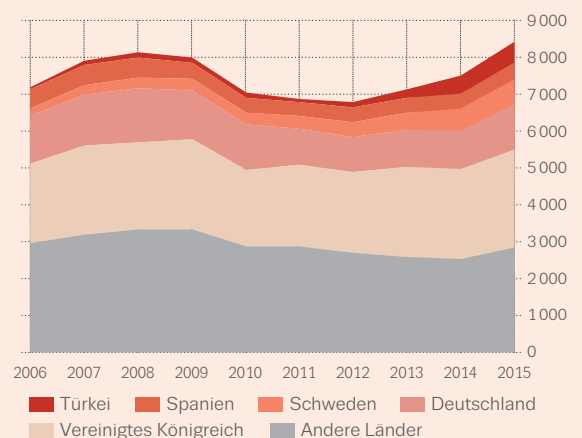


Zahl der Todesfälle

7 585 EU

8 441 EU + 2

Trends in Bezug auf Todesfälle durch Überdosierung



NB: Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen.

Berichten regelmäßig weitere Opiode genannt. Diese Substanzen – in erster Linie Methadon und Buprenorphin, aber auch Fentanyl und Tramadol – werden in einigen Ländern mit einem erheblichen Teil der Todesfälle durch Überdosierung in Verbindung gebracht. Den jüngsten Daten zufolge wurde in Kroatien, Dänemark, Frankreich und Irland Methadon bei mehr Todesfällen nachgewiesen als Heroin.

Stimulanzien wie Kokain, Amphetamine, MDMA und Cathinone spielten in Europa bei weniger Todesfällen durch Überdosierung eine Rolle, wenngleich bezüglich der Bedeutung dieser Substanzen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festzustellen waren. Im Vereinigten Königreich (England und Wales) stieg die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain zwischen 2013 und 2015 von 169 auf 320; allerdings geht man davon aus, dass es sich in vielen dieser Fälle um Heroin-Überdosierungen bei Crack-Konsumenten handelte. In Spanien, wo die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain seit einigen Jahren unverändert bleibt, stand diese Droge im Jahr 2014 nach wie vor an zweiter Stelle der am häufigsten mit Todesfällen durch Überdosierung in Verbindung gebrachten illegalen Substanzen (269 Fälle). Im Jahr 2015 wurden von den in der Türkei verzeichneten stimulanzenbedingten Todesfällen 56 mit Kokain, 206 mit Amphetaminen und 166 mit MDMA (darunter 62 Fälle, in denen ausschließlich MDMA nachgewiesen wurde) in Verbindung gebracht. Synthetische Cannabinoide wurden in der Türkei in 137 Fällen nachgewiesen, von denen 63 ausschließlich auf diese Drogen zurückgeführt wurden.

Die höchsten Mortalitätsraten werden in Nordeuropa verzeichnet

Im Jahr 2015 lag die Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in Europa bei schätzungsweise 20,3 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Unter Männern (32,3 Fälle je 1 Million Männer) war die Rate nahezu viermal höher als unter Frauen (8,4 Fälle je 1 Million Frauen). Die höchsten Mortalitätsraten im Zusammenhang mit Überdosierungen wurden unter 35- bis 39-jährigen Männern und 30- bis 34-jährigen Frauen festgestellt. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen ist bei Männern (38) jedoch niedriger als unter Frauen (41). Zwischen den einzelnen Ländern sind hinsichtlich der Mortalitätsraten und ihrer Entwicklung erhebliche Unterschiede festzustellen (Abbildung 3.13).

