Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

DE

ISSN 2314-9051

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2016

Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2016

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, 2016

ISBN: 978-92-9168-871-5
doi:10.2810/732727

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2016
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Empfohlene Zitierweise: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2016), *Europäischer Drogenbericht 2016: 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

13 ZUSAMMENFASSUNG
Fortgesetzte Anzeichen für einen robusten europäischen Drogenmarkt

19 KAPITEL 1
Drogenangebot und Markt

39 KAPITEL 2
Prävalenz und Trends des Drogenkonsums

55 KAPITEL 3
Drogenbedingte Schädigungen und diesbezügliche Maßnahmen

73 ANHANG
Tabellen mit Länderdaten

Vorwort

Es ist uns eine große Freude, Ihnen die 21. jährliche Analyse der Drogensituation in Europa vorstellen zu dürfen, die zugleich unsere erste als neu gewählter Direktor der EMCDDA bzw. als Vorsitzende des Verwaltungsrates der Agentur ist. Wie seine Vorläufer bietet auch der Europäische Drogenbericht 2016 eine zeitnahe Analyse der jüngsten Trends und Entwicklungen der Drogensituation in Europa in Form eines integrierten Multimediapakets. Dieser einzigartige Bericht beinhaltet einen aktuellen, zusammenfassenden Überblick über den Drogenkonsum, die Drogenproblematik und die Drogenmärkte. Dieses analytische Lagebild wird durch Informationen über drogenpolitische Maßnahmen und Verfahren ergänzt.

Im Rahmen der diesjährigen Analyse wird einmal mehr deutlich, dass Europa mit einer zunehmend komplexen Drogenproblematik konfrontiert ist, bei der Stimulanzien, neue psychoaktive Substanzen, Arzneimittelmissbrauch und problematischer Cannabiskonsum eine immer größere Rolle spielen. Darüber hinaus führt uns der Bericht vor Augen, dass einige der seit Langem bestehenden Probleme noch immer nicht gelöst sind – auch wenn die mit ihnen verbundenen politischen und praktischen Herausforderungen mittlerweile im Wandel begriffen sind. Aufgrund seiner nach wie vor erheblichen Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität in Europa stellt der problematische Opioidkonsum auch in der 2016 vorgenommenen Analyse ein zentrales Thema dar. Inzwischen ist ein zunehmend komplexer Zusammenhang zwischen dem Konsum von Heroin und synthetischen Opioiden festzustellen. Zugleich lassen die Gesamtschätzungen eine beunruhigende Zunahme der opioidbedingten Todesfälle erkennen. Die Therapieeinrichtungen in Europa müssen gegenwärtig auch auf die komplexeren Gesundheitsbedürfnisse der alternden Kohorte der Heroinkonsumenten reagieren, während sich politische Entscheidungsträger mit der schwierigen Frage auseinandersetzen, welche langfristigen therapeutischen Zielsetzungen für diese Gruppe angemessen sind. Zugleich rufen uns die aus anderen Teilen der Welt gemeldeten neuen Heroinepidemien in Erinnerung, dass wir in diesem Bereich aufmerksam bleiben müssen und eine kontinuierliche Überwachung auch weiterhin unverzichtbar bleibt.

Unser Bericht ist das Ergebnis gemeinsamer Anstrengungen, und unser Dank gilt all jenen, die ihn mit ihren Beiträgen möglich gemacht haben. Wie in den Vorjahren bilden die Beiträge der nationalen Reitox-Knotenpunkte und Sachverständigen die Grundlage für die hier vorgestellte Analyse. Darüber hinaus bedanken wir uns für die Beiträge unserer

europäischen Partnereinrichtungen; zu ihnen zählen insbesondere die Europäische Kommission, Europol, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und die Europäische Arzneimittel-Agentur. Wir freuen uns, dass in den diesjährigen Bericht zusätzliche städtische Daten der europäischen Forschungsnetze einfließen konnten. Diese ergänzen die nationalen Daten über Abwasseranalysen und drogenbedingte klinische Notfälle und ermöglichen ein besseres Verständnis der Drogenkonsummuster und drogenbedingten Schädigungen in Europa.

Abschließend ist festzustellen, dass dieser Bericht zu einem Zeitpunkt veröffentlicht wird, der für die Gestaltung der Drogenpolitik sowohl auf europäischer als auch auf internationaler Ebene von großer Bedeutung ist. Innerhalb Europas steht zum einen die Evaluierung der im Rahmen des laufenden Drogenaktionsplans erzielten Ergebnisse an. Zum anderen wurden Beratungen über die notwendigen Maßnahmen aufgenommen, um die europäische Drogenstrategie in den nächsten Jahren voranzutreiben. Zudem haben sich die europäischen Länder aktiv an der internationalen Debatte im Zusammenhang mit der Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen beteiligt, die im April 2016 in New York stattfand. Die Europäische Union betonte in ihrem Standpunkt die Bedeutung eines ausgewogenen und faktengestützten Ansatzes, der auf einem starken Engagement für die Achtung der Menschenrechte basiert. Unserer Auffassung nach hat Europas Stimme in dieser Debatte auch aufgrund der Tatsache Gewicht, dass wir uns darum bemühen, die Veränderungen der Probleme, denen wir uns stellen müssen, zu begreifen und kritisch zu beurteilen, welche Maßnahmen wirklich funktionieren. Wir sind stolz darauf, dass dieser Bericht sowie die Arbeit der EMCDDA und ihrer nationalen Partner auch weiterhin zu diesem Verständnis beitragen, und sind nach wie vor davon überzeugt, dass verlässliche Informationen eine unverzichtbare Voraussetzung für solide politische Strategien und Maßnahmen in diesem Bereich darstellen.

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 Überblick über die Drogensituation in Europa und die einschlägigen Maßnahmen bieten. Die hier veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich auf das Jahr 2014 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 Maßnahme 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-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen 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 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa, Interpol, der Weltzollorganisation, dem Projekt ESPAD (Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen), der Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE), dem europäischen Netzwerk für drogenbedingte Notfälle (European Drug Emergencies Network, Euro-DEN) und dem Schwedischen Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN);
- dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union, Missing Element Designers, Nigel Hawtin und Composiciones Rali.

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. Die nationalen Knotenpunkte tragen unter ihrer jeweiligen Regierung die fachliche Verantwortung für die Übermittlung drogenspezifischer Informationen an die EMCDDA. Die Kontaktinformationen der nationalen Knotenpunkte sind der Website der EMCDDA zu entnehmen.

Zusammenfassung

Die drogenpolitische Agenda Europas muss einen umfangreicheren und komplexeren Katalog von politischen Themen umfassen als bisher

Fortgesetzte Anzeichen für einen robusten europäischen Drogenmarkt

Die in diesem Bericht vorgestellte Analyse beschreibt einen nach wie vor robusten europäischen Drogenmarkt, wobei inzwischen insbesondere bei einigen Indikatoren für Cannabis und Stimulanzien ein Aufwärtstrend festzustellen ist. Insgesamt lassen die Daten über das Drogenangebot auf einen hohen oder steigenden Reinheitsgrad oder Wirkstoffgehalt der meisten illegalen Substanzen schließen. Auch die jüngsten Erhebungsdaten zur Prävalenz weisen größtenteils auf einen leichten Anstieg des geschätzten Konsums der weiter verbreiteten Drogen hin. Zudem werden die Marktplätze für Drogen immer komplexer, den Konsumenten werden neben den etablierten Drogen auch neue Substanzen angeboten, es gibt Anzeichen für eine zunehmende Bedeutung von Arzneimitteln und der polyvalente Drogenkonsum ist unter den Konsumenten mit drogenbedingten Problemen die Norm. Die Bemühungen um die Eindämmung des Drogenhandels werden durch die Tatsache erschwert, dass Cannabis, synthetische Drogen und sogar einige Opioide und neue psychoaktive Substanzen mittlerweile innerhalb Europas und somit in der Nähe der Abnehmer hergestellt werden. Insgesamt macht diese neueste Analyse deutlich, dass die drogenpolitische Agenda Europas einen umfangreicheren und komplexeren Katalog von politischen Themen umfassen muss als bisher.

MDMA wieder auf dem Vormarsch

Die Tatsache, dass MDMA unter jungen Menschen wieder zunehmend das bevorzugte Stimulans darstellt, weist auf einige der neuen Herausforderungen, die sich im Zusammenhang mit dem modernen Drogenmarkt stellen, hin. Neue Methoden der Beschaffung von Drogenausgangsstoffen, neue Herstellungsverfahren und das Online-Angebot sind offenbar die Triebkräfte, die dafür sorgen, dass MDMA in einem von Produktvielfalt geprägten Markt erneut auf dem Vormarsch ist. Es sind hoch dosierte Pulver, Kristalle und Tabletten mit einer Vielzahl von Logos in den unterschiedlichsten Farben und Formen verfügbar, wobei Herstellungsnachweise angefordert werden können und ein ausgefeiltes, gezieltes Marketing zum Einsatz kommt. Möglicherweise verfolgen die Hersteller damit bewusst eine Strategie, um die Wahrnehmung dieser Droge zu verbessern, nachdem sie lange Zeit in dem Ruf stand, von schlechter Qualität und Gegenstand von Fälschungen zu sein, und ihr Konsum infolgedessen zurückging. Es gibt Anzeichen dafür, dass mit diesem Vorgehen gewisse Erfolge erzielt werden und MDMA sowohl unter jenen, die bereits seit Längerem Stimulanzien konsumieren, als auch bei einer neuen

Generation von Drogenkonsumenten zunehmend an Beliebtheit gewinnt. Infolgedessen müssen Maßnahmen zur Prävention und Schadensminimierung für eine neue Population von Konsumenten ergriffen werden, die womöglich hoch dosierte Produkte konsumieren, die damit verbundenen Risiken jedoch nicht hinreichend kennen.

Neue Daten belegen regionale Muster des Konsums von Stimulanzien und der damit verbundenen Schädigungen

Dieser Bericht legt den Schluss nahe, dass der Ermittlung und Eindämmung lokaler Muster des Konsums von Stimulanzien und der damit verbundenen Schädigungen höhere Priorität eingeräumt werden muss. Sowohl jüngste Erkenntnisse aus Abwasseranalysen als auch Daten über Sicherstellungen und Erhebungsdaten belegen regionale Unterschiede hinsichtlich der Konsummuster von Stimulanzien in Europa. In den Ländern West- und Südeuropas wird offenbar vorwiegend Kokain konsumiert, während in Nord- und Osteuropa der Konsum von Amphetaminen überwiegt. Sowohl bei Kokain als auch bei Amphetamin war mittelfristig ein Anstieg des Reinheitsgrades bei weitgehend stabilen Preisen festzustellen. Darüber hinaus treten zunehmend durch Stimulanzien bedingte Probleme zutage. Besorgniserregend ist die in einigen Ländern zu beobachtende steigende Zahl der erstmaligen Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit Amphetaminen, wobei nahezu die Hälfte dieser Erstklienten angibt, diese Drogen zu injizieren. Der injizierende Konsum von Stimulanzien wird auch mit den jüngsten Ausbrüchen von HIV in einigen Randgruppen in Verbindung gebracht. Zudem gibt die Kombination aus dem injizierenden Konsum von Stimulanzien und eine Zunahme des risikoreichen Sexualverhaltens immer mehr Anlass zur Sorge. Es liegen entsprechende Berichte aus einigen europäischen Städten über kleine Gruppen von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), vor. Dies macht deutlich, dass Drogenbehandlungseinrichtungen und die Sexualgesundheitsversorgung ihre Zusammenarbeit intensivieren und gemeinsam tätig werden müssen.

Die Eindämmung des Cannabiskonsums stellt nach wie vor eine zentrale Herausforderung für die europäische Drogenpolitik dar

Sowohl auf internationaler Ebene als auch innerhalb Europas wird gegenwärtig eine umfassende öffentliche und politische Debatte über die Kosten und Vorteile unterschiedlicher Optionen der Cannabispolitik geführt. Die in diesem Bericht vorgestellten Daten leisten einen Beitrag zu dieser Diskussion, indem sie einige der komplexen Fragestellungen beleuchten, die in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen sind. Dieses Thema ist umso wichtiger, als der Cannabiskonsum insgesamt offenbar nicht zurückgeht und in einigen Bevölkerungsgruppen möglicherweise sogar zu steigen beginnt. So hat die Mehrheit der Länder, die in jüngster Zeit (seit 2013) auf Erhebungen basierende Schätzungen vorgelegt haben, über eine Zunahme des Konsums dieser Droge berichtet.

Neue Schätzungen zeigen, dass Cannabis wertmäßig den größten Anteil am europäischen Markt für illegale Drogen hat. Die Cannabisherstellung hat sich mittlerweile zu einer wichtigen Einkommensquelle der organisierten Kriminalität entwickelt. Die Einfuhr von Cannabis aus zahlreichen Ursprungsländern und die steigende Herstellung innerhalb Europas stellen eine beachtliche Herausforderung für die Strafverfolgungsbehörden und damit eine zusätzliche Belastung für die bereits knappen Ressourcen der Polizei- und Zollbehörden dar. Cannabisdelikte stehen größtenteils mit dem Konsum oder Besitz für den Eigengebrauch in Zusammenhang und machen etwa drei Viertel aller Drogendelikte aus.

Zugleich steigt das Bewusstsein für die mit dem Cannabiskonsum verbundenen gesundheitlichen und sozialen Kosten. Diese sind bei den Konsumenten, welche die Droge häufiger und über einen längeren Zeitraum konsumieren, besonders gravierend, wobei schätzungsweise 1 % der europäischen Erwachsenen täglich oder fast täglich Cannabis konsumiert. Der Wirkstoffgehalt ist sowohl bei Cannabisharz als auch bei Cannabiskraut höher denn je. Dies ist insofern beunruhigend, als dadurch für die Konsumenten das Risiko steigt, akute oder chronische Gesundheitsprobleme zu entwickeln. Mittlerweile ist Cannabis die Ursache für den Großteil der erstmaligen Behandlungsaufnahmen, wenngleich bei der Auslegung der einschlägigen Daten auch die Überweisungswege und der weit gefasste Behandlungsbegriff für diese Konsumentengruppe berücksichtigt werden müssen. Politische Maßnahmen in diesem Bereich müssen auch der Tatsache Rechnung tragen, dass Cannabis in Europa, anders als in anderen Regionen der Welt, in der Regel mit Tabak geraucht wird, sodass in diesem Zusammenhang Synergien zwischen Maßnahmen zur Eindämmung des Cannabiskonsums einerseits und des Tabakkonsums andererseits eine große Rolle spielen.

Synthetische Cannabinoide machen den Großteil der Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen aus

Eine ebenso große Herausforderung für die internationale und europäische Drogenpolitik ist die Frage, wie wirksam auf die dynamischen und kontinuierlichen Veränderungen des

AUF EINEN BLICK – SCHÄTZUNGEN DES DROGENKONSUMS IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Cannabis

Konsum:

Erwachsene (15–64)

Letzte 12 Monate: **22,1 Millionen** (6,6 %)

Lebenszeit: **83,2 Millionen** (24,8 %)

Junge Erwachsene (15–34)

Letzte 12 Monate: **16,6 Millionen** (13,3 %)

Nationale Schätzungen des Konsums in den letzten zwölf Monaten

Niedrigste 3,2 %

Höchste 23,9 %

Kokain

Konsum:

Erwachsene (15–64)

Letzte 12 Monate: **3,6 Millionen** (1,1 %)

Lebenszeit: **17,1 Millionen** (5,1 %)

Junge Erwachsene (15–34)

Letzte 12 Monate: **2,4 Millionen** (1,9 %)

Nationale Schätzungen des Konsums in den letzten zwölf Monaten

Niedrigste 0,2 %

Höchste 4,2 %

MDMA

Konsum:

Erwachsene (15–64)

Letzte 12 Monate: **2,5 Millionen** (0,8 %)

Lebenszeit: **13,0 Millionen** (3,9 %)

Junge Erwachsene (15–34)

Letzte 12 Monate: **2,1 Millionen** (1,7 %)

Nationale Schätzungen des Konsums in den letzten zwölf Monaten

Niedrigste 0,3 %

Höchste 5,5 %

Amphetamine

Konsum:

Erwachsene (15–64)

Letzte 12 Monate: **1,6 Millionen** (0,5 %)

Lebenszeit: **12,0 Millionen** (3,6 %)

Junge Erwachsene (15–34)

Letzte 12 Monate: **1,3 Millionen** (1,0 %)

Nationale Schätzungen des Konsums in den letzten zwölf Monaten

Niedrigste 0,1 %

Höchste 2,9 %

Opioide

Hochrisiko-Opioidkonsumenten: **1,3 Millionen**

Tödliche Überdosierungen

82 %

Bei **82 %** aller tödlichen Überdosierungen wurden Opioide nachgewiesen.

644 000 Opioidkonsumenten erhielten im Jahr 2014 eine Substitutionstherapie.

Drug treatment requests

Drogentherapienachfragen Hauptdroge bei etwa **40 %** aller Drogentherapienachfragen in der Europäischen Union

40 %

Neue psychoaktive Substanzen

Konsum:

Junge Erwachsene (15–24)

Letzte 12 Monate: 3,0 %

Lebenszeit: 8,0 %

Quelle: Flash Eurobarometer zum Thema Jugend und Drogen 2014

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

Marktes für neue Drogen reagiert werden kann. Über den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen sind kaum Informationen verfügbar, jedoch lassen die für das Jahr 2014 gemeldeten 50 000 Sicherstellungen dieser Drogen gewisse Rückschlüsse auf ihre relative Verfügbarkeit zu. Synthetische Cannabinoide machen mehr als 60 % dieser Sicherstellungen aus. Zudem ist ein großer Teil der 98 neuen Substanzen, die 2015 erstmals nachgewiesen und dem EU-Frühwarnsystem für neue psychoaktive Substanzen gemeldet wurden, dieser Drogenklasse zuzuordnen. Von diesen neuen Substanzen waren 25 synthetische Cannabinoide. Diese Drogen binden sich im Gehirn an dieselben Rezeptoren wie THC, der Hauptwirkstoff in natürlichem Cannabis. Aus gesundheitlicher Sicht haben viele synthetische Cannabinoide jedoch eine deutlich stärkere toxische Wirkung, und es wurde über Massenvergiftungen und sogar Todesfälle berichtet. Die mit diesen Substanzen einhergehenden Gefahren wurden in einer von der EMCDDA im Februar 2016 herausgegebenen Warnung bezüglich des synthetischen Cannabinoids MDMB-CHMICA beschrieben, das mit 13 Todesfällen und 23 nicht tödlichen Vergiftungen in Verbindung gebracht wurde. Diese chemische Substanz wurde in mehr als 20 unterschiedlichen Räuchermischungen nachgewiesen. Todesfälle oder Vergiftungen wurden bislang aus acht Ländern gemeldet, traten aber möglicherweise auch in weiteren Ländern auf. Die Konsumenten der einschlägigen Produkte dürften in der Regel nicht wissen, welche chemischen Substanzen diese enthalten.

Zu „unerwünschten Zwischenfällen" kam es darüber hinaus im Zusammenhang mit nicht kontrollierten Stimulanzien und dem Frühwarnsystem gemeldeten Opioiden. Eine wirksame und zeitnahe Reaktion auf den Verkauf schwer bestimmbarer Substanzen, von denen sich einige anschließend als hochgiftig erweisen, ist eine der wichtigsten politischen Herausforderungen, die sich in diesem Zusammenhang stellen. Junge Konsumenten fungieren womöglich unwissentlich als menschliche Versuchskaninchen für Substanzen, deren potenzielle Gesundheitsrisiken weitgehend unbekannt sind. Ein Beispiel für eine solche Substanz ist das synthetische Cathinon alpha-PVP, das im November 2015 einer Risikobewertung unterzogen wurde. Dieses potente Psychostimulans wurde in Europa mit fast 200 akuten Vergiftungen und mehr als 100 Todesfällen in Verbindung gebracht.

Die Hersteller neuer psychoaktiver Substanzen haben offenbar in zunehmendem Maße chronische und problematische Drogenkonsumenten im Visier. So sind beispielsweise nicht kontrollierte synthetische Opioide verfügbar, wie etwa Substanzen der Fentanyl-Familie. Diese Drogen können eine besonders schädliche Wirkung haben. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise auf Acetylfentanyl hinzuweisen, das im Jahre 2015 zum Thema von einem gemeinsamen Bericht von EMCDDA und Europol wurde. Neue psychoaktive Substanzen wurden zudem in Produkten nachgewiesen, die als Ersatz für Arzneimittel wie beispielsweise Benzodiazepine vermarktet werden. Der Missbrauch dieser Arzneimittel ist in einigen Ländern Teil der Drogenproblematik.

Zunahme der Todesfälle durch Überdosierung: Heroin steht erneut im Fokus

Die diesjährige Analyse macht deutlich, dass die Zunahme der Überdosierungen, die mit Heroin und anderen Opioiden in Verbindung gebracht werden, erneut Anlass zur Sorge gibt. Heroin ist den Daten zufolge für einen großen Teil der tödlichen Überdosierungen verantwortlich und zudem die im Rahmen der seit Kurzem auf städtischer Ebene bereitgestellten europäischen Daten über klinische Notfälle am häufigsten genannte illegale Droge. Hinsichtlich der bei drogenbedingten Notfällen nachgewiesenen Substanzen sind erhebliche Unterschiede zwischen den Städten festzustellen, wobei mancherorts auch Cannabis sowie Kokain und andere Stimulanzien eine zentrale Rolle spielen. Gegenwärtig findet auf europäischer Ebene keine systematische Erhebung von Daten über akute drogenbedingte Probleme statt. Die auf städtischer Ebene durchgeführte Pilotstudie lässt darauf schließen, dass eine routinemäßige Beobachtung in diesem Bereich einen wertvollen Beitrag dazu leisten würde, die Wirkung aufkommender drogenbedingter Probleme besser zu verstehen und nachzuvollziehen.

Mehrere, zumeist nordeuropäische Länder, die seit Langem mit opioidbedingten Problemen zu kämpfen haben, berichten in jüngster Zeit über eine Zunahme der Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden. Die für die Entwicklungen in diesem Bereich verantwortlichen treibenden Kräfte sind jedoch nur schwer auszumachen. Mögliche Erklärungen sind unter anderem eine zunehmende Verfügbarkeit von Heroin, ein steigender Reinheitsgrad der Drogen, eine alternde und anfälligere Konsumentenkohorte und veränderte Drogenkonsummuster (einschließlich des Konsums von synthetischen Opioiden und Arzneimitteln). Darüber hinaus könnten auch Veränderungen hinsichtlich der Berichterstattung eine Rolle spielen. Die angebotsseitigen Daten zeigen unter anderem einen Anstieg der geschätzten Heroinherstellung in Afghanistan, der beschlagnahmten Heroinmengen und des Reinheitsgrades der Droge und weisen damit auf eine möglicherweise zunehmende Verfügbarkeit von Heroin hin. Gegenwärtig gibt es jedoch keine belastbaren Belege für eine Zunahme der Zahl der neuen Heroinkonsumenten, die Zahl der

Behandlungsaufnahmen im Zusammenhang mit Heroin geht zurück oder bleibt stabil und Überdosierungen betreffen nach wie vor in erster Linie ältere Opioidkonsumenten. Allerdings wurde in einigen Ländern eine leichte Zunahme der Todesfälle durch Überdosierung unter jüngeren Konsumenten verzeichnet. Diese Entwicklung muss sorgfältig beobachtet werden.

Konsum synthetischer Opioide gibt Anlass zur Sorge

Offenbar spielen synthetische Opioide und Arzneimittel in einigen Teilen Europas bei drogenbedingten Todesfällen ebenfalls eine große Rolle. Der Missbrauch von Benzodiazepinen und anderen Arzneimitteln, die aus für therapeutische Zwecke bestimmten Beständen abgezweigt oder aus nicht zugelassenen Quellen bezogen werden, gibt Anlass zur Sorge. Jedoch weiß man nach wie vor nur wenig darüber, welche Rolle diese Drogen bei Todesfällen durch Überdosierung in Europa spielen. Über synthetische Opioide sind mehr Daten verfügbar. Synthetische Opioide, die größtenteils, aber nicht ausschließlich, für Substitutionsbehandlungen eingesetzt werden, finden in einigen Ländern in den Daten über drogenbedingte Todesfälle häufiger Erwähnung. Zudem ist eine Zunahme der Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit diesen Substanzen zu verzeichnen. Angesichts der schwerwiegenden Gesundheitsprobleme, die in Nordamerika und andernorts in Verbindung mit dem Missbrauch opioider Arzneimittel zu beobachten waren, ist eine verbesserte Überwachung im Hinblick auf eine etwaige Zunahme diesbezüglicher Probleme auf europäischer Ebene angezeigt. Wie in diesem Bericht festgestellt wird, können darüber hinaus Rechtsrahmen und klinische Leitlinien zu einer Eindämmung des Risikos der Abzweigung von Arzneimitteln aus der ordnungsgemäßen therapeutischen Verwendung beitragen.

Neue pharmakologische Optionen für die Verringerung drogenbedingter Schäden

In den nächsten Jahren wird wahrscheinlich eine Reihe neuer pharmakologischer Optionen verfügbar werden, welche die Möglichkeiten der Eindämmung einiger der mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme steigern werden. In diesem Bericht werden zwei Bereiche beleuchtet, in denen gegenwärtig neue Therapien und innovative Verabreichungsmethoden eingeführt werden. Mehrere EU-Länder stellen Opioidkonsumenten im Rahmen kommunaler Regelungen oder bei der Entlassung aus Haftanstalten den Opioidantagonisten Naloxon zur Verfügung, um Todesfälle durch Überdosierung vorzubeugen. Möglicherweise steht mit der Entwicklung nasal zu verabreichender Naloxon-Präparate eine Ausweitung der Ausgabe von Naloxon in Aussicht. Ein solches Präparat wurde in den Vereinigten Staaten kürzlich für den Verkauf in Apotheken freigegeben. Zudem werden neue Arzneimittel verfügbar, die bessere Behandlungsmöglichkeiten für Hepatitis-C-Virusinfektionen bei aktiven injizierenden Drogenkonsumenten bieten und auch in Drogenbehandlungseinrichtungen bereitgestellt werden sollen. Die neuen Therapien bergen ein bedeutendes Potenzial im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheit von Drogenkonsumenten. Die Herausforderung liegt jedoch darin, die Hindernisse für ihre Inanspruchnahme zu beseitigen und dafür zu sorgen, dass hinreichende Ressourcen zur Verfügung stehen, um dem Behandlungsbedarf zu entsprechen.

Neue Bedrohungen und Chancen durch Drogenmärkte im Internet

Der Umgang mit der Rolle des Internets sowohl als Kommunikationsmedium als auch als neue Bezugsquelle für Drogen stellt eine wichtige Herausforderung für die Drogenpolitik dar. Bislang lag der Schwerpunkt der Aufmerksamkeit in erster Linie auf den von den Drogenmärkten des Darknets ausgehenden Bedrohungen. Darüber hinaus ist es aber auch wichtig, die zunehmende Bedeutung von Websites im Surface Web, insbesondere im Hinblick auf das Angebot gefälschter Arzneimittel und neuer psychoaktiver Substanzen, sowie der Anwendung sozialer Medien, über die sich Gleichgesinnte austauschen können, zu verstehen. Zugleich bieten Online-Plattformen aber auch Chancen für Maßnahmen der Prävention, Behandlung und Schadensminimierung, auch wenn diese häufig übersehen werden.

Das Drogenangebot im Internet ist zwar noch recht klein, nimmt aber offenbar zu und hat unverkennbar beträchtliches Wachstumspotenzial. Darüber hinaus vollziehen sich die Änderungen in diesem Bereich aufgrund der zunehmenden Nutzung des Internets und der Entwicklung neuer Zahlungstechnologien, innovativer Verschlüsselungsverfahren sowie neuer Optionen für die Einrichtung dezentraler Online-Marktplätze so rasch, dass es der Gesellschaft schwerfällt, mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten und zeitnah darauf zu reagieren. Die Suche nach der am besten geeigneten Reaktion auf diese wachsende Bedrohung und die Beantwortung der Frage, wie die Chancen, die dieses Medium für die Eindämmung der Drogenproblematik bietet, bestmöglich ausgeschöpft werden können, werden sehr wahrscheinlich künftig im Rahmen der politischen Agenda Europas eine entscheidende Rolle spielen.

1

Im globalen Kontext ist Europa ein wichtiger Drogenmarkt

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 und Indien 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 in den 1990er Jahren und Kokain in den 2000er Jahren. Die Entwicklung des europäischen Marktes 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.

Die Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenangebots werden unter anderem von Regierungen und Strafverfolgungsbehörden ergriffen und setzen oftmals eine internationale Zusammenarbeit voraus. Auf EU-Ebene erfolgt ihre Koordinierung im Rahmen der EU-Drogenstrategie, der Drogenaktionspläne und des EU-Politikzyklus zur Bekämpfung der organisierten und schweren internationalen Kriminalität. Die von den Ländern verfolgte Linie wird in ihren nationalen Drogenstrategien und -gesetzen festgelegt. Die Daten über Festnahmen und Sicherstellungen sind gegenwärtig die am besten dokumentierten Indikatoren für Maßnahmen zur Unterbrechung des Drogennachschubs.

Drogenmärkte: Einschätzung des finanziellen Werts

Illegale Drogenmärkte sind komplexe Herstellungs- und Vertriebssysteme, die auf unterschiedlichen Ebenen riesige Summen generieren. Einer vorsichtigen Schätzung zufolge belief sich der Wert des Endkundenmarktes für

Beobachtung von Drogenmärkten, Handel und Gesetzen

Die in diesem Kapitel vorgestellte Analyse stützt sich auf gemeldete Daten über Sicherstellungen von Drogen und Drogengrundstoffen, abgefangene Lieferungen, aufgedeckte Produktionsstätten für Drogen, 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. Vollständige Datensätze und ausführliche Darlegungen zur Methodik sind dem online verfügbaren Statistical Bulletin zu entnehmen. Es sei darauf hingewiesen, dass die Entwicklungstrends von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden können, wie beispielsweise den Gewohnheiten und Vorlieben der Konsumenten, Veränderungen im Bereich Herstellung und Handel, der Intensität der Strafverfolgung und der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels.

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. Die Daten werden von Faktoren wie einer besseren Sensibilisierung für diese Substanzen, ihrem sich wandelnden rechtlichen Status und der Meldepraxis der Strafverfolgungsbehörden beeinflusst. Eine umfassende Beschreibung des EU-Frühwarnsystems findet sich auf der Website der EMCDDA unter Action on new drugs.

Ferner sind auf der Website der EMCDDA ergänzende Informationen über die europäische Drogengesetzgebung und Drogenpolitik verfügbar.

illegale Drogen in der Europäischen Union im Jahr 2013 auf 24,3 Mrd. EUR (wahrscheinliche Spanne: 21 Mrd. EUR bis 31 Mrd. EUR). Mit einem geschätzten Handelswert von 9,3 Mrd. EUR auf Konsumentenebene (wahrscheinliche Spanne: 8,4 Mrd. EUR bis 12,9 Mrd. EUR) und einem Marktanteil von etwa 38 % machen Cannabisprodukte den Löwenanteil des europäischen Marktes für illegale Drogen aus. An zweiter und dritter Stelle folgen Heroin mit geschätzten 6,8 Mrd. EUR (wahrscheinliche Spanne: 6,0 Mrd. EUR bis 7,8 Mrd. EUR) (28 %) und Kokain mit 5,7 Mrd. EUR (4,5 Mrd. EUR bis 7,0 Mrd. EUR) (24 %). Einen geringeren Marktanteil haben Amphetamine mit geschätzten 1,8 Mrd. EUR (1,2 Mrd. EUR bis 2,5 Mrd. EUR) (8 %), gefolgt von MDMA mit knapp 0,7 Mrd. EUR (0,61 Mrd. EUR bis 0,72 Mrd. EUR) (3 %). Diese Schätzungen basieren auf sehr begrenzten Daten, sodass einige großzügige Annahmen erforderlich waren, und sind demzufolge als vorläufige Mindestschätzungen zu betrachten, die korrigiert werden müssen, sobald die ihnen zugrunde liegende Datenbasis verbessert wurde.

Neue Angebotsformen: Online-Drogenmärkte

Während die illegalen Drogenmärkte ursprünglich an physische Standorte gebunden waren, sind in den letzten zehn Jahren neue Internet-Technologien entstanden, welche die Entwicklung von Online-Marktplätzen ermöglicht haben. Drogenmärkte können zum einen im Surface Web angesiedelt sein, über das in aller Regel nicht kontrollierte Vorläuferstoffe, neue psychoaktive Substanzen sowie nachgeahmte und gefälschte Arzneimittel gehandelt werden. Zum anderen können sie auch im Deep Web in Form von Darknet- oder Kryptomärkten betrieben werden, wie beispielsweise AlphaBay oder der inzwischen geschlossene Marktplatz Silk Road. Den Berichten zufolge werden über die Darknet-Märkte in erster Linie Cannabisprodukte und MDMA sowie zahlreiche Arzneimittel angeboten.

Darknet-Märkte sind Online-Verkaufsplattformen oder -Marktplätze, die spezielle Technologien zum Schutz personenbezogener Daten einsetzen und über die mehrere Verkäufer zumeist illegale Waren und Dienstleistungen anbieten. Diese Märkte weisen ähnliche Merkmale auf wie andere 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 (The Onion Router), welche die IP-Adresse eines Computers verbergen, dezentrale und 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. In letzter Zeit wurden unter anderem verbesserte Sicherheitssysteme entwickelt, um betrügerischen Praktiken der Verkäufer vorzubeugen, darunter auch ausgefeilte Escrow-Systeme. Des Weiteren wurden die Plattformen dezentralisiert, um Maßnahmen

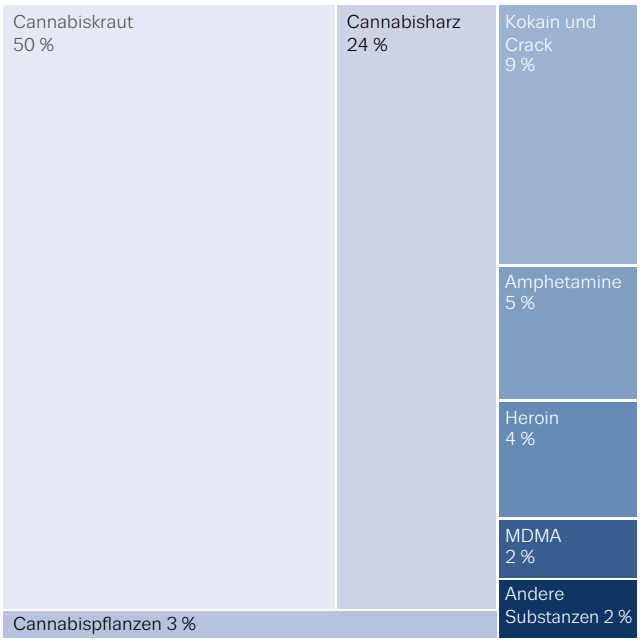
der Strafverfolgungsbehörden zu unterlaufen. Gegenwärtig geht man davon aus, dass diese Märkte nur einen kleinen Teil des Handels mit illegalen Drogen ausmachen und der Großteil der Transaktionen auf Konsumentenebene stattfindet. Allerdings bergen sie durchaus das Potenzial für eine weitere Expansion.

Drogensicherstellungen: Cannabis an erster Stelle

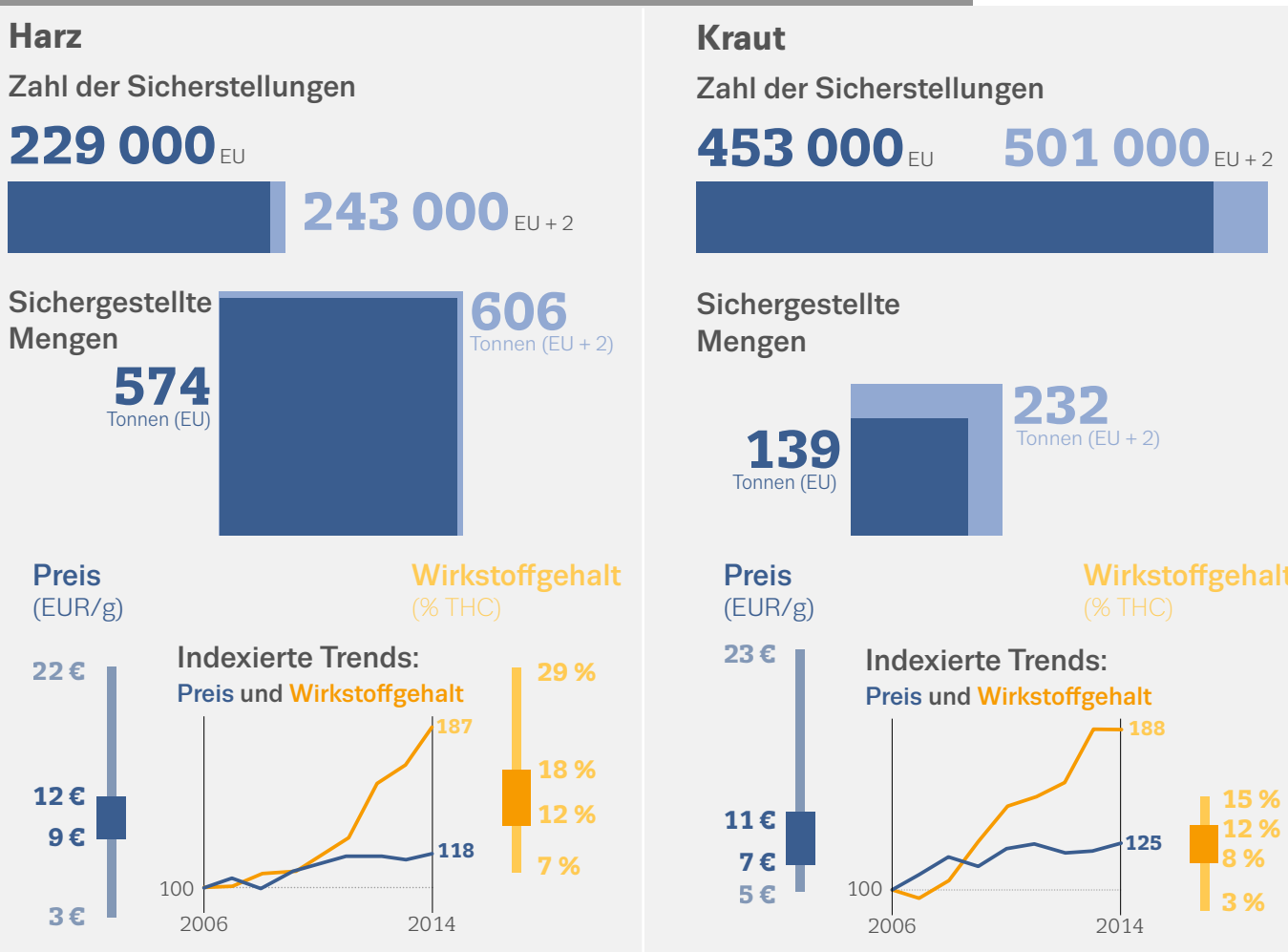
Jedes Jahr wird in Europa mehr als eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen gemeldet. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um bei Konsumenten beschlagnahmte Kleinstmengen; ein großer Teil der sichergestellten Gesamtmenge entfällt allerdings auf

ABBILDUNG 1.1

Zahl der gemeldeten Sicherstellungen, aufgeschlüsselt nach Drogen, 2014



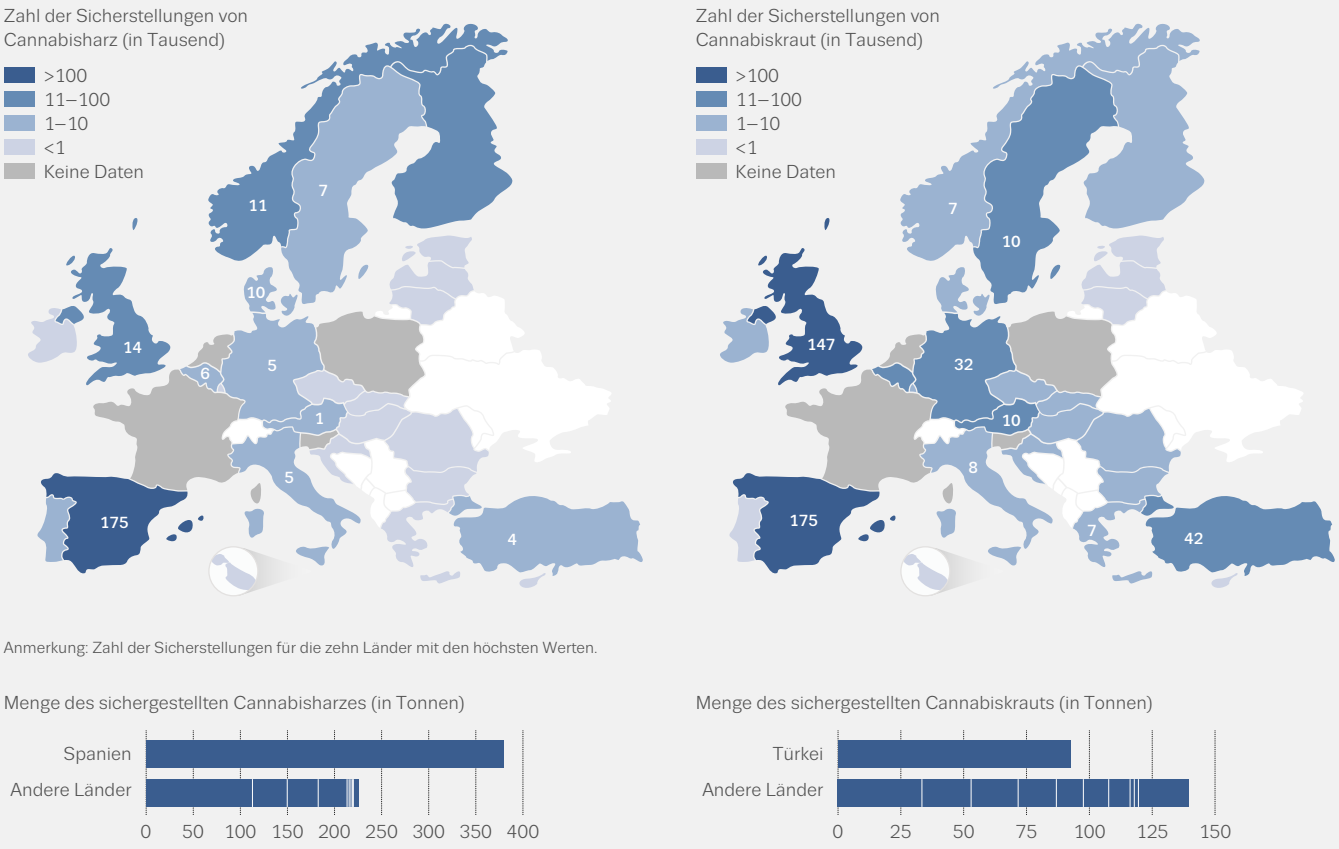
CANNABIS



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, 2014 bzw. aktuellstes Jahr



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

Sicherstellungen von mehreren Kilogramm bei Schmugglern und Produzenten.

Cannabis ist die am häufigsten sichergestellte Droge, auf die mehr als drei Viertel (78 %) der Sicherstellungen in Europa entfallen (Abbildung 1.1); dies ist ein Indiz für seine hohe Konsumprävalenz. An zweiter Stelle folgt Kokain (9 %). Die Anteile der Sicherstellungen von Amphetaminen (5 %), Heroin (4 %) und MDMA (2 %) sind geringer.

Im Jahr 2014 entfielen etwa 60 % aller Sicherstellungen in der Europäischen Union auf nur zwei Länder, namentlich Spanien und das Vereinigte Königreich, wenngleich auch aus Belgien, Deutschland und Italien eine nicht unerhebliche Zahl von Sicherstellungen gemeldet wurde. Ferner sei darauf hingewiesen, dass für Frankreich und die Niederlande (Länder, die in der Vergangenheit zahlreiche Sicherstellungen gemeldet haben), sowie für Finnland und Polen, keine aktuellen Daten über die Zahl der Sicherstellungen zur Verfügung stehen. Das Fehlen dieser Daten mindert die Aussagekraft der hier vorgestellten Analyse. Darüber hinaus nimmt die Türkei bei der Sicherstellung von Drogen einen bedeutenden Platz ein, wobei die dort abgefangenen Drogenlieferungen nicht nur für den Konsum in anderen Ländern – sowohl in Europa als auch im Nahen und Mittleren Osten – bestimmt waren, sondern zum Teil auch für den lokalen Konsum.

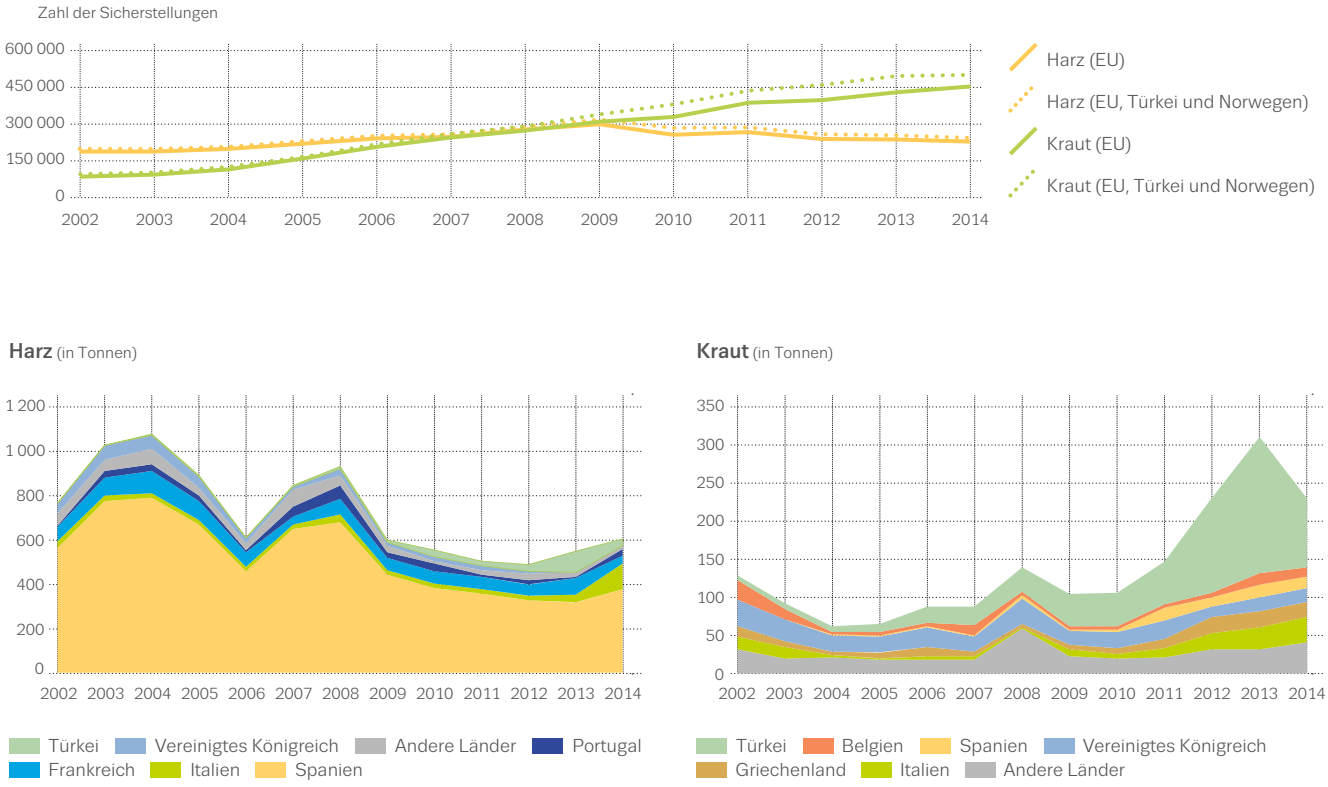
Cannabis: eine Vielzahl unterschiedlicher Produkte

Auf dem europäischen Drogenmarkt sind im Wesentlichen zwei Cannabisprodukte erhältlich: Cannabiskraut („Marihuana“) und Cannabisharz („Haschisch“). Das in Europa konsumierte Cannabiskraut wird im Inland angebaut oder aus dem Ausland eingeschmuggelt. In Europa wird Cannabiskraut vorwiegend im Innenanbau kultiviert. Cannabisharz gelangt zu einem großen Teil auf dem See- oder Luftweg aus Marokko nach Europa.

Im Jahr 2014 wurden in der Europäischen Union 682 000 Sicherstellungen von Cannabis gemeldet (davon entfielen 453 000 auf Cannabiskraut und 229 000 auf Cannabisharz). Ferner gab es weitere 33 000 Sicherstellungen von Cannabispflanzen. Dennoch wurde in der Europäischen Union deutlich mehr Cannabisharz als Cannabiskraut sichergestellt (574 Tonnen gegenüber 139 Tonnen). Dies erklärt sich zum Teil aus der Tatsache, dass Cannabisharz in großen Mengen über weite Entfernungen und Ländergrenzen hinweg transportiert und

ABBILDUNG 1.3

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



daher bei Sicherstellungen eher erfasst wird. Die Analyse der sichergestellten Cannabismengen zeigt, dass in einigen wenigen Ländern aufgrund ihrer Lage an wichtigen Cannabisschmuggelrouten unverhältnismäßig große Mengen dieser Droge beschlagnahmt werden. So meldete Spanien als wichtiges Einfallstor für in Marokko hergestelltes Cannabisharz etwa zwei Drittel der im Jahr 2014 in Europa sichergestellten Gesamtmenge (Abbildung 1.2). In den letzten Jahren wurden in der Türkei größere Mengen Cannabiskraut sichergestellt als in jedem anderen europäischen Land.

Daneben wurden in der Europäischen Union Sicherstellungen von anderen Cannabisprodukten gemeldet, darunter etwa 200 Sicherstellungen von Cannabisöl.

Seit dem Jahr 2009 wird in Europa Cannabiskraut häufiger sichergestellt als Cannabisharz, wobei sich die Differenz seither weiter vergrößert hat (Abbildung 1.3). Zugleich stieg die Menge des in der Europäischen Union sichergestellten Cannabiskrauts weiter an. Den jüngsten Daten zufolge hat in der Europäischen Union auch die Menge des beschlagnahmten Cannabisharzes zugenommen, während in der Türkei ein massiver Rückgang der Menge des sichergestellten Cannabiskrauts zu verzeichnen war.

Die Sicherstellungen von Cannabispflanzen können als Indikator für die Produktion der Droge innerhalb eines Landes dienen. Aufgrund methodischer Probleme müssen Daten über Sicherstellungen von Cannabispflanzen mit Vorsicht interpretiert werden; nichtsdestotrotz hat sich die Zahl der sichergestellten Pflanzen von 1,5 Millionen im Jahr 2002 auf 3,4 Millionen im Jahr 2014 mehr als verdoppelt.

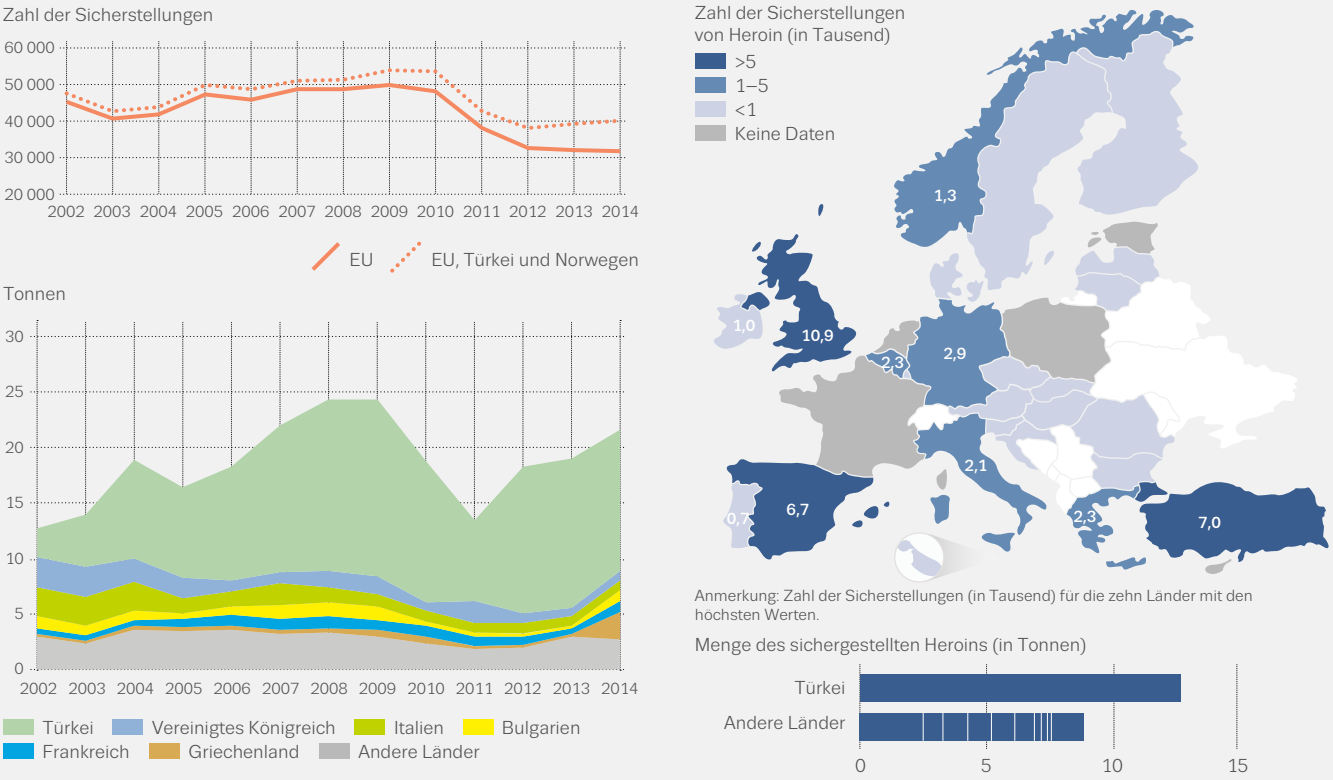
Die Analyse der indexierten Trends in denjenigen Ländern, die regelmäßig einschlägige Daten übermitteln, zeigt zwischen 2006 und 2014 einen starken Anstieg des Wirkstoffgehalts (Tetrahydrocannabinol, THC), sowohl bei Cannabiskraut als auch bei Cannabisharz. Gefördert wurde diese Steigerung des Wirkstoffgehalts vermutlich auch durch die Etablierung intensiver Produktionstechniken innerhalb Europas und in jüngerer Zeit durch die Einführung von Pflanzen mit hohem Wirkstoffgehalt in Marokko.

Opioide: Ein Markt im Wandel?

Heroin ist 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

ABBILDUNG 1.4

Zahl der Heroinsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2014 bzw. aktuellstes Jahr



verbreitet ist und vor allem aus Afghanistan stammt, und das weiße Heroin (in Salzform), das weit weniger verbreitet ist und ursprünglich aus Südostasien stammt, mittlerweile aber auch in Afghanistan oder benachbarten Ländern produziert werden kann. Andere Opioide, die im Jahr 2014 von Strafverfolgungsbehörden in Europa sichergestellt wurden, waren Opium sowie die Arzneimittel Morphin, Methadon, Buprenorphin, Tramadol und Fentanyl. Einige medizinische Opioide werden unter Umständen aus Lieferungen für den Arzneimittelhandel abgezweigt, während andere speziell für den illegalen Markt hergestellt werden.

Der weltweit größte Teil des illegalen Opiums wird nach wie vor in Afghanistan hergestellt, und es wird angenommen, dass das nach Europa gelangende Heroin überwiegend von dort bzw. aus dem benachbarten Iran oder Pakistan stammt. Ursprünglich war die Herstellung von Opioiden in Europa auf aus einigen osteuropäischen Ländern stammende Produkte aus selbst angebautem 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 Jahren 2013 und 2014 darauf schließen, dass Heroin mittlerweile womöglich auch in Europa hergestellt wird.

Heroin gelangt auf vier Schmuggelrouten 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. Kürzlich entstand zudem ein Ableger der Balkanroute über Syrien und den Irak. Die südliche Route scheint in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen zu haben. Dabei gelangen Heroinlieferungen aus dem Iran und Pakistan auf dem Luft- oder Seeweg entweder direkt oder auf Umwegen über west-, süd- und ostafrikanische Länder nach Europa. Zu den weiteren, derzeit weniger wichtigen Routen zählen die „nördliche Route“ sowie eine neue Heroinroute, die offenbar gegenwärtig durch den südlichen Kaukasus und über das Schwarze Meer erschlossen wird.

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 Sicherstellungen von Heroin nieder, die in der Europäischen Union zwischen 2009 und 2014 von etwa 50 000 auf 32 000 zurückging. Die Menge des in der EU sichergestellten Heroins war lange Jahre rückläufig und sank zwischen 2002 und 2012 von 10 Tonnen auf 5 Tonnen, bevor sie 2014 sprunghaft auf 8,9 Tonnen stieg. Diese Umkehrung der Entwicklung ist auf die steigende Zahl von Sicherstellungen großer Mengen (mehr als 100 kg) zurückzuführen, wobei mehrere Länder in den Jahren 2013 und 2014 Höchstmengen von Heroin beschlagnahmten. Insbesondere Griechenland und in etwas geringerem Umfang Bulgarien meldeten den

jüngsten Daten zufolge eine erhebliche Zunahme der beschlagnahmten Heroinmengen. In der Türkei, die seit dem Jahr 2003 weit mehr Heroin sichergestellt hat als jedes EU-Land, wurden 2014 etwa 13 Tonnen dieser Droge beschlagnahmt (Abbildung 1.4).

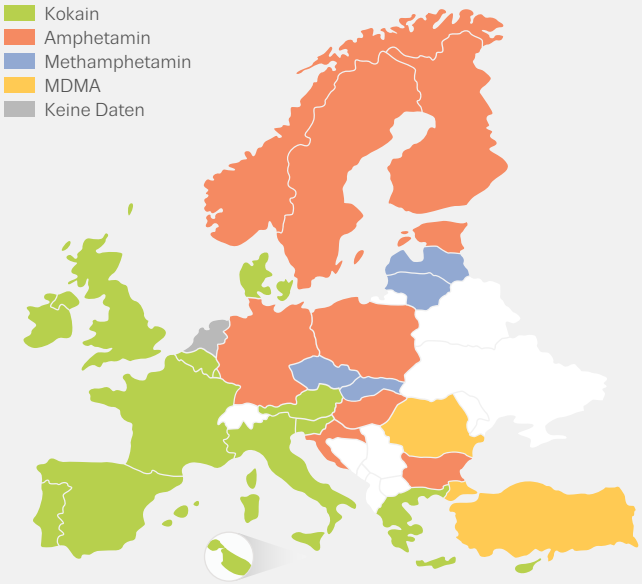
In den Ländern, die regelmäßig einschlägige Daten übermitteln, deuten die indexierten Trends darauf hin, dass sich der Reinheitsgrad von Heroin im Jahr 2014 in Europa erhöht hat. Gemeinsam mit dem Anstieg der beschlagnahmten Mengen und anderen Entwicklungen weist dies unter Umständen darauf hin, dass die Verfügbarkeit dieser Droge steigen könnte.

Europas Markt für Stimulanzien: unterschiedliche regionale Muster

Auf dem EU-Drogenmarkt ist eine breite Palette illegaler Stimulanzien erhältlich, wobei hinsichtlich der am häufigsten sichergestellten Stimulanzien regionale Unterschiede festzustellen sind (Abbildung 1.5). Diese Unterschiede sind weitgehend auf die Lage der größeren Produktionsstätten sowie der Einfuhrpunkte und Schmuggelrouten zurückzuführen. So steht beispielsweise 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 Amphetamin, während in der Tschechischen Republik, der Slowakei, Lettland und Litauen Methamphetamin das am häufigsten beschlagnahmte Stimulans darstellt. In Rumänien und der Türkei ist MDMA das am häufigsten sichergestellte Stimulans.

ABBILDUNG 1.5

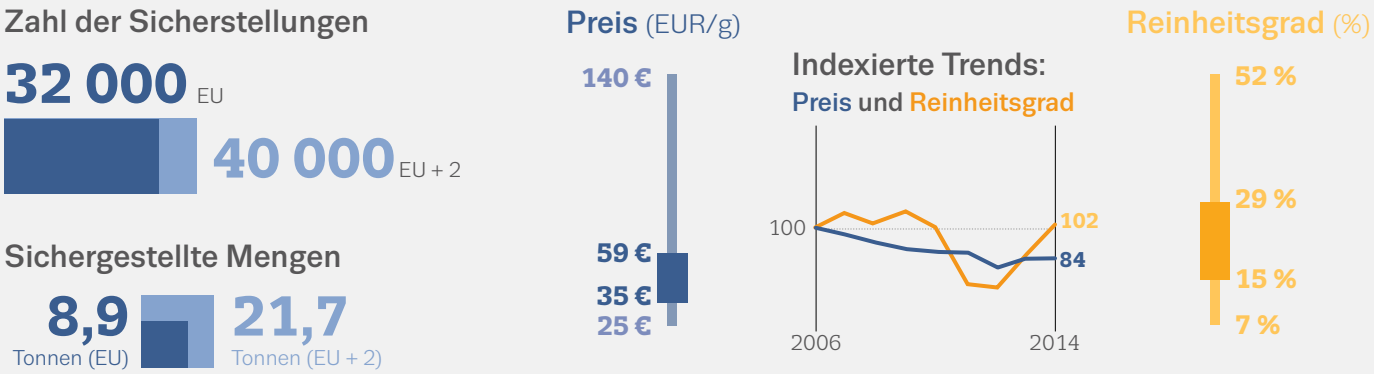
In Europa am häufigsten sichergestellte Stimulanzien, 2014 bzw. aktuellstes Jahr



Kokain: Stabilisierung des Marktes

Kokain wird in Europa in zwei Formen angeboten, am häufigsten als Kokainpulver (ein Hydrochloridsalz, HCl). Das rauchbare Crack (freie Base des Kokains) ist weniger

HEROIN



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.

leicht erhältlich. Kokain wird aus den Blättern des Kokastrauchs gewonnen. Die fast ausschließlich in Bolivien, Kolumbien und Peru produzierte Droge gelangt auf dem Luft- und Seeweg nach Europa. Dabei kommen die unterschiedlichsten Verfahren zum Einsatz, darunter Kuriere in Linienflugzeugen, Luftfracht, Express- und Postsendungen sowie Privatflugzeuge. Auf dem Seeweg wird Kokain unter anderem in großen Mengen auf Privatjachten und in Seecontainern geschmuggelt. Auf Spanien, Belgien, die Niederlande (basierend auf den Daten für 2012), Frankreich und Italien entfallen insgesamt 84 % der schätzungsweise 61,6 Tonnen, die im Jahr 2014 sichergestellt wurden (Abbildung 1.6).

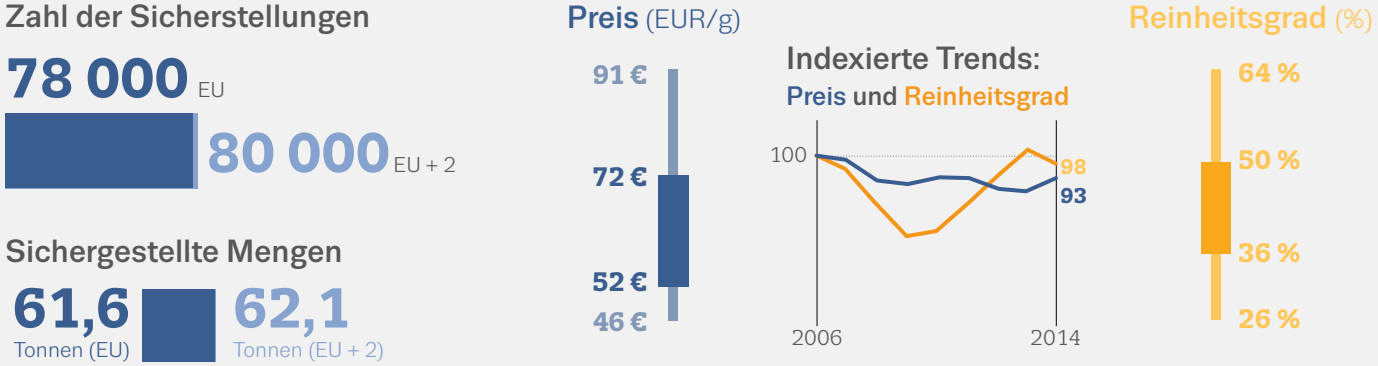
Im Jahr 2014 wurden in der Europäischen Union etwa 78 000 Sicherstellungen von Kokain gemeldet. Seit dem Jahr 2010 ist dieser Wert relativ stabil geblieben, allerdings liegen sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die sichergestellte Menge deutlich unter den zuvor erreichten Höchstständen (Abbildung 1.6). Zwar wird in Spanien nach wie vor die größte Menge Kokain sichergestellt, jedoch gibt es Anzeichen für eine anhaltende Diversifizierung der Schmuggelrouten nach Europa; so wurden in jüngster Zeit Sicherstellungen der Droge in den Häfen des östlichen Mittelmeers, der Ostsee und des Schwarzen Meers gemeldet. Insgesamt deuten die indexierten Trends darauf hin, dass der Aufwärtstrend, der in den letzten Jahren beim Reinheitsgrad von Kokain zu beobachten war, mittlerweile zum Stillstand gekommen ist.

Vorläuferstoffe: zunehmende Nutzung nicht erfasster Substanzen

Vorläuferstoffe werden für die Herstellung synthetischer Stimulanzien und anderer Drogen benötigt. Ihre Verfügbarkeit hat weitreichende Auswirkungen auf den Markt und die in illegalen Labors verwendeten Herstellungsverfahren. Da viele Vorläuferstoffe auch legalen Zwecken dienen, wird der Handel mit bestimmten chemischen Substanzen, die nach EU-Recht erfasst wurden, streng überwacht. Die Hersteller synthetischer Drogen versuchen, die Kontrollen zu umgehen, indem sie nicht erfasste Substanzen für die Herstellung von Vorläuferstoffen verwenden. Diese Vorgehensweise erhöht jedoch unter Umständen auch das Aufdeckungsrisiko, da mehr chemische Substanzen benötigt werden und mehr Abfall anfällt.

Die von den EU-Mitgliedstaaten bereitgestellten Daten über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von Vorläuferstoffen belegen, dass in der Europäischen Union nach wie vor erfasste und nicht erfasste Substanzen gleichermaßen zur Herstellung von illegalen Drogen, insbesondere von Amphetaminen und MDMA, genutzt werden (Tabelle 1.1). Zwischen 2013 und 2014 sank die sichergestellte Menge von APAAN (Alpha-Phenylacetoacetonitril), eines Vorstoffs für den Drogengrundstoff BMK, von 48 802 kg auf 6 062 kg. Dieser drastische Rückgang ist wahrscheinlich auf die Erfassung dieser Substanz nach EU-Recht im Dezember 2013 zurückzuführen. Da jedoch MDMA nach wie vor auf dem Markt verfügbar ist und zudem die sichergestellte Menge des MDMA-Vorläuferstoffs Safrol, die sich im Jahr 2013

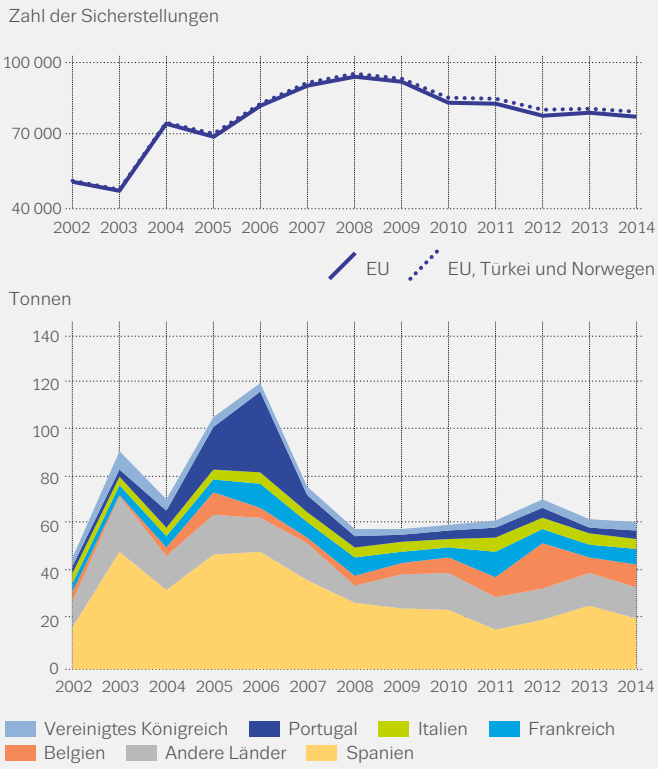
KOKAIN

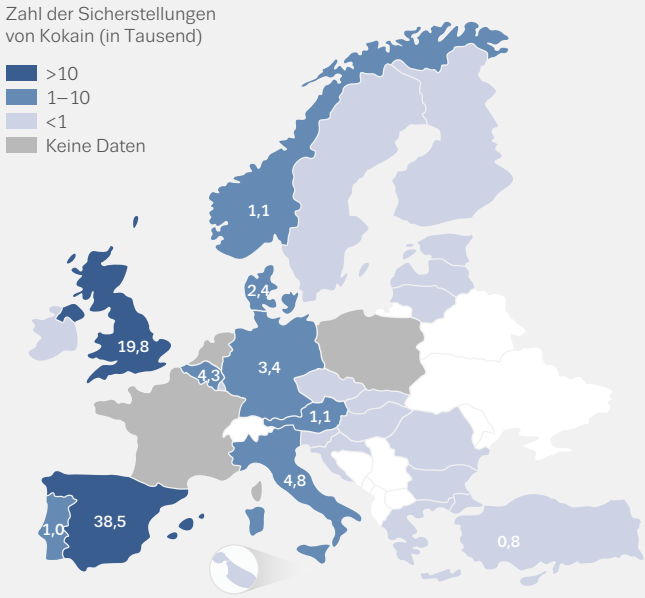


Die Angabe „EU + 2" bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von Kokain: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

ABBILDUNG 1.6

Zahl der Kokainsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2014 bzw. aktuellstes Jahr





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

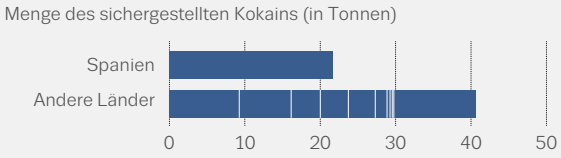


TABELLE 1.1

Übersicht über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von Vorläuferstoffen, die in Europa zur Herstellung ausgewählter synthetischer Drogen verwendet werden, 2014

	Sicherstellungen		Abgefangene Lieferungen (1)		GESAMT	
Vorläuferstoff/*Vorstoff für Vorläuferstoffe*	**Fälle**	**Menge**	**Fälle**	**Menge**	**Fälle**	**Menge**
MDMA oder verwandte Substanzen						
PMK (Liter)	1	5	0	0	**1**	**5**
Safrol (Liter)	0	0	2	1 050	**2**	**1 050**
Piperonal (kg)	3	5	4	2 835	**7**	**2 840**
***Glycid-Derivate von PMK* (kg)**	6	5 575	1	1 250	**7**	**6 825**
Amphetamin und Methamphetamin						
BMK (Liter)	14	2 353	0	0	**14**	**2 353**
PAA, Phenylessigsäure (kg)	1	100	2	190	**3**	**290**
Ephedrin, in loser Form (kg)	19	31	1	500	**20**	**531**
Pseudoephedrin, in loser Form (kg)	8	12	0	0	**8**	**12**
***APAAN* (kg)**	18	6 062	1	5 000	**19**	**11 062**

(1) Eine abgefangene Lieferung ist eine Lieferung, die wegen des Verdachts der Abzweigung zu illegalen Zwecken verweigert, ausgesetzt oder vom Ausführer freiwillig zurückgezogen wurde.

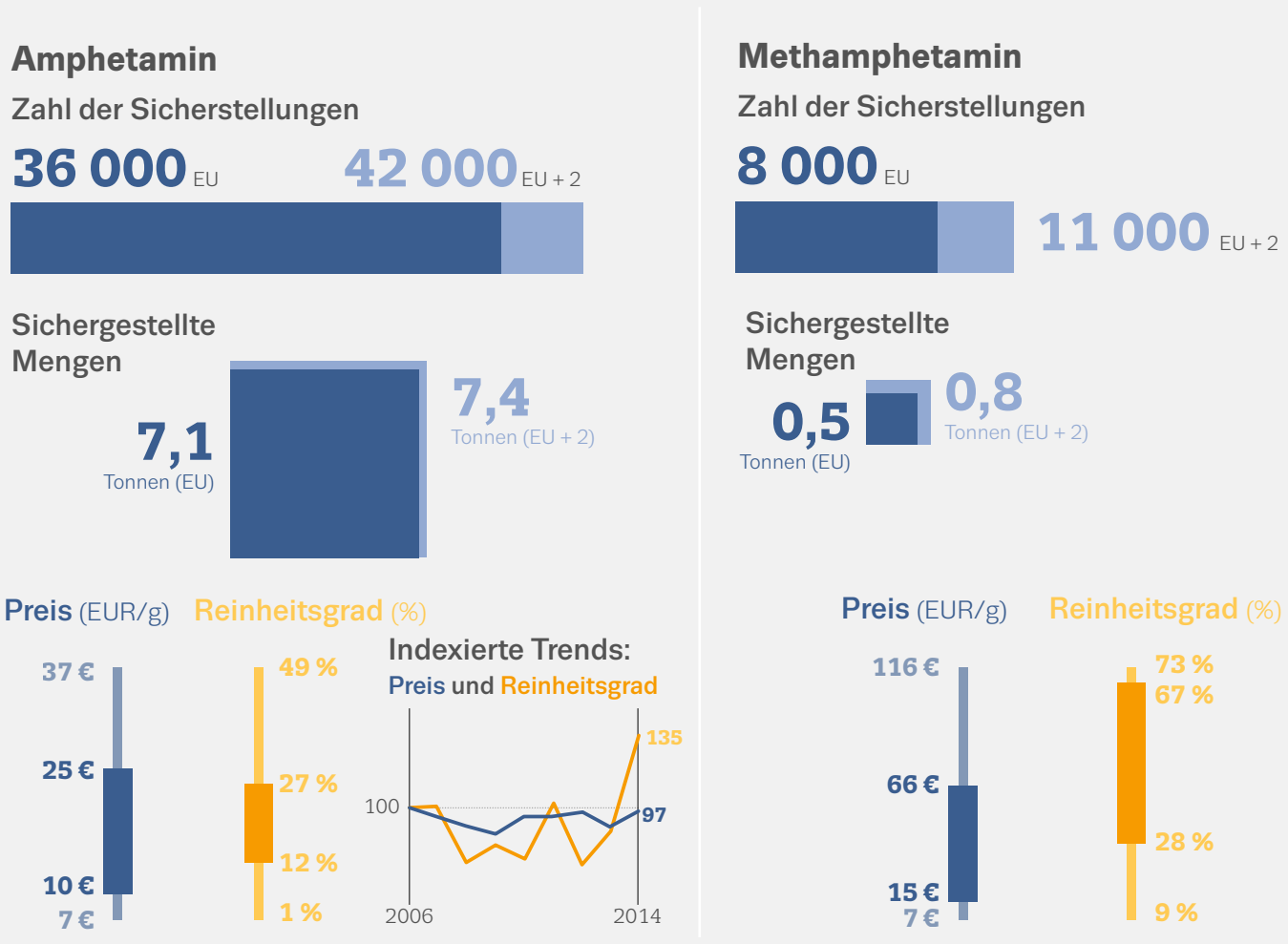
noch auf 13 837 Liter belief, im Jahr 2014 auf Null gefallen ist, ist davon auszugehen, dass alternative Vorläuferstoffe verwendet werden. Die Sicherstellungen nicht erfasster Vorstoffe für MDMA-Grundstoffe, insbesondere von PMK-Glycidat, nahmen im Jahr 2014 zu.

Amphetamin und Methamphetamin

Amphetamin und Methamphetamin sind unter der generischen Bezeichnung „Amphetamine" bekannt. Es handelt sich dabei um zwei eng verwandte synthetische Stimulanzien, die in einigen Datensätzen schwer zu unterscheiden sind. Amphetamin ist in Europa seit jeher weiter verbreitet, doch gibt es seit einigen Jahren immer mehr Berichte über eine steigende Verfügbarkeit von Methamphetamin auf dem Markt.

Beide Drogen werden in Europa für den heimischen Konsum hergestellt. Zudem wird eine gewisse Menge Amphetamin und Methamphetamin für den Export produziert, insbesondere für den Nahen und Mittleren Osten – dort gibt es einen Markt für „Captagon"Tabletten, die den Berichten zufolge Amphetamine enthalten – sowie für den Fernen Osten und Ozeanien. Europa ist zudem eine Durchgangsstation für Methamphetamin, das aus Westafrika und dem Iran zu den Märkten im Nahen und Mittleren Osten geschmuggelt wird. Produktionsstandorte für Amphetamin sind in erster Linie Belgien, die Niederlande, Polen und Deutschland sowie in geringerem Maße die baltischen Länder. In der letzten Zeit war eine Verlagerung der letzten Produktionsstufe zu beobachten: Mehrere Länder berichten inzwischen über die Umwandlung von ölförmiger Amphetamin-Base in Amphetaminsulfat.

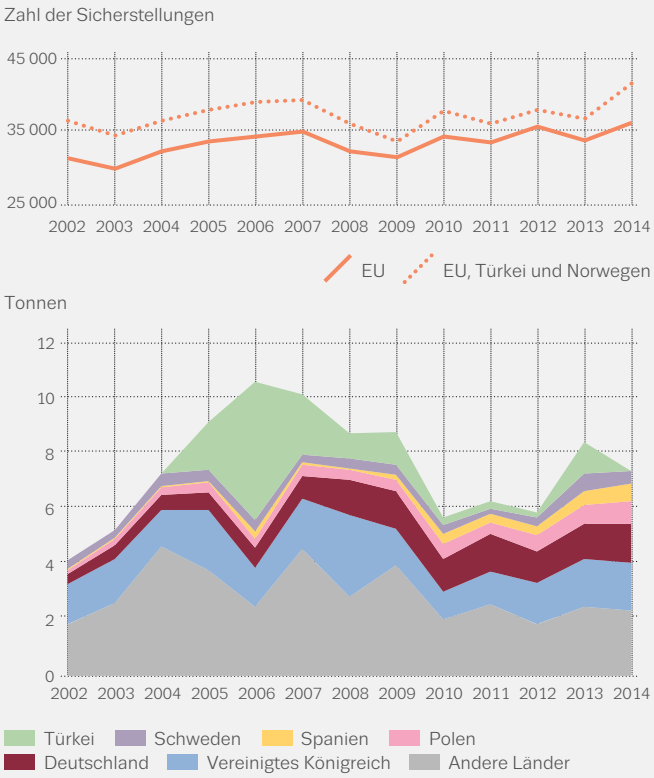
AMPHETAMINE

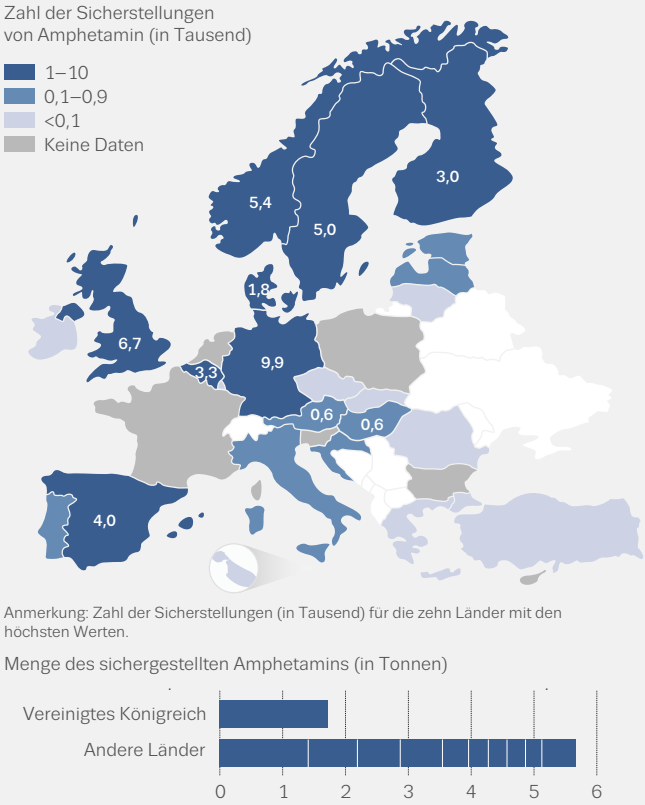


Die Angabe „EU + 2" bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von Amphetaminen: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst. Für Methamphetamin liegen keine indexierten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

ABBILDUNG 1.7

Zahl der Amphetaminsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2014 bzw. aktuellstes Jahr

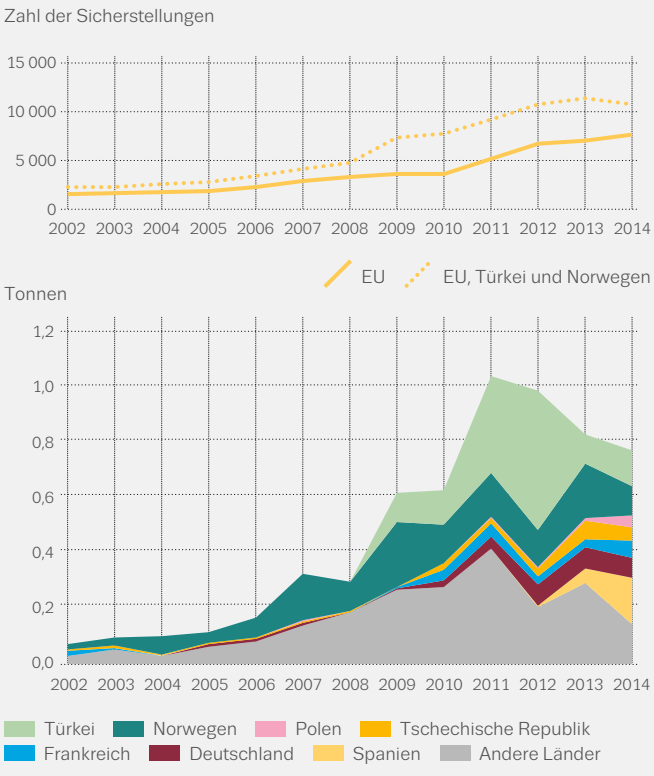


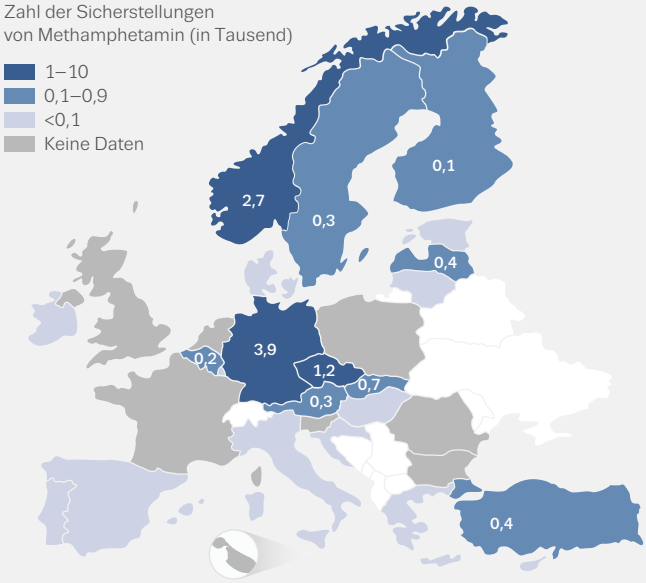


Anmerkung: Zahl der Sicherstellungen (in Tausend) für die zehn Länder mit den höchsten Werten.

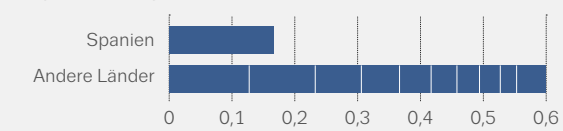
ABBILDUNG 1.8

Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin und sichergestellte Menge: Trends und 2014 bzw. aktuellstes Jahr





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



Der Großteil des in Europa produzierten Methamphetamins wird in der Tschechischen Republik und ihren Nachbarländern hergestellt. Gewisse Produktionskapazitäten gibt es jedoch auch in den Niederlanden und Litauen, während Bulgarien über einen Anstieg der Zahl aufgedeckter Labors berichtete.

Aus Litauen und Bulgarien wurde unter Verwendung von BMK (Benzylmethylketon) hergestelltes Methamphetamin gemeldet. In der Tschechischen Republik und ihren Nachbarländern werden hingegen Ephedrin und Pseudoephedrin für die Produktion von Methamphetamin eingesetzt. Ursprünglich wurde Methamphetamin in der Tschechischen Republik vor allem von Konsumenten in kleinen Labors für ihren eigenen bzw. den lokalen Konsum hergestellt. Dies spiegelt sich in der hohen Zahl der in diesem Land entdeckten Produktionsstandorte wider (261 Aufdeckungen im Jahr 2013 von insgesamt 294 Aufdeckungen in Europa). Seit einiger Zeit steigen die Produktionsmengen jedoch und es kommen neue Vorstoffe für Drogengrundstoffe zum Einsatz. In diesem Zusammenhang gibt es Berichte über organisierte kriminelle Gruppen, die diese Droge sowohl für den heimischen Markt als auch für ausländische Märkte herstellen.

Im Jahr 2014 meldeten die EU-Mitgliedstaaten 36 000 Sicherstellungen von Amphetamin, was einer Gesamtmenge von 7,1 Tonnen entspricht. Insgesamt ist die Menge des in der Europäischen Union sichergestellten Amphetamins seit 2002 gestiegen (Abbildung 1.7). Die Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin ist weit niedriger und macht rund ein Fünftel aller im Jahr 2014 vorgenommenen Sicherstellungen von Amphetaminen aus, wobei in der Europäischen Union im Rahmen der gemeldeten 7 600 Sicherstellungen 0,5 Tonnen Methamphetamin beschlagnahmt wurden (Abbildung 1.8). 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 Methamphetamin höher als bei Amphetamin. Obwohl die indexierten Trends den aktuellsten Daten zufolge auf einen gestiegenen Reinheitsgrad bei Amphetamin hindeuten, ist der durchschnittliche Reinheitsgrad dieser Droge nach wie vor relativ niedrig.

MDMA: mehr Produkte mit hohem Wirkstoffgehalt

Die synthetische Substanz MDMA (3,4-Methylendioxy-N-methamphetamin) ist chemisch mit den Amphetaminen verwandt, hat aber eine andere Wirkung. Ecstasy-Tabletten waren ursprünglich das am weitesten verbreitete MDMA-Produkt auf dem Markt, wenngleich sie häufig eine Reihe MDMA-ähnlicher Substanzen und chemisch nicht verwandter Substanzen enthielten. Nach einer Phase, in der Meldungen darauf hindeuteten, dass die in Europa als Ecstasy verkauften Tabletten mehrheitlich niedrige Dosen oder gar kein MDMA enthielten, gibt es in jüngster Zeit Hinweise, dass sich dies geändert hat. Die Berichte weisen auf eine höhere Verfügbarkeit von MDMA-Tabletten mit hohem Wirkstoffgehalt sowie von MDMA in Pulver- und kristalliner Form hin.

Der Schwerpunkt der Herstellung von MDMA in Europa liegt offenbar in den Niederlanden, das seit jeher die meisten Produktionsstandorte für diese Droge meldet. Nach einem Rückgang der MDMA-Produktion gegen Ende des letzten Jahrzehnts gibt es nun Anzeichen für einen erneuten Anstieg der hergestellten Menge, die durch Meldungen über die in letzter Zeit aufgedeckten großen Produktionsstätten in Belgien und den Niederlanden bestätigt werden.

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 2014 liegen aus den Niederlanden keine Daten vor, während aus Finnland, Frankreich, Polen und Slowenien keine Meldungen in Bezug auf die Zahl der Sicherstellungen übermittelt wurden. Im Jahr 2012 meldeten die Niederlande die Sicherstellung von 2,4 Millionen MDMA-Tabletten, und wenn für 2014 eine ähnliche Zahl angenommen werden kann, wurden in diesem Jahr in der Europäischen Union schätzungsweise rund 6,1 Millionen MDMA-Tabletten beschlagnahmt. Damit hätte sich die sichergestellte Menge seit 2009 etwa verdoppelt. Darüber hinaus wurden im Jahr 2014 0,2 Tonnen MDMA-Pulver beschlagnahmt. Große Mengen MDMA wurden auch in der Türkei sichergestellt, wo im Jahr 2014 3,6 Millionen MDMA-Tabletten beschlagnahmt wurden (Abbildung 1.9).

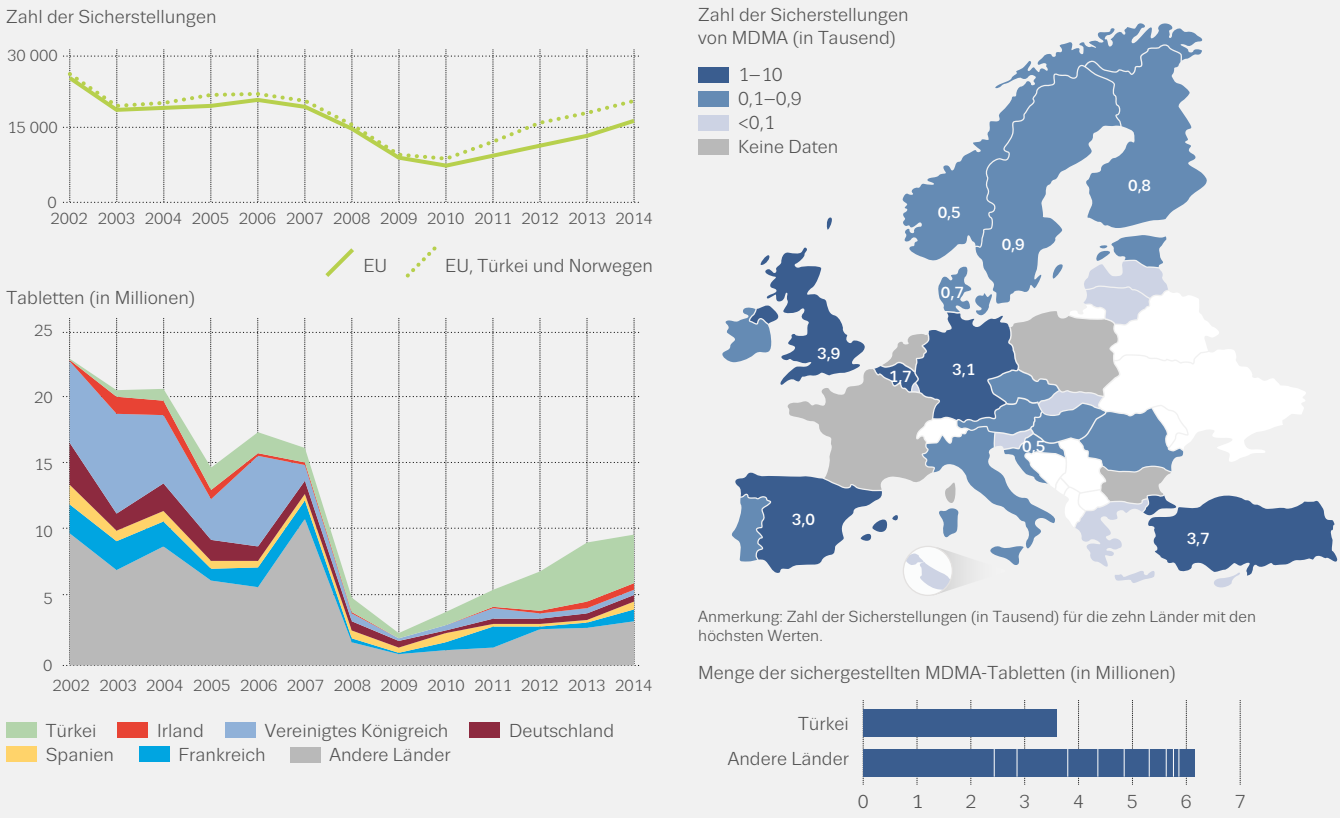
In den Ländern, die regelmäßig einschlägige Daten übermitteln, deuten die indexierten Trends zudem auf eine Erhöhung des MDMA-Gehalts seit 2010 hin, und die Verfügbarkeit von MDMA-Produkten mit hohem Wirkstoffgehalt löste im Jahr 2014 gemeinsame Warnmeldungen durch Europol und die EMCDDA aus.

Sicherstellungen von LSD, GHB, Ketamin und Mephedron

Darüber hinaus wurde in der Europäischen Union eine Reihe anderer illegaler Drogen sichergestellt, unter

ABBILDUNG 1.9

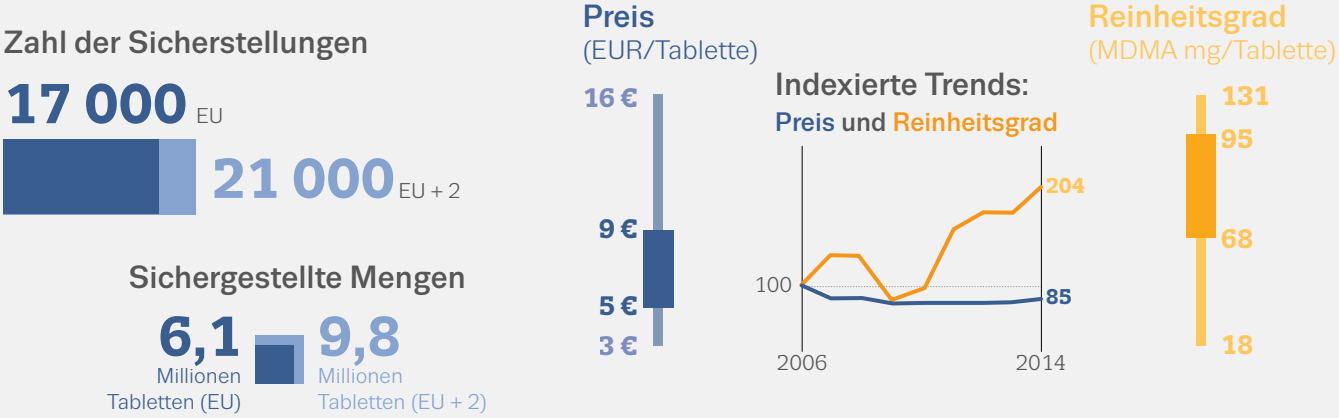
Zahl der MDMA-Sicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2014 bzw. aktuellstes Jahr



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

anderem 156 000 Dosen LSD, die 2014 im Rahmen von 1 700 Sicherstellungen beschlagnahmt wurden. Des Weiteren beschlagnahmte Belgien 3 kg dieser Droge und damit die größte in diesem Land jemals erfasste Menge. Für die meisten anderen Drogen liegen nur unvollständige Datenreihen vor, die keine Ländervergleiche oder Trendanalysen zulassen. Im Jahr 2014 wurden aus 18 Ländern Sicherstellungen von GHB oder GBL gemeldet. Bei den 1 243 Sicherstellungen wurden 176 kg bzw. 544 Liter dieser Drogen beschlagnahmt, wobei auf Belgien (40 %) und Norwegen (34 %) jeweils mehr als ein Drittel dieser Sicherstellungen entfiel. Elf Länder

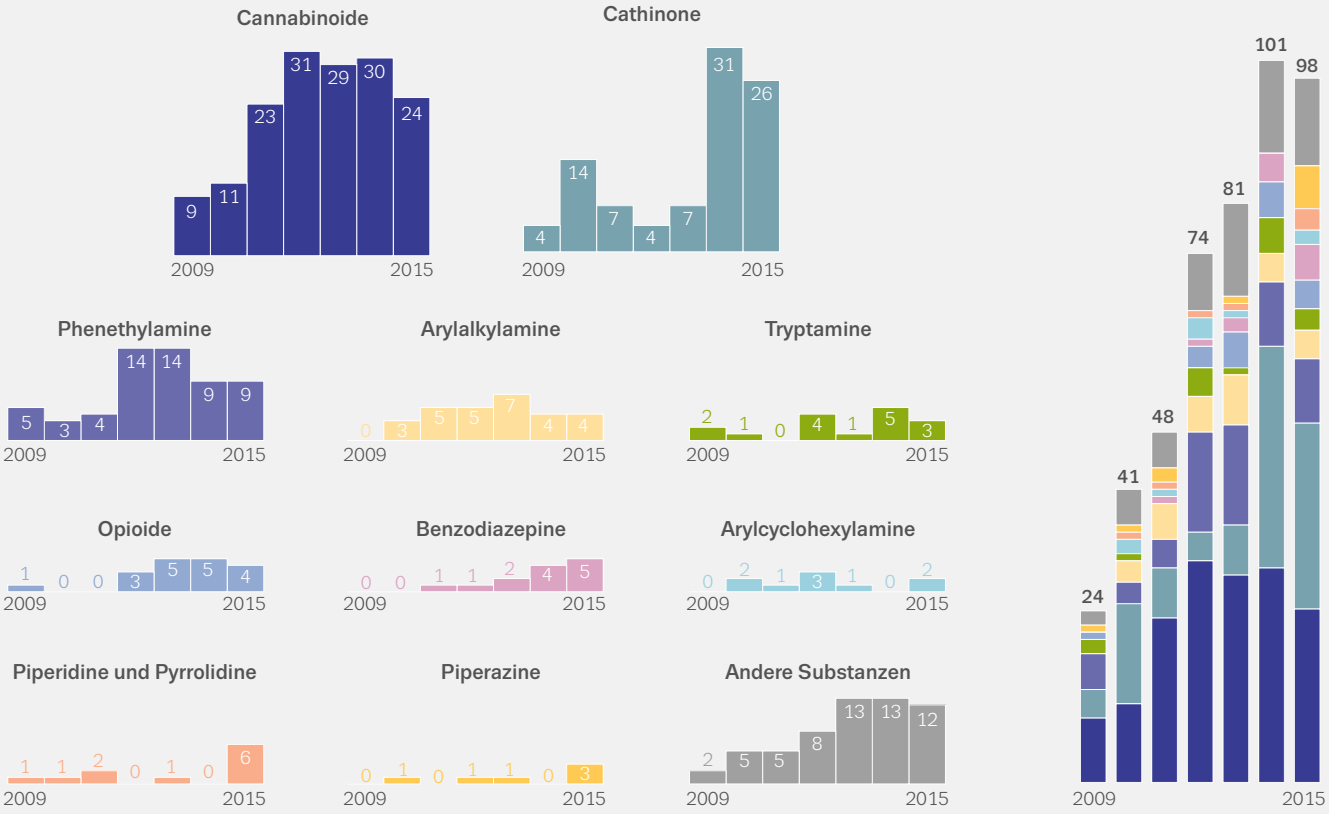
MDMA



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.

ABBILDUNG 1.10

Zahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2009-2015



meldeten insgesamt 793 Sicherstellungen von Ketamin, bei denen 246 kg der Droge beschlagnahmt wurden. Mehr als die Hälfte dieser Sicherstellungen entfiel auf das Vereinigte Königreich. Bei den aus zehn Ländern gemeldeten 1 645 Sicherstellungen von Mephedron wurden 203 kg dieser Droge beschlagnahmt. Fast das gesamte sichergestellte Mephedron wurde aus dem Vereinigten Königreich (101 kg) und Zypern (99 kg) gemeldet.

Neue psychoaktive Substanzen: ein von Vielfalt geprägter Markt

Die EMCDDA beobachtet eine breite Palette neuer psychoaktiver Substanzen. Hierzu zählen synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone, Phenethylamine, Opioide, Tryptamine, Benzodiazepine, Arylalkylamine und eine Reihe weiterer Substanzen. Im Jahr 2015 wurden 98 neue Substanzen erstmals nachgewiesen. Damit beläuft sich die Zahl der beobachteten neuen Substanzen auf mehr als 560, von denen 380 (70 %) in den letzten fünf Jahren entdeckt wurden (Abbildung 1.10).

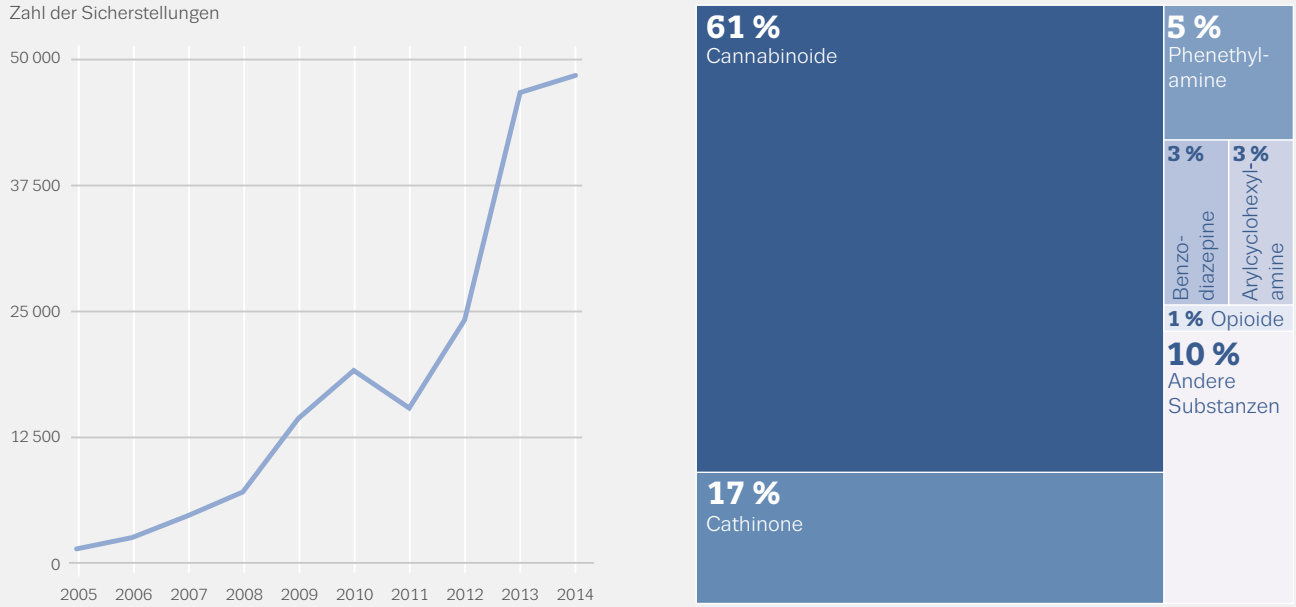
Seit 2008 wurden in einer Reihe unterschiedlicher Produkte über 160 synthetische Cannabinoide erstmals nachgewiesen, 24 davon im Jahr 2015. Synthetische Cannabinoide werden als „legaler" Ersatz für Cannabis verkauft und mitunter als „exotische Räuchermischungen" und „nicht für den menschlichen Verzehr geeignet" beschrieben, um Verbraucherschutz- und Arzneimittelgesetze zu umgehen. Dies ist die größte Gruppe der von der EMCDDA beobachteten neuen Drogen, was zum einen auf die große Cannabisnachfrage in Europa und zum anderen auf die Fähigkeit der Hersteller zurückzuführen ist, neue Cannabinoide auf den Markt zu bringen, wenn die vorhandenen Substanzen Kontrollmaßnahmen unterworfen werden.

Synthetische Cathinone bilden die zweitgrößte Gruppe der von der EMCDDA beobachteten Substanzen. In Europa wurden sie erstmals im Jahr 2004 nachgewiesen. Seitdem entdeckte man 103 neue Cathinone, 26 davon im Jahr 2015. Synthetische Cathinone werden für gewöhnlich als „legaler" Ersatz für Stimulanzien wie Amphetamin, MDMA und Kokain verkauft.

Gegenwärtig beobachtet die EMCDDA 14 neue, nicht kontrollierte Benzodiazepine. Diese werden mitunter für die Herstellung gefälschter Medikamente verwendet, die in Europa verkauft werden. So wurden beispielsweise im Jahr 2015 gefälschte Alprazolam-Tabletten sichergestellt,

ABBILDUNG 1.11

Zahl der Sicherstellungen von neuen psychoaktiven Substanzen, die dem EU-Frühwarnsystem gemeldet wurden: nach Kategorie im Jahr 2014 und Trends

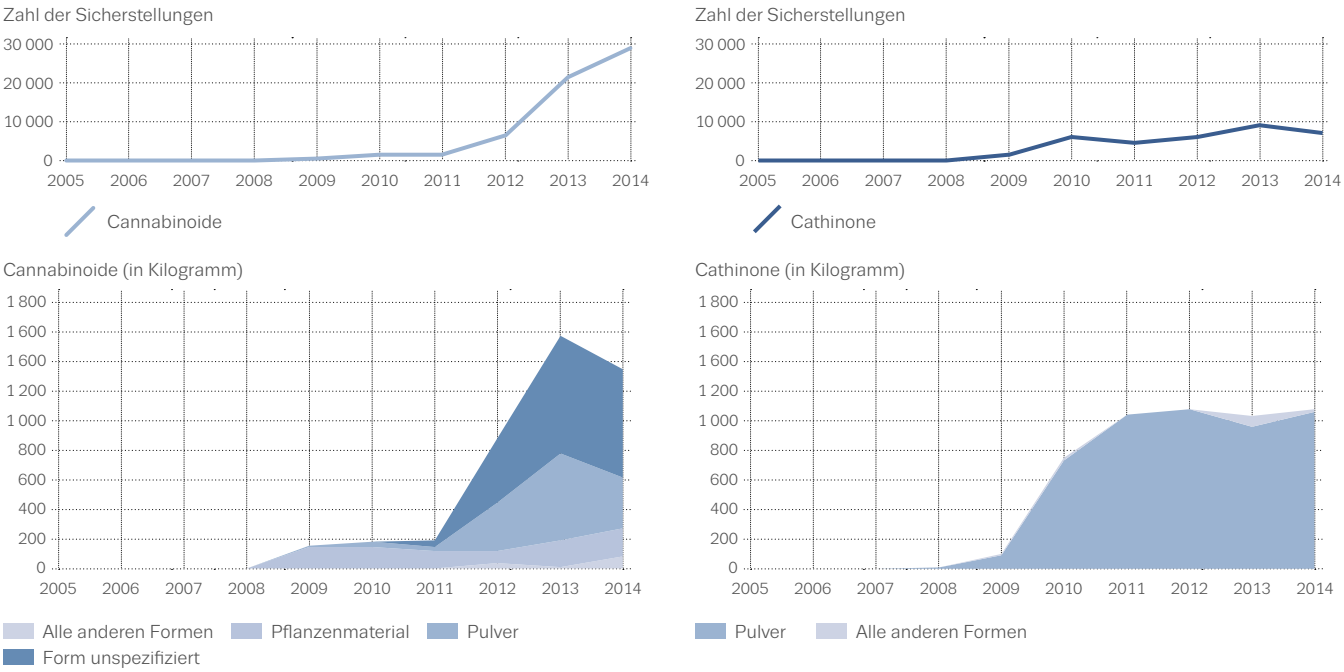


Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen.

in denen Flubromazolam nachgewiesen wurde. Darüber hinaus wurden gefälschte Diazepam-Tabletten beschlagnahmt, die Phenazepam enthielten. In einigen europäischen Ländern sind diese gefälschten Arzneimittel mittlerweile ein wichtiger Bestandteil des Marktes für illegale Drogen.

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



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

Zunehmende Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen

Die dem EU-Frühwarnsystem gemeldeten Falldaten über Sicherstellungen weisen auf ein kontinuierliches Wachstum des Marktes für neue Drogen hin. Im Jahr 2014 wurden in Europa bei annähernd 50 000 Sicherstellungen fast 4 Tonnen neuer Substanzen beschlagnahmt (Abbildung 1.11). Dabei handelte es sich größtenteils um synthetische Cannabinoide, von denen bei fast 30 000 Sicherstellungen mehr als 1,3 Tonnen beschlagnahmt wurden (Abbildung 1.12). An zweiter Stelle folgten synthetische Cathinone mit mehr als 8 000 Sicherstellungen, bei denen gut 1 Tonne dieser Substanzen beschlagnahmt wurde. Zusammengenommen machten synthetische Cannabinoide und Cathinone im Jahr 2014 fast 80 % aller Sicherstellungen bzw. 60 % der beschlagnahmten Menge aus. Des Weiteren wurden nicht kontrollierte Benzodiazepine sowie potente narkotische Analgetika, wie beispielsweise Fetanyle, beschlagnahmt, die mitunter als Heroin verkauft werden.

Der größte Teil der Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen entfiel im Jahr 2014 auf synthetische Cannabinoide; diese machten mehr als 60 % aller Sicherstellungen und nahezu 35 % der beschlagnahmten Gesamtmenge aus (Abbildung 1.11). Dabei wurde vorwiegend Pulver sichergestellt, häufig in großen Mengen; im Übrigen handelte es sich in der Regel um Pflanzenmaterial, auf das die Substanz aufgesprüht wurde. Die Pulver werden für die Herstellung von Produkten verwendet, die als „Legal Highs" verkauft werden; die sichergestellten Mengen entsprechen Millionen von Dosen. Bei den fünf am häufigsten sichergestellten Cannabinoiden in Pulverform handelte es sich 2014 um AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) und XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

Synthetische Cathinone machten 2014 mehr als 15 % aller Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen und fast 30 % der beschlagnahmten Gesamtmenge aus (Abbildung 1.11). Die fünf am häufigsten sichergestellten Cathinone waren Mephedron (222 kg), seine Isomere 3-MMC (388 kg) und 2-MMC (55 kg) sowie Pentedron (136 kg) und alpha-PVP (135 kg).

Drogenmärkte: politische Maßnahmen

Da das Drogenangebot und der Drogenhandel weltweite Phänomene sind, ist die Durchführung von Gegenmaßnahmen eine komplexe Aufgabe. Politischen Entscheidungsträgern steht eine Reihe von Optionen offen, um das Drogenangebot einzudämmen, darunter Drogenstrategien sowie gesetzliche, regulatorische und Strafverfolgungsmaßnahmen. Für die Koordinierung der europäischen Initiativen zur Angebotsreduzierung sind mehrere Einrichtungen der EU zuständig. Dabei kommt eine Reihe strategischer Planungsinstrumente zum Einsatz: Die EU-Drogenstrategie (2013-2020) und der laufende Drogenaktionsplan (2013-2016), der EU-Politikzyklus zur Bekämpfung der organisierten und schweren internationalen Kriminalität und die EU-Sicherheitsstrategien. Das breite Spektrum der in diesen Strategien abgedeckten Politikbereiche macht zum einen die Vielfalt der Herausforderungen für die Strafverfolgungsbehörden und zum anderen die zunehmende Raffinesse der in den Drogenhandel involvierten organisierten kriminellen Gruppen deutlich. Zu diesen Bereichen zählen beispielsweise die Sicherheits-, Meeres-, Migrations- und Entwicklungspolitik. Sie umfassen Maßnahmen zur Verbesserung der erkenntnisgestützten Polizeiarbeit, die Meeresüberwachung und den Seeverkehr, die Aufdeckung und Bekämpfung illegaler Finanzströme, die Grenzkontrolle, die Beförderung von Industriechemikalien und Maßnahmen der alternativen Entwicklung. Zudem arbeitet die Europäische Union bei der Durchführung dieser politischen Maßnahmen zur Angebotsreduzierung mit zahlreichen internationalen Partnern zusammen.

Auf nationaler Ebene haben die Mitgliedstaaten mit einer ähnlich komplexen Dynamik des Drogenmarktes zu kämpfen, wobei die meisten von ihnen über nationale Sicherheits- und Polizeistrategien verfügen, die auch die Eindämmung des Drogenangebots zum Gegenstand haben. Darüber hinaus stützen sich mit zwei Ausnahmen alle Länder auf nationale Drogenstrategien, in denen ihre Drogenpolitik festgehalten ist und die häufig neben Initiativen zur Nachfragereduzierung auch Maßnahmen zur Eindämmung des Angebots umfassen. Die diesbezüglichen Ausnahmen sind Österreich, das über regionale Drogenstrategien verfügt, und Dänemark, das eine nationale Drogenpolitik verfolgt, die in einer Reihe von Strategiepapieren, Rechtsvorschriften und konkreten Maßnahmen ihren Niederschlag findet. Drogenstrategien sind Dokumente, die in der Regel für einen begrenzten Zeitraum verabschiedet werden. Für gewöhnlich werden in ihnen Zielsetzungen und Prioritäten sowie konkrete Maßnahmen und die für deren Umsetzung zuständigen Akteure festgelegt. Die Drogenpolitik hat in den letzten Jahren zunehmend an Komplexität gewonnen. Dies wird auch darin deutlich, dass nahezu ein Drittel der EU-Mitgliedstaaten seine nationalen Strategien erweitert hat, sodass diese nicht mehr nur illegale, sondern auch legale Drogen und in einigen Fällen auch das Suchtverhalten zum Gegenstand haben (Abbildung 1.13).

ABBILDUNG 1.13

Nationale Drogenstrategien und -aktionspläne: Verfügbarkeit und Umfang

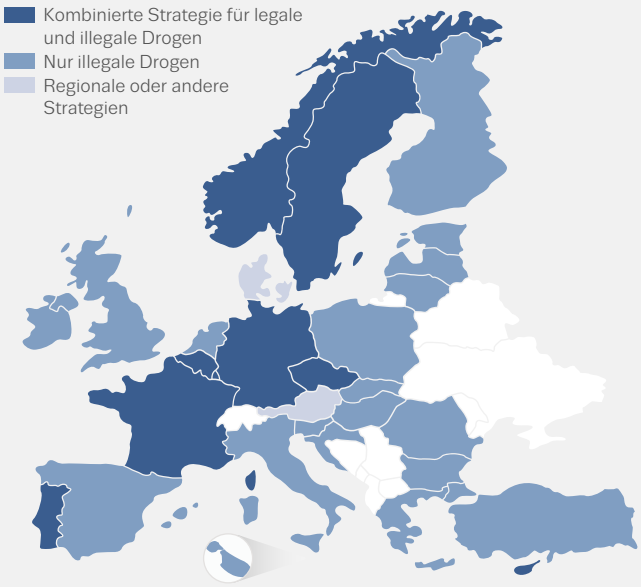
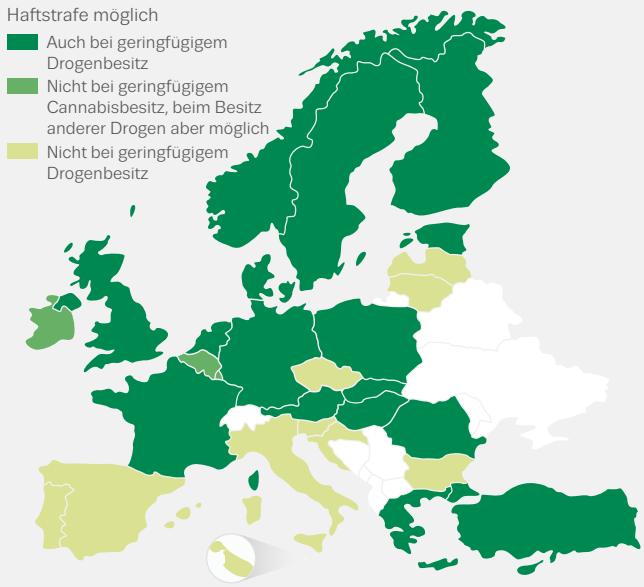


ABBILDUNG 1.14

Gesetzlich vorgesehene Strafen: Möglichkeit einer Haftstrafe bei Drogenbesitz für den Eigengebrauch (geringfügige Drogendelikte)



Rechtliche Ahndung von Angebots- und Besitzdelikten

Die Mitgliedstaaten ergreifen Maßnahmen zur Bekämpfung des Angebots illegaler Drogen nach Maßgabe von drei Übereinkommen der Vereinten Nationen, in denen ein internationaler Rahmen für die Kontrolle von Herstellung, Handel und Besitz von mehr als 240 psychoaktiven Substanzen festgelegt ist. Jedes Land ist verpflichtet, den Handel mit Drogen als Straftat zu behandeln, wobei sich jedoch die gesetzlich vorgeschriebenen Strafen von Land zu Land unterscheiden. Einige Länder haben für Angebotsdelikte einen feststehenden Strafrahmen, während andere zwischen geringfügigen und schwerwiegenden Angebotsdelikten mit jeweiligen Mindest- und Höchststrafen unterscheiden.

Darüber hinaus müssen alle Länder den Besitz von Drogen für den Eigengebrauch als Straftat behandeln, wobei sie jedoch unter Beachtung „ihrer Verfassungsgrundsätze und der Grundgedanken ihrer Rechtsordnungen" vorgehen. Diese Klausel wird allerdings uneinheitlich ausgelegt, weshalb sich die diesbezüglichen rechtlichen Ansätze in den europäischen und anderen Ländern unterscheiden. Etwa seit dem Jahr 2000 besteht in Europa die generelle Tendenz, bei geringfügigen Delikten im Zusammenhang mit dem Besitz von Drogen für den Eigengebrauch die Wahrscheinlichkeit der Verhängung einer Freiheitsstrafe oder anderer Formen des Freiheitsentzugs einzuschränken. Einige Länder sind diesbezüglich noch einen Schritt weiter gegangen und sehen für den Besitz von Drogen für den Eigengebrauch ausschließlich nichtstrafrechtliche Sanktionen vor, in der Regel in Form von Geldstrafen (Abbildung 1.14).

Drogendelikte: langfristige Zunahme

Die Anwendung der Gesetze zur Bekämpfung des Drogenhandels und -konsums wird anhand von Daten über gemeldete Drogendelikte beobachtet. In der Europäischen Union wurden im Jahr 2014 schätzungsweise 1,6 Millionen Drogendelikte gemeldet (von denen die meisten – 57 % – im Zusammenhang mit Cannabis standen), an denen etwa 1 Million Straftäter beteiligt war. Zwischen 2006 und 2014 stieg die Zahl der gemeldeten Drogendelikte um fast ein Drittel (34 %).

In den meisten europäischen Ländern beziehen sich die gemeldeten Drogendelikte größtenteils auf den Drogenkonsum oder den Drogenbesitz für den Eigengebrauch. Ihre Gesamtzahl belief sich im Jahr 2014 in Europa schätzungsweise auf mehr als 1 Million, das entspricht einer Zunahme um 24 % gegenüber 2006. Von den gemeldeten Besitzdelikten entfielen mehr als drei Viertel auf Cannabis. Der Aufwärtstrend bei den Straftaten in Zusammenhang mit dem Besitz von Cannabis, Amphetaminen und MDMA setzte sich im Jahr 2014 fort (Abbildung 1.15).

Insgesamt ist die Zahl der gemeldeten Angebotsdelikte seit 2006 um 10 % gestiegen und belief sich 2014 schätzungsweise auf mehr als 214 000 Fälle. Wie bei den Besitzdelikten ging es auch bei den Angebotsdelikten in der Mehrzahl um Cannabis. Kokain, Heroin und Amphetamine spielten jedoch bei den Angebotsdelikten eine größere Rolle als bei den Delikten im Zusammenhang mit dem Besitz für den Eigengebrauch. Der Abwärtstrend bei den Angebotsdelikten in Verbindung mit Heroin und Kokain setzte sich 2014 nicht fort. Zudem war hinsichtlich der Zahl der gemeldeten Delikte im Zusammenhang mit dem Angebot von MDMA ein drastischer Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 1.15).

Verhinderung der Abzweigung von Substitutionsmitteln

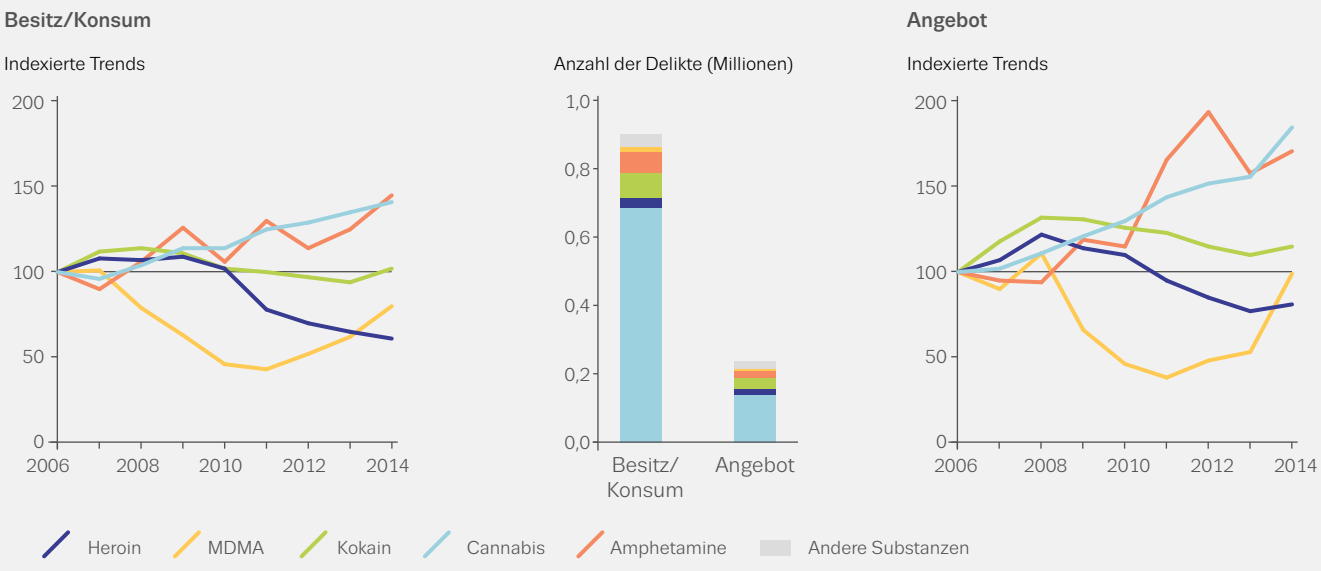
Die Abzweigung von Arzneimitteln zur opioidgestützten Substitutionsbehandlung für den nichtmedizinischen Gebrauch und den Verkauf auf illegalen Drogenmärkten gibt Anlass zur Besorgnis. Der Begriff Abzweigung bezieht sich in diesem Kontext auf den Verkauf und die Weitergabe verschreibungspflichtiger Medikamente an andere sowie den Handel mit solchen Substanzen. Dies kann willentlich (absichtliche Weitergabe an eine andere Person) oder unwillentlich (unbeabsichtigte Weitergabe, beispielsweise durch Verlust oder Diebstahl) geschehen.

Auf nationaler Ebene werden unterschiedliche Strategien verfolgt, um die Abzweigung von Substitutionsmitteln zu verhindern. Diese umfassen unter anderem das Angebot von Schulungen für Klinikärzte und Patienten, die Durchführung von Strategien zur Sicherstellung der Einhaltung der Behandlungsvorgaben durch geeignete Verschreibungen und die Überwachung der Dosierung, die Bereitstellung pharmazeutischer Formulierungen, die einem Missbrauch vorbeugen, den Einsatz elektronischer Arzneimittelspender und die Durchführung von Kontrollmaßnahmen wie toxikologischer Tests an den Patienten, Tablettenzählungen und unangekündigter Überprüfungen. Die Regulierung auf Systemebene erfolgt mitunter durch Register für Arzneimittel-Transaktionen und die Verhängung disziplinarischer Maßnahmen in Fällen nicht ordnungsgemäßer Verschreibungen.

Eine vor Kurzem durchgeführte europaweite Untersuchung weist darauf hin, dass viele dieser Interventionen geeignet sind, Abzweigungen einzudämmen, jedoch kaum über ihre möglichen unbeabsichtigten Folgen berichtet wird. Gegenwärtig besteht die Herausforderung nach wie vor darin, den problemlosen Zugang der Patienten zu Substitutionsmitteln weiterhin sicherzustellen und zugleich geeignete Präventions- und Regulierungsmaßnahmen zu ergreifen, die das Durchsickern dieser Arzneimittel in den illegalen Markt eindämmen.

ABBILDUNG 1.15

Drogendelikte in Europa im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, dem Besitz für den Eigengebrauch oder dem Angebot von Drogen, indexierte Trends und gemeldete Delikte, 2014



WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, 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

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

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.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Reaktion auf neue psychoaktive Substanzen, Drogen im Blickpunkt.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und Europol

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Mittlerweile werden in Europa mehr unterschiedliche Substanzen konsumiert

Prävalenz und Trends des Drogenkonsums

Mittlerweile werden in Europa mehr unterschiedliche Substanzen konsumiert als in der Vergangenheit. Der polyvalente Drogenkonsum ist 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.

Daten aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung können einen Überblick über die Prävalenz 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 Personen, die sich in eine spezialisierte Drogenbehandlung begeben, gemeinsam mit anderen Indikatoren helfen, die Merkmale des hochriskanten Drogenkonsums und die diesbezüglichen Trends besser zu verstehen.

Fast jeder vierte Europäer hat bereits illegale Drogen ausprobiert

Schätzungen zufolge haben mehr als 88 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 (54,3 Millionen) ist die Lebenszeitprävalenz höher als unter Frauen (34,8 Millionen). Am häufigsten

wird in diesem Zusammenhang Cannabis genannt (51,5 Millionen Männer und 32,4 Millionen Frauen), während die Schätzwerte der Lebenszeitprävalenz für Kokain (11,9 Millionen Männer und 5,3 Millionen Frauen), MDMA (9,1 Millionen Männer und 3,9 Millionen Frauen) und Amphetamine (8,3 Millionen Männer und 3,8 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 über ein Drittel der Erwachsenen in Dänemark und Italien bis hin zu weniger als 10 % der Erwachsenen in Bulgarien, Malta, Rumänien, Ungarn und der Türkei.

Der Drogenkonsum der letzten zwölf Monate stellt einen guten Messwert für den jüngsten Drogenkonsum dar und ist unter jungen Menschen (15 bis 34 Jahre) besonders hoch. Schätzungsweise haben 17,8 Millionen junge Erwachsene in den letzten zwölf Monaten Drogen konsumiert, darunter doppelt so viele Männer wie Frauen.

Cannabiskonsum: unterschiedliche nationale Muster

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.

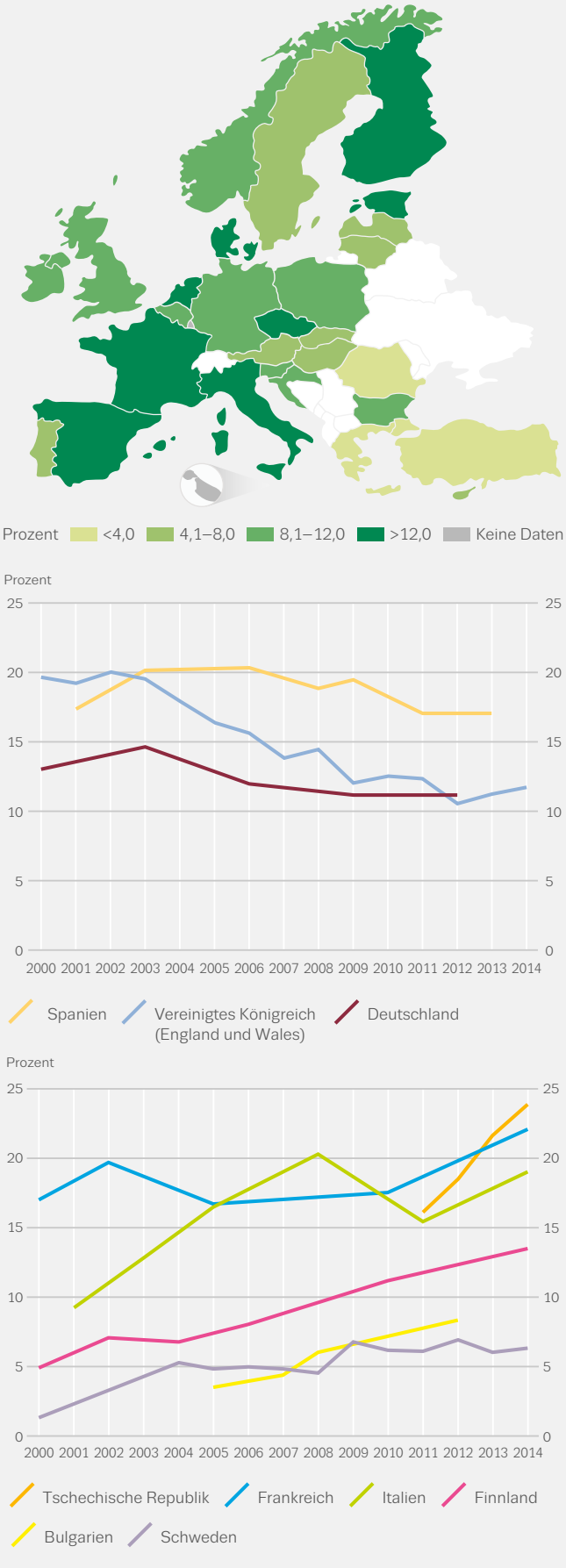
Schätzungsweise 16,6 Millionen junge Europäer (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) bzw. 13,3 % dieser Altersgruppe haben in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, darunter 9,6 Millionen 15- bis 24-Jährige (16,4 % dieser Altersgruppe). Unter den jungen Menschen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, ist der Anteil der Männer doppelt so hoch wie der Anteil der Frauen.

Die Ergebnisse der jüngsten Erhebungen zeigen, dass sich der Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate in den einzelnen Ländern weiterhin unterschiedlich entwickelt (Abbildung 2.1). Von den Ländern, die seit 2013 Erhebungen durchgeführt haben, meldeten acht höhere und vier unveränderte Schätzungen, während eines eine niedrigere Schätzung ermittelte als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

Nur in einigen wenigen Ländern liegt ausreichendes Datenmaterial aus Erhebungen vor, das eine statistische Analyse der mittel- und langfristigen Entwicklungen beim Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate unter jungen

ABBILDUNG 2.1

12-Monate-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): aktuellste Daten (oben) und statistisch signifikante Trends (Mitte und unten)



Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) ermöglicht. Die in Ländern mit einer relativ hohen Prävalenz, wie beispielsweise Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich, durchgeführten Erhebungen weisen für die letzten zehn Jahre eine rückläufige oder gleichbleibende Prävalenz des Cannabiskonsums aus, während in Frankreich seit 2010 eine steigende Prävalenz festzustellen ist. Von den Ländern, die seit jeher geringere Prävalenzraten des Cannabiskonsums aufweisen, berichtet Finnland langfristig über einen kontinuierlichen Anstieg der Prävalenzraten, die sich von einem ursprünglich niedrigen Niveau allmählich dem europäischen Durchschnitt annähern, während in Schweden nach wie vor niedrige Prävalenzraten beobachtet werden, die in den letzten zehn Jahren leicht zugenommen haben. Von den Ländern, für die weniger vergleichbare Daten vorliegen, verzeichnete Bulgarien bis 2012 eine zunehmende Tendenz. Auch in der Tschechischen Republik war einer jährlichen Erhebung zufolge zwischen 2011 und 2014 ein Anstieg der Prävalenzraten festzustellen.

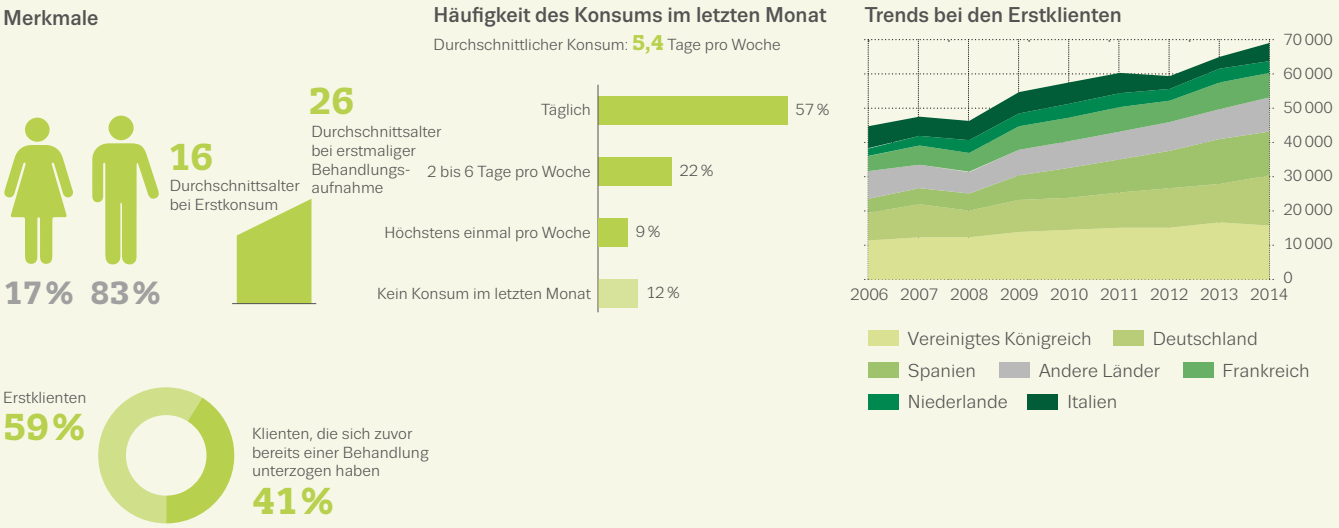
Die im Jahr 2011 veröffentlichten Daten aus der letzten Erhebung im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD) belegen, dass unter 15- bis 16-jährigen Schülern der überwiegende Teil des illegalen Drogenkonsums auf Cannabis entfällt. Jüngere Daten über 15-jährige Schüler wurden im Rahmen der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC) bereitgestellt. Der HBSC-Erhebung 2013/14 zufolge reichte die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 5 % der Mädchen und 7 % der Jungen in Schweden bis hin zu 26 % der Mädchen und 30 % der Jungen in Frankreich.

Behandlung von Cannabiskonsumenten: steigende Nachfrage

Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zufolge konsumiert etwa 1 % der europäischen Erwachsenen täglich oder fast täglich Cannabis, d. h. die Betreffenden haben die Droge an mindestens 20 Tagen des letzten Monats konsumiert. Etwa 60 % dieser Konsumenten sind 15 bis 34 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 45 000 im Jahr 2006 auf 69 000 im Jahr 2014 gestiegen. Innerhalb dieser Gruppe stieg der

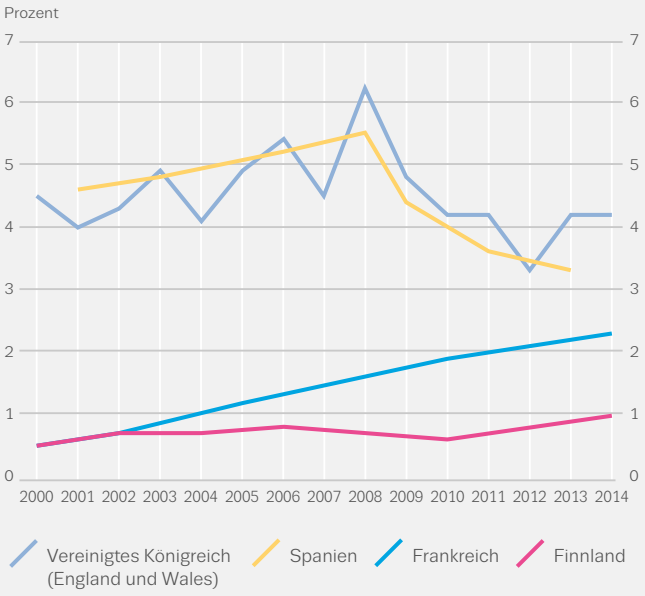
BEHANDLUNGSAUFNAHMEN VON CANNABISKONSUMENTEN

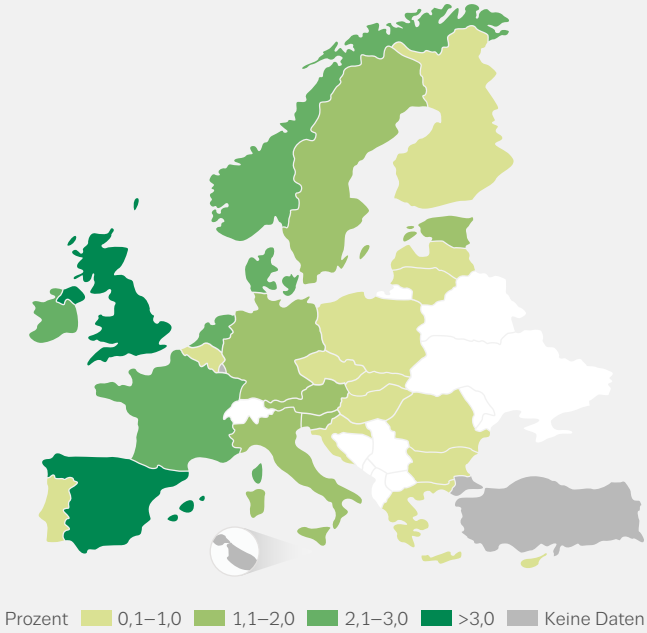


Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Cannabis als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben.
Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die für 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.2

12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): statistisch signifikante Trends und aktuellste Daten





Anteil der täglichen Konsumenten von 46 % im Jahr 2006 auf 54 % im Jahr 2014. Die Ursachen für den Anstieg der Zahl der Behandlungsaufnahmen sind unklar, könnten jedoch mit Veränderungen im Hinblick auf die Prävalenz des Konsums und den intensiven Konsum von Cannabis sowie mit weiteren Faktoren in Zusammenhang stehen, wie beispielsweise der Verfügbarkeit schädlicherer Produkte mit höherem Wirkstoffgehalt, einer zunehmenden Verfügbarkeit von Cannabistherapien und Veränderungen bei der Überweisungspraxis.

Kokain: Veränderungen bei der Prävalenz

Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa, allerdings ist der Konsum dieser Droge in Süd- und Westeuropa besonders hoch. Kokainpulver (Kokainhydrochlorid) wird überwiegend gesnifft (nasale Insufflation), mitunter aber auch injiziert; Crack (Kokainbase) dagegen wird in der Regel geraucht.

Schätzungsweise haben etwa 2,4 Millionen junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren (1,9 % dieser Altersgruppe) in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert. Viele Kokainkonsumenten konsumieren die Droge in ihrer Freizeit, wobei der höchste Konsum an Wochenenden oder im Urlaub stattfindet. Bei regelmäßig Konsumierenden kann grob unterschieden werden zwischen sozial stärker integrierten Konsumenten, von denen viele Kokainpulver sniffen, und ausgegrenzten Konsumenten, die Kokain injizieren oder Crack rauchen und mitunter auch Opioide konsumieren.

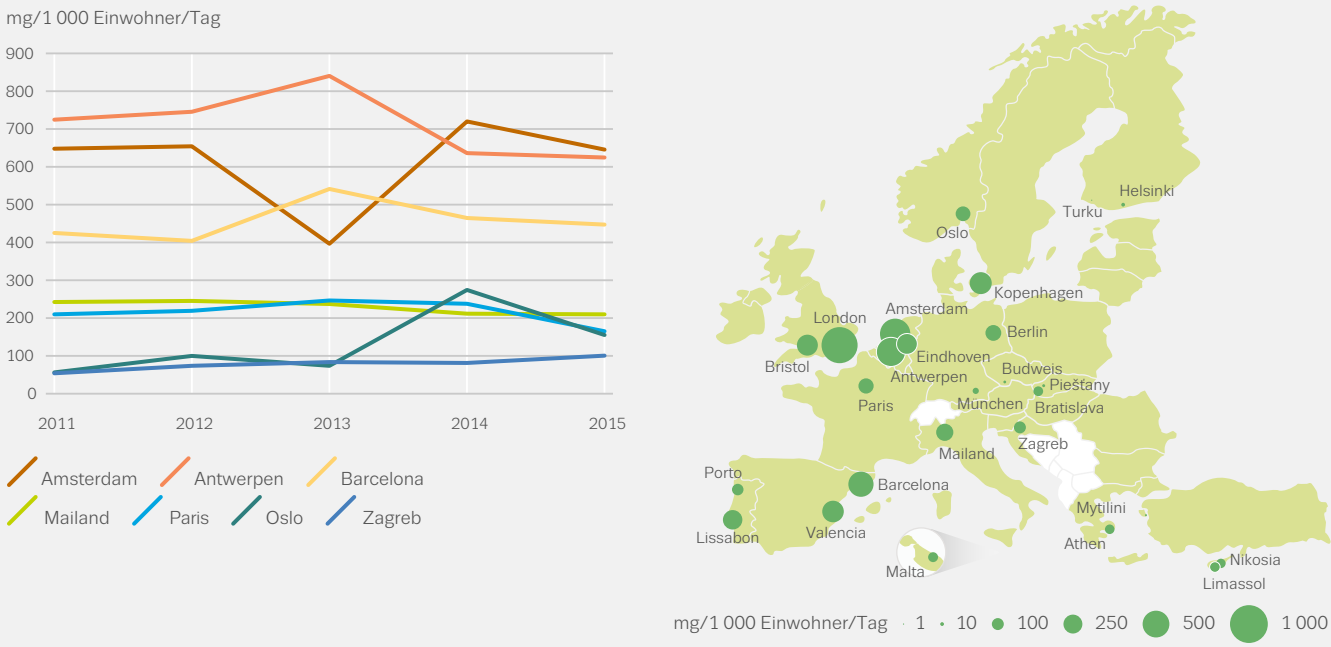
Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa

Lediglich Spanien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich melden für junge Erwachsene eine 12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums von mindestens 3 %. Der in den Vorjahren beobachtete Rückgang des Kokainkonsums setzte sich den jüngsten Erhebungen zufolge nicht fort. Von den Ländern, die seit 2013 Erhebungen durchgeführt haben, meldeten sechs höhere, zwei gleichbleibende und vier niedrigere Schätzungen als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

Eine statistische Analyse langfristiger Trends bei der 12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen kann nur für einige wenige Länder vorgenommen werden. Spanien und das Vereinigte Königreich meldeten bis 2008 steigende Prävalenzraten, gefolgt von einer Stabilisierung oder rückläufigen Entwicklung. Die Berichte aus dem Vereinigten Königreich lassen darauf schließen, dass sich dieser Rückgang auf jüngere Erwachsene (zwischen 16 und 24 Jahren) beschränkt, während die Prävalenzraten in der älteren Altersgruppe stabil bleiben oder zunehmen. Frankreich verzeichnet eine steigende Tendenz und meldete 2014

ABBILDUNG 2.3

Kokainrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten

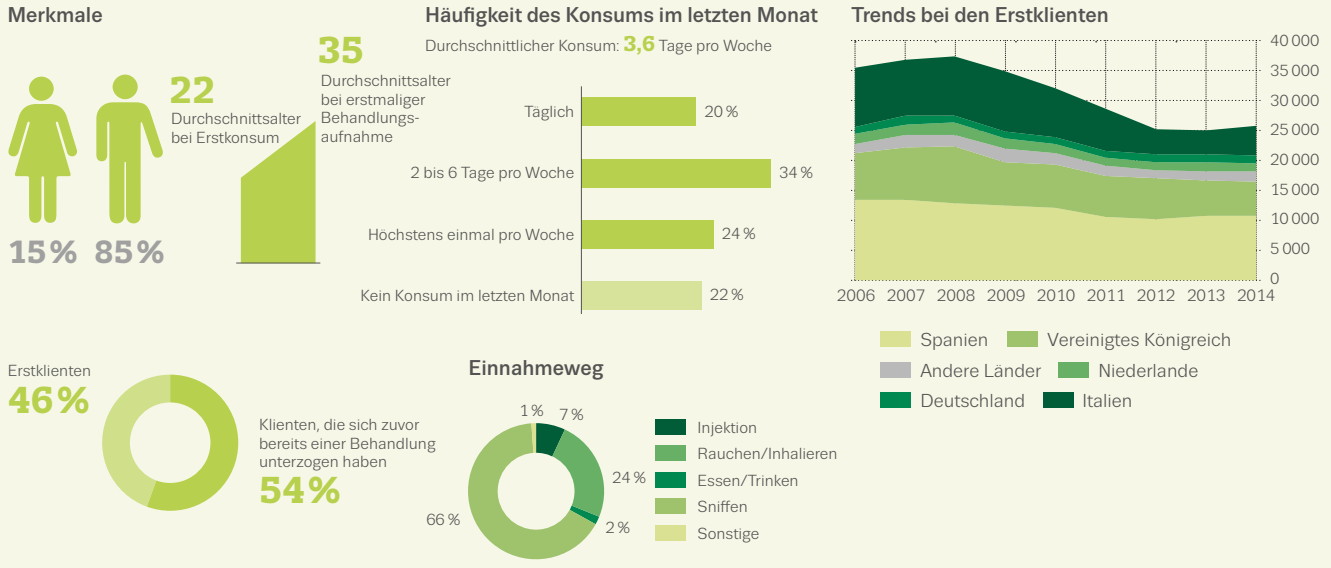


Anmerkung: Mittlere tägliche Benzoylecgoninmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Karte: Die Probenahme wurde 2015 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

eine Prävalenzrate von 2 %. In Finnland sind die Gesamtkonsumraten trotz einer steigenden Prävalenz insgesamt nach wie vor niedrig und erreichten 2014 erstmals einen Wert von 1 %.

Die im Rahmen einer in mehreren Städten durchgeführten Studie vorgenommenen Analysen der kommunalen Abwässer auf Kokainrückstände ergänzen die Ergebnisse der demografischen Erhebungen. Die Ergebnisse dieser

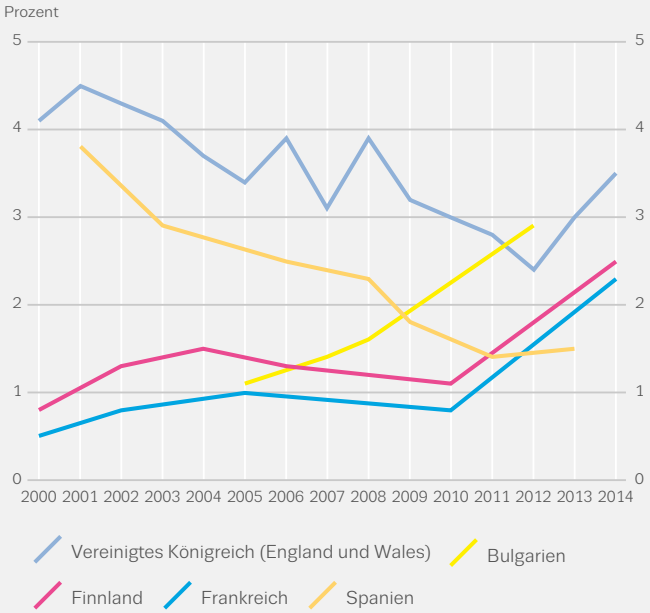
BEHANDLUNGSAUFNAHMEN VON KOKAINKONSUMENTEN

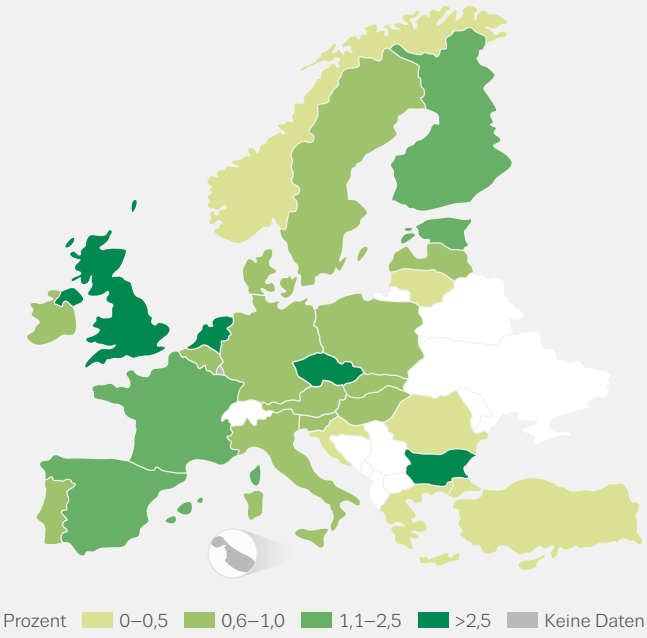


Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Kokain/Crack als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die für 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.4

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





Studie weisen die Drogenrückstände je 1 000 Einwohner je Tag in standardisierten Einheiten (Frachten) aus. Bei den Analysen des Jahres 2015 fanden sich die höchsten Frachten von Benzoylecgonin – dem wichtigsten Kokainmetaboliten – in Städten in Belgien, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich (Abbildung 2.3). Insgesamt wurden 2015 ähnliche Muster festgestellt wie in den Vorjahren, wobei die meisten Städte im Zeitraum zwischen 2011 und 2015 eine rückläufige oder gleichbleibende Tendenz aufwiesen.

Behandlung von Kokainkonsumenten: stabile Nachfrage

Die Prävalenz besonders problematischer Formen des Kokainkonsums in Europa ist schwer abzuschätzen, da nur aus fünf Ländern aktuelle Schätzungen vorliegen, für die zudem unterschiedliche Definitionen und Methoden herangezogen wurden. In Deutschland belief sich der Anteil der Kokainabhängigen an der erwachsenen Bevölkerung im Jahr 2012 auf schätzungsweise 0,20 %. Weiteren Schätzungen zufolge lag der Anteil der Personen, die eine Behandlung wegen Kokainkonsums benötigen, im Jahr 2014 in Italien bei 0,64 %, während in Spanien der Anteil der Hochrisiko-Kokainkonsumenten im Jahr 2013 bei 0,29 % lag. Im Vereinigten Königreich (England) wurde der Anteil der Crack-Konsumenten an der erwachsenen Bevölkerung im Zeitraum 2011/12 auf 0,48 % geschätzt, von denen die meisten auch Opioide konsumierten. Den anhand der gemeldeten 12-Monate-Prävalenz vorgenommenen Schätzungen zufolge, beläuft sich der hochriskante Kokainkonsum in Portugal auf 0,62 %.

Etwa 74 % aller in Europa im Zusammenhang mit Kokain gemeldeten Behandlungsnachfragen entfallen auf Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich. Insgesamt wurde Kokain von 60 000 Patienten, die 2014 eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen, darunter von 27 000 Erstpatienten, als Primärdroge angegeben. Die Gesamtzahl der Patienten, die erstmals wegen Kokainkonsums eine Behandlung aufnahmen, war bis 2012 rückläufig und bleibt seitdem stabil.

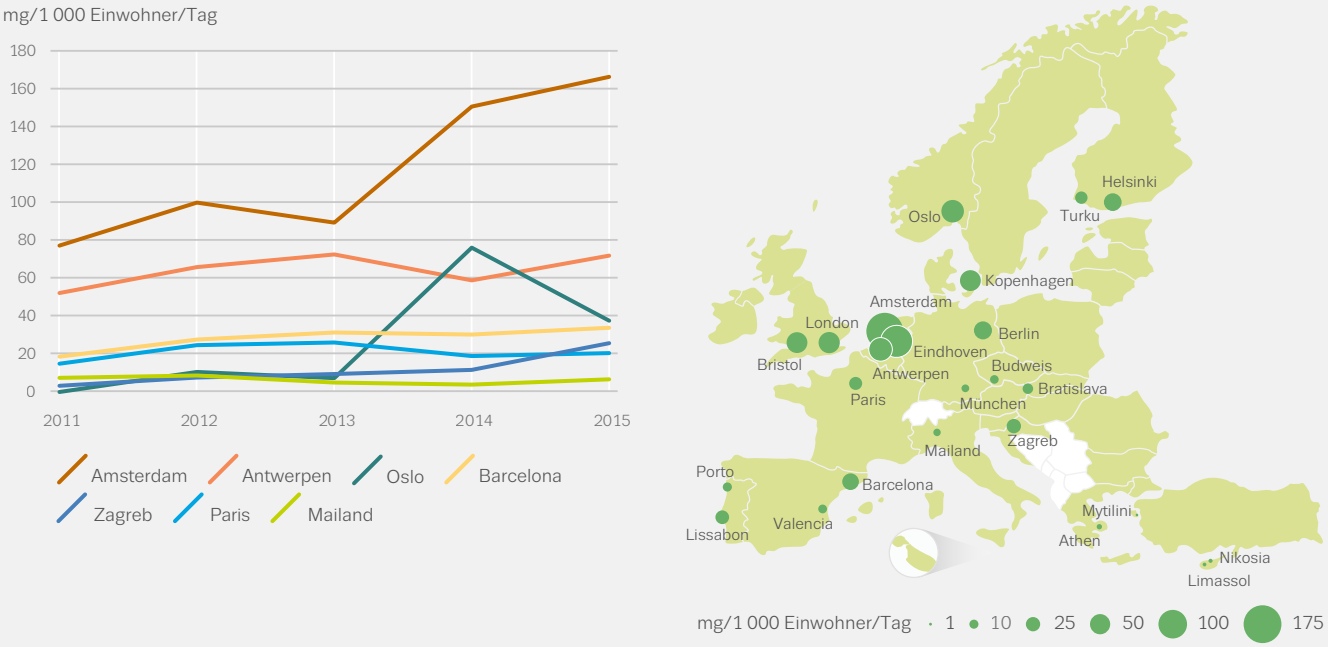
Im Jahr 2014 nannten fast 5 500 Patienten, die sich in Europa in Behandlung begaben, Crack als Primärdroge, wobei mehr als die Hälfte von ihnen (3 000) auf das Vereinigte Königreich entfiel, während Übrigen größtenteils (2 000) aus Spanien, Frankreich und den Niederlanden gemeldet wurden.

MDMA: neue Trends und zunehmender Konsum

MDMA (3,4-Methylendioxy-N-methamphetamin) wird in der Regel in Form von Ecstasy-Tabletten konsumiert, ist aber inzwischen auch zunehmend in kristalliner Form oder als Pulver erhältlich; Tabletten werden für gewöhnlich

ABBILDUNG 2.5

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



Anmerkung: Mittlere tägliche MDMA-Mengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Karte: Die Probennahme wurde 2015 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

geschluckt, aber in Pulverform wird die Droge auch geschnupft (nasale Insufflation).

In den letzten Jahren meldeten die Beobachtungsstellen mehrerer Länder neue Entwicklungen auf dem europäischen MDMA-Markt und wiesen unter anderem auf einen zunehmenden Konsum hin.

Bei den meisten europäischen Erhebungen wurden ursprünglich Daten zum Ecstasykonsum statt zum MDMA-Konsum erfasst, allerdings zeichnen sich diesbezüglich mittlerweile Veränderungen ab. Schätzungen zufolge haben 2,1 Millionen junge Erwachsene (1,7 % der 15- bis 34-Jährigen) in den zurückliegenden zwölf Monaten MDMA/Ecstasy konsumiert, wobei die nationalen Schätzwerte zwischen 0,3 % und 5,5 % liegen. Unter den jungen Menschen, die in den letzten zwölf Monaten MDMA konsumiert haben, beträgt das Verhältnis zwischen den Anteilen der Männer und Frauen auf 2,4:1.

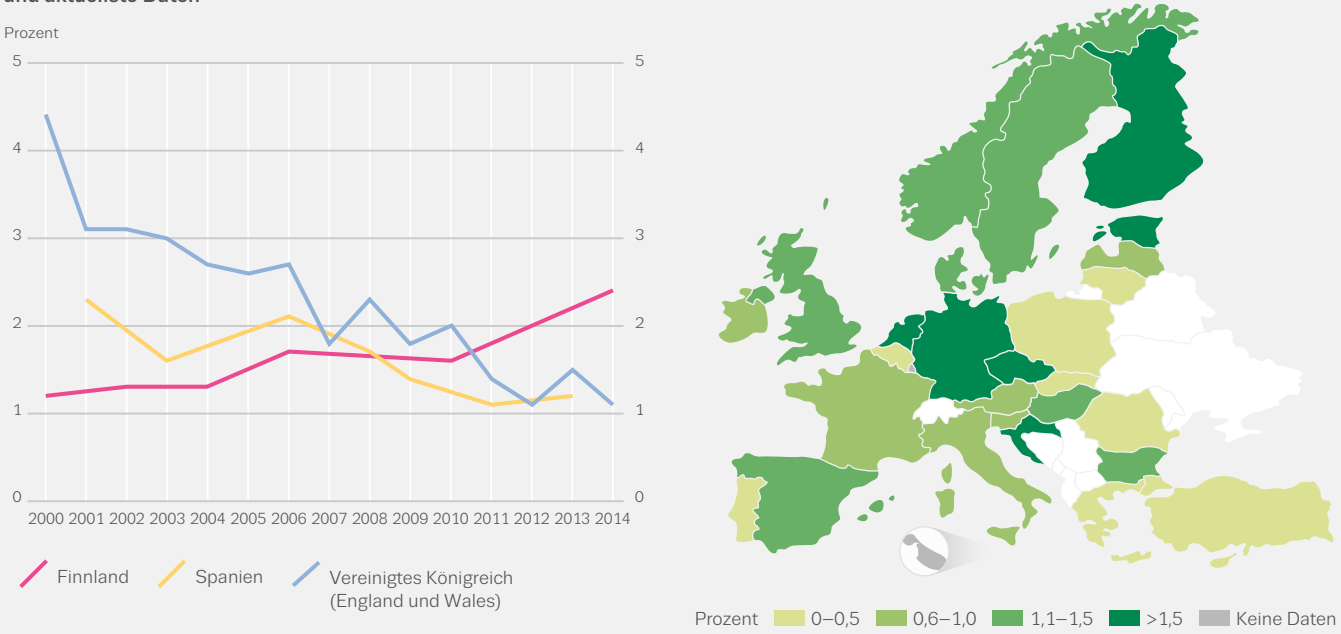
Bis vor Kurzem war die Prävalenz des MDMA-Konsums in vielen Ländern rückläufig, nachdem sie Anfang bis Mitte der 2000er Jahre ihren Höchststand erreicht hatte. Dieser Trend scheint sich nicht fortzusetzen. Die Ergebnisse aus Ländern, die seit 2013 neue Erhebungen durchgeführt haben, deuten insgesamt auf einen steigenden MDMA-Konsum in Europa hin: Neun Länder meldeten höhere Schätzungen, während drei niedrigere Schätzwerte als in der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung übermittelten. Soweit Daten für eine tragfähigere Trendanalyse des Konsums von MDMA in den letzten zwölf Monaten unter jungen Erwachsenen vorliegen, ist in einigen Ländern seit 2010 eine Zunahme zu beobachten. Bulgarien, Finnland und Frankreich verzeichneten in diesem Zeitraum einen anhaltenden Anstieg, während im Vereinigten Königreich die bis 2011/12 beobachtete rückläufige Entwicklung umschlug und seitdem eine statistisch signifikante Zunahme festzustellen ist (Abbildung 2.4). Die Niederlande meldeten für das Jahr 2014 eine Prävalenz von 5,5 %, wobei dieser Wert jedoch nicht direkt mit früheren Erhebungen vergleichbar ist.

Im Jahr 2015 wurden im Rahmen einer in mehreren Städten durchgeführten Analyse die höchsten MDMA-Frachten in den Abwässern belgischer und niederländischer Städte ermittelt (Abbildung 2.5). In den meisten Städten waren die MDMA-Frachten im Abwasser 2015 höher als 2011, wobei in einigen Städten ein drastischer Anstieg zu verzeichnen war. Dieser könnte auf den erhöhten Reinheitsgrad des angebotenen MDMA oder eine zunehmende Verfügbarkeit und einen höheren Konsum dieser Droge zurückzuführen sein.

MDMA wird häufig gemeinsam mit anderen Substanzen konsumiert, darunter auch mit Alkohol. In der Regel ergeben Befragungen von jungen Menschen, die regelmäßig an Veranstaltungen im Zuge des Nachtlebens teilnehmen, einen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

ABBILDUNG 2.6

12-Monate-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre): statistisch signifikante Trends und aktuellste Daten



höheren Drogenkonsum. Dies gilt besonders für MDMA, das seit jeher stark mit der Nachtclubszene und insbesondere mit elektronischer Tanzmusik in Verbindung gebracht wird. Gegenwärtig gibt es Anzeichen dafür, dass MDMA in Ländern mit höheren Prävalenzraten keine Nischendroge mehr darstellt, die nur von bestimmten Subkulturen konsumiert wird. Ihr Konsum ist nicht länger auf Nachtclubs und Partys beschränkt, sondern betrifft ein breiteres Spektrum junger Menschen in gewöhnlichen Nachtlokalen wie Bars sowie auf Privatpartys.

MDMA-Konsum wird selten als Grund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogentherapie genannt. Im Jahr 2014 wurde in Europa MDMA von weniger als 1 % der Erstpatienten (knapp 800 Fälle) als Primärdroge angegeben.

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.

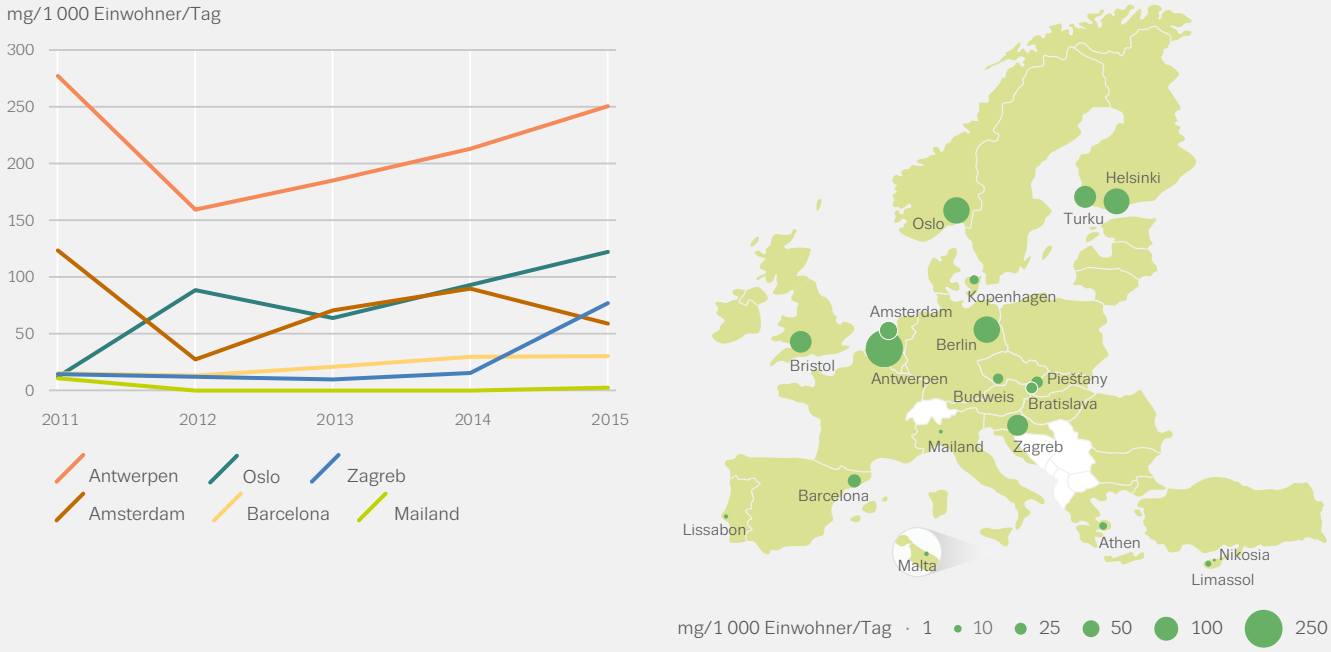
Beide Drogen können geschluckt oder geschnupft werden; bei Hochrisiko-Konsumenten ist in einigen Ländern auch der injizierende Konsum verbreitet. Methamphetamin kann auch geraucht werden, diese Form der Einnahme ist allerdings in Europa weniger verbreitet.

Schätzungsweise haben 1,3 Millionen (1,0 %) junge Erwachsene (15- bis 34-Jährige) in den zurückliegenden zwölf Monaten Amphetamine konsumiert, wobei die jüngsten nationalen Prävalenzschätzungen zwischen 0,1 % und 2,9 % liegen. 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 2013 Erhebungen durchgeführt haben, meldeten sieben höhere Schätzungen, eines ermittelte gleichbleibende Werte und vier meldeten niedrigere Schätzungen als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung. Die Niederlande meldeten zuletzt eine Prävalenz von 2,9 % unter jungen Erwachsenen, wobei dieser Wert jedoch nicht direkt mit früheren Erhebungen vergleichbar ist.

Von den wenigen Ländern, für die längerfristige statistisch signifikante Trends ermittelt werden können, weisen sowohl Spanien als auch das Vereinigte Königreich seit 2000 eine rückläufige Tendenz aus (Abbildung 2.6). Finnland hingegen verzeichnete in diesem Zeitraum eine

ABBILDUNG 2.7

Amphetaminrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



Anmerkung: Mittlere tägliche Amphetaminmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Karte: Die Probennahme wurde 2015 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

kontinuierliche Zunahme der Prävalenz und meldet mittlerweile einen der europaweit höchsten Werte.

Bei der 2015 durchgeführten Analyse kommunaler Abwässer wurden europaweit bemerkenswert hohe Amphetamin-Rückstände nachgewiesen. Hinsichtlich der Amphetamin-Frachten waren erhebliche Unterschiede festzustellen, wobei die höchsten Werte aus nordeuropäischen Städten gemeldet wurden (Abbildung 2.7). In südeuropäischen Städten wurden deutlich niedrigere Amphetamin-Werte gemessen. Die höchsten Methamphetamin-Frachten wurden in Städten in der Tschechischen Republik, der Slowakei und Norwegen festgestellt. Insgesamt weisen die Daten für den Zeitraum 2011 bis 2015 für beide Drogen eine relativ stabile Tendenz aus.

Behandlung von Amphetaminkonsumenten: steigende Nachfrage

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 Methamphetamin sind für die Tschechische Republik und Zypern verfügbar. In der Tschechischen Republik lag der hochriskante Methamphetaminkonsum unter Erwachsenen (15 bis 64 Jahre) im Jahr 2014 bei schätzungsweise etwa 0,51 %, wobei zwischen 2007 und 2014 ein deutlicher Anstieg vor allem des injizierenden Konsums zu beobachten war (von etwa 20 000 auf mehr als 36 000 Konsumenten). In Zypern belief sich die Prävalenz im Jahr 2014 auf schätzungsweise 0,02 % oder 127 Konsumenten. Norwegen übermittelte 2013 für den hochriskanten Konsum von Amphetamin und Methamphetamin einen Schätzwert von 0,33 % oder 11 200 Erwachsenen. Lettland meldete im Jahr 2010 6 540 Hochrisiko-Konsumenten von Stimulanzien (0,46 %), von denen die meisten Amphetaminkonsumenten sein dürften. Dieser Wert ist mittlerweile auf schätzungsweise 2 177 Konsumenten (0,17 %) gesunken.

Aus einigen Ländern wird weiterhin über kleine Gruppen von Männern berichtet, die Methamphetamin injizieren, zugleich andere Stimulanzien sowie GHB (Gamma-Hydroxybutyrat) konsumieren und Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben. Diese so genannten „Slamming-Praktiken" sind aufgrund der Kombination von risikoreichem Drogenkonsum und riskantem Sexualverhalten ein Grund zur Besorgnis.

Im Jahr 2014 gaben europaweit etwa 32 000 Klienten, die eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen,

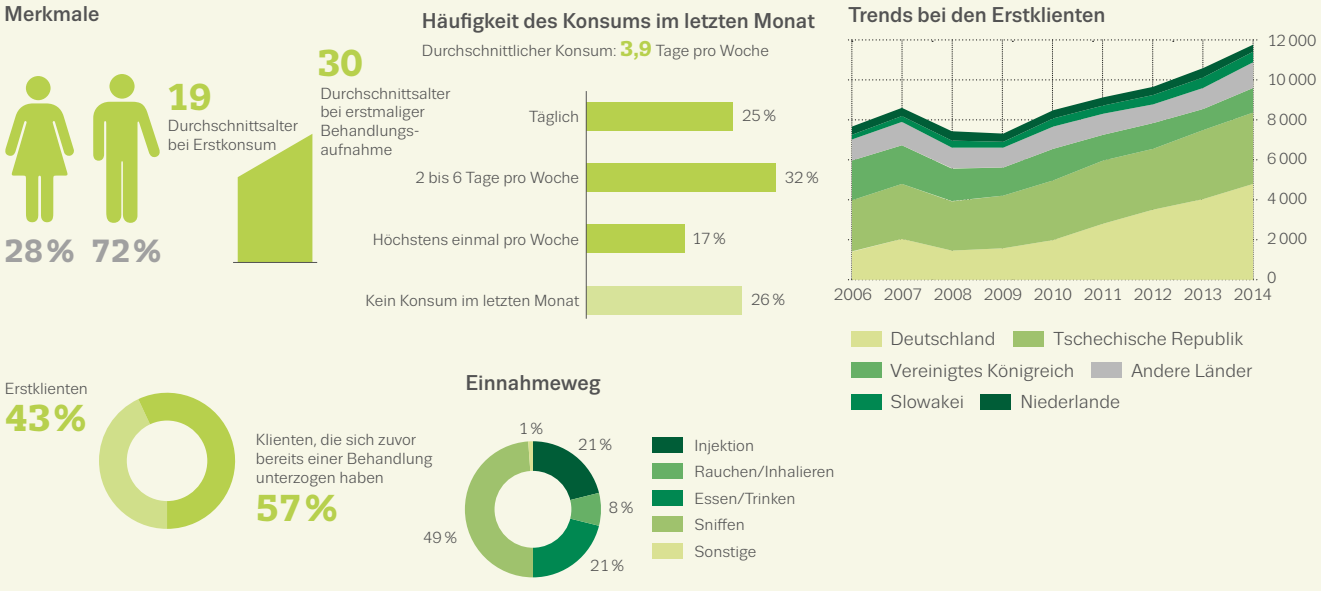
Amphetamine als Primärdroge an, darunter etwa 13 000 Erstklienten. In Bulgarien, Deutschland, Lettland, Ungarn, Polen und Finnland machten Konsumenten mit Amphetaminen als Primärdroge einen erheblichen Anteil aller gemeldeten Erstklienten aus. Die Anteile der Klienten, die eine Behandlung aufnahmen und Methamphetamin als Primärdroge angaben, waren in der Tschechischen Republik und der Slowakei besonders hoch; auf diese beiden Länder entfielen fast 95 % der europaweit insgesamt 8 700 Methamphetamin-Klienten. Insgesamt war seit 2006 in Europa ein Anstieg der Zahl der Erstklienten, die Amphetamine als Primärdroge angaben, um 50 % zu beobachten, der in erster Linie auf die Zunahme in Deutschland und – in geringerem Maße – der Tschechischen Republik zurückzuführen war.

Konsum von Ketamin, GHB und Halluzinogenen

In Europa wird eine Reihe anderer Substanzen mit halluzinogenen, betäubenden, dissoziativen und 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

BEHANDLUNGSAUFNAHMEN VON AMPHETAMINKONSUMENTEN



Anmerkung: Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst. Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Amphetaminen als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben.

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 ihrer jüngsten Erhebungen meldeten die Niederlande und Norwegen für Erwachsene (15 bzw. 16 bis 64 Jahre) eine 12-Monate-Prävalenz des GHB-Konsums von 0,4 % bzw. 0,1 %, während Rumänien für junge Erwachsene (15 bis 34 Jahre) eine 12-Monate-Prävalenz von 0,5 % angab. Für bestimmte soziale Gruppen wurden in einigen Ländern auf städtischer und kommunaler Ebene höhere Prävalenzraten des GHB-Konsums und der dadurch bedingten Probleme ermittelt, darunter in den Niederlanden, Norwegen und dem Vereinigten Königreich. In Dänemark und Spanien lag die 12-Monate-Prävalenz des Ketaminkonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) bei schätzungsweise 0,3 %, während im Vereinigten Königreich 1,6 % der 16- bis 24-Jährigen angaben, in den vorangegangenen zwölf Monaten Ketamin konsumiert zu haben, womit sich der seit 2008 beobachtete stabile Trend fortsetzte.

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-Monate-Prävalenz des Konsums beider Substanzen auf weniger als 1 % geschätzt. Ausnahmen bildeten diesbezüglich Finnland mit einer Prävalenz von 1,3 % für den LSD-Konsum sowie das Vereinigte Königreich (1 %), die Niederlande (1,3 %), Finnland (1,9 %) und die Tschechische Republik (2,3 %) im Hinblick auf den Konsum halluzinogener Pilze.

Konsum neuer Drogen

Das Flash Eurobarometer zum Thema Jugend und Drogen 2014, eine in den 28 EU-Mitgliedstaaten durchgeführte Telefonumfrage unter 13 128 jungen Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, bietet Einblicke in den Konsum neuer Drogen. Obwohl die Eurobarometer-Erhebung in erster Linie die Einstellungen und Haltungen der Befragten zum Gegenstand hatte, beinhaltete sie auch eine Frage zum Konsum von „neuen Substanzen, die die Wirkungen illegaler Drogen nachahmen". Derzeit stellen diese Daten die einzige EU-weite Informationsquelle zu diesem Thema dar, wobei die Ergebnisse aus methodischen Gründen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Insgesamt gaben 8 % der Befragten an, mindestens einmal solche Substanzen konsumiert zu haben, wobei 3 % über einen Konsum in den letzten zwölf Monaten berichteten. Dies stellt einen Anstieg gegenüber der in einer ähnlichen Erhebung aus dem Jahr 2011 ermittelten Lebenszeitprävalenz von 5 % dar. Von den Personen, welche die fraglichen Substanzen in den letzten zwölf Monaten konsumiert hatten, erklärten 68 %, diese von einem Freund erhalten zu haben.

Immer mehr Länder gehen dazu über, 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 die in der Flash-Eurobarometer-Erhebung erfasste Altersgruppe der jüngeren Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 24 Jahren) wurden 12-Monate-Prävalenzraten des Konsums dieser Substanzen zwischen 0,0 % in Polen und 9,7 % in Irland gemeldet. Aus dem Vereinigten Königreich (England und Wales) liegen Erhebungsdaten über den Konsum von Mephedron vor. In der jüngsten Erhebung (2014/15) wurde die 12-Monate-Prävalenz des Konsums dieser Droge unter jungen Menschen im Alter zwischen 16 und 24 Jahren auf 1,9 % geschätzt; dieser Wert blieb damit gegenüber dem Vorjahr stabil, lag jedoch unter dem 2010/11, d. h. vor der Einführung von Kontrollmaßnahmen, verzeichneten Wert von 4,4 %. Im Jahr 2014 wurde bei einer Erhebung in Finnland für den Konsum synthetischer Cathinone unter jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren eine 12-Monate-Prävalenz von schätzungsweise 0,2 % ermittelt, während in Frankreich schätzungsweise 4 % der 18- bis 34-Jährigen angaben, mindestens einmal synthetische Cannabinoide geraucht zu haben.

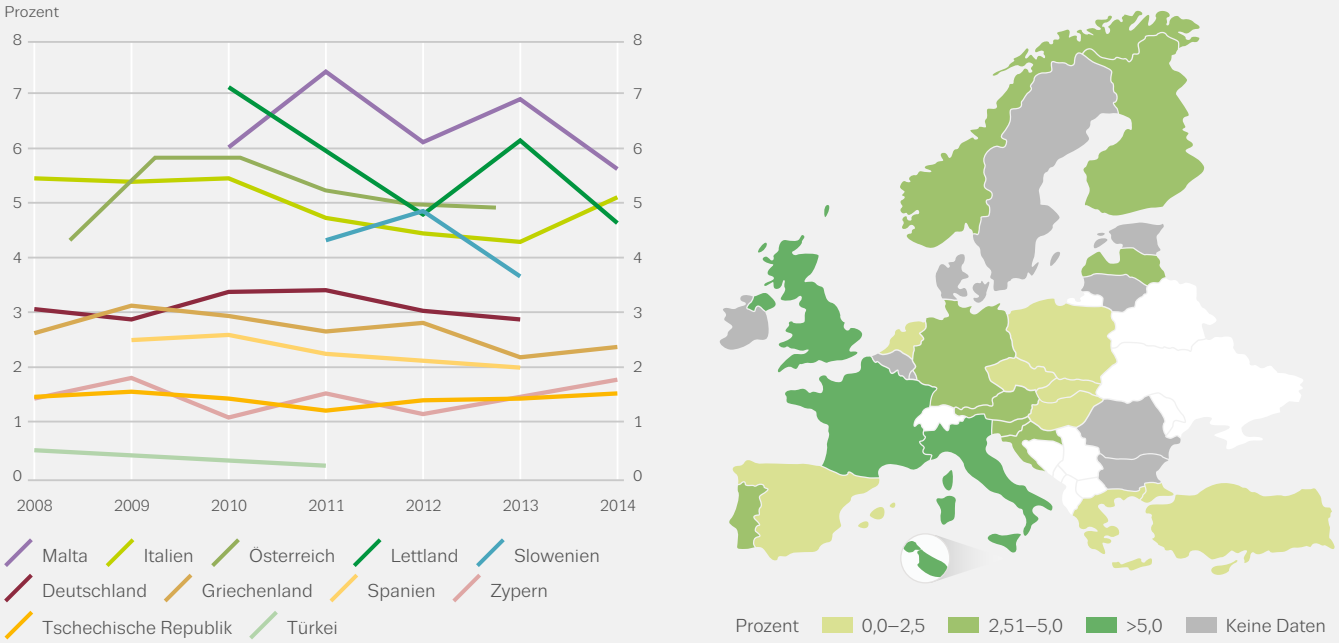
Heroinkonsumenten: stabile Behandlungsnachfrage

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.

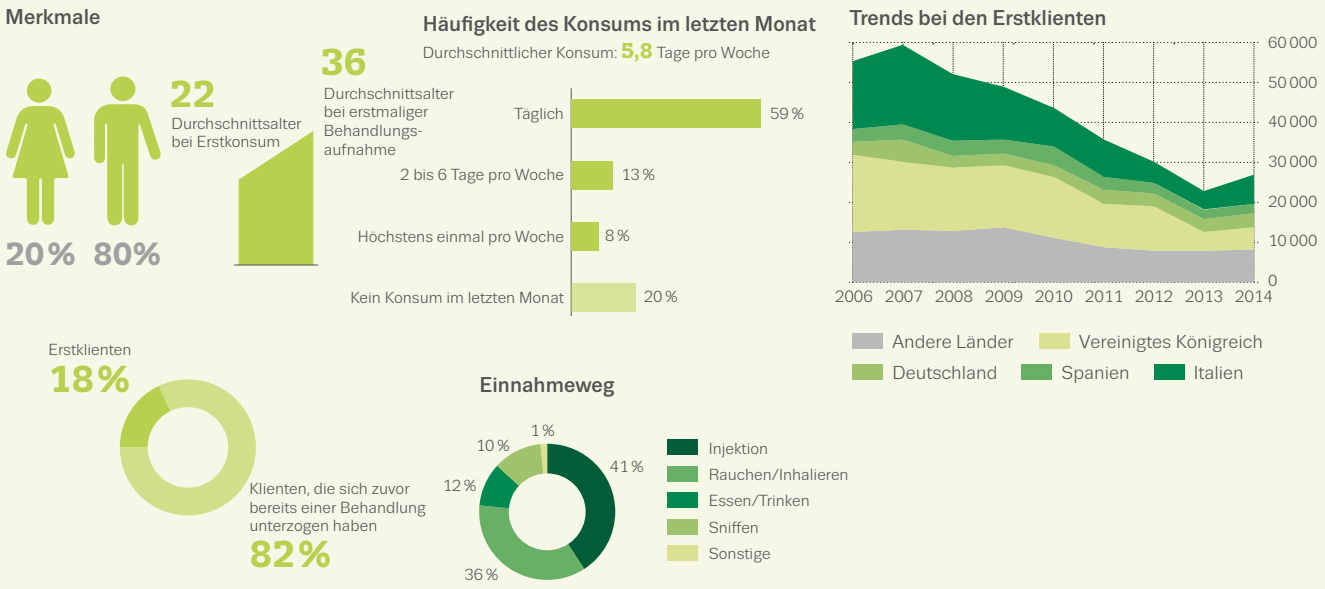
Die durchschnittliche Prävalenz des hochriskanten Opioidkonsums unter Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) liegt schätzungsweise bei 0,4 %; damit belief sich die Zahl der Hochrisiko-Opioidkonsumenten in Europa im Jahr 2014 auf 1,3 Millionen. Auf nationaler Ebene bewegen sich die Prävalenzschätzungen des hochriskanten Opioidkonsums zwischen weniger als

ABBILDUNG 2.8

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



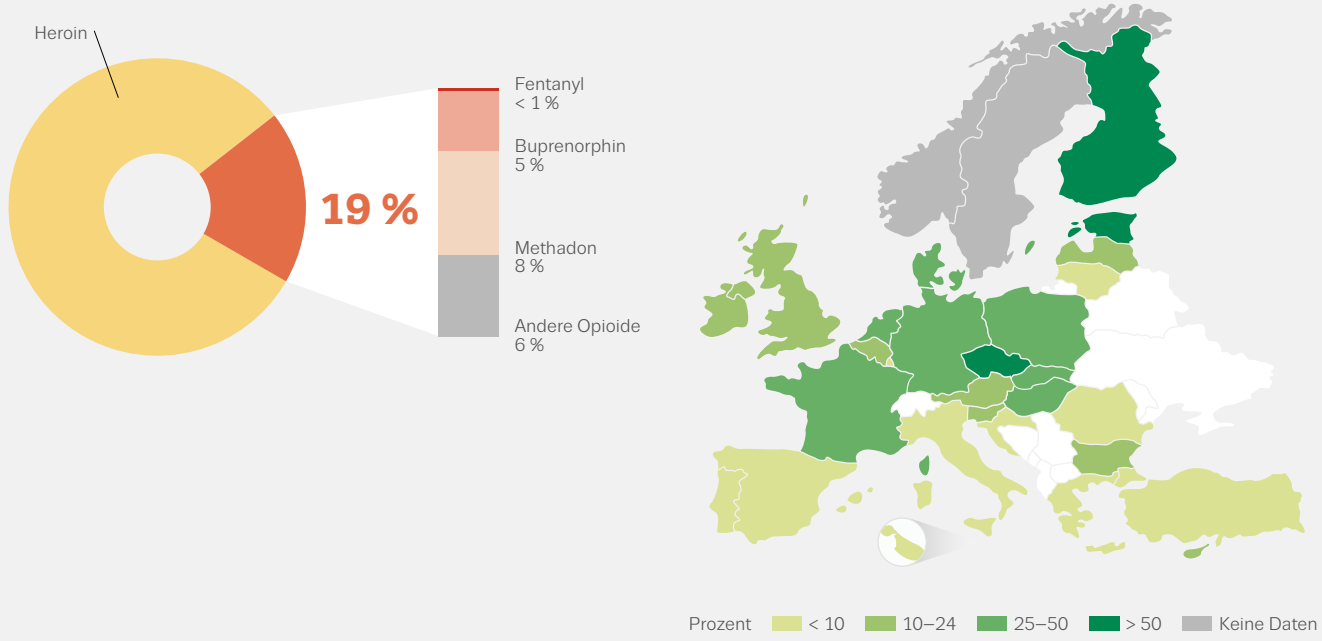
BEHANDLUNGSAUFNAHMEN VON HEROINKONSUMENTEN



Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle Klienten mit Heroin als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die für 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.9

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



einem und etwa acht Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Abbildung 2.8). Etwa 75 % der den Schätzungen zufolge in der Europäischen Union lebenden Hochrisiko-Opioidkonsumenten entfallen auf das Vereinigte Königreich, Frankreich, Italien, Deutschland und Spanien. Von den elf Ländern, die zwischen 2008 und 2014 wiederholt Schätzungen zum hochriskanten Opioidkonsum vorgelegt haben, weisen Spanien und die Türkei einen statistisch signifikanten Rückgang aus, während die übrigen Länder eine gleichbleibende Tendenz zu verzeichnen hatten (Abbildung 2.8).

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. Anschließend war in einigen Ländern ein Übergreifen von den städtischen Ballungsgebieten auf ländliche Gebiete und Kleinstädte zu beobachten. Seit 2010/11 weisen die Indikatoren in zahlreichen europäischen Ländern auf einen Rückgang der Zahl der Neueinsteiger in den Heroinkonsum und eine alternde Kohorte von Hochrisiko-Opioidkonsumenten hin, von denen viele in Substitutionsbehandlung sind. Die jüngsten Daten lassen darauf schließen, dass sich die rückläufige Tendenz bei den Erstklienten abschwächen könnte.

Von den 185 000 Klienten, die in Europa eine spezialisierte Behandlung aufnahmen und Opioide als Primärdroge angaben, waren 34 000 Erstklienten. Die Zahl der Heroin-

Das in Europa am weitesten verbreitete illegale Opioid ist Heroin

Erstklienten ist von dem im Jahr 2007 erreichten Höchststand von 59 000 (das entsprach 36 % aller Erstklienten) bis 2013 auf 23 000 (16 % der Erstklienten) und damit auf weniger als die Hälfte gesunken. Diese Tendenz scheint sich nun abgeschwächt zu haben. Den jüngsten Daten zufolge meldeten 17 Länder stabile oder rückläufige und neun Länder steigende Zahlen von Heroin-Erstklienten.

Synthetische Opioide: zunehmend problematisch

Heroin ist zwar nach wie vor das am häufigsten konsumierte Opioid, jedoch ist auch der Missbrauch synthetischer Opioide auf dem Vormarsch. Im Jahr 2014 berichteten den Meldungen zufolge in 18 europäischen Ländern mehr als 10 % aller Opioidklienten, die eine spezialisierte Drogentherapie antraten, primär über Probleme mit anderen Opioiden als Heroin; im Jahr 2013 traf dies auf nur elf Länder zu (Abbildung 2.9). 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, mittlerweile andere Opioide als Heroin die häufigste Form des Opioidkonsums dar. So konsumierten beispielsweise in Estland die meisten Klienten, die bei der Behandlungsaufnahme ein Opioid als Primärdroge nannten, Fentanyl, während in Finnland und der Tschechischen Republik der größte Teil des Missbrauchs anderer Opioide als Heroin auf Buprenorphin entfällt.

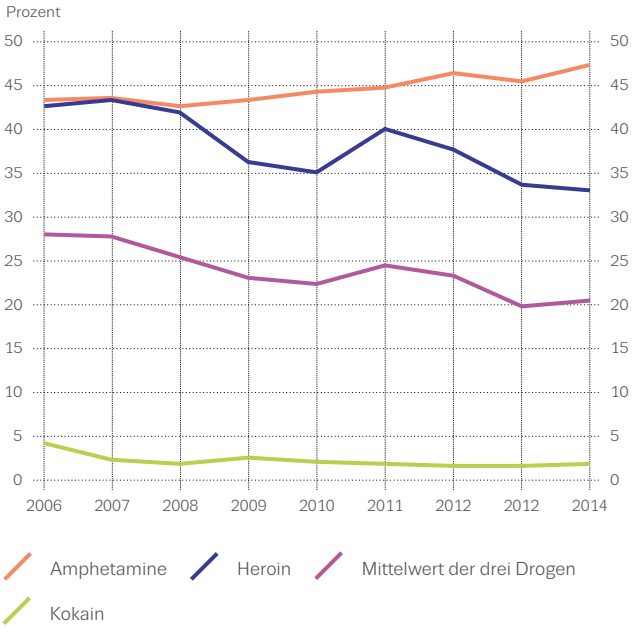
Injizierender Drogenkonsum: Heroin verliert an Bedeutung

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 gravierendes Problem darstellt. Der injizierende Konsum synthetischer Cathinone ist zwar nicht weit verbreitet, spielt jedoch den Meldungen zufolge in bestimmten Bevölkerungsgruppen nach wie vor eine Rolle. Hierzu zählen injizierende Opioidkonsumenten, in einigen Ländern Kienten in Drogenbehandlung sowie kleine Gruppen von Männern, die gleichgeschlechtlichen

Der Missbrauch synthetischer Opioide ist auf dem Vormarsch

ABBILDUNG 2.10

Erstklienten, die ihre Primärdroge in erster Linie injizieren



Sex haben. Aktuelle Prävalenzschätzungen für den injizierenden Drogenkonsum liegen für 16 Länder vor und reichen von weniger als einem bis hin zu mehr als neun Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Von den Erstklienten, die 2014 eine Drogenbehandlung aufnahmen und Heroin als Primärdroge angaben, erklärten 33 %, die Droge in erster Linie zu injizieren. Im Jahr 2006 lag dieser Anteil noch bei 43 % (Abbildung 2.10). In dieser Gruppe reicht der Anteil der injizierenden Konsumenten von 11 % in Spanien bis hin zu mehr als 90 % in Lettland und Rumänien. Von den Erstklienten mit Amphetaminen als Primärdroge gaben 47 % injizierenden Konsum als hauptsächliche Form der Einnahme an; dieser Anteil ist damit seit 2006 leicht gestiegen. Mehr als 70 % dieser Klienten wurden aus der Tschechischen Republik gemeldet und konsumieren Methamphetamin. 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 20 % im Jahr 2014 festzustellen.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2016

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 drug users, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of 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

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.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ESPAD

2012

Zusammenfassung, ESPAD-Bericht 2011.

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

3

Der Konsum illegaler Drogen hat anerkanntermaßen Anteil an der globalen Krankheitslast

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 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, die zum Teil von der konsumierten Droge abhängig sind und 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. Zu den Schädigungen im Zusammenhang mit dem Konsum neuer psychoaktiver Substanzen lassen sich nur schwer Aussagen treffen, da hier zahlreiche Substanzen eine Rolle spielen, über die zudem nur wenig bekannt ist.

Drogenprävention 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

Drogenbedingte Infektionskrankheiten sowie die mit dem Drogenkonsum verbundene Mortalität und Morbidität sind die wichtigsten 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 zum Frühwarnsystem (Early Warning System) sowie im Statistical Bulletin verfügbar.

Die Daten über die gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenkonsums und der damit verbundenen Schädigungen 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 Portal für vorbildliche Verfahren (Best practice portal) verfügbar.

Cannabisbedingte Schädigungen: neue Forschungsergebnisse

Zwar werden die Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und unterschiedlichen Schädigungen in zahlreichen Forschungsarbeiten beleuchtet, jedoch gestaltet sich der Nachweis der Kausalität schwierig. Da Cannabis in Europa die am häufigsten konsumierte Droge darstellt, können die durch den Konsum dieser Droge verursachten Schädigungen unter Umständen Auswirkungen auf die Gesamtbevölkerung haben. Im Rahmen einer kürzlich von der WHO durchgeführten internationalen Untersuchung wurden die verfügbaren Belege über cannabisbedingte Schädigungen ausgewertet. Die Analyse ergab, dass es zwar schwierig ist, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und den daraus resultierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen herzustellen, jedoch aus Beobachtungsstudien gewisse Rückschlüsse gezogen werden können. Was die negativen Folgen des chronischen Cannabiskonsums betrifft, so stellte man fest, dass bei Personen, die regelmäßig und über einen langen Zeitraum hinweg Cannabis konsumieren, ein doppelt so großes Risiko für psychotische Symptome und Störungen, ein erhöhtes Risiko für Atemwegserkrankungen und die Gefahr, ein Abhängigkeitssyndrom zu entwickeln, besteht. Der regelmäßige Konsum von Cannabis im Jugendalter wurde mit einem erhöhten Risiko in Verbindung gebracht, an Schizophrenie zu erkranken. Wird der Konsum im jungen Erwachsenenalter fortgesetzt, besteht offenbar die Gefahr einer geistigen Beeinträchtigung. Dabei können jedoch auch somatische und psychische Vorerkrankungen und andere Störfaktoren eine Rolle spielen, zu denen weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind.

Prävention: familienbasierte Programme

Der Cannabiskonsum junger Menschen bildet einen der Schwerpunkte der in Europa verfolgten Präventionsstrategien, die häufig zugleich auf den Konsum von Alkohol und Tabak abzielen. 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.

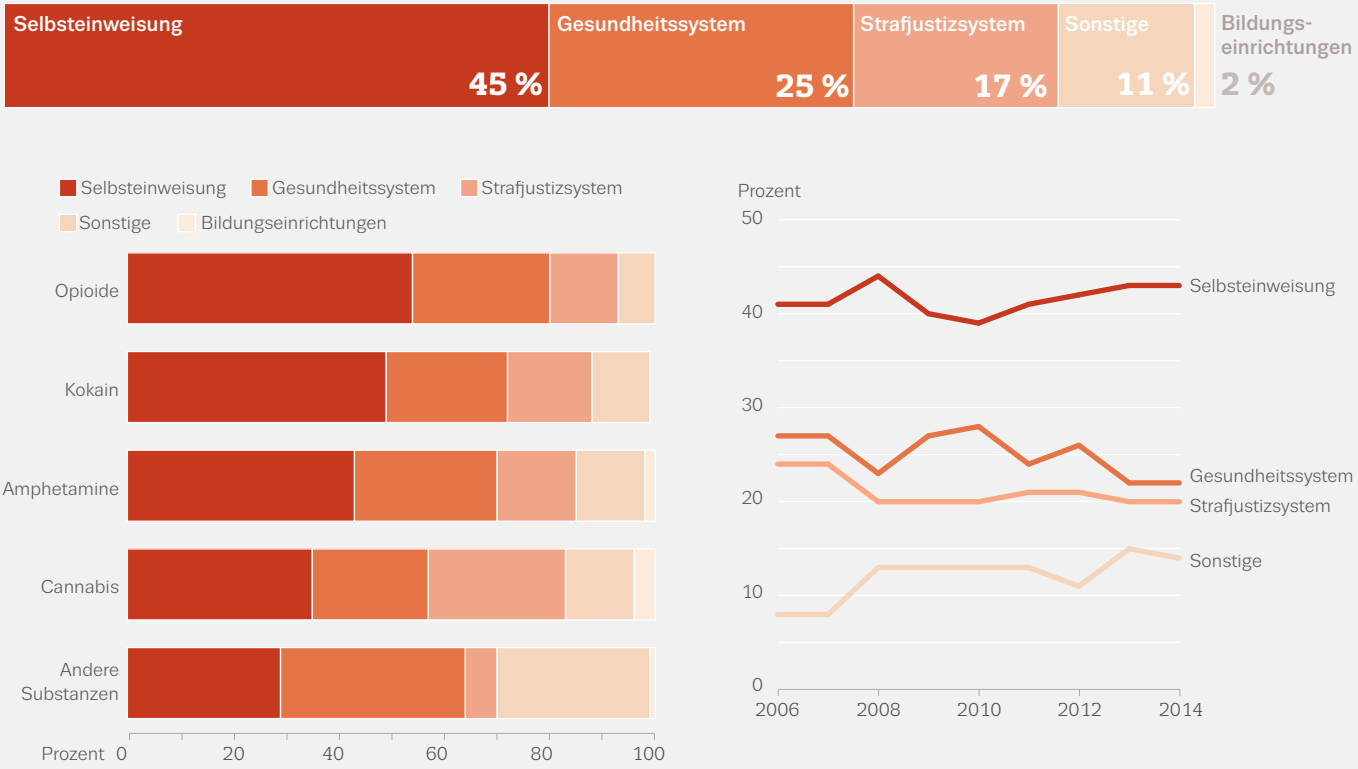
Zahlreiche Maßnahmen der Drogenprävention finden an Schulen statt, wobei für einige Ansätze eine relativ tragfähige Basis von Evidenzdaten verfügbar ist. Auch familienbasierte Interventionen wurden im Hinblick auf die Prävention einer Reihe problematischer Verhaltensweisen, darunter auch des Drogenkonsums, positiv bewertet.

Im Rahmen familienbasierter Präventionsprogramme werden in der Regel Eltern darin geschult, ihre Kinder dabei zu unterstützen, altersspezifische Kompetenzen zu

Zahlreiche Maßnahmen der Drogenprävention finden an Schulen statt

ABBILDUNG 3.1

Überweisungsquelle der Klienten, die 2014 in Europa eine spezialisierte Drogenbehandlung aufgenommen haben



Die Angabe „Strafjustizsystem" bezieht sich auf Gerichte, Polizei und Bewährungsdienste; die Angabe „Gesundheitssystem" bezieht sich auf Allgemeinmed iziner, sonstige Drogenbehandlungseinrichtungen sowie Gesundheits-, medizinische und soziale Dienste; die Angabe „Selbsteinweisung" bezieht sich auf die Klienten sowie deren Familienangehörige und Freunde. In der Grafik sind die Überweisungen durch Bildungseinrichtungen unter „Sonstige" erfasst.

entwickeln (einschließlich Impulskontrolle, sozialer Kompetenz und Bedürfnisaufschub), die das Risiko eines Substanzkonsums und anderer Verhaltensstörungen verringern. Die familienbasierte universale Prävention zielt auf alle Familien in der gesamten Bevölkerung ab, wobei der Schwerpunkt der Interventionen auf unterschiedlichen kindlichen Entwicklungsphasen liegt. Selektive Programme hingegen sind auf marginalisierte und gefährdete Familien zugeschnitten, darunter auch auf Familien, in denen die Eltern Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Substanzen haben. Zwar gibt es in den meisten Ländern Präventionsmaßnahmen für gefährdete Familien, jedoch ist ihre Reichweite Expertenbewertungen aus dem Jahr 2013 zufolge häufig begrenzt.

Über die Inhalte familienbasierter Interventionen ist relativ wenig bekannt. Eine Ausnahme bildet diesbezüglich das Programm zur Stärkung der Familie (Strengthening Families Programme), in dessen Rahmen die elterlichen Kompetenzen gefördert werden und das mittlerweile in 13 europäischen Ländern durchgeführt wird. Dieses auf internationaler Ebene unterstützte Programm zielt auch darauf ab, Hindernisse für die Teilhabe gefährdeter Eltern zu beseitigen, indem es Beförderungs- und Kinderbetreuungsdienste bereitstellt.

Ferner werden neue Konzepte entwickelt, die zeitlich begrenzt sind und deren Durchführung weniger Ressourcen erfordert. So wurde beispielsweise in den Niederlanden und in Schweden im Rahmen des Programms EFFEKT, das nur einige kurze Schulungen umfasst, nachgewiesen, dass eine bessere Kontrolle und die Vorgabe von Regeln durch die Eltern Alkoholkonsum wirksam eindämmen und die Impulskontrolle junger Menschen effektiv verbessern können.

Spezialisierte Drogenbehandlung: Überweisungswege

Für die relativ kleine, aber signifikante Zahl von Personen, die aufgrund ihres Drogenkonsums Probleme wie beispielsweise eine Abhängigkeit entwickeln, ist die Drogenbehandlung die Maßnahme der Wahl. Dabei stellt

ABBILDUNG 3.2

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

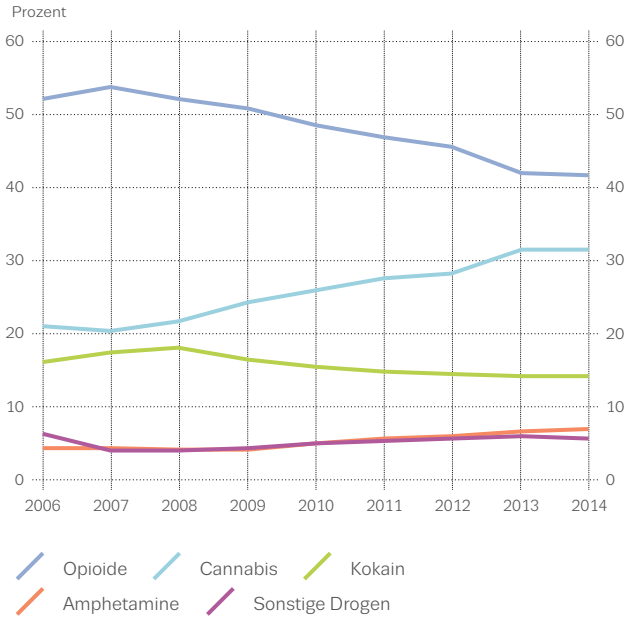
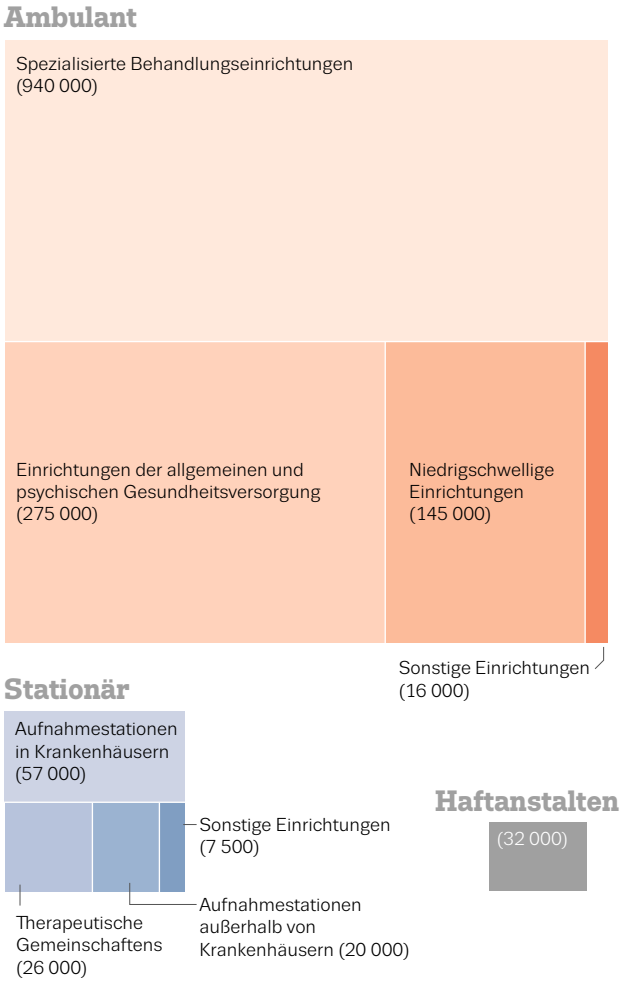


ABBILDUNG 3.3

Zahl der Klienten in Drogenbehandlung in Europa, 2014, nach Einrichtung



die Gewährleistung eines problemlosen Zugangs zu geeigneten Behandlungseinrichtungen eine zentrale politische Zielsetzung dar.

Daten über die Überweisungsquellen geben Aufschluss darüber, wie und auf welchen Wegen Konsumenten in die Drogentherapie gelangen. Im Jahr 2014 begaben sich in Europa 45 % der Klienten, die eine spezialisierte Drogentherapie aufnahmen, aus eigenem Antrieb oder auf Anraten eines Familienangehörigen in Behandlung, wobei diesbezüglich allerdings je nach Droge (Abbildung 3.1) und Land unterschiedlich hohe Anteile ermittelt wurden. Insgesamt wurde ein Viertel der Klienten, die eine Drogentherapie aufnahmen, von Gesundheitsdiensten an die Behandlungseinrichtungen vermittelt, während 17 % aus dem Strafjustizsystem überwiesen wurden. Unter den Cannabisklienten war der Anteil derer, die aus dem Strafjustizsystem überwiesen wurden, besonders hoch. In Ungarn belief sich dieser Anteil auf etwa drei Viertel (74 %) der Behandlungsaufnahmen durch Cannabisklienten. Insgesamt waren zwischen 2006 und 2014 im Hinblick auf die Überweisungsquellen weitgehend gleichbleibende Entwicklungen zu verzeichnen.

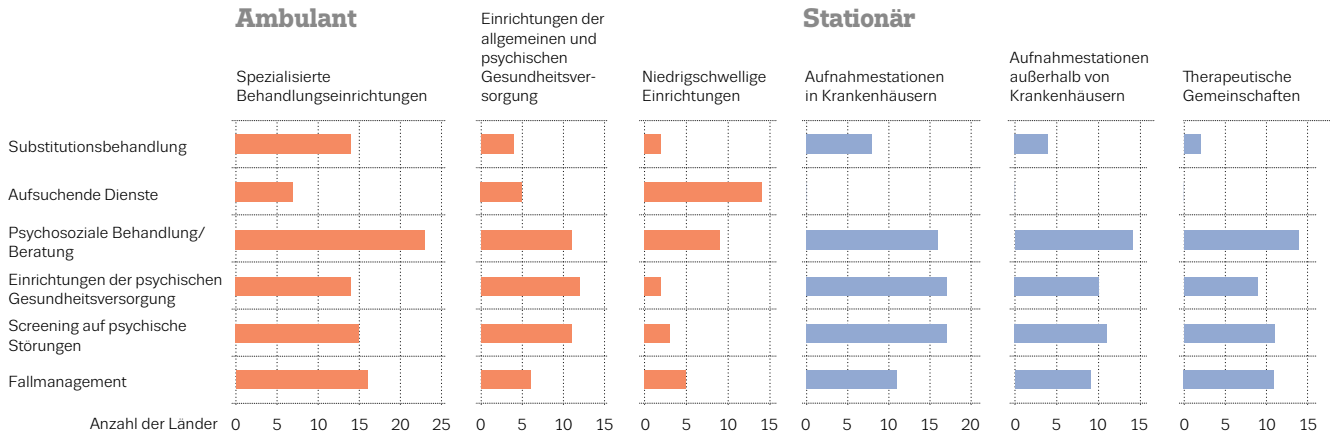
In mehreren Ländern gibt es Regelungen, Drogenstraftäter aus dem Strafjustizsystem in Drogenbehandlungsprogramme zu überweisen. In einigen Fällen geschieht dies durch eine gerichtliche Anordnung oder durch die Verhängung einer Bewährungsstrafe mit der Auflage, dass sich der Täter einer Behandlung unterzieht. In manchen Ländern erfolgt die Überweisung aber auch bereits in einer früheren Phase der Strafverfolgung.

Drogenbehandlung: zumeist ambulant

Im Jahr 2014 wurden in der Europäischen Union schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen wegen des Konsums illegaler Drogen behandelt (unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei: 1,5 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 3.2), die in erster Linie psychosoziale Behandlungen in Anspruch nehmen. Diesbezüglich bestehen jedoch mitunter erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. So machen Opioidkonsumenten in einigen Ländern bis zu

ABBILDUNG 3.4

Überblick über hohe Verfügbarkeit (> 75 %) ausgewählter Maßnahmen in den einzelnen Einrichtungsformen (Expertenbewertungen)



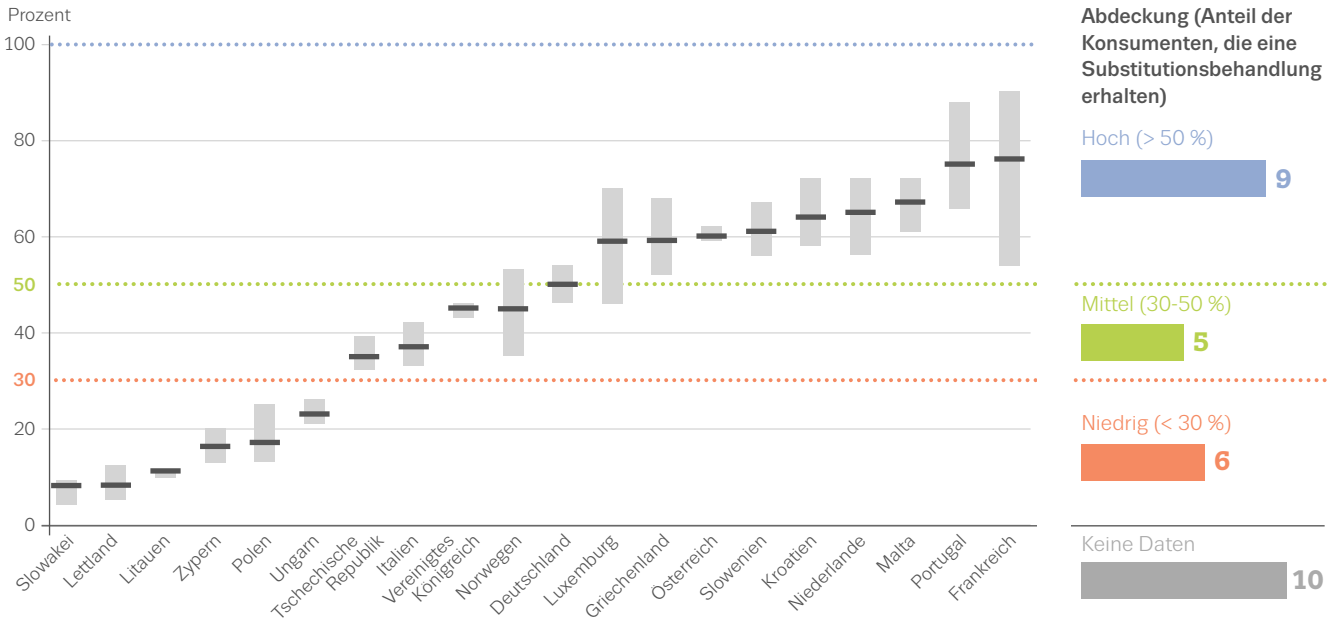
88 % und in anderen weniger als 10 % der Klienten aus, die sich in Behandlung begeben.

Die meisten Drogenbehandlungen in Europa erfolgen ambulant, wobei der größte Teil der behandelten Drogenkonsumenten auf spezialisierte ambulante Behandlungseinrichtungen entfällt (Abbildung 3.3), 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 und Finnland, haben mitunter Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung großen Anteil am ambulanten Behandlungsangebot.

Ein geringerer Anteil der Drogenbehandlungen in Europa erfolgt stationär, darunter in stationären Aufnahmestationen (z. B. in psychiatrischen Kliniken), therapeutischen Gemeinschaften und spezialisierten

ABBILDUNG 3.5

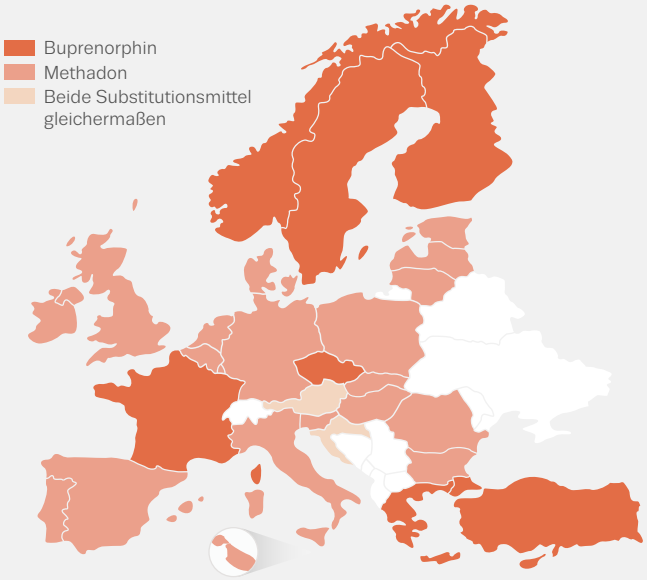
Anteile der Hochrisiko-Opioidkonsumenten in Substitutionsbehandlung (in %, Schätzung)



Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt.

ABBILDUNG 3.6

Am häufigsten verschriebene Opioid-Substitutionsmittel



stationären Therapieeinrichtungen. Hinsichtlich der relativen Bedeutung ambulanter und stationärer Angebote innerhalb der nationalen Behandlungssysteme bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Ein Überblick über die Verfügbarkeit ausgewählter Interventionen in unterschiedlichen europäischen Behandlungseinrichtungen kann anhand der vorliegenden Expertenbewertungen gewonnen werden (Abbildung 3.4).

Ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Drogenprävention und -behandlung wird zunehmend 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.

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.

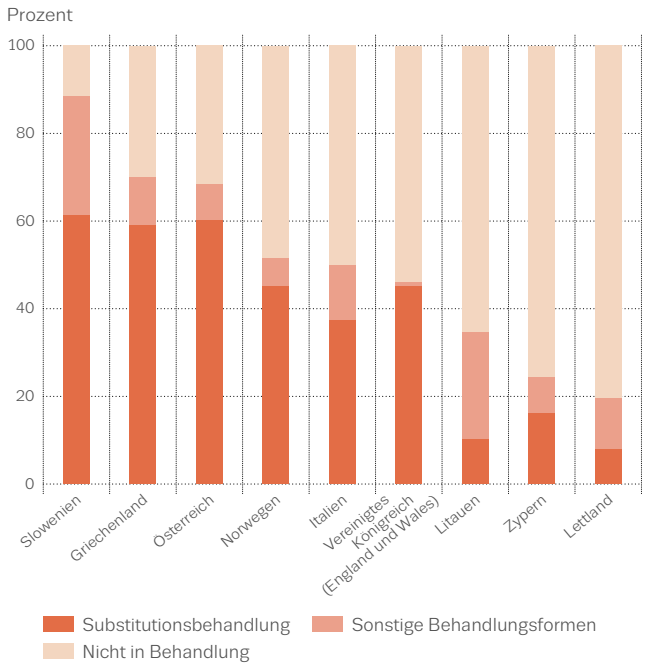
Im Jahr 2014 haben in der Europäischen Union schätzungsweise 644 000 Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten (unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei: 680 000) und damit etwa 50 000 weniger als im Jahr 2010. Schätzungen zufolge dürften insgesamt mindestens 50 % der Opioidkonsumenten eine Substitutionsbehandlung erhalten. Aufgrund der herangezogenen Methodik ist diese Schätzung jedoch mit Bedacht zu interpretieren. Zudem bestehen diesbezüglich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern (Abbildung 3.5).

Mit einem Anteil von 61 % der Substitutionspatienten ist Methadon das am häufigsten verschriebene Opioid-Substitutionsmittel. Weiteren 37 % der Patienten wird Buprenorphin verschrieben, das in sieben 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.

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 2 % und 30 % aller Opioidpatienten eine nicht opioidgestützte Therapie (Abbildung 3.7).

ABBILDUNG 3.7

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



Anpassung des Behandlungsangebots an die Bedürfnisse der Patienten

Die Patienten, die in Europa Behandlungseinrichtungen in Anspruch nehmen, haben unterschiedliche Bedürfnisse und benötigen häufig Maßnahmen, die mehrere komplexe Probleme zugleich in Angriff nehmen. Daher ist die Gewährleistung der Zusammenarbeit zwischen Drogenbehandlungseinrichtungen und anderen Gesundheits- und Sozialdiensten für die Wirksamkeit der Maßnahmen von entscheidender Bedeutung.

Da die meisten Klienten mehr als eine psychoaktive Substanz konsumieren und zum Teil Probleme im Zusammenhang mit unterschiedlichen Drogen haben, ist es wichtig, dass die Drogenbehandlungseinrichtungen über Diagnose- und Therapiepläne verfügen, die auf den polyvalenten Drogenkonsum abgestimmt sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einige Substanzkombinationen mit besonders hohen Risiken verbunden sind – beispielsweise mit einem erhöhten Risiko von Überdosierungen – und daher besonders dringend erkannt werden müssen. Dies gilt beispielsweise für den Konsum von Opioiden in Kombination mit Benzodiazepinen. Den Analysen zufolge werden drei Viertel der Klienten, die sich wegen drogenbedingter Probleme in Behandlung begeben, formal als Konsumenten mehrerer Substanzen erfasst, wobei Klienten, die als Primärdroge Opioide, Kokain oder Amphetamin konsumieren, zumeist Cannabis und Alkohol als Sekundärdroge angeben. Darüber hinaus nennen zahlreiche Opioidkonsumenten auch Kokain als Sekundärdroge.

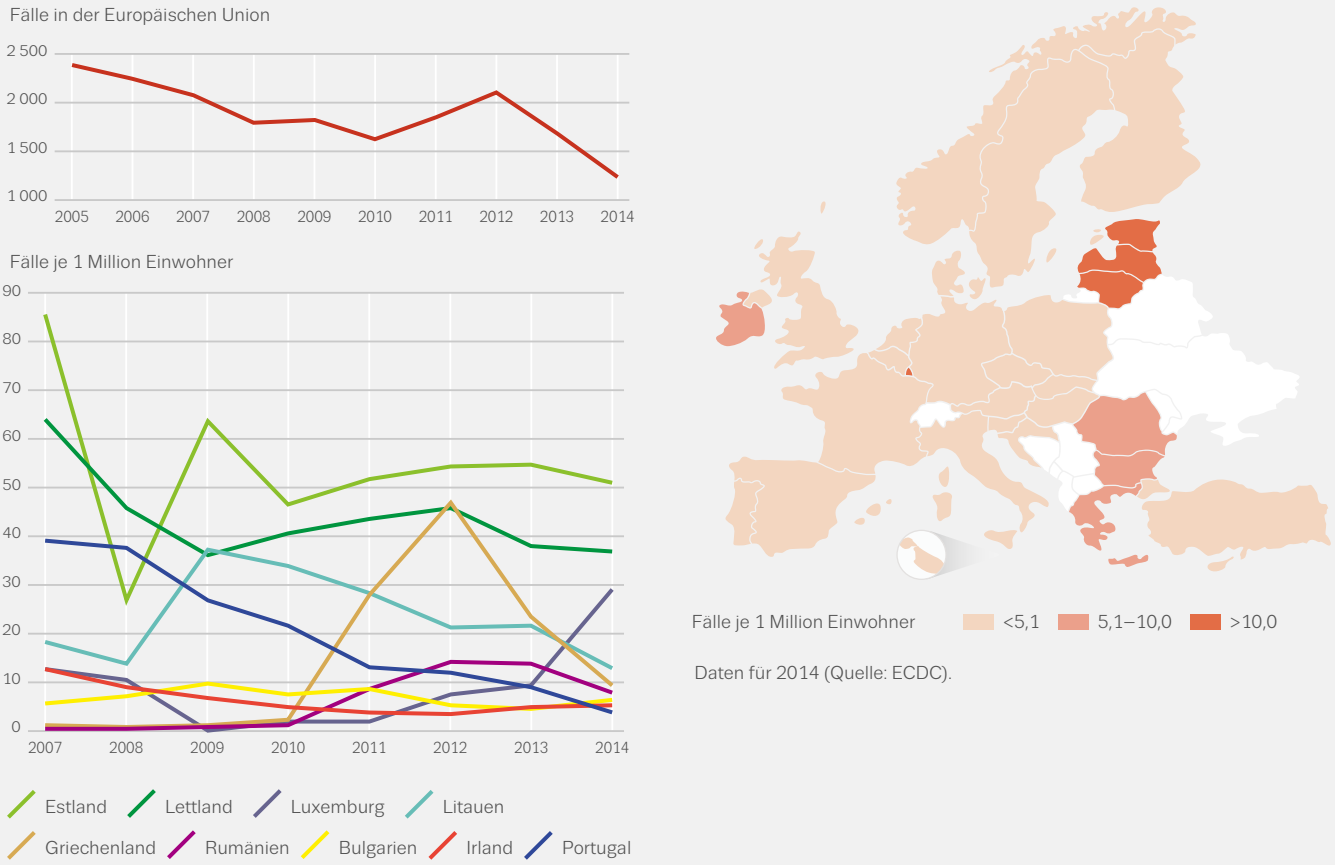
Weist eine Person gleichzeitig sowohl substanzbedingte als auch psychische Störungen auf, so spricht man von Komorbidität. Da ein Zusammenhang zwischen einigen psychischen und substanzbedingten Störungen besteht, stellt die Komorbidität sowohl für Drogenbehandlungsdienste als auch für Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung eine Herausforderung dar. In einer kürzlich durchgeführten Untersuchung stellte man fest, dass schwere Depressionen, Angststörungen (vor allem Panikstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen) und Persönlichkeitsstörungen (in erster Linie antisoziale Störungen und Borderline) die häufigsten psychiatrischen Störungen darstellen, die bei Konsumenten illegaler Substanzen neben substanzbedingten Störungen diagnostiziert werden. Trotz der großen Bedeutung dieses Themenbereichs ist das Ausmaß der Problematik nur schwer zu bestimmen, da die verfügbaren Daten zum einen begrenzt und zum anderen heterogen sind.

Es gibt Anzeichen dafür, dass Frauen in Drogenbehandlung unter Umständen komplexere Bedürfnisse haben, insbesondere im Zusammenhang mit Komorbidität und Kinderbetreuung und gezieltere, geschlechtsspezifische Leistungen benötigen. Insgesamt machen Frauen nur 20 % der Klienten aus, die sich in spezialisierte Behandlung begeben (damit liegt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei 4:1). Dieser Anteil ist jedoch in den einzelnen Ländern unterschiedlich groß und liegt zwischen 5 % und 34 %. Darüber hinaus ist der Unterschied zwischen den Anteilen von Frauen und Männern bei den Erstklienten geringer. Es gibt zahlreiche Gründe dafür, dass weniger Frauen eine Drogenbehandlung aufnehmen; sie liegen unter anderem in der unterschiedlichen Prävalenz des problematischen Drogenkonsums von Frauen und Männern, der Häufigkeit, mit der Frauen und Männer über ihren problematischen Drogenkonsum sprechen sowie in der Zugänglichkeit und Angemessenheit der Drogendienste.

Frauen in Drogenbehandlung haben unter Umständen komplexere Bedürfnisse

ABBILDUNG 3.8

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



Daten für 2014 (Quelle: ECDC).

HIV-Ausbrüche unter injizierenden Konsumenten von Stimulanzien

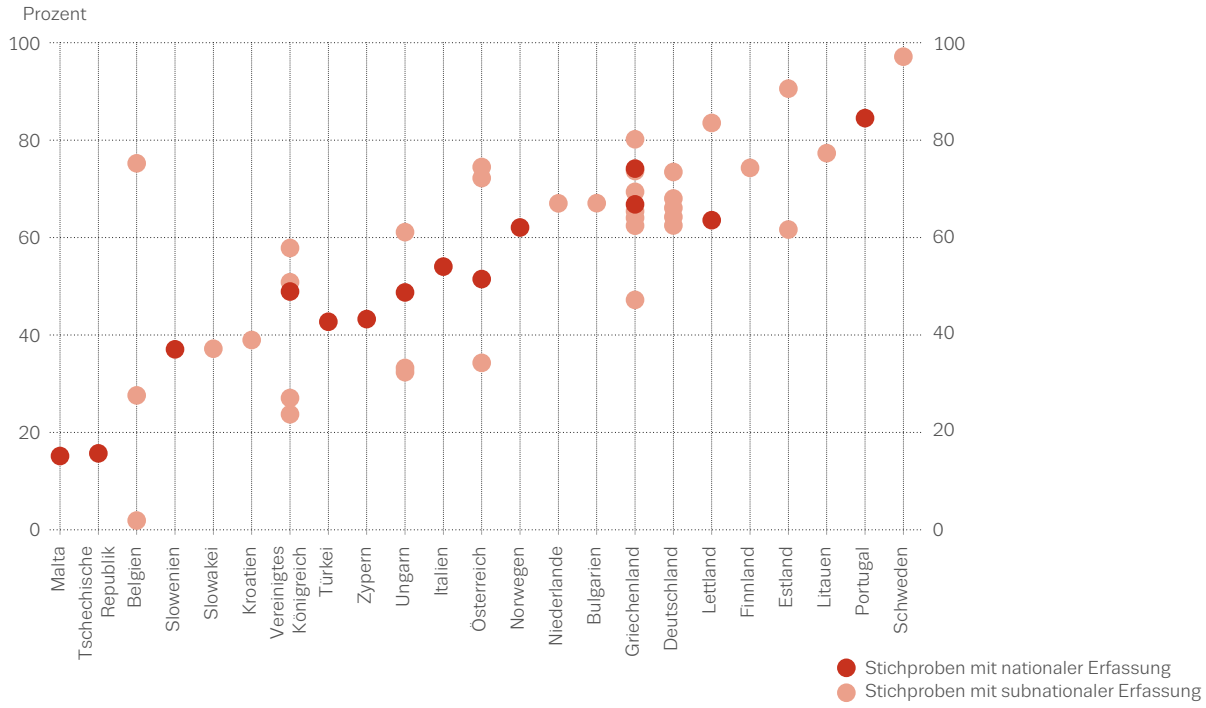
Für Drogenkonsumenten und insbesondere injizierende Drogenkonsumenten besteht die Gefahr der Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch die gemeinsame Nutzung von Spritzbestecken und ungeschützten Geschlechtsverkehr. Der injizierende Drogenkonsum spielt im Zusammenhang mit durch Blut übertragbare Infektionen 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). Von allen in Europa gemeldeten HIV-Fällen, für die der Übertragungsweg bekannt ist, ist ein gleichbleibend geringer Anteil auf den injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen (in den letzten zehn Jahren lag dieser Anteil bei unter 8 %). Allerdings wurden diesbezüglich in Litauen (32 %), Lettland (31 %), Estland (28 %) und Rumänien (25 %) deutlich höhere Anteile ermittelt.

Die jüngsten Daten belegen, dass sich der seit langem beobachtete Rückgang der HIV-Neudiagnosen unter injizierenden Drogenkonsumenten in der Europäischen Union fortsetzt. Im Jahr 2014 belief sich die durchschnittliche Rate der gemeldeten HIV-Neudiagnosen, die dem injizierenden Drogenkonsum zugeschrieben wurden, auf 2,4 Fälle je eine Million Einwohner und war damit nicht einmal halb so hoch wie im Jahr 2005 (5,6 Fälle je eine Million Einwohner). Aus einigen Ländern, insbesondere aus Estland und Lettland, wurden jedoch höhere Raten gemeldet. In Griechenland und Rumänen, die zuvor örtlich begrenzte Ausbrüche zu verzeichnen hatten, gehen die Raten der gemeldeten HIV-Neudiagnosen seit 2012 zurück (Abbildung 3.8).

Im Jahr 2014 wurden in der Europäischen Union 1 236 HIV-Neudiagnosen gemeldet, die mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht wurden. Dies ist der niedrigste Wert seit mehr als zehn Jahren. Jedoch wurden im Jahr 2015 in Irland, dem Vereinigten Königreich (Schottland) und Luxemburg örtlich begrenzte Ausbrüche von HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten dokumentiert. Zu den ausschlaggebenden Faktoren für diese jüngsten Ausbrüche zählten in vielen Fällen veränderte Drogenkonsummuster, insbesondere der steigende injizierende Konsum von Stimulanzien, und die starke Marginalisierung der Drogenkonsumenten.

ABBILDUNG 3.9

HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, 2013/14



Im Jahr 2014 wurden 15 % aller in Europa gemeldeten neuen AIDS-Fälle mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht. Mit 590 Meldungen beläuft sich die Zahl dieser Fälle auf gut ein Viertel des vor zehn Jahren ermittelten Werts. Eine frühzeitige Diagnose ist von entscheidender Bedeutung, um das Fortschreiten von HIV-Infektionen bis zum Ausbruch von AIDS zu verhindern. Dies gilt insbesondere für injizierende Drogenkonsumenten, da sich diese häufiger als andere Infizierte erst in einem späten Stadium an die Gesundheitsdienste wenden (61 %). Darüber hinaus müssten in einigen Ländern, wie beispielsweise in Griechenland, Lettland und Rumänien, die nach wie vor eine hohe Zahl von AIDS-Neudiagnosen zu verzeichnen haben, verstärkt HIV-Tests durchgeführt und die einschlägigen Behandlungsmaßnahmen intensiviert werden.

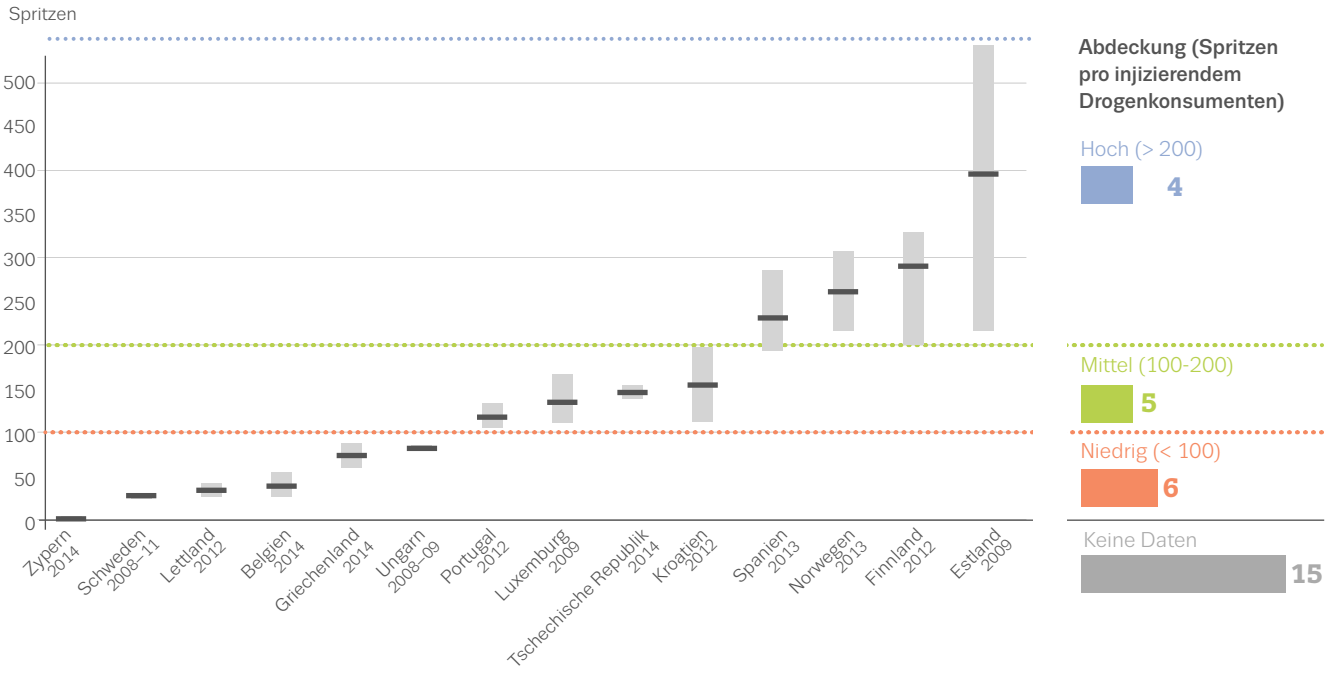
Durch den injizierenden Drogenkonsum bedingte Schädigungen: wichtigste Erkrankungen

Die Virushepatitis, insbesondere die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) verursachte Infektion, ist unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa weit verbreitet. Dies kann erhebliche Langzeitfolgen haben, da HCV-Infektionen, oft verschlimmert durch starken Alkoholkonsum, für die steigende Zahl der Lebererkrankungen, darunter Leberzirrhose und Leberkrebs, in der alternden Kohorte der Hochrisiko-Drogenkonsumenten verantwortlich sein dürften.

In nationalen Stichproben injizierender Drogenkonsumenten wurden im Zeitraum 2013/14 für HCV-Antikörper, die auf eine akute oder frühere Infektion hinweisen, Prävalenzraten zwischen 15 % und 84 % ermittelt, wobei sechs der 13 Länder, für die nationale Daten verfügbar sind, Raten von über 50 % meldeten (Abbildung 3.9). Fünf der Länder, für die nationale

ABBILDUNG 3.10

Zahl der im Rahmen spezieller Programme ausgegebenen Spritzen pro injizierendem Drogenkonsumenten (Schätzung)



Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt.

Trenddaten für den Zeitraum 2006-2014 vorliegen, meldeten einen Anstieg der HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, während Malta und Norwegen sinkende Prävalenzraten verzeichneten.

Der injizierende Drogenkonsum stellt auch im Hinblick auf andere Infektionskrankheiten einen Risikofaktor dar, unter anderem für Hepatitis B, Tetanus und Botulismus. In Europa wurden zwischen 2013 und 2015 sowohl Häufungen als auch sporadische Fälle von Wundbotulismus unter injizierenden Drogenkonsumenten gemeldet, darunter in Norwegen und im Vereinigten Königreich. Weit verbreitet sind auch bakterielle Infektionen an Einstichstellen. So wurde 2015 aus Schottland ein großer Ausbruch von Weichgewebeinfektionen 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 von Spritzbestecken, Tests, Hepatitis-C-Therapie und antiretrovirale HIV-Therapie.

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 das Risikoverhalten im Zusammenhang mit injizierendem Konsum und somit auch die Übertragung von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten eindämmen können. In fast allen Ländern stellen spezielle Ausgabestellen kostenlos saubere Spritzbestecke bereit. Hinsichtlich der geografischen Verteilung dieser Ausgabestellen und der geschätzten Zahlen ausgegebener Spritzen sind jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen (Abbildung 3.10). Informationen über die Bereitstellung von Spritzen im Rahmen spezieller Programme liegen aus 23 Ländern vor, die im Jahr 2014 insgesamt etwa 36 Millionen ausgegebene Spritzen meldeten. Diese Schätzung ist zu niedrig angesetzt, da mehrere große Länder, wie beispielsweise Frankreich, Deutschland, Italien und das Vereinigte Königreich, keine vollständigen nationalen Daten über die Ausgabe von Spritzen übermitteln.

Tests auf Infektionskrankheiten und einschlägige Behandlungsmaßnahmen können dazu beitragen, die Inzidenz und Prävalenz von Infektionen unter Drogenkonsumenten zu senken. Die Durchführung von Tests ist geeignet, dem Einzelnen seinen Infektionsstatus

bewusst zu machen, und trägt dazu bei, dass sich die Betroffenen früher in Behandlung begeben. Stigmatisierung und Marginalisierung sowie unzureichendes Wissen über die Screening- und Behandlungsmöglichkeiten stellen diesbezüglich jedoch nach wie vor Hindernisse dar. Klinische Daten belegen, dass unmittelbar nach der Diagnose einer HIV-Infektion eine antiretrovirale Therapie eingeleitet werden sollte, um eine weitere Verschlechterung der Immunabwehr zu verhindern.

Gezielte Maßnahmen zur Schadensminimierung und zur Förderung der Sexualgesundheit sind ebenfalls wichtig, wenn es darum geht, die neuen Muster des injizierenden Drogenkonsums und des Sexualverhaltens zu durchbrechen, die den Meldungen zufolge in kleinen Gruppen von Männern um sich greifen, die gleichgeschlechtlichen Sex haben. Hier kommt der Zusammenarbeit von Drogenbehandlungseinrichtungen und Diensten im Bereich der Sexualgesundheit neben der Gesundheitsaufklärung, der Ausgabe steriler Spritzbestecke und in einigen Fällen auch der Durchführung einer antiretroviralen Präexpositionsprophylaxe unter Umständen besondere Bedeutung zu.

Hepatitis C: Neue Behandlungsformen

Vorbeugende Maßnahmen gegen die Übertragung des Hepatitis C-Virus ähneln den im Zusammenhang mit HIV ergriffenen Maßnahmen. Da die Prävalenz von HCV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten sehr hoch ist, stellt die Verringerung der Zahl der potenziellen Überträger durch das Angebot von HCV-Behandlungen einen wesentlichen Bestandteil einer umfassenden Präventionsstrategie dar. Die neuen europäischen Leitlinien empfehlen, HCV-Behandlungen für Drogenkonsumenten auf individueller Basis anzubieten und in einem multidisziplinären Rahmen durchzuführen. Seit 2013 sind rein orale, interferonfreie Therapien mit direkt wirkenden Virostatika verfügbar und entwickeln sich zunehmend zur wichtigsten Grundlage der Behandlung von HCV-Infektionen. Diese Arzneimittel sind hochwirksam, benötigen kürzere Behandlungszeiten und haben weniger Nebenwirkungen als die älteren Medikamente. Darüber hinaus kann die Behandlung mit diesen Arzneimitteln in spezialisierten, kommunalen Drogenbehandlungseinrichtungen erbracht werden, was die Inanspruchnahme und Verfügbarkeit dieser Therapien verbessert.

Die neuen HCV-Medikamente sind teurer als die älteren Arzneimittel. In einer Erhebung, die 2015 in 21 EU-Ländern durchgeführt wurde, stellte die EMCDDA fest, dass sich die durchschnittlichen Referenzkosten einer dreimonatigen Behandlung mit einem neuen Medikament auf etwa 60 000 EUR belaufen, während die Kosten einer Therapie mit Arzneimitteln der vorherigen Generation zwischen 17 000 EUR und 26 000 EUR liegen. Angesichts der hohen Prävalenz von HCV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten stellt die Gewährleistung des bestmöglichen Zugangs zu vielversprechenden neuen Arzneimitteln eine zentrale Aufgabe der politischen Entscheidungsträger dar.

Gesundheit von Strafgefangenen: umfassende Maßnahmen erforderlich

Den Angaben der Strafgefangenen zufolge ist ihre Lebenszeitprävalenz höher als die der Allgemeinbevölkerung, während sie zugleich schädlichere Konsummuster aufweisen. Jüngste Studien belegen, dass zwischen 6 % und 48 % der Strafgefangenen mindestens einmal Drogen injiziert haben. Aufgrund ihrer hohen Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums haben Strafgefangene im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung komplexe Bedürfnisse, sodass gründliche Gesundheitsbeurteilungen bei Haftantritt eine wichtige Maßnahme darstellen. Die WHO empfiehlt ein Paket von Präventionsmaßnahmen für Haftanstalten, das kostenlose und freiwillige Tests auf Infektionskrankheiten, die Verteilung von Kondomen und sterilem Spritzbesteck sowie Angebote zur Behandlung von Infektionskrankheiten und Drogensucht umfasst.

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 Haftantritt und Entlassung sicher. Gegenwärtig werden in 27 der 30 von der EMCDDA beobachteten Ländern in Haftanstalten opioidgestützte Substitutionstherapien angeboten. Insgesamt hat offenbar ein wachsender Anteil der Strafgefangenen Zugang zu Substitutionsbehandlungen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die flächendeckende Verfügbarkeit dieser Therapieform in der Gemeinschaft zunehmend auch in Haftanstalten ihren Niederschlag findet. Die Bereitstellung von sauberem Spritzbesteck ist weniger stark verbreitet: Nur drei Länder berichteten über entsprechende Angebote in Haftanstalten.

Klinische Notfälle: Informationen über akute Schädigungen

Daten über klinische Notfälle lassen wertvolle Rückschlüsse auf akute Gesundheitsschäden zu. Im Jahr 2014 führte das europäische Netzwerk für drogenbedingte Notfälle (European Drug Emergencies Network, Euro-DEN), das drogenbedingte klinische Notfälle in 16 ausgewählten Krankenhäusern in zehn europäischen Ländern beobachtet, eine Analyse durch. Dabei wurde festgestellt, dass in den meisten der 5 409 gemeldeten Notfälle Männer (76 %) und junge Erwachsene (Medianalter: 32 Jahre bei Männern und 28 Jahre bei Frauen) betroffen waren. Heroin spielte bei 24 % der Notfälle eine Rolle, während die Patienten in 17 % der Fälle Kokain und in 16 % der Fälle Cannabis konsumiert hatten.

In zahlreichen Fällen wurde mehr als eine Droge festgestellt: Bei den 5 409 Notfällen wurden insgesamt 8 358 Drogennachweise vorgenommen (Abbildung 3.11). In zwei Dritteln der Notfälle wurden weit verbreitete Drogen wie Heroin, Kokain, Cannabis, Amphetamin und MDMA nachgewiesen, in einem Viertel der Fälle verschreibungspflichtige oder freiverkäufliche Arzneimittel (zumeist Opioide und Benzodiazepine) und in 6 % der Fälle neue psychoaktive Substanzen. Dabei war Heroin sowohl insgesamt die am häufigsten nachgewiesene Droge als auch das am häufigsten gemeldete Opioid (67 % der festgestellten Opioide), gefolgt von Methadon (12 %) und Buprenorphin (5 %), wobei an den einzelnen Standorten unterschiedliche Muster festzustellen waren. Bei mehr als drei Vierteln der Notfälle im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen spielte ein Cathinon eine Rolle, wobei in zwei Dritteln dieser Fälle Mephedron nachgewiesen wurde.

An den einzelnen Standorten wurden im Zusammenhang mit den Notfällen unterschiedliche Drogen festgestellt, was auf die verschiedenen örtlichen Muster des riskanten Drogenkonsums zurückzuführen ist. So wurden beispielsweise in Oslo die meisten Notfälle mit Heroin und Amphetamin in Verbindung gebracht, während in London in den meisten Fällen GHB/GBL, Kokain, Mephedron und MDMA nachgewiesen wurden. Dies spiegelt die örtlichen Konsummuster im Zusammenhang mit der Nachtclubszene wider.

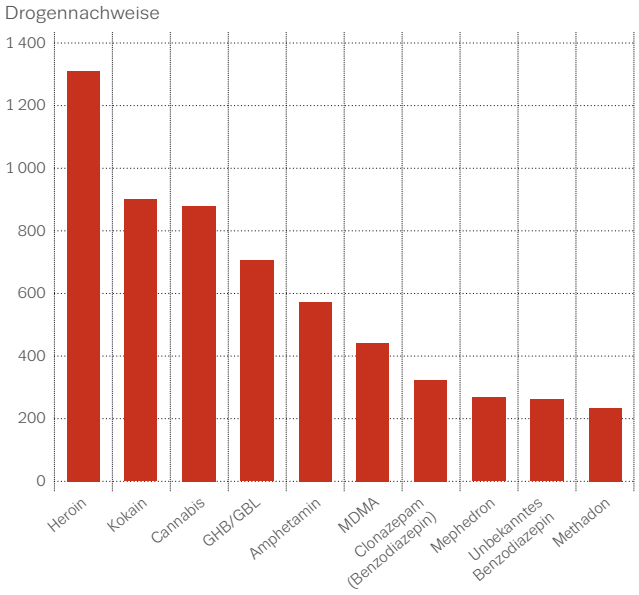
Daten über klinische Notfälle lassen wertvolle Rückschlüsse auf akute Gesundheitsschäden zu

Bei den meisten (79 %) drogenbedingten klinischen Notfällen wurden die Patienten innerhalb von zwölf Stunden aus dem Krankenhaus entlassen. Insgesamt wurden 27 Todesfälle erfasst (0,5 % aller Notfälle), von denen die meisten mit dem Konsum von Opioiden in Zusammenhang standen.

In einigen Ländern gibt es nationale Beobachtungssysteme, die eine Trendanalyse bezüglich der drogenbedingten akuten Vergiftungen ermöglichen. Von den Ländern, in denen eine langfristige Beobachtung erfolgt, meldet das Vereinigte Königreich eine zunehmende Zahl akuter heroinbedingter Notfälle, während die Tschechische Republik und Dänemark diesbezüglich einen Rückgang zu verzeichnen haben. Die beiden letztgenannten Länder berichteten jedoch über eine steigende Zahl von Notfällen im Zusammenhang mit anderen Opioiden. In Spanien ist ein kontinuierlicher Aufwärtstrend bei den akuten Notfällen im Zusammenhang mit Cannabis zu beobachten, während die Niederlande über eine Zunahme der von Rettungsdiensten bei Festivals erfassten MDMA-Vergiftungen sowie der akuten Vergiftungen durch die neue psychoaktive Substanz 4-FA (4-Fluoramphetamin) berichten.

ABBILDUNG 3.11

Die zehn im Jahr 2014 bei Notfällen in 16 beobachteten Krankenhäusern am häufigsten nachgewiesenen Drogen



Anmerkung: Ergebnisse aus 5 409 Notfällen in 16 Krankenhäusern in zehn europäischen Ländern.
Quelle: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

Neue Drogen: eine Herausforderung für die Gesundheitssysteme

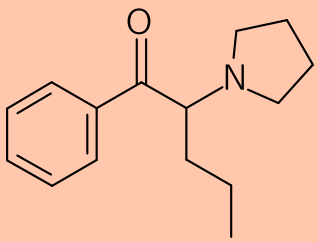
Neue Substanzen wurden in Europa mit einer Reihe schwerwiegender Schädigungen in Verbindung gebracht, darunter auch mit akuten Vergiftungen und Todesfällen. Darüber hinaus wurde über Schädigungen im Zusammenhang mit den Mustern des injizierenden Drogenkonsums berichtet, insbesondere in Verbindung mit Stimulanzien wie Mephedron, alpha-PVP, MDPV und Pentredron. Massenvergiftungen sind zwar selten, können jedoch eine große Herausforderung für die Gesundheitssysteme darstellen. Bei einem solchen Vorfall, der sich 2015 in Polen ereignete, wurden in weniger als einer Woche synthetische Cannabinoide mit mehr als 200 klinischen Notfällen in Verbindung gebracht.

Seit Anfang 2014 hat die EMCDDA aufgrund schwerwiegender Schädigungen im Zusammenhang mit dem Konsum neuer Substanzen
34 Gesundheitswarnungen an die Mitglieder des EU-Frühwarnsystems ausgegeben. In diesem Zeitraum wurden sieben neue Substanzen einer Risikobewertung unterzogen. In jüngster Zeit wurden Befürchtungen im Zusammenhang mit neuen Opioiden wie Acetylfentanyl laut. Diese Substanz war 2015 Gegenstand eines gemeinsamen Berichts von EMCDDA und Europol, nachdem sie mit 32 Todesfällen in Verbindung gebracht worden war. Viele Fetanyle sind hochpotent, werden mitunter ahnungslosen Konsumenten als Heroin verkauft und bergen somit ein hohes Risiko von Überdosierungen und Todesfällen.

Maßnahmen zur Bekämpfung neuer Drogen: entscheidende Interventionen

Den Berichten zufolge sind die vorhandenen Maßnahmen zur Prävention, Behandlung und Schadensminimierung im Zusammenhang mit den sich aus den herkömmlichen Drogen ergebenden Problemen grundsätzlich auch für Konsumenten neuer Drogen geeignet oder können problemlos an deren Bedürfnisse angepasst werden. Allerdings stellen die mit dem Konsum neuer psychoaktiver Substanzen und anderer Drogen wie GHB, Ketamin und Mephedron einhergehenden Probleme bestimmte Settings, wie etwa Haftanstalten, Dienste im Bereich der Sexualgesundheit und niedrigschwellige Drogeneinrichtungen, vor besondere Herausforderungen. So wurde im Zusammenhang mit der Durchführung der diese Substanzen betreffenden Maßnahmen unter anderem über Probleme berichtet, Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen von Drogenkonsumenten zu finden (z. B. zu Männern, die gleichgeschlechtlichen Sex haben), das chaotische Injektionsverhalten gefährdeter Gruppen in den Griff zu bekommen und bei akuten psychotischen Schüben im Zusammenhang mit dem Konsum neuer Drogen unter Haftinsassen Hilfe zu leisten. In diesen speziellen Fällen ist es wichtig, Interventionen zu erarbeiten, die konkret auf den Konsum neuer Drogen und die damit verbundenen Gesundheitsschäden zugeschnitten sind. Hierzu zählt beispielsweise die Bereitstellung gezielter Materialien und Beratungsdienste zur Schadensminimierung sowie spezieller Behandlungsleitlinien.

Risikobewertung von alpha-PVP



Im November 2015 wurde auf europäischer Ebene eine Risikobewertung von alpha-PVP (alpha-Pyrrolidinopentiophenon) durchgeführt. Alpha-PVP ist ein synthetisches Cathinon und potentes Psychostimulans, das Ähnlichkeit mit MDPV hat. Es ist mindestens seit Februar 2011 auf dem Drogenmarkt in der Europäischen Union verfügbar und wurde bereits in allen 28 EU-Mitgliedstaaten nachgewiesen. Alpha-PVP wurde im Zusammenhang mit 191 akuten Vergiftungen und 115 Todesfällen festgestellt. In 20 % der Todesfälle wurde alpha-PVP entweder als Todesursache oder als ein Faktor genannt, der zum Tod beigetragen hat; in fünf dieser Fälle wurde alpha-PVP als einzige Substanz nachgewiesen.

Todesfälle durch Überdosierung nehmen in letzter Zeit zu

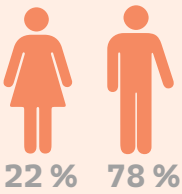
Der Drogenkonsum ist anerkanntermaßen eine Ursache für vermeidbare Todesfälle unter erwachsenen Europäern. Kohortenstudien unter Hochrisiko-Drogenkonsumenten weisen gemeinhin jährliche Mortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus. Insgesamt ist in Europa die Mortalität unter Opioidkonsumenten fünf bis zehn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

Überdosierungen sind in Europa nach wie vor die häufigste Todesursache unter Drogenkonsumenten, wobei mehr als drei Viertel der Opfer männlich sind (78 %). Die meisten EU-Länder vermeldeten von 2003 bis etwa 2008/09 einen Anstieg der Zahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle. Anschließend setzte zunächst eine rückläufige Tendenz ein. 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 2014 kam es in der Europäischen Union zu schätzungsweise mindestens 6 800 Todesfällen aufgrund von Überdosierungen. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber dem berichtigten Wert des Jahres 2013. Wie in den Vorjahren entfällt ein großer Teil der insgesamt verzeichneten Todesfälle auf das Vereinigte Königreich (36 %) und Deutschland (15 %). Den jüngsten Daten zufolge verzeichnen mehrere Länder mit relativ zuverlässigen Meldesystemen, wie Irland, Litauen und das Vereinigte Königreich, einen Anstieg der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung. Auch in Schweden ist ein Aufwärtstrend zu beobachten, wenngleich dieser unter Umständen teilweise darauf zurückzuführen ist, dass einige Fälle unter Personen im Alter von mindestens 50 Jahren einbezogen wurden, die nicht mit dem Konsum illegaler Drogen in Zusammenhang standen. Auch die Türkei hatte eine starke Zunahme zu verzeichnen, die jedoch teilweise auf verbesserte Meldeverfahren zurückzuführen sein könnte.

Entsprechend der Alterung der europäischen Opioidkonsumenten, für die das Risiko, an einer Überdosierung zu sterben, besonders hoch ist, war zwischen 2006 und 2014 eine Zunahme der gemeldeten Todesfälle durch Überdosierung unter älteren Drogenkonsumenten zu verzeichnen, während die entsprechenden Zahlen unter jüngeren Drogenkonsumenten zurückgingen. Allerdings war in jüngster Zeit in einigen Ländern ein leichter Anstieg der Zahl der Todesfälle durch Überdosierung in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen zu beobachten.

DROGENINDUZIERTE TODESFÄLLE

Merkmale



Durchschnittsalter der Verstorbenen

38

Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden

Alter der Verstorbenen

Trends in Bezug auf Todesfälle durch Überdosierung

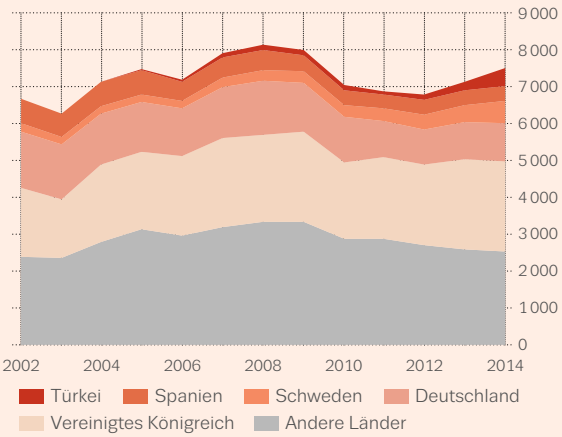
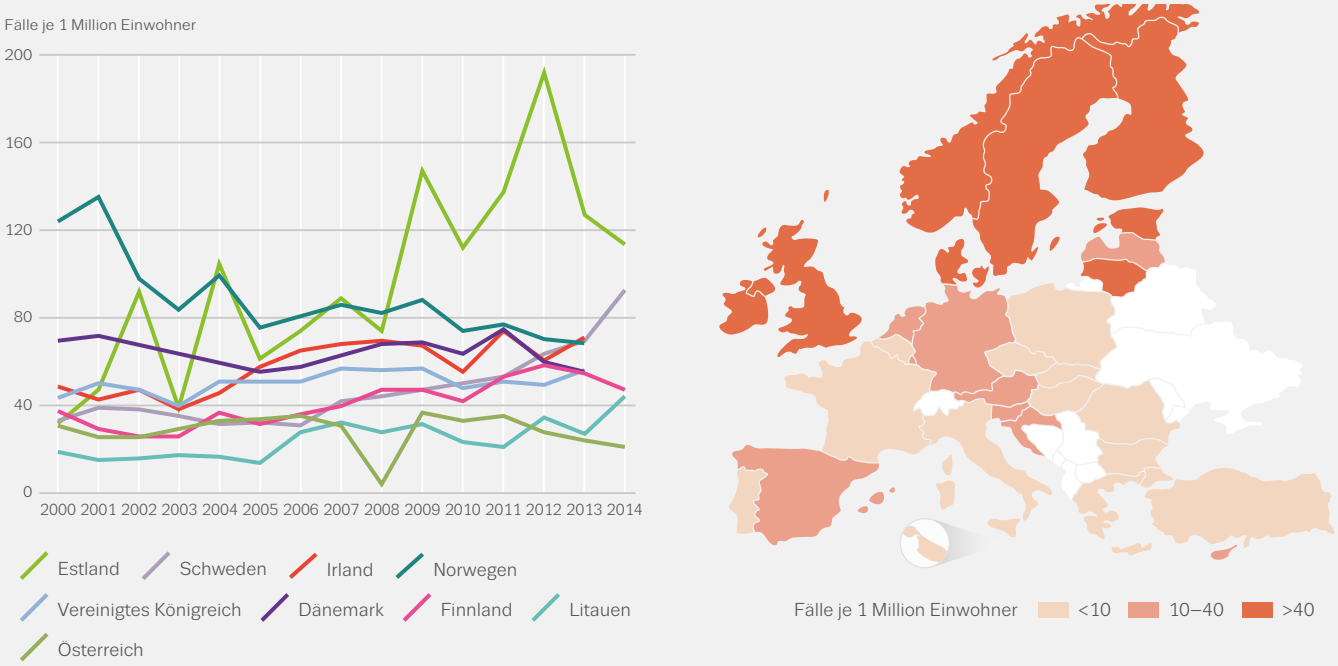


ABBILDUNG 3.12

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



Anmerkung: Trends in den neun Ländern, die 2014 oder 2013 die höchsten Werte gemeldet haben.

Bei den meisten der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen werden Heroin oder seine Metaboliten nachgewiesen, oftmals in Verbindung mit anderen Substanzen. Neben Heroin werden in toxikologischen Berichten regelmäßig weitere Opioide wie Methadon, Buprenorphin, Fentanyle und Tramadol genannt. Diese Substanzen werden mittlerweile in einigen Ländern mit einem erheblichen Teil der Todesfälle durch Überdosierung in Verbindung gebracht. Im Vereinigten Königreich (England und Wales) beispielsweise wurde bei 394 der 1 786 im Jahr 2014 registrierten Todesfälle, bei denen Opioide nachgewiesen wurden, Methadon festgestellt, während in 240 Fällen Tramadol eine Rolle spielte. Zu den weiteren Ländern, in denen tödliche Überdosierungen mit anderen Opioiden als Heroin in Verbindung gebracht wurden, zählen Frankreich und Irland (vorwiegend Methadon) sowie Finnland, wo im Jahr 2014 in 75 Fällen Buprenorphin nachgewiesen wurde.

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 2014 von 169 auf 247. In Spanien, wo die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain seit einigen Jahren unverändert bleibt, stand diese Droge im Jahr 2013 nach wie vor an zweiter Stelle der am häufigsten mit Todesfällen durch Überdosierung in Verbindung gebrachten Substanzen (236 Fälle).

Die höchsten Mortalitätsraten werden in Nordeuropa verzeichnet

Im Jahr 2014 lag die Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in Europa bei schätzungsweise 18,3 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die nationalen Mortalitätsraten variieren erheblich und werden durch Faktoren wie Prävalenz und Muster des Drogenkonsums sowie methodische Faktoren wie beispielsweise eine unzureichende Meldepraxis und unterschiedliche Kodierungsverfahren beeinflusst. Acht Länder verzeichneten Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner, wobei die höchsten Raten aus Estland (113 je 1 Million Einwohner), Schweden (93 je 1 Million Einwohner) und Irland (71 je 1 Million Einwohner) gemeldet wurden (Abbildung 3.12). Die jüngsten Daten weisen unterschiedliche Trends aus.

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. Eine Drogentherapie, vor allem eine opioidgestützte Substitutionstherapie, beugt Überdosierungen vor und verringert das Mortalitätsrisiko der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten. Überwachte Drogenkonsumräume sollen sowohl Überdosierungen vorbeugen als auch sicherstellen, dass im Falle einer Überdosierung professionelle Hilfe geleistet wird. Derzeit werden in sechs Ländern insgesamt etwa 70 solche Einrichtungen betrieben.

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. Im Zuge einer kürzlich durchgeführten europaweiten Untersuchung wurde festgestellt, dass in acht europäischen Ländern Programme zur Ausgabe von Naloxon durchgeführt werden. Naloxon-Kits werden in der Regel von Drogen- und Gesundheitsdiensten in Form bereits aufgezogener Spritzen bereitgestellt. In Norwegen und Dänemark sind allerdings mittlerweile Zerstäuber verfügbar, die eine intranasale Verabreichung von Naloxon ermöglichen. Im Rahmen einer vor Kurzem durchgeführten systematischen Untersuchung der Wirksamkeit der Ausgabe von Naloxon wurde festgestellt, dass Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen in Kombination mit der Ausgabe von Naloxon die Mortalität infolge von Überdosierungen senken. Diese Maßnahmen dürften insbesondere bestimmten Bevölkerungsgruppen zugute kommen, für die ein besonders hohes Risiko von Überdosierungen besteht, wie etwa kürzlich entlassenen Haftinsassen. Eine jüngst in Schottland durchgeführte Evaluierung des nationalen Naloxon-Programms ergab, dass dieses einen Rückgang der Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden im ersten Monat nach der Haftentlassung um 36 % bewirkt hat.

Maßnahmen zur Nachfragereduzierung: Qualitätsstandards

Da Maßnahmen zur Nachfragereduzierung mittlerweile weite Verbreitung gefunden haben, rückte deren Qualität zunehmend ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Infolgedessen verabschiedete der Rat im September 2015 „Mindestqualitätsstandards bei der Verringerung der Drogennachfrage in der Europäischen Union". Darin wurden 16 Mindestqualitätsstandards für Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Behandlung, Schadensminimierung und soziale Wiedereingliederung festgelegt. Diese neuen Standards, in denen Expertenwissen und politisches Handeln in 28 Ländern zusammengeführt werden, stellen einen bedeutenden Schritt in der Drogenpolitik auf EU-Ebene dar. Aufgrund dieser Standards ist es nun umso wichtiger dafür zu sorgen, dass Maßnahmen zur Nachfragereduzierung evidenzbasiert sind und Mitarbeiter angemessen geschult werden. Darüber hinaus erleichtern die Standards die Verbreitung vorbildlicher Verfahren auf europäischer Ebene und fördern den Wissensaustausch.

Einschätzung der Kosten von Maßnahmen im Drogenbereich

Die Einschätzung der Kosten von Maßnahmen im Drogenbereich ist ein wichtiger Aspekt der Evaluierung der Drogenpolitik. Ungeachtet dessen 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 18 Ländern, die in den letzten zehn Jahren Schätzungen vorgenommen haben, betragen die drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben schätzungsweise 0,01 % bis 0,5 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP), wobei zwischen 15 % und 53 % der dieser Ausgaben auf Gesundheitsmaßnahmen entfallen.

Im Zuge einer kürzlich durchgeführten Untersuchung wurde festgestellt, dass in den 15 Ländern, für die Daten verfügbar sind, durchschnittlich 0,013 % des BIP für die Bereitstellung stationärer Therapien zur Behandlung drogenbedingter Gesundheitsprobleme aufgewendet werden. Hinsichtlich dieses Anteils bestehen allerdings erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Um eine umfassendere Schätzung der Kosten für die Behandlung drogenbedingter Probleme in Krankenhäusern vornehmen zu können, wäre eine systematischere Erfassung der klinischen Notfälle erforderlich.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

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

2015

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

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

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

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Risikobewertungen
MT-45 [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1873 des Rates].
4,4'-DMAR [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1873 des Rates].

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Risikobewertungen
MDPV [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1875 des Rates].
Methoxetamine [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1875 des Rates].
25I-NBOMe [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1875 des Rates].
AH-7921 [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1875 des Rates].
4-methylamphetamine [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1875 des Rates].
5-(2-aminopropyl)indole [Durchführungsbeschluss (EU) 2015/1876 des Rates].

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

Risikobewertung: Mephedron [Beschluss 2010/759/EU des Rates].

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ECDC

2011

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

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

Anhang

Nationale Daten zu Prävalenzschätzungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum: Hochrisiko-Opioidkonsum, Substitutionsbehandlungen, Behandlungsaufnahmen, injizierender Drogenkonsum, drogeninduzierte Todesfälle, drogenbedingte Infektionskrankheiten, Ausgabe von Spritzen und Sicherstellungen. Die Daten sind dem Statistical Bulletin 2016 der EMCDDA entnommen und bilden einen Teil der Datensätze dieses Bulletins, dem darüber hinaus Anmerkungen und Metadaten zu entnehmen sind. Die Daten beziehen sich auf 2014, falls nicht anders angegeben.

TABELLE A1

OPIOIDE

	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	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	
Land	Bezugsjahr	Fälle je 1 000	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	Anzahl
Belgien	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgarien	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Tschechische Republik	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dänemark	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Deutschland	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estland	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irland	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Griechenland	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Spanien	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Frankreich	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Kroatien	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italien	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Zypern	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Lettland	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Litauen	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxemburg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Niederlande	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Österreich	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Polen	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugal	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Rumänien	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Slowenien	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slowakei	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finnland	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Schweden	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Vereinigtes Königreich	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Türkei	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norwegen	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Europäische Union	**–**	**–**	**39,2 (175 586)**	**18,6 (30 396)**	**52,6 (139 628)**	**37,8 (60 910)**	**31,4 (8 248)**	**40,4 (50 978)**	**644 324**
EU, Türkei und Norwegen	**–**	**–**	**39,6 (185 036)**	**20,0 (33 816)**	**53,2 (143 684)**	**37,4 (63 153)**	**30,2 (8 950)**	**40,3 (52 519)**	**680 413**

Die Daten über Patienten in Substitutionsbehandlung beziehen sich auf das Jahr 2014 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Dänemark und Finnland, 2011; Türkei, 2012; Spanien und Malta, 2013; die Daten für Irland basieren auf der Zählung vom 31. Dezember 2013.

TABELLE A2

KOKAIN

	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres					
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Kokainklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Kokainklienten (Haupteinnahmeweg)		
	Erhebungsjahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
Land		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgarien	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tschechische Republik	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dänemark	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Deutschland	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estland	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irland	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Griechenland	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Spanien	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Frankreich	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Kroatien	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italien	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Zypern	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Lettland	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Ungarn	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Niederlande	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Österreich	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Polen	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugal	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Rumänien	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slowakei	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finnland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Schweden	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Vereinigtes Königreich (1)	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Türkei	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norwegen	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Europäische Union	**–**	**5,1**	**1,9**	**–**	**13,3 (59 470)**	**16,4 (26 816)**	**11,8 (31 430)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,8 (3 709)**
EU, Türkei und Norwegen	**–**	**–**	**–**	**–**	**12,8 (59 688)**	**15,9 (26 882)**	**11,6 (31 498)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,7 (3 709)**

Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen.
(1) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

TABELLE A3

AMPHETAMINE

	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres					
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Amphetaminklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Amphetaminklienten (Haupteinnahmeweg)		
	Erhebungsjahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
Land		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgarien	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	2014	2,6	2,3	2	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	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Deutschland	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estland	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irland	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Griechenland	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Spanien	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Frankreich	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Kroatien	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italien	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Zypern	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Lettland	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Litauen	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Niederlande	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Österreich	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugal	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Rumänien	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Slowenien	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Slowakei	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finnland	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Schweden	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Vereinigtes Königreich (1)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Türkei	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norwegen (2)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Europäische Union	**–**	**3,6**	**1**	**–**	**7 (31 168)**	**8,2 (13 305)**	**6,6 (17 411)**	**20,8 (7 139)**	**22,5 (3 059)**	**19,7 (3 950)**
EU, Türkei und Norwegen	**–**	**–**	**–**	**–**	**6,9 (32 342)**	**7,9 (13 326)**	**6,5 (17 417)**	**20,8 (7 139)**	**22,4 (3 059)**	**19,7 (3 950)**

Der Begriff „Amphetamine" bezieht sich auf Amphetamin und Methamphetamin.
Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen.
(1) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.
(2) Die Daten zu den Behandlungsaufnahmen beziehen sich nicht nur auf Klienten, die Amphetamine als Primärdroge angegeben haben, sondern auf alle Klienten, die andere Stimulanzien als Kokain genannt haben.

TABELLE A4

MDMA

	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	MDMA-Klienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Erhebungsjahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
Land		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgarien	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tschechische Republik	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dänemark	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Deutschland	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irland	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Griechenland	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Spanien	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Frankreich	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Kroatien	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italien	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Zypern	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Lettland	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Litauen	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Ungarn	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Niederlande	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Österreich	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Polen	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugal	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumänien	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Slowenien	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slowakei	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finnland	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Schweden	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Vereinigtes Königreich (1)	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Türkei	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norwegen	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Europäische Union	**–**	**3,9**	**1,7**	**–**	**0,3 (1 184)**	**0,4 (712)**	**0,2 (424)**
EU, Türkei und Norwegen	**–**	**–**	**–**	**–**	**0,3 (1 287)**	**0,5 (786)**	**0,2 (453)**

Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen.
(1) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich auf England und Wales.

TABELLE A5

CANNABIS

	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Cannabisklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Erhebungsjahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behand-lungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
Land		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgarien	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tschechische Republik	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dänemark	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Deutschland	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estland	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irland	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Griechenland	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Spanien	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Frankreich	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Kroatien	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italien	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Zypern	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Lettland	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Litauen	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxemburg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Ungarn	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Niederlande	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Österreich	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Polen	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugal	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Rumänien	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Slowenien	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slowakei	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finnland	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Schweden	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Vereinigtes Königreich (1)	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Türkei	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norwegen	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Europäische Union	**–**	**24,8**	**13,3**	**–**	**31 (138 783)**	**46 (75 133)**	**20,1 (53 241)**
EU, Türkei und Norwegen	**–**	**–**	**–**	**–**	**30,4 (141 684)**	**44,9 (75 767)**	**19,8 (53 562)**

Die Prävalenzschätzungen für Schüler sind nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen.
(1) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich auf England und Wales.

TABELLE A6

ANDERE INDIKATOREN

	Drogeninduzierte Todesfälle (15-64 Jahre)	HIV-Diagnosen im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum (ECDC)	Schätzung des injizierenden Drogenkonsums		Im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebene Spritzen
Land	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Bezugsjahr	Fälle je 1 000 Einwohner	Anzahl
Belgien	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgarien	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Tschechische Republik	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Dänemark	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Deutschland	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estland	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irland	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Griechenland	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Spanien	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Frankreich	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Kroatien	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italien	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Zypern	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Lettland	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Litauen	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxemburg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Ungarn	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Niederlande	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Österreich	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Polen	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugal	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Rumänien	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Slowenien	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slowakei	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finnland	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Schweden	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Vereinigtes Königreich (1)	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Türkei	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norwegen	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Europäische Union	**19,2 (6 400)**	**2,4 (1 236)**	**–**	**–**	**–**
EU, Türkei und Norwegen	**18,3 (7 107)**	**2,1 (1 253)**	**–**	**–**	**–**

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

(1) Die Daten über die Ausgabe von Spritzen beziehen sich auf Wales und Schottland (2014) sowie Nordirland (2013).

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN

	Heroin		Kokain		Amphetamine		MDMA	
	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen
Land	kg	Anzahl	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Tabletten (kg)	Anzahl
Belgien	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgarien	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Tschechische Republik	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Dänemark	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Deutschland	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estland	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irland	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Griechenland	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Spanien	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Frankreich	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Kroatien	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Italien	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Zypern	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Lettland	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Litauen	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luxemburg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Ungarn	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Niederlande	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Österreich	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Polen	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugal	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Rumänien	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Slowenien	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slowakei	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finnland	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Schweden	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Vereinigtes Königreich	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Türkei	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norwegen	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Europäische Union	**8 883**	**31 785**	**61 578**	**77 767**	**7 599**	**43 949**	**6 101 249 (209)**	**16 656**
EU, Türkei und Norwegen	**21 683**	**40 087**	**62 120**	**79 652**	**8 162**	**52 497**	**9 756 265 (219)**	**20 864**

Der Begriff „Amphetamine" bezieht sich auf Amphetamin und Methamphetamin.
Alle Daten beziehen sich auf das Jahr 2014, mit Ausnahme der Niederlande (2012), Finnlands (Zahl der Sicherstellungen, 2013) und des Vereinigten Königreichs (2013).

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN (Fortsetzung)

	Cannabisharz		Cannabiskraut		Cannabispflanzen	
	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen
Land	**kg**	**Anzahl**	**kg**	**Anzahl**	**Pflanzen (kg)**	**Anzahl**
Belgien	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bulgarien	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
Tschechische Republik	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Dänemark	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Deutschland	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Estland	273	31	352	507	– (13)	30
Irland	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Griechenland	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Spanien	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
Frankreich	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Kroatien	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Italien	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Zypern	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Lettland	30	38	27	366	– (11)	16
Litauen	841	24	79	341	– (–)	–
Luxemburg	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Ungarn	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Malta	42	39	70	176	8 (–)	5
Niederlande	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Österreich	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Polen	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugal	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
Rumänien	15	154	145	1 967	– (422)	93
Slowenien	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Slowakei	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Finnland	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Schweden	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Vereinigtes Königreich	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Türkei	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Norwegen	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
Europäische Union	**573 921**	**229 037**	**139 286**	**452 892**	**3 396 333 (1 592)**	**30 053**
EU, Türkei und Norwegen	**606 475**	**243 518**	**232 271**	**501 020**	**3 396 333 (1 868)**	**33 453**

Alle Daten beziehen sich auf das Jahr 2014, mit Ausnahme der Niederlande (2012), Finnlands (Zahl der Sicherstellungen, 2013) und des Vereinigten Königreichs (2013).

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/europedirect/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)

TD-AT-16-001-DE-N

emcdda

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 auf drogenpolitische Strategien und Maßnahmen ein. Zusammen mit dem online verfügbaren Statistical Bulletin, den Länderübersichten (Country Overviews) und den Drogenperspektiven (Perspectives on Drugs) bildet er das Informationspaket „Europäischer Drogenbericht 2016“.

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 evidenzbasiertes 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 Bereich der Drogenforschung 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.

Amt für Veröffentlichungen

ISBN 978-92-9168-871-5