



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

DE

ISSN 2314-9051

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2015



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2015

| 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 Folgen der möglichen Weiterverwendung der hierin enthaltenen Daten. Der Inhalt dieser Veröffentlichung gibt nicht unbedingt den offiziellen Standpunkt der Partner der EMCDDA, der EU-Mitgliedstaaten oder anderer Einrichtungen und Agenturen der Europäischen Union oder der Europäischen Gemeinschaften 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).

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<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, 2015

ISBN 978-92-9168-799-2

doi:10.2810/91743

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2015
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Spain

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

| Inhalt

5	Vorwort
9	Einleitende Bemerkungen und Danksagungen
11	ZUSAMMENFASSUNG Dynamik des europäischen Drogenmarkts: globale Einflüsse und lokale Unterschiede
19	KAPITEL 1 Drogenangebot und Markt
39	KAPITEL 2 Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme
61	KAPITEL 3 Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen gegen die Drogenproblematik
75	ANHANG Tabellen mit Länderdaten

| Vorwort

Es erfüllt uns mit Stolz, Ihnen die 20. jährliche Analyse der Drogensituation in Europa in Form des Europäischen Drogenberichts 2015 vorzustellen zu dürfen.

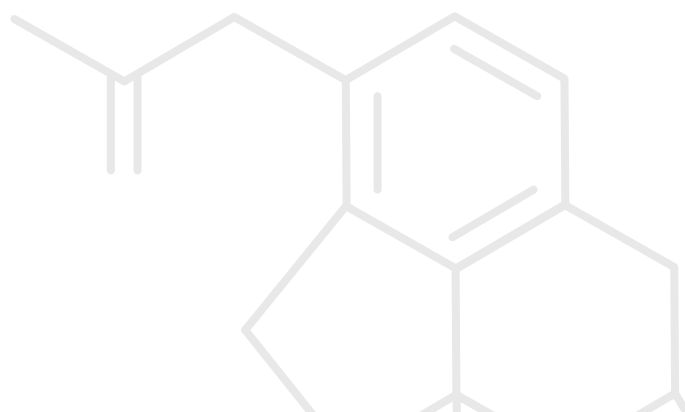
Der diesjährige Bericht gibt einen umfassenden Überblick über die Drogenproblematik in Europa und drogenpolitische Maßnahmen. Der Bericht „Trends und Entwicklungen“ ist das Herzstück des Pakets „Europäischer Drogenbericht“, das verschiedene miteinander verknüpfte Produkte umfasst. Er stützt sich auf europäische und nationale Daten und bietet wertvolle Einblicke in wesentliche Trends, Maßnahmen und politische Strategien sowie eine eingehende Analyse der zentralen Themen. Das Paket umfasst neueste Analysen zu psychosozialen Interventionen, Drogenkonsumräumen, Missbrauch von Benzodiazepinen und Heroinschmuggelrouten.

Der aktuelle Europäische Drogenbericht als integriertes, multimediales Informationspaket unterscheidet sich gleichwohl von dem im Jahr 1996 veröffentlichten Jahresbericht der EMCDDA zur Drogensituation. Als die EMCDDA vor 20 Jahren vor der Herausforderung stand, vereinheitlichte Überwachungssysteme in 15 EU-Mitgliedstaaten zu schaffen, muss ihr dies als kaum machbar erschienen sein. Es ist daher eine beeindruckende Leistung, dass die im Jahr 1995 neu geschaffenen Überwachungsmechanismen nunmehr zu einem 30 Länder umfassenden europäischen System herangereift sind, das weltweit Anerkennung genießt.

Während wir davon überzeugt sind, dass die EMCDDA einen wertvollen Beitrag zu den erreichten Fortschritten geleistet hat, sind wir uns gleichwohl bewusst, dass unsere Arbeit auf einer engen Zusammenarbeit mit unseren Partnern beruht. So ist es im Wesentlichen die Investition der Mitgliedstaaten in die Entwicklung robuster nationaler Drogeninformationssysteme, die die hier vorliegende europäische Analyse erst möglich gemacht hat.

Der Bericht stützt sich auf Daten, die von den nationalen Reitox-Knotenpunkten in enger Zusammenarbeit mit nationalen Sachverständigen erhoben wurden. Außerdem kam der Analyse die fortlaufende Zusammenarbeit mit unseren europäischen Partnern zugute, zu denen die Europäische Kommission, Europol, die Europäische Arzneimittel-Agentur und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten gehören. Ferner möchten wir den Beiträgen zahlreicher europäischer Forschungsgruppen und -initiativen Anerkennung zollen, ohne die unser Bericht deutlich weniger umfangreich ausgefallen wäre.

Nicht nur unser Bericht hat sich in den letzten 20 Jahren stark verändert. Auch Ausmaß und Wesen der europäischen Drogenproblematik haben sich gewandelt. Bei Gründung der Agentur befand sich Europa mitten in einer Heroinepidemie, und die Hauptfaktoren, die die damalige Drogenpolitik bestimmten, waren die notwendige Senkung von HIV-Übertragungen und die Reduzierung AIDS-bedingter Todesfälle. Heute stehen der Heroinkonsum und die HIV-Problematik zwar nach wie vor im Mittelpunkt unserer



Berichterstattung, doch sind sie nunmehr in einen Kontext von Entwicklungen eingebettet, der optimistischer stimmt, und auch das Wissen über wirksame öffentliche Gesundheitsschutzmaßnahmen hat zugenommen. Allerdings ist die Problematik inzwischen weitaus komplexer. Dies wird auch daran deutlich, dass viele der in diesem Bericht genannten Substanzen bei Gründung der Agentur in Europa praktisch unbekannt waren.

Heute dauern der Wandel und die schnelle Entwicklung des europäischen Drogenmarkts an. Dies verdeutlicht die Tatsache, dass im Jahr 2014 über einhundert neue psychoaktive Substanzen entdeckt wurden, während sechs neue Drogen Risikobewertungen unterzogen wurden - beide Zahlen stellen Höchststände dar. Um mit diesen Veränderungen Schritt zu halten und sicherzustellen, dass neue Entwicklungen in die von uns bereitgestellte Analyse einfließen, setzt die EMCDDA ihre enge Zusammenarbeit mit Forschern und Praktikern fort. Wir als Agentur waren uns stets der Bedeutung bewusst, die der Bereitstellung aktueller, fundierter und politisch relevanter Informationen zukommt. Diesem Ziel bleiben wir verpflichtet und möchten sicherstellen, dass - unabhängig von der Art der Drogenprobleme, mit denen wir konfrontiert sind - die Gegenmaßnahmen Europas von einem Informationssystem unterstützt werden, das zukunftsfähig, relevant und für den Zweck geeignet ist.

João Goulão

Vorsitzender des Verwaltungsrates der EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktor der EMCDDA

| Einleitende Bemerkungen und Danksagungen

Dieser Bericht stützt sich auf Informationen, die der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) von den EU-Mitgliedstaaten, dem Kandidatenland Türkei sowie Norwegen in Form eines nationalen Berichts zur Verfügung gestellt wurden.

Der vorliegende Bericht soll einen Überblick über die Drogensituation in Europa und entsprechende Maßnahmen bieten. Die hier veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich auf das Jahr 2013 bzw. auf das jeweils letzte verfügbare Jahr. Die Analyse der Trends stützt sich ausschließlich auf jene Länder, die ausreichende und aussagefähige Daten für den Bezugszeitraum vorlegten. Der Leser sollte sich außerdem im Klaren darüber sein, dass die Beobachtung von Mustern und Trends im Hinblick auf im Verborgenen erfolgende und stigmatisierte Verhaltensweisen wie dem Drogenkonsum sowohl in praktischer als auch in methodischer Hinsicht eine Herausforderung darstellt. Aus diesem Grund wird in diesem Bericht zu Analyse Zwecken 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 sind in diesem Bereich methodische Schwierigkeiten vorhanden. 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 Informationen zu Methodik, Analysebeschränkungen und Anmerkungen zu den Einschränkungen der zur Verfügung gestellten Informationen enthält. Dort finden sich auch Informationen zu den im Rahmen der Schätzungen auf europäischer Ebene verwendeten Methoden und Daten, bei denen die Interpolation Anwendung finden kann.