**Klienten, die häufig
Behandlungen aufnehmen und
abbrechen, sind besonders
anfällig für Überdosierungen**

Dabei spielen neben Faktoren wie Prävalenz und Muster des Drogenkonsums auch die nationale Meldepraxis sowie die Verfahren für die Erfassung von Informationen und die Kodierung von Überdosierungen in den nationalen Mortalitätsdatenbanken eine Rolle. Den jüngsten verfügbaren Daten zufolge verzeichneten acht nordeuropäische Länder Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner, wobei die höchsten Raten aus Estland (103 je 1 Million Einwohner), Schweden (100 je 1 Million Einwohner), Norwegen (76 je 1 Million Einwohner) und Irland (71 je 1 Million Einwohner) gemeldet wurden (Abbildung 3.13).

Prävention von Überdosierungen und drogenbedingten Todesfällen

Die Verringerung der Zahl tödlicher Überdosierungen und anderer drogenbedingter Todesfälle ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik in Europa. Der Schwerpunkt der zielgerichteten Maßnahmen in diesem Bereich liegt entweder auf der Prävention von Überdosierungen oder auf der Erhöhung der Überlebenschancen im Falle einer Überdosierung.

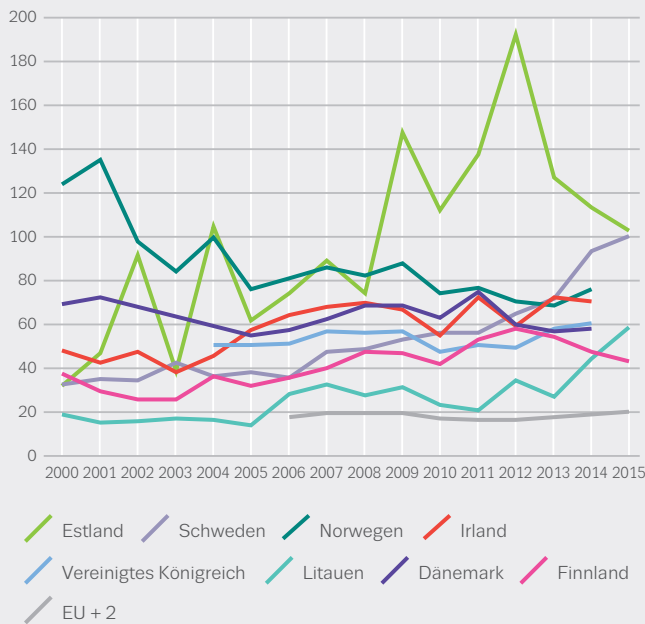
Die Ergebnisse einer Metaanalyse von Beobachtungsstudien belegen die Wirksamkeit der methadongestützten Substitutionsbehandlung im Hinblick auf die Senkung der Mortalitätsraten (Überdosierung und alle übrigen Todesursachen) unter Opioidabhängigen. Die Mortalitätsrate der Klienten in Methadonbehandlung belief sich auf weniger als ein Drittel der erwarteten Rate der nicht behandelten Opioidkonsumenten. Die Analyse der Sterbewahrscheinlichkeit in unterschiedlichen Behandlungsphasen lässt erkennen, dass Präventionsmaßnahmen vorwiegend zu Behandlungsbeginn (in den ersten vier Wochen, insbesondere bei einer methadongestützten Therapie) und nach Behandlungsende erforderlich sind. In den ersten vier Wochen nach dem Abschluss der Behandlung besteht ein höheres Risiko einer Überdosierung. Dies legt den Schluss nahe, dass Klienten, die häufig Behandlungen aufnehmen und abbrechen, besonders anfällig für Überdosierungen sind.

Überwachte Drogenkonsumräume sollen sowohl Überdosierungen vorbeugen als auch sicherstellen, dass im Falle einer Überdosierung professionelle Hilfe geleistet wird. Derzeit werden in sechs EU-Ländern und Norwegen insgesamt 78 solche Einrichtungen betrieben. Im Jahr 2016 wurden in Frankreich im Rahmen eines sechsjährigen Versuchsprojekts zwei Drogenkonsumräume eröffnet, und auch in Dänemark und Norwegen wurden neue Einrichtungen geschaffen.

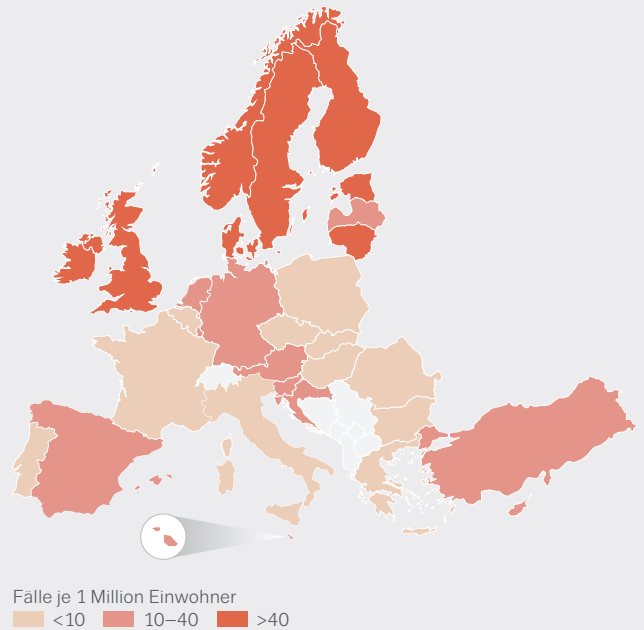
ABBILDUNG 3.13

Drogeninduzierte Mortalität unter Erwachsenen (15-64 Jahre): ausgewählte Trends und aktuellste Daten

Fälle je 1 Million Einwohner



NB: Trends in den acht Ländern, die 2015 oder 2014 die höchsten Werte gemeldet haben, und gesamteuropäischer Trend. Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen.



Fälle je 1 Million Einwohner
 <10 10–40 >40

Naloxon: Entwicklung neuer Produkte

Der Opioidantagonist Naloxon kann im Falle einer Überdosierung die Wirkung des beteiligten Opioids umkehren und kommt sowohl in den Notaufnahmen von Krankenhäusern als auch in der ambulanten Notfallmedizin zum Einsatz. Seit einigen Jahren wird in zunehmendem Maße Naloxon an Opioidkonsumenten sowie deren Partner, Freunde und Familienangehörige ausgegeben; zugleich lernen diese im Rahmen von Schulungen, Überdosierungen zu erkennen und darauf zu reagieren. Des Weiteren wird Naloxon den Mitarbeitern von Einrichtungen zur Verfügung gestellt, die regelmäßig mit Drogenkonsumenten in Kontakt kommen. Gegenwärtig werden in zehn europäischen Ländern Programme zur Ausgabe von Naloxon durchgeführt. Die von Drogen- und Gesundheitsdiensten bereitgestellten Naloxon-Kits enthalten in der Regel bereits aufgezugene Spritzen. In Dänemark und Norwegen sind allerdings mittlerweile Zerstäuber verfügbar, die eine intranasale Verabreichung

von Naloxon ermöglichen. In Frankreich wurde eine neue, nasal zu verabreichende Naloxon-Formulierung vorläufig zur Verwendung zugelassen. In Estland wurde die Ausgabe von Naloxon seit 2013 zunächst in einer zunehmenden Zahl kommunaler Einrichtungen eingeführt, bevor sie 2015 auf Haftanstalten ausgeweitet wurde. Im Rahmen einer vor Kurzem durchgeführten systematischen Untersuchung der Wirksamkeit der Ausgabe von Naloxon wurde festgestellt, dass diese in Kombination mit Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen die Mortalität infolge von Überdosierungen senkt. Diese Maßnahmen dürften insbesondere bestimmten Bevölkerungsgruppen zugutekommen, für die ein besonders hohes Risiko von Überdosierungen besteht, wie etwa kürzlich entlassenen Strafgefangenen. Eine jüngst im Vereinigten Königreich (Schottland) durchgeführte Evaluierung des nationalen Naloxon-Programms ergab, dass dieses einen signifikanten Rückgang der Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden im ersten Monat nach der Haftentlassung bewirkt hat.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ECDC

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Alle Veröffentlichungen sind unter www.emcdda.europa.eu/publications verfügbar.

Anhang

Nationale Daten zu Prävalenzschätzungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum: problematischer Opioidkonsum, Substitutionsbehandlungen, Gesamtzahl der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten, Behandlungsaufnahmen, injizierender Drogenkonsum, drogeninduzierte Todesfälle, drogenbedingte Infektionskrankheiten, Ausgabe von Spritzen und Sicherstellungen. Die Daten sind dem **Statistical Bulletin 2017** der EMCDDA entnommen und bilden einen Teil der Datensätze dieses Bulletins, dem darüber hinaus Anmerkungen und Metadaten zu entnehmen sind. Die Bezugsjahre der Daten sind jeweils angegeben.

TABELLE A1

OPIOIDE

Land	Schätzung des Hochrisiko-Opioidkonsums		Behandlungsaufnahmen während des Jahres						Patienten in Substitutionsbehandlung
			Opioidklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Opioidklienten (Haupteinnahmeweg)			
			Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	
Land	Bezugsjahr	Fälle je 1 000	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	Anzahl
Belgien	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgarien	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Tschechische Republik	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dänemark	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Deutschland	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estland	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irland	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Griechenland	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Spanien	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Frankreich	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Kroatien	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italien	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Zypern	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Lettland	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litauen	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Niederlande	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Österreich	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polen	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Rumänien	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slowenien	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slowakei	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finnland	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Schweden (*)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Vereinigtes Königreich	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Türkei	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norwegen (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Europäische Union	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
EU, Türkei und Norwegen	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Die Daten über Patienten in Substitutionsbehandlung beziehen sich auf das Jahr 2015 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Dänemark, Finnland, Niederlande und Spanien, 2014; Türkei, 2011.

(*) In Schweden liegen Daten über Erstpatienten und Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben, nur aus zwei der drei verfügbaren Datenquellen vor und sind daher nicht mit den Daten über alle Klienten mit Behandlungsaufnahme vergleichbar.

(²) Der angegebene Anteil der Opioidklienten stellt einen Mindestwert dar, da er die als polyvalente Drogenkonsumenten erfassten Opioidklienten nicht berücksichtigt.

TABELLE A2

KOKAIN

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres						
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Kokainklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Kokainklienten (Haupteinnahmeweg)			
	Erhebungs-jahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	
Belgien (¹)	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)	
Bulgarien	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)	
Tschechische Republik	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Dänemark	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)	
Deutschland (²)	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)	
Estland	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)	
Irland	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)	
Griechenland	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)	
Spanien	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)	
Frankreich	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)	
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)	
Italien	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)	
Zypern	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)	
Lettland	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Litauen	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)	
Luxemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)	
Ungarn (³)	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)	
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)	
Niederlande	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)	
Österreich	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)	
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)	
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)	
Rumänien	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	
Slowenien	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)	
Slowakei	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)	
Finnland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–	
Schweden (⁴,⁵)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Vereinigtes Königreich (²,⁴)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)	
Türkei	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–	
Norwegen (⁴)	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–	
Europäische Union	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)	
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)	

Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen. Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

(¹) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf Flandern.

(²) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

(³) Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18-64, 18-34.

(⁴) Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16-64, 16-34.

(⁵) In Schweden liegen Daten über Erstpatienten und Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben, nur aus zwei der drei verfügbaren Datenquellen vor und sind daher nicht mit den Daten über alle Klienten mit Behandlungsaufnahme vergleichbar.

TABELLE A3

AMPHETAMINE

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres					
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Amphetaminklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Amphetaminklienten (Haupteinnahmeweg)		
	Erhebungs-jahr	Lebens-zeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebens-zeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	
Belgien ⁽¹⁾	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgarien	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dänemark	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Deutschland ^(3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estland	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Griechenland	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spanien	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Frankreich	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italien	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Zypern	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Lettland	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litauen	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Ungarn ⁽⁴⁾	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Niederlande	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Österreich	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polen	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumänien	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slowakei	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finnland	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Schweden ^(3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Vereinigtes Königreich ^(2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Türkei	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norwegen ^(3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Europäische Union	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen. Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

⁽¹⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf Flandern.

⁽²⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

⁽³⁾ Die Daten zu den Behandlungsaufnahmen beziehen sich nicht nur auf Klienten, die Amphetamine als Primärdrugs angegeben haben, sondern auf alle Klienten, die andere Stimulanzien als Kokain genannt haben.

⁽⁴⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18-64, 18-34.

⁽⁵⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16-64, 16-34.

⁽⁶⁾ In Schweden liegen Daten über Erstpatienten und Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben, nur aus zwei der drei verfügbaren Datenquellen vor und sind daher nicht mit den Daten über alle Klienten mit Behandlungsaufnahme vergleichbar.

TABELLE A4

MDMA

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Erhebungsjahr	Allgemeinbevölkerung		Schüler	MDMA-Klienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
		Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	
Belgien ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgarien	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tschechische Republik	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dänemark	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Deutschland ⁽³⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Griechenland	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spanien	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Frankreich	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italien	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Zypern	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Lettland	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litauen	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Niederlande	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Österreich	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Rumänien	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slowenien	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slowakei	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finnland	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Schweden ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Vereinigtes Königreich ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Türkei	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norwegen ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Europäische Union	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen. Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

⁽¹⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf Flandern.

⁽²⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

⁽³⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18-64, 18-34.

⁽⁴⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16-64, 16-34.

TABELLE A5

CANNABIS

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Erhebungs- jahr	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Cannabisklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
		Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwach- sene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungs- aufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)		
Belgien ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgarien	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tschechische Republik	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dänemark	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Deutschland ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estland	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irland	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Griechenland	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spanien	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Frankreich	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italien	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Zypern	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Lettland	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litauen	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Ungarn ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Niederlande	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Österreich	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polen	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Rumänien	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slowenien	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slowakei	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finnland	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Schweden ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Vereinigtes Königreich ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Türkei	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norwegen ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Europäische Union	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen. Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

⁽¹⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf Flandern.

⁽²⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

⁽³⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18-64, 18-34.

⁽⁴⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16-64, 16-34.

⁽⁵⁾ In Schweden liegen Daten über Erstpatienten und Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben, nur aus zwei der drei verfügbaren Datenquellen vor und sind daher nicht mit den Daten über alle Klienten mit Behandlungsaufnahme vergleichbar.

TABELLE A6

ANDERE INDIKATOREN

Land	Drogeninduzierte Todesfälle (15-64 Jahre)	HIV-Diagnosen bei injizierenden Drogenkonsumenten (ECDC)	Schätzung des injizierenden Drogenkonsums		Im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebene Spritzen
	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Bezugsjahr	Fälle je 1 000 Einwohner	Anzahl
Belgien	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgarien	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Tschechische Republik	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Dänemark	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Deutschland	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estland	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irland (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Griechenland	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spanien (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Frankreich (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Kroatien	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italien	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Zypern	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Lettland	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litauen	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Ungarn	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Niederlande	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Österreich	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polen	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Rumänien	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slowenien	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slowakei	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finnland	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Schweden	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Vereinigtes Königreich (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Türkei	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norwegen	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Europäische Union	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
EU, Türkei und Norwegen	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

Beim Vergleich der drogeninduzierten Todesfälle ist aufgrund von Unterschieden hinsichtlich Kodierung und Abdeckung sowie einer unzureichenden Meldung in einigen Ländern Vorsicht geboten.

(¹) Die Angaben zu den im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebenen Spritzen beziehen sich auf das Jahr 2014.

(²) Angaben zu den im Vereinigten Königreich ausgegebenen Spritzen: England, keine Daten; Schottland 4 376 456 und Wales 3 398 314 (jeweils 2015); Nordirland 292 390 (2014).

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN

Land	Heroin		Kokain		Amphetamine		MDMA	
	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen
	kg	Anzahl	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Tabletten (kg)	Anzahl
Belgien	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgarien	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Tschechische Republik	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Dänemark	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Deutschland	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estland	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irland	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Griechenland	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Spanien	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Frankreich	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Kroatien	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italien	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Zypern	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Lettland	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litauen	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Ungarn	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Niederlande	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Österreich	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polen	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugal	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Rumänien	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slowenien	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slowakei	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finnland	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Schweden	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Vereinigtes Königreich	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Türkei	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norwegen	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Europäische Union	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
EU, Türkei und Norwegen	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Der Begriff „Amphetamine“ bezieht sich auf Amphetamin und Methamphetamin.

Alle Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2015. Für Schottland (Vereinigtes Königreich) sind keine Daten verfügbar.

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN (Fortsetzung)

Land	Cannabisharz		Cannabiskraut		Cannabispflanzen	
	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen
	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Pflanzen (kg)	Anzahl
Belgien	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgarien	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Tschechische Republik	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Dänemark	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Deutschland	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estland	812	21	60	597	0 (12)	44
Irland	–	192	–	1 049	– (–)	182
Griechenland	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spanien	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Frankreich	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Kroatien	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italien	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Zypern	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Lettland	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litauen	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Ungarn	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Niederlande	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Österreich	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polen	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Rumänien	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slowenien	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slowakei	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finnland	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Schweden	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Vereinigtes Königreich	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Türkei	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norwegen	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Europäische Union	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
EU, Türkei und Norwegen	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Alle Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2015. Für Schottland (Vereinigtes Königreich) sind keine Daten verfügbar.

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

Einzelexemplar:
über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);

mehrere Exemplare/Poster/Karten:
bei den Vertretungen der Europäischen Union
(http://ec.europa.eu/represent_de.htm),
bei den Delegationen in Ländern außerhalb der
Europäischen Union
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_de.htm),
über den Dienst Europe Direct
(http://europa.eu/eurodirect/index_de.htm)
oder unter der gebührenfreien
Rufnummer 00 800 6 7 8 9 10 11 (*).

(* Sie erhalten die bereitgestellten Informationen
kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine
Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern
sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).



Über diesen Bericht

Der Bericht „Trends und Entwicklungen“ bietet auf höchster Ebene einen Überblick über das Drogenphänomen in Europa und geht dabei besonders auf das Drogenangebot, den Drogenkonsum, Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie drogenpolitische Strategien und Maßnahmen ein. Zusammen mit dem online verfügbaren [Statistical Bulletin](#) und 30 [Länderdrogenberichten](#) (Country Drug Reports) bildet er das Informationspaket „[Europäischer Drogenbericht 2017](#)“.

Über die EMCDDA

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) ist die zentrale Informationsquelle und anerkannte Autorität für Fragen der Drogenproblematik in Europa. Seit mehr als 20 Jahren ist sie mit der Sammlung, Auswertung und Weiterverbreitung wissenschaftlich fundierter Informationen zu Drogen und Drogensucht und deren Folgen befasst und vermittelt ihren Adressatenkreisen ein auf Evidenzdaten basierendes Bild des Drogenphänomens auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der EMCDDA sind eine hervorragende Informationsquelle für unterschiedlichste Adressatengruppen wie politische Entscheidungsträger und deren Berater, Fachleute und Wissenschaftler aus dem Drogenbereich sowie für die Medien und die Öffentlichkeit insgesamt. Die EMCDDA hat ihren Sitz in Lissabon und nimmt ihre Aufgaben als eine der dezentralen Agenturen der Europäischen Union wahr.