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

- | den Leitern der nationalen Reitox-Knotenpunkte 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 Beirates 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) 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, Norwegen und 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 diesjährige Analyse macht deutlich,
dass globale Faktoren beim
Drogenangebot und in politischen
Debatten von Bedeutung sind**

Dynamik des europäischen Drogenmarkts: globale Einflüsse und lokale Unterschiede

Die wesentlichen Ergebnisse der aktuellen Analyse der EMCDDA zur Drogenproblematik in Europa deuten auf eine Situation hin, in der langfristige Muster und Trends fort dauern, aber neue Entwicklungen bei Konsummustern und Gegenmaßnahmen hinzutreten. Die diesjährige Analyse macht deutlich, dass globale Faktoren beim Drogenangebot und in politischen Debatten von Bedeutung sind, während lokale Konsummuster und Antworten auf Probleme bei neuen Trends eine wichtige Rolle spielen. Die Grenze zwischen den Marktkategorien „alte“ und neue Drogen verwischt, und genauso, wie neue Drogen zunehmend etablierte Arten von Substanzen nachahmen, können Antworten auf neue Drogen evidenzbasierte Antworten auf Probleme mit etablierten Drogen widerspiegeln.

| Cannabis im Rampenlicht

Während die in der Region Amerika ergriffenen Initiativen für den geregelten Verkauf von Cannabis und Cannabisprodukten auf internationales Interesse stoßen und Debatten in Gang setzen, bleibt die Diskussion über Cannabis in Europa weitgehend auf die mit dieser Droge verbundenen möglichen Gesundheitskosten fokussiert. Neue Daten heben die zentrale Rolle von Cannabis in Statistiken über Drogenkriminalität hervor, nach denen 80 % der Sicherstellungen auf diese Droge und 60 % aller gemeldeten Drogendelikte in Europa auf den Konsum oder Besitz von Cannabis entfielen (siehe Abbildung). Darüber hinaus gelten die Herstellung und der Handel mit dieser Droge aufgrund der zunehmenden Involviertheit der organisierten Kriminalität als ein Bereich, in dem Strafverfolgungsmaßnahmen von wachsender Bedeutung sind. Im Bereich der Strafpraxis für Straftaten im Zusammenhang mit dem Cannabishandel bestehen zwischen den einzelnen Ländern jedoch erhebliche Unterschiede. So weisen nationale Sachverständige darauf hin, dass das Strafspektrum für die erstmalige Straftat des Handels mit einem Kilogramm Cannabis von unter einem Jahr bis zu 10 Jahren Haft reicht.

Vor dem Hintergrund der steigenden Nachfrage nach Behandlungen von im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum auftretenden Problemen machen die neuen Daten zudem die wachsende Bedeutung von Cannabis innerhalb der Suchthilfesysteme in Europa

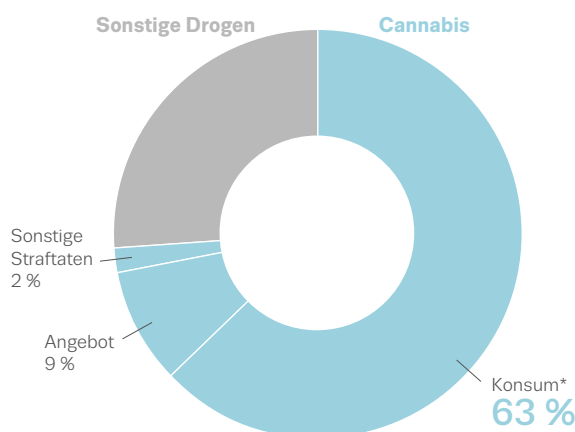
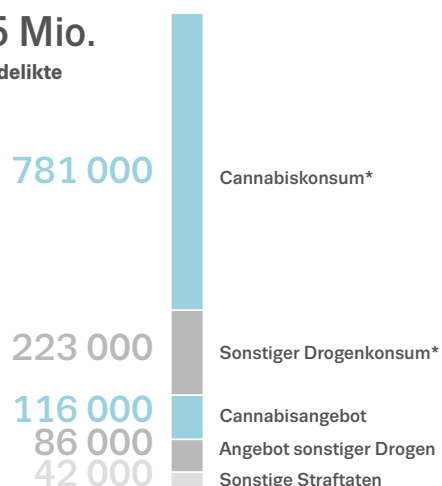
deutlich. Dieser Anstieg ist im Kontext der Dienstleistungs- und Überweisungspraxis zu sehen. So entfällt in einigen Ländern ein hoher Anteil von Patienten, die sich in Therapie begeben, auf fremdmotivierte Überweisungen aus dem Strafjustizsystem. Beeinflusst werden die Daten auch von unterschiedlichen nationalen Definitionen und Praktiken in Bezug auf die Frage, was eine Therapie cannabisbedingter Erkrankungen darstellt, wobei das Spektrum von einer Kurzintervention im Rahmen einer Online-Sitzung bis zu einer Zulassung zur stationären Pflege reichen kann. Die Verfügbarkeit von Therapien für Cannabiskonsumanten scheint ebenfalls im Wandel begriffen zu sein, was sowohl auf ein geschärftes Bewusstsein für die Notwendigkeit von Therapien als auch auf frei werdende Therapiekapazitäten in einigen Ländern infolge des Rückgangs der Nachfrage nach Therapien für andere Arten des Drogenkonsums zurückzuführen sein dürfte. Unabhängig von der Art der Therapie sprechen die Erkenntnisse über cannabisbedingte Probleme für die Notwendigkeit psychosozialer Interventionen - diese Ansätze werden in einer Analyse, die diesem Bericht beigelegt ist, erforscht. Zudem belegen Studien in Unfall- und Notfallsituationen eine Zunahme bei Fällen von akuten Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit starken Cannabisprodukten. Vor dem Hintergrund der größeren Verfügbarkeit starker Cannabisprodukte sind nunmehr Verbesserungen bei der Überwachung akuter Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Droge erforderlich.

Führt Wettbewerb auf dem Markt dazu, dass Produkte mit stärkerer Wirkung eingeführt werden?

Die diesjährige Datenerhebungsrunde lieferte Hinweise auf eine mittel- oder kurzfristige Zunahme des Reinheitsgrads oder Wirkstoffgehalts bei allen der am häufigsten konsumierten Drogen in Europa. Die Gründe hierfür dürften komplexer Art sein, doch scheinen sie technische Innovation und Wettbewerb zu umfassen. Im Fall von Cannabis, wo im Inland hergestellte pflanzliche Produkte mit hohem Wirkstoffgehalt in den letzten Jahren eine Steigerung des Marktanteils verzeichneten, deuten die Daten nun auf einen höheren Wirkstoffgehalt des importierten Cannabischarzes hin, was auf geänderte Herstellungsverfahren zurückzuführen sein dürfte. Innovationen im Markt und ein erhöhter Reinheitsgrad sind auch im Fall von MDMA festzustellen. Nach einem Zeitraum, in dem als „Ecstasy“ verkaufte Tabletten unter Konsumenten in dem Ruf standen, von schlechter Qualität bzw. Produktfälschungen zu sein, was durch forensische Untersuchungen bestätigt wurde, ist hochreines MDMA in Pulver- und Tablettenform inzwischen weiter verbreitet. Die Einführung von hochreinem MDMA in Pulver- oder kristalliner Form scheint eine gezielte Strategie zu sein, mit der diese Form von MDMA von Konkurrenzprodukten abgesetzt und für Konsumenten attraktiver gemacht werden soll. In gleicher Weise tauchen hochdosierte Tabletten in individuellen Formen und mit markanten Logos auf, die vermutlich mit demselben Ziel vermarktet werden. Im Laufe des vergangenen Jahres haben die EMCDDA und Europol eine Warnmitteilung zu Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit dem Konsum

DIE MEISTEN DROGENDELIKTE BEZIEHEN SICH AUF CANNABIS

1,25 Mio.
Drogendelikte



* „Konsum“ umfasst Straftaten in Zusammenhang mit dem Konsum und Besitz für den Eigengebrauch.

hochreiner MDMA-Produkte herausgegeben. Daneben wurde auch vor Tabletten gewarnt, die als Ecstasy verkauft werden, aber PMMA, gelegentlich in Kombination mit MDMA, enthalten. Die Pharmakologie dieser Droge gibt vor allem aus Sicht der öffentlichen Gesundheit Anlass zur Besorgnis.

Bei MDMA und synthetischen Substanzen im Allgemeinen hängen Produktqualität und -angebot in hohem Maße von der Verfügbarkeit der chemischen Ausgangsstoffe ab. Innovationen sind in diesem Bereich ebenfalls vorhanden, insbesondere was die Herstellungsverfahren betrifft. Dies zeigt sich an den chemischen Syntheserouten und den hohen Kapazitäten einiger in jüngster Zeit entdeckter Produktionsstätten. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass in einigen Ländern die Verfügbarkeit neuer psychoaktiver Substanzen eine Rolle spielen könnte. Beispielsweise wurde berichtet, dass die Verfügbarkeit von qualitativ hochwertigen synthetischen Cannabinoiden und Cathinonen zuweilen in direkter Konkurrenz zu etablierten und teureren Drogen von geringer Qualität stehe.

Wandel des europäischen Heroinmarkts

Probleme im Zusammenhang mit Heroin machen immer noch einen großen Anteil an den drogenbedingten Gesundheits- und Sozialkosten in Europa aus, auch wenn die jüngsten Entwicklungen in diesem Bereich in eine positivere Richtung weisen. Aktuelle Daten weisen zwar auf einen weiteren Rückgang bei Behandlungsnachfragen und heroinbedingten Schädigungen hin, doch geben einige Marktindikatoren Anlass zur Besorgnis. Schätzungen der Vereinten Nationen zufolge hat die Opiumproduktion in Afghanistan deutlich zugenommen. So liefert das Land den Großteil des in Europa konsumierten Heroins. Daher besteht die Möglichkeit einer Anstoßwirkung in Bezug auf die Verfügbarkeit, und es ist beunruhigend, dass Schätzungen auf einen Anstieg des Reinheitsgrads von Heroin in Europa hindeuten. In einigen Ländern, in denen ein Anstieg des Reinheitsgrads dieser Droge festgestellt wurde, war auch eine Zunahme der Todesfälle aufgrund von Überdosierung zu verzeichnen. Ob es einen Zusammenhang zwischen diesen Steigerungen gibt, ist noch unklar, jedoch muss diese Frage gründlich untersucht werden. Da die Aktivitäten des Drogenmarkts im Verborgenen stattfinden, sind Analysen seiner Dynamiken mit Vorsicht zu interpretieren. Nichtsdestotrotz gibt es Erkenntnisse über Innovationen im Hinblick auf das Heroinangebot auf dem europäischen Markt, und die Möglichkeit einer Renaissance der Droge ist real. Anzeichen für einen Wandel des Heroinangebots umfassen die Entdeckung von Labors zur Heroinaufbereitung in Europa - ein Novum -, aber auch

Hinweise auf eine Anpassung der Heroinschmuggelrouten und der Vorgehensweise krimineller Banden. Die Beförderung von Heroin von Pakistan und Afghanistan über Afrika nach Europa gibt nach wie vor Anlass zur Besorgnis. Daten über sichergestellte Drogen unterstreichen nachdrücklich die Rolle, die die Türkei als Transitregion für in und aus der Europäischen Union geschmuggelte Drogen spielt; Sicherstellungen von Heroin in dem Land haben sich dabei von dem im Jahr 2011 erreichten Tiefpunkt teilweise erholt. Diese Themen werden in einer diesem Bericht beigelegten Analyse zum Heroinschmuggel vertieft.

Ältere Klienten stellen Therapieeinrichtungen vor neue Herausforderungen

Jeder mögliche Anstieg des Heroinangebots ist vor dem Hintergrund der allgemein stagnierenden Nachfrage nach dieser Droge zu betrachten, die größtenteils auf einen Rückgang bei Heroin-Neueinsteigern und die Tatsache, dass viele Heroinsüchtige entsprechende Therapieeinrichtungen besuchen, zurückzuführen ist. Abgesehen vom therapeutischen Nutzen der Behandlungen dürfte die allgemein hohe Quote der Erfassung durch Therapie in Europa, die auf mindestens 50 % der Fälle geschätzt wird, die Europäische Union zu einem kleineren und potenziell weniger attraktiven Markt für diejenigen machen, die mit dieser Droge Handel treiben. Heroinabhängigkeit ist ein chronisches Leiden, und frühere Vorhersagen, denen zufolge die Therapieangebote an die Bedürfnisse einer alternden Kohorte angepasst werden müssen, werden durch die Analyse in diesem Bericht bestätigt. Die Erbringung geeigneter gesundheitsbezogener und sozialer Dienstleistungen für diese Gruppe stellt somit für Drogenhilfsdienste eine immer größere Herausforderung dar. Entsprechende Maßnahmen werden durch Probleme erschwert, die sich bei dieser Kohorte im Zusammenhang mit dem Langzeitkonsum weiterer Substanzen, wie Tabak und Alkohol, ergeben. Weniger genau dokumentiert, aber in einer neuen, diesem Bericht beigelegten Analyse untersucht, ist der Missbrauch von Benzodiazepinen unter besonders gefährdeten Drogenkonsumenten. Der Missbrauch von Benzodiazepinen in Verbindung mit Opioiden ist mit einem erhöhten Überdosierungsrisiko assoziiert. Die Entwicklung wirksamer Maßnahmen zur Reduzierung der Todesfälle durch Überdosierung bleibt eine zentrale politische Herausforderung in Europa. Entwicklungen in diesem Bereich beinhalten die Einführung zielgerichteter Strategien, die Bereitstellung von Naloxon-Programmen und an besonders gefährdete Gruppen gerichtete Präventionsmaßnahmen. Einige Länder haben eine seit langem bewährte Praxis der

Bereitstellung „überwachter Drogenkonsumräume“, die sich an schwer zu erreichende Drogenkonsumenten richten und drogenbedingte Schädigungen, einschließlich Todesfälle durch Überdosierungen, reduzieren sollen. Ein Überblick der in diesen Einrichtungen erbrachten Dienstleistungen ist in diesem Bericht enthalten.

Ursprünglich war die Notwendigkeit der Reduzierung des Risikoverhaltens und der Übertragung von HIV ein wichtiger Antrieb für drogenpolitische Maßnahmen in Bezug auf Heroin und insbesondere den injizierenden Konsum der Droge. Jüngste Ausbrüche und die Situation in einigen europäischen Ländern unterstreichen die Notwendigkeit, weiterhin wachsam zu bleiben und ein angemessenes Behandlungsangebot zu gewährleisten. Dennoch zeigt das langfristige Bild insgesamt eine deutliche Verbesserung und veranschaulicht die Auswirkungen, die die Bereitstellung entsprechender Behandlungsleistungen haben kann. Diese Botschaft ist für Bemühungen relevant, die weiterhin relativ hohen Hepatitis-C-Infektionsraten unter injizierenden Drogenkonsumenten zu bekämpfen. In diesem Bereich sind neue und wirksame Behandlungen verfügbar, deren Kosten gleichwohl hoch sind. Die EMCDDA stellt jedoch fest, dass in einigen Ländern und mit Unterstützung auf europäischer Ebene Anstrengungen unternommen werden, um die Situation zu verbessern.

Kombination von risikoreichem Sexual- und Drogenkonsumverhalten: eine Problematik, die immer mehr Anlass zur Sorge gibt

Die hier bereitgestellten situationsbezogenen Analysen konzentrieren sich oftmals auf den Vergleich länderspezifischer Unterschiede. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass ein Teil des Drogenkonsumverhaltens mit soziokulturellen Faktoren zusammenhängt, die nicht unbedingt länderspezifisch sind. Ein Beispiel hierfür ist in einigen europäischen Großstädten zu beobachten, wo es Bedenken im Hinblick auf die Verbreitung des injizierenden Konsums von Stimulanzien unter kleinen Gruppen von Männern gibt, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren. Praktiken, die das so genannte Slammen von Methamphetamin, Cathinonen und anderen Substanzen im Rahmen von „Chem-Sex“-Partys einschließen, wirken sich sowohl auf die Übertragung von HIV als auch auf Dienste im Bereich der sexuellen Gesundheit aus und unterstreichen die Notwendigkeit gemeinsamer Gegenmaßnahmen in diesem Bereich. Dieses Phänomen steht im Widerspruch zum allgemeinen europäischen Trend in Bezug auf den injizierenden Drogenkonsum, der in den meisten Bevölkerungsgruppen rückläufig ist, und unterstreicht die allgemeine

Notwendigkeit, die Aufmerksamkeit verstärkt auf den Zusammenhang zwischen Drogen und risikoreichem Sexualverhalten zu richten.

Das Internet und Apps: Entwicklung eines virtuellen Drogenmarkts

Entsprechend den Entwicklungen in anderen Bereichen gibt es einen wachsenden Trend zur Nutzung des Internets und von Apps als Plattform zur Erbringung von Dienstleistungen, sowohl was Drogenhilfsdienste als auch was Dienste im Bereich der sexuellen Gesundheit angeht. Die Bereitstellung von Informationen über Drogen, Präventionsprogramme und aufsuchende Dienste verlagern sich in unterschiedlichem Maße vom physischen Raum in virtuelle Umgebungen. Inzwischen haben sich zahlreiche Drogentherapieprogramme online etabliert, wodurch sich ihre Erreichbarkeit für neue und bestehende Zielgruppen verbessert hat.

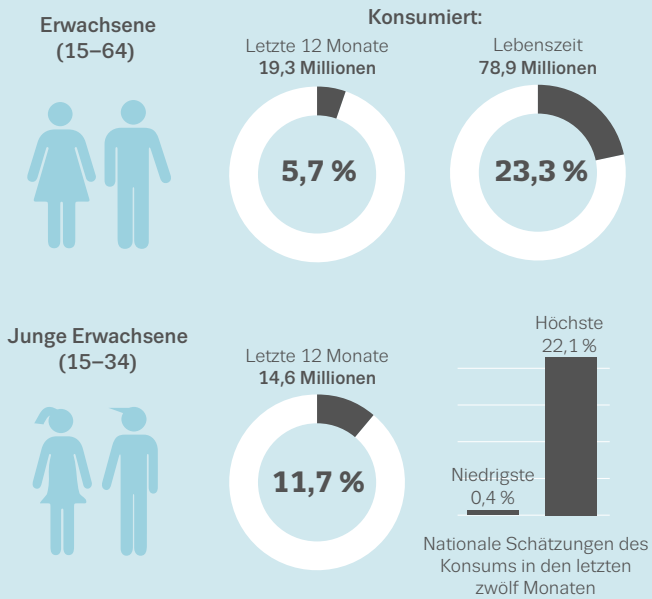
Das Bewusstsein für die potenzielle Rolle des Internets beim Handel und bei der Vermarktung von Drogen nimmt ebenfalls zu. Sowohl neue psychoaktive Substanzen als auch bereits etablierte Drogen werden im Surface Web und im Deep Web zum Kauf angeboten, wenngleich nicht bekannt ist, in welchem Ausmaß dies geschieht. Angesichts der Tatsache, dass sich in den meisten anderen Bereichen des Handels die Konsumentenaktivitäten von physischen zu Online-Marktplätzen hin verlagern, könnte der Online-Drogenhandel in Zukunft zu einem wichtigen Bereich werden, auf den wir unsere Beobachtungstätigkeit konzentrieren müssen. Auch für die Drogenkontrollpolitik dürfte dieser Bereich eine Herausforderung darstellen, da es hier schnell zu neuen Entwicklungen, wie der Einführung neuer Marktplätze und Kryptowährungen, kommen kann. Bestehende Regelungsmodelle müssen angepasst werden, um in einem globalen und virtuellen Kontext zu funktionieren.

Prävalenz neuer psychoaktiver Substanzen: die Notwendigkeit, unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet zu verbessern

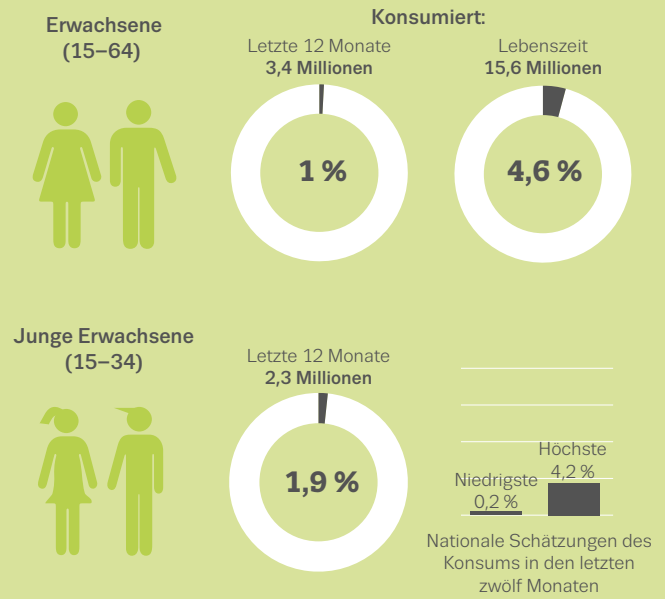
Das Internet ist auch für die Entwicklung des Marktes für neue psychoaktive Substanzen ein wichtiger Faktor, und zwar sowohl direkt, über Online-Shops, als auch indirekt, indem es Herstellern einen einfachen Zugang zu Forschungs- und pharmazeutischen Daten ermöglicht und potenziellen Konsumenten ein Forum für den Informationsaustausch zur Verfügung stellt. Die Besorgnis in Öffentlichkeit und Politik über den Konsum neuer

AUF EINEN BLICK - SCHÄTZUNGEN DES DROGENKONSUMS IN DER EUROPÄISCHEN UNION

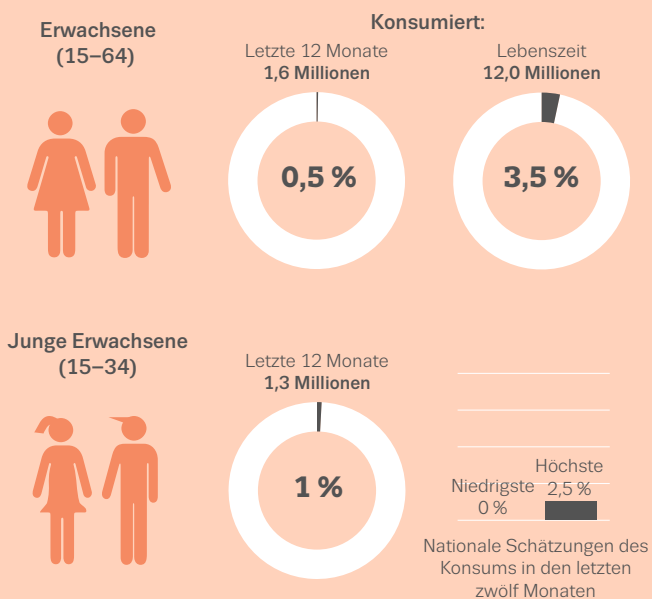
Cannabis



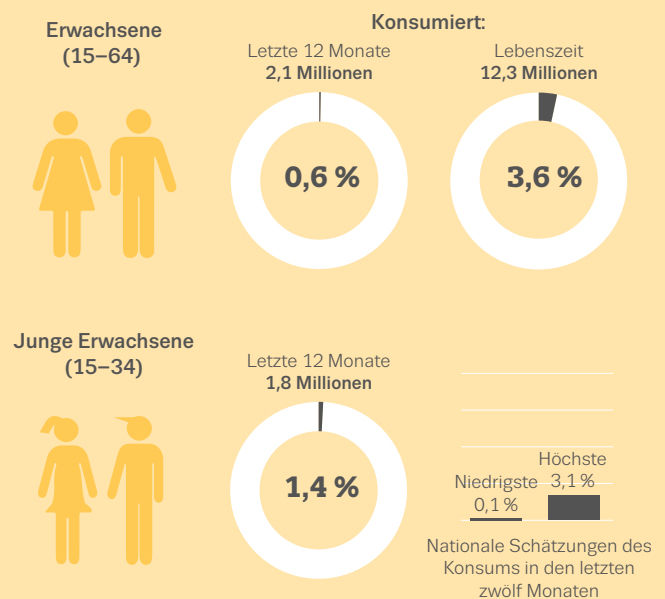
Kokain



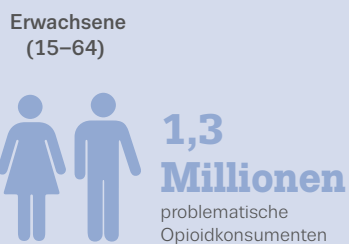
Amphetamine



Ecstasy

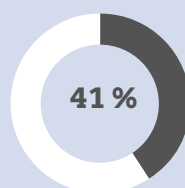


Opioide



Drogentherapienachfragen

Hauptdroge bei etwa 41 % aller Drogentherapienachfragen in der Europäischen Union

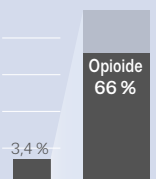


Behandlung

700 000 Opioidkonsumenten erhielten im Jahr 2013 eine Substitutionstherapie

Todesfälle

3,4 % aller Todesfälle europäischer Bürger im Alter zwischen 15 und 39 Jahren sind auf Drogenüberdosierungen zurückzuführen; bei 66 % aller tödlichen Überdosierungen wurden Opiode nachgewiesen



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

psychoaktiver Substanzen hat in kurzer Zeit deutlich zugenommen. Unsere Kenntnisse über das Ausmaß des Konsums und die damit verbundenen Schädigungen sind jedoch hinter den Entwicklungen zurückgeblieben. Dies ändert sich jedoch gerade, da immer mehr Länder versuchen, Schätzungen der Prävalenz des Konsums dieser Substanzen vorzunehmen. Aus Gründen der Methodik sind derartige Schätzungen eine Herausforderung; so ließen sich nationale Schätzungen bislang nur schwer vergleichen. Dennoch sind einige Vergleichsdaten verfügbar. Während eingeräumt werden muss, dass das jüngste Flash Eurobarometer zum Thema Jugend und Drogen als Instrument zur Prävalenzschätzung methodischen Einschränkungen unterliegt, liefert es Daten aus allen EU-Mitgliedstaaten unter Nutzung eines standardisierten Fragebogens. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass die Lebenszeitprävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen bei jungen Menschen in den meisten Ländern nach wie vor auf niedrigem Niveau liegt.

Andere, inzwischen verfügbare Studien bieten einen Einblick in bestimmte Formen des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen. Auch wenn diese Studien nicht als repräsentativ angesehen werden können, so zeigen sie doch, dass der Konsum neuer psychoaktiver Substanzen in sehr unterschiedlichen Gruppen stattfindet, z. B. unter Schülern, Partybesucher, Psychonauten, Gefängnisinsassen und injizierenden Drogenkonsumenten. Die Gründe für den Konsum sind immer besser erforscht. Diese sind ebenfalls vielfältig und umfassen Faktoren wie rechtlichen Status, Verfügbarkeit und Kosten sowie den Wunsch, einer Entdeckung zu entgehen, und Vorlieben der Konsumenten für bestimmte pharmakologische Eigenschaften. Auch gibt es Hinweise, dass neue psychoaktive Substanzen in Zeiten, in denen die etablierten illegalen Drogen nur in geringer Menge und schlechter Qualität auf dem Markt verfügbar sind, als Ersatzstoffe fungieren. Beispielsweise wurde die Beliebtheit von Mephedron in einigen Ländern zu Beginn dieses Jahrzehnts zum Teil auf die schlechte Qualität von illegalen Stimulanzien wie MDMA und Kokain zurückgeführt. Es wird interessant sein zu sehen, ob die gegenwärtig festgestellte Erhöhung des Wirkstoffgehalts und des Reinheitsgrads etablierter Drogen Auswirkungen auf den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen haben wird.

Zahl der auf dem Drogenmarkt neu identifizierten psychoaktiven Substanzen nimmt weiter zu

Während der Konsum neuer psychoaktiver Substanzen insgesamt in begrenztem Ausmaß stattzufinden scheint, hat sich das Tempo, in dem neue Drogen entwickelt werden, nicht verringert. An das EU-Frühwarnsystem übermittelte Meldungen deuten darauf hin, dass sowohl die Vielfalt als auch die Menge der neuen psychoaktiven Substanzen auf dem europäischen Markt weiter zunehmen. Im Jahr 2014 wurden 101 neue psychoaktive Substanzen erstmals festgestellt, und es ist interessant zu beobachten, inwieweit die neu auf den Markt gelangenden Drogen, insbesondere synthetische Cannabinoide, Stimulanzien, Halluzinogene und Opiode, ein Spiegel der etablierten Substanzen sind. Ferner legt die EMCDDA in diesem Bericht neue Daten zur Sicherstellung dieser Substanzen vor. Es ist wichtig klarzustellen, dass sich die Methode der Datenerhebung von der Methode unterscheidet, die bei der regelmäßigen Überwachung der Drogensicherstellungen Anwendung findet. Die beiden Datensätze lassen sich darum nicht direkt miteinander vergleichen.

Sechs Risikobewertungen wurden im Jahr 2014 durchgeführt - mehr als je zuvor. Dies führt uns vor Augen, wie wichtig es ist, den Blick auf diejenigen Substanzen zu richten, die besonders große Schäden verursachen. Dieser Erfolg wurde auch durch die verbesserte Verfügbarkeit von Informationen über klinische Notfälle und Toxikologie ermöglicht. Trotz Verbesserungen bei der Überwachung von akuten drogenbedingten Schädigungen führen die begrenzten Kapazitäten in diesem Bereich dazu, dass wir nach wie vor nur über eine eingeschränkte Sicht auf die gesundheitlichen Folgen, nicht nur im Zusammenhang mit neuen psychoaktiven Substanzen, sondern ganz allgemein mit heutigen Drogenkonsummustern, verfügen.

Die Einführung gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen zur Bewältigung der durch neue Drogen entstehenden Herausforderungen erfolgte zunächst wenig systematisch und nur schleppend, gewinnt inzwischen aber an Dynamik. Dabei handelt es sich um eine breite Palette an Maßnahmen, die das gesamte Spektrum der Reaktionen auf etablierte illegale Substanzen widerspiegeln, von Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen zum Thema Drogen über konsumentenorientierte Schutzmaßnahmen im Internet bis zu Nadel- und Spritzentauschprogrammen im Rahmen niederschwelliger Angebote.

1

**Europa ist ein wichtiger Markt für Drogen,
was sowohl durch die heimische Herstellung
als auch durch aus anderen Regionen
eingeschmuggelte Drogen belegt wird**

Drogenangebot und Markt

Im globalen Kontext ist Europa ein wichtiger Markt für Drogen, was sowohl durch die heimische Herstellung als auch durch aus anderen Regionen eingeschmuggelte Drogen belegt wird. Die nach Europa gelangenden Drogen stammen weitgehend aus Lateinamerika, Westasien und Nordafrika. Für einige Drogen und Drogenausgangsstoffe, die in andere Regionen befördert werden, dient Europa als Durchgangsstation. Europa ist außerdem 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.

Beobachtung von Drogenmärkten, Handel und Gesetzen

Die in diesem Kapitel vorgestellte Analyse stützt sich auf gemeldete Daten über Sicherstellungen von Drogen, aufgedeckte Produktionsstätten für Drogen, Drogendelikte, Endkundenpreise der Drogen, Reinheitsgrad und Wirkstoffgehalt. In einigen Bereichen wird die Analyse von Trends dadurch erschwert, dass aus einigen 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 wie beispielsweise der Intensität der Strafverfolgung und der Wirksamkeit von Verbotsmaßnahmen beeinflusst werden können.

Präsentiert werden hier außerdem Daten über Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen, 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 diese 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 Frühwarnsystems findet sich auf der EMCDDA-Website unter Action on new drugs.

ABBILDUNG 1.1

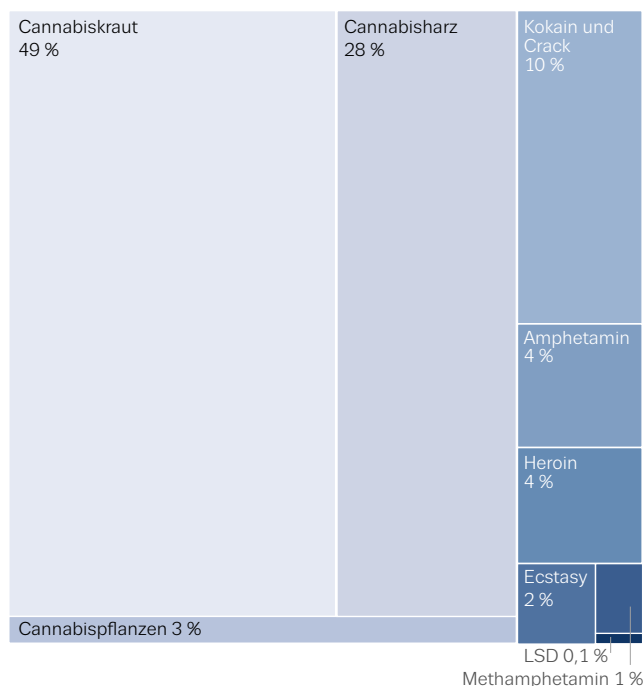
Umfassende Daten zu europäischen Drogengesetzen sind online unter dem Link [European Legal Database on Drugs](#) verfügbar. Die Anwendung dieser Gesetze wird anhand der Meldung von Drogendelikten beobachtet.

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 Marktes schreitet weiter voran. So kam im letzten Jahrzehnt eine Reihe neuer psychoaktiver Substanzen auf den Markt. Der Wandel des Markts für illegale Drogen ist auch auf die Globalisierung, neue Technologien und das Internet zurückzuführen. Weitere Herausforderungen stellen neue Methoden der Drogenherstellung und des Drogenschmuggels und die Einrichtung neuer Schmuggelrouten dar.

An den Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels, die oftmals von internationaler Zusammenarbeit abhängig sind, sind zahlreiche Akteure in Regierungen und Strafverfolgungsbehörden beteiligt. Die Haltung der Länder spiegelt sich auch in ihren nationalen Drogengesetzen wider. Die Daten über Festnahmen und Sicherstellungen sind die am besten dokumentierten Indikatoren für Maßnahmen zur Unterbrechung des Drogennachschubs.

**Cannabis ist die am häufigsten
sichergestellte Droge,
auf die etwa acht von zehn
Sicherstellungen in Europa
entfallen**

Anteil der gemeldeten Zahl der Sicherstellungen für die wichtigsten illegalen Drogen, 2013



Drogensicherstellungen in Europa: Cannabis an erster Stelle

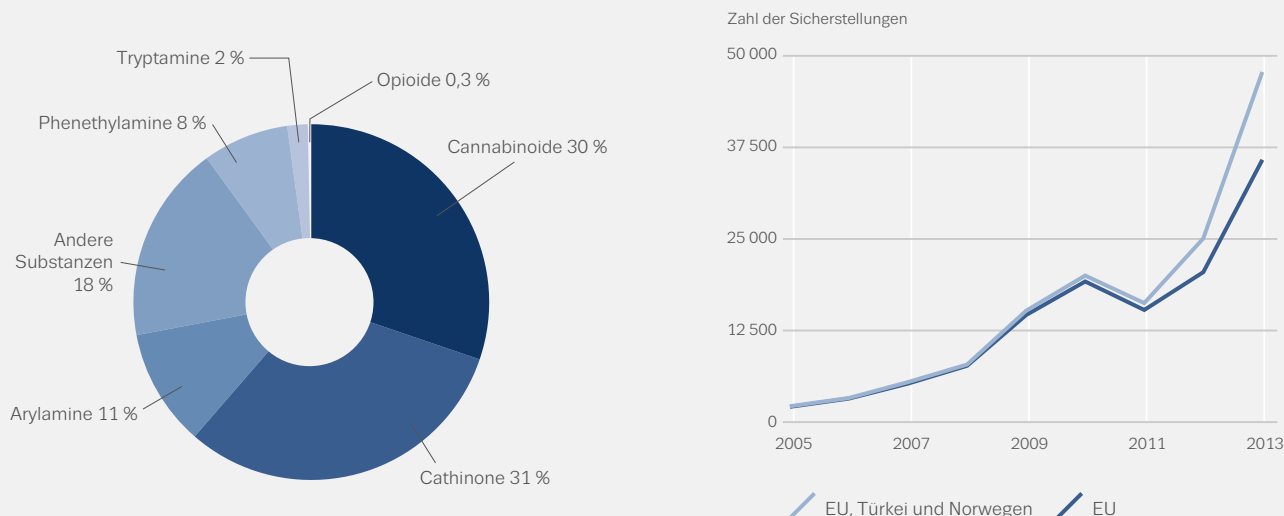
Jedes Jahr werden in Europa rund eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen gemeldet. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um bei Konsumenten beschlagnahmte Kleinstmengen; ein großer Teil der sichergestellten Gesamtmenge entfällt allerdings auf Sicherstellungen von mehreren Kilogramm bei Schmugglern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

Cannabis ist die am häufigsten sichergestellte Droge, auf die etwa acht von zehn Sicherstellungen in Europa entfallen (Abbildung 1.1) - ein Indiz für die hohe Konsumprävalenz. An zweiter Stelle folgt Kokain, das mehr als doppelt so oft sichergestellt wird wie Amphetamine oder Heroin. Die Zahl der Ecstasy-Sicherstellungen ist relativ gering.

Zwei Drittel aller Sicherstellungen in der Europäischen Union entfielen im Jahr 2013 auf nur zwei Länder: Spanien und das Vereinigte Königreich, wenngleich eine nicht unerhebliche Zahl von Sicherstellungen auch aus Belgien, Deutschland, Italien und vier nordischen Ländern gemeldet wurde. Ferner sei darauf hingewiesen, dass für Frankreich und die Niederlande - Länder, die in der Vergangenheit eine große Zahl an Sicherstellungen gemeldet haben - sowie Polen keine aktuellen Daten in Bezug auf die Zahl der Sicherstellungen zur Verfügung

ABBILDUNG 1.2

Zahl der Sicherstellungen von neuen psychoaktiven Substanzen, die dem EU-Frühwarnsystem gemeldet wurden: Aufschlüsselung der Sicherstellungen nach Hauptschutz-Kategorie im Jahr 2013 (links) und Trends (rechts)



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 teilweise für den Konsum in anderen Ländern, und zwar sowohl in Europa als auch im Nahen Osten, bestimmt waren.

Des Weiteren werden hier Daten zur wachsenden Zahl der dem EU-Frühwarnsystem gemeldeten Sicherstellungen von neuen psychoaktiven Substanzen präsentiert. 2013 wurden rund 35 000 Sicherstellungen gemeldet, die meisten davon betrafen synthetische Cannabinoide und Cathinone (Abbildung 1.2). Wegen der fehlenden Routinemeldungen in diesem Bereich ist diese Zahl als Mindestschätzung anzusehen. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Daten sich nicht direkt mit den Daten zu etablierten Drogen wie Cannabis vergleichen lassen.

Cannabisprodukte: ein vielfältiger Markt

Zwei wesentliche Cannabisprodukte sind auf dem europäischen Drogenmarkt zu finden: Cannabiskraut („Marihuana“) und Cannabisharz („Haschisch“). Das in Europa konsumierte Cannabiskraut wird im Inland angebaut oder aus Nachbarländern eingeschmuggelt. Cannabisharz gelangt größtenteils auf dem See- oder Luftweg aus Marokko nach Europa.

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut in Europa überstieg im Jahr 2009 jene von Cannabisharz, und diese Kluft hat sich noch weiter vergrößert (Abbildung 1.3). Dies dürfte zum großen Teil dadurch begründet sein, dass in vielen europäischen Ländern immer mehr im Inland hergestelltes Cannabiskraut verfügbar ist, was sich an der Zunahme der Sicherstellungen von Cannabispflanzen zeigt.

Dennoch ist die in der Europäischen Union sichergestellte Menge an Cannabisharz immer noch deutlich höher als die Menge an sichergestelltem Cannabiskraut (460 Tonnen gegenüber 130 Tonnen). Dies erklärt sich zum Teil aus der Tatsache, dass Cannabisharz in großen Mengen über größere Entfernungen und Ländergrenzen hinweg transportiert wird und daher bei Sicherstellungen eher erfasst wird.

Das jüngste Aufkommen von synthetischen Cannabinoidprodukten hat dem Cannabismarkt eine neue Dimension hinzugefügt. Mehr als 130 verschiedene synthetische Cannabinoide wurden in den letzten Jahren entdeckt. Die meisten von ihnen werden offenbar in China hergestellt. Nachdem sie in Pulverform nach Europa

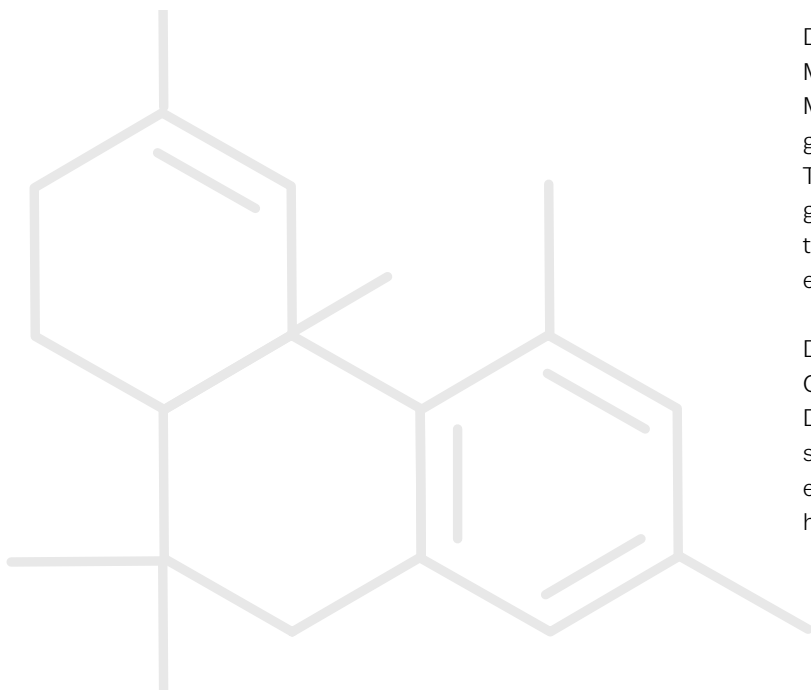
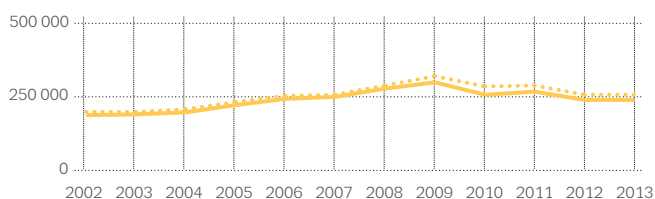


ABBILDUNG 1.3

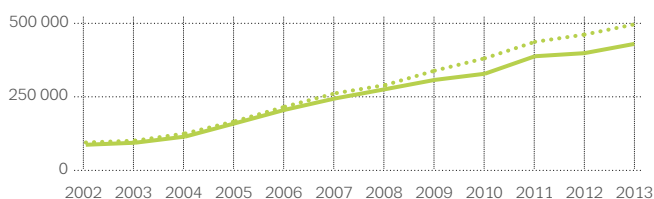
Trends in Bezug auf die Zahl der Cannabissicherstellungen und die sichergestellte Menge: Harz (links) und Kraut (rechts)

Zahl der Sicherstellungen



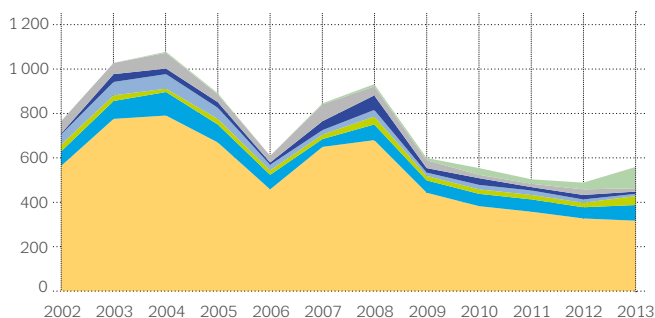
— EU ···· EU, Türkei und Norwegen

Zahl der Sicherstellungen



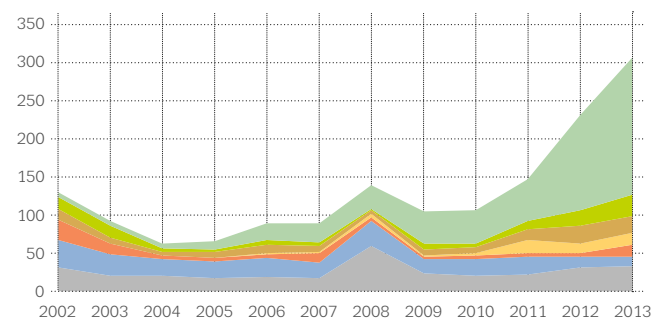
— EU ···· EU, Türkei und Norwegen

Harz (Tonnen)



Türkei Andere Länder Portugal Vereinigtes Königreich
 Italien Frankreich Spanien

Kraut (Tonnen)



Türkei Italien Griechenland Spanien
 Belgien Vereinigtes Königreich Andere Länder

verschifft wurden, werden die Chemikalien in der Regel mit Pflanzenmaterial vermischt und als so genannte „Legal High“-Produkte für den Verkauf umgepackt.

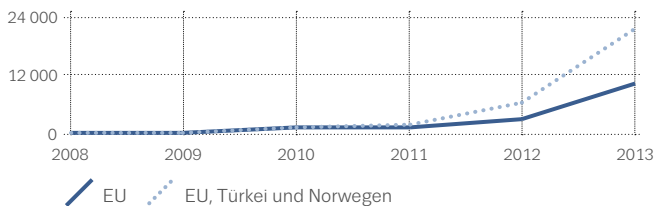
Im Jahr 2013 wurden in der Europäischen Union 671 000 Sicherstellungen von Cannabis gemeldet (431 000 davon entfielen auf Cannabiskraut und 240 000 auf Cannabisharz). Ferner gab es weitere 30 000 Sicherstellungen von Cannabispflanzen. Darüber hinaus meldeten die EU-Länder dem Frühwarnsystem im Jahr 2013 mehr als 10 000 Sicherstellungen von synthetischen Cannabinoiden, was einen deutlichen Anstieg gegenüber dem Niveau von 2011 darstellt. Weitere 11 000 Sicherstellungen wurden von der Türkei gemeldet (siehe Abbildung 1.4).

Bei der Analyse der Menge an sichergestelltem Cannabis ist eine kleine Anzahl von Ländern wegen ihrer Lage an wichtigen Cannabisschmuggelrouten von besonderer Bedeutung. So meldete Spanien als wichtiges Einfallstor für in Marokko hergestelltes Cannabis mehr als zwei Drittel der Gesamtmenge an im Jahr 2013 in Europa sichergestelltem Cannabisharz (Abbildung 1.5). In Bezug auf Cannabiskraut wurde in Griechenland, Spanien und Italien in jüngster Zeit ein starker Anstieg gemeldet. In den letzten Jahren wurden in der Türkei größere Mengen Cannabiskraut sichergestellt als in jedem anderen europäischen Land. Im Jahr 2013 war die gemeldete

ABBILDUNG 1.4

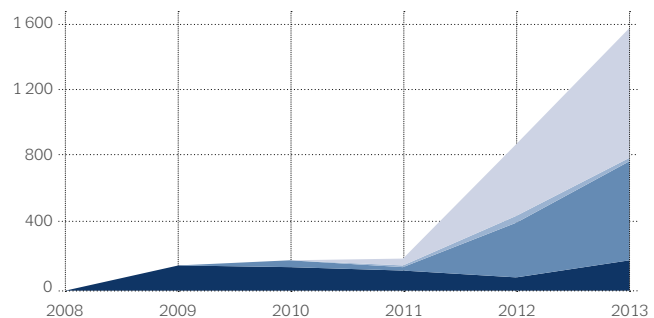
Sicherstellungen von synthetischen Cannabinoiden, die dem EU-Frühwarnsystem gemeldet wurden: Zahl der Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2013

Zahl der Sicherstellungen



— EU ···· EU, Türkei und Norwegen

Kilogramm



Türkei und Norwegen, Form unspezifiziert EU, andere Form
 EU, in Pulverform EU, Pflanzenmaterial

Menge (180 Tonnen) größer als in allen EU-Mitgliedstaaten zusammen.

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 3,7 Millionen im Jahr 2013 erhöht.

Die Analyse der indexierten Trends in denjenigen Ländern, die regelmäßig Meldungen zu Sicherstellungen übermitteln, zeigt zwischen 2006 und 2013 einen starken

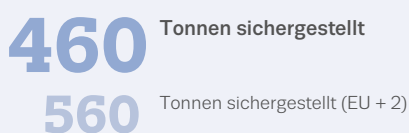
Anstieg des Wirkstoffgehalts (Tetrahydrocannabinol, THC) sowohl bei Cannabiskraut als auch bei Cannabis harz. Gefördert wurde diese Steigerung des Wirkstoffgehalts vermutlich durch die Einführung intensiver Produktionstechniken innerhalb Europas und in jüngerer Zeit durch die Einführung von Pflanzen mit hohem Wirkstoffgehalt in Marokko.

Indexierte Trends für cannabisbedingte Drogendelikte in der Europäischen Union zeigen ebenfalls deutliche Steigerungen zwischen 2006 und 2013.

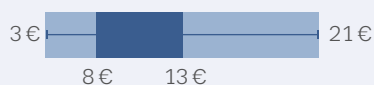
CANNABIS

Harz

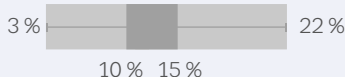
Sicherstellungen



Preis (EUR/g)



Wirkstoffgehalt (% THC)



Indexierte Trends: Preis und Wirkstoffgehalt

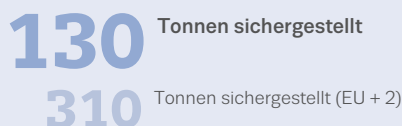
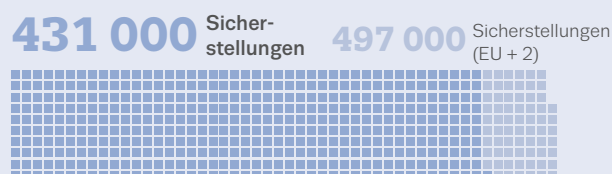


Cannabispflanzen

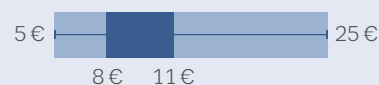
30 000 Sicherstellungen **3,7** Millionen Pflanzen sichergestellt

Kraut

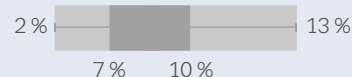
Sicherstellungen



Preis (EUR/g)



Wirkstoffgehalt (% THC)



Indexierte Trends: Preis und Wirkstoffgehalt



Drogendelikte

782 000 gemeldete Straftaten im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum bzw. -besitz **116 000** gemeldete Straftaten im Zusammenhang mit dem Handel mit Cannabis

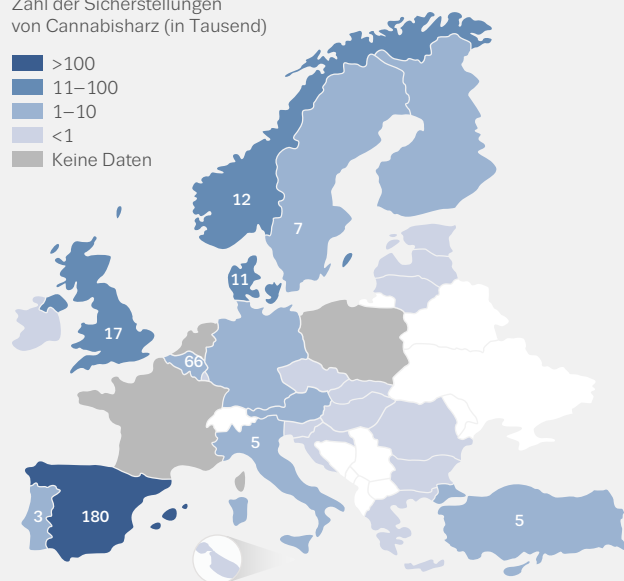
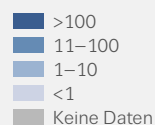


EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, Türkei und Norwegen. Die indexierten Trends für Straftaten beziehen sich auf Fälle im Zusammenhang mit einem Cannabisprodukt. Preis und Wirkstoffgehalt der Cannabisprodukte: nationale Durchschnittswerte - Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator.

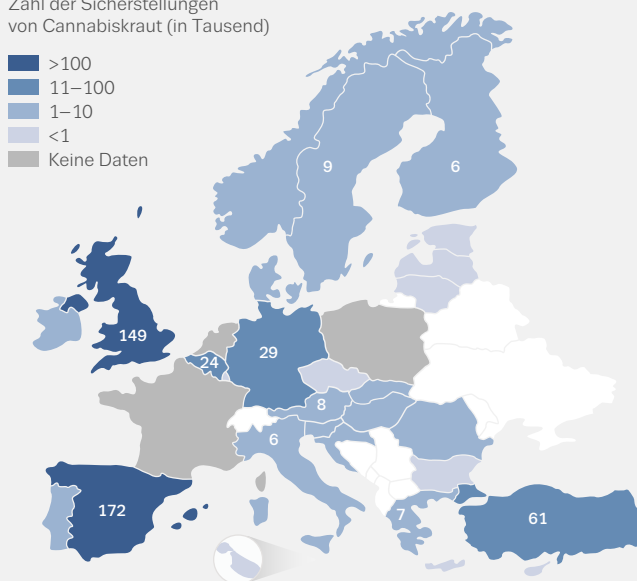
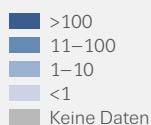
ABBILDUNG 1.5

Sicherstellungen von Cannabisharz und Cannabiskraut, 2013

Zahl der Sicherstellungen von Cannabisharz (in Tausend)

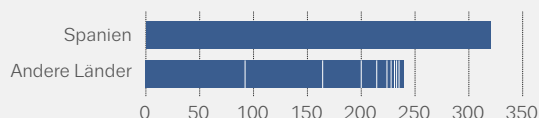


Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut (in Tausend)

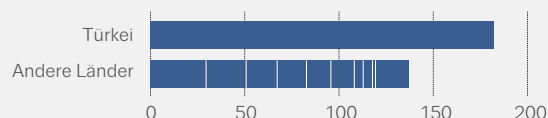


Anmerkung: Zahl der Sicherstellungen (in Tausend) für die zehn Länder mit den höchsten Werten

Menge an sichergestelltem Cannabisharz (in Tonnen)



Menge an sichergestelltem Cannabiskraut (in Tonnen)



Opiode: Ein Markt im Wandel?

Heroin ist das am weitesten verbreitete Opioid auf dem europäischen Drogenmarkt. In Europa wird importiertes Heroin traditionell in zwei Formen angeboten. Dabei handelt es sich um das braune Heroin (Heroinbase), das stärker verbreitet ist und vor allem aus Afghanistan stammt, und das weiße Heroin (in Salzform), das weit weniger verbreitet ist und ursprünglich aus Südostasien stammt, mittlerweile aber auch in Afghanistan oder benachbarten Ländern produziert werden kann. Andere Opioide, die im Jahr 2013 von Strafverfolgungsbehörden in Europa sichergestellt wurden, waren die Arzneimittel Morphin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und Tramadol. Einige medizinische Opioide können aus Lieferungen für den Arzneimittelhandel abgezweigt worden sein, während andere speziell für den illegalen Markt hergestellt werden. Besorgniserregend ist, dass dem EU-Frühwarnsystem seit 2005 insgesamt 14 neue synthetische Opioide gemeldet wurden, darunter mehrere starke, nicht kontrollierte Fentanyle.

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. Es gibt Anzeichen dafür, dass die

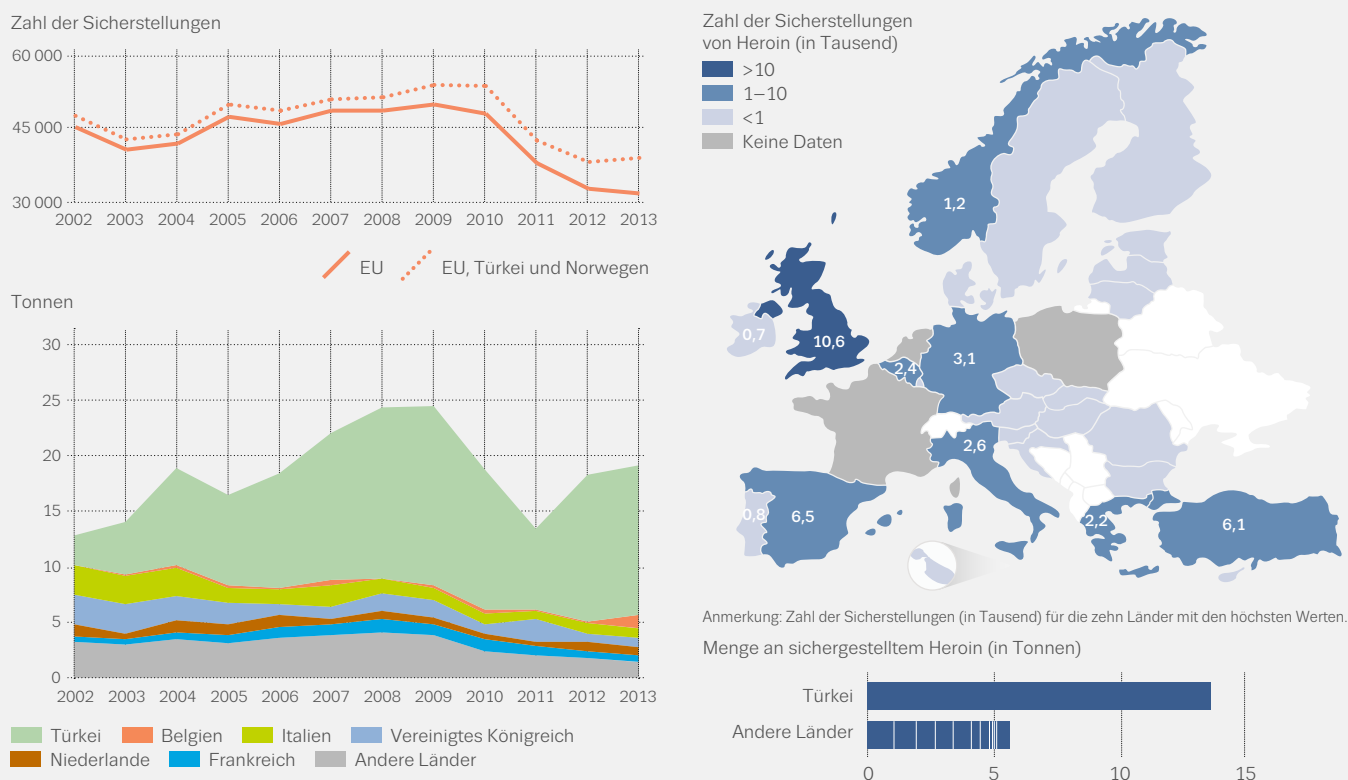
letzten Stufen der Heroinherstellung inzwischen in Europa stattfinden, wofür auch die Entdeckung von zwei Labors zur Umwandlung von Morphin in Heroin in Spanien in den Jahren 2013 und 2014 spricht. Ursprünglich waren Meldungen von illegalen Opioidprodukten aus Europa auf aus Teilen Osteuropas stammende Produkte aus selbstangebautem Mohn beschränkt.

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 Albanien) und von dort aus weiter nach Mittel-, Süd- und Westeuropa. Heroinlieferungen aus dem Iran und Pakistan können auf dem Luft- oder Seeweg entweder direkt oder auf Umwegen über west-, süd- und ostafrikanische Länder ebenfalls nach Europa gelangen. Die südliche Route scheint in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen zu haben.

Nach knapp einem Jahrzehnt relativer Stabilität ist in Europa seit 2010 ein deutlicher Rückgang bei Sicherstellungen von Heroin zu verzeichnen. Sowohl die Zahl der Sicherstellungen von Heroin (32 000) als auch die sichergestellte Menge (5,6 Tonnen) im Jahr 2013 gehören zu den niedrigsten gemeldeten Werten der letzten zehn Jahre. Die rückläufigen Sicherstellungen in der

ABBILDUNG 1.6

Trends in Bezug auf die Zahl der Heroinsicherstellungen und die sichergestellte Menge: Trends (links) und im Jahr 2013 (rechts)



Europäischen Union gingen mit einem Anstieg der Sicherstellungen in der Türkei einher (13,5 Tonnen im Jahr 2013), wo seit 2006 jedes Jahr mehr Heroin sichergestellt wird als in allen EU-Ländern zusammen (Abbildung 1.6).

Neben den jüngsten Rückgängen bei der Zahl der Heroinsicherstellungen wurden Rückgänge auch in Bezug auf indexierte Trends für Preise und Drogendelikte festgestellt (siehe Heroin-Infografik). In zahlreichen Ländern kam es zwischen 2010 und 2011 zu einer Angebotsverknappung auf den Heroinmärkten, von der

HEROIN

Sicherstellungen

32 000
Sicherstellungen

39 000
Sicherstellungen (EU + 2)

5,6
Tonnen sichergestellt

19,1
Tonnen sichergestellt (EU + 2)

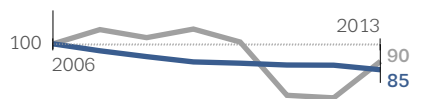
Preis (EUR/g)

25 € 33 € 58 € 158 €

Reinheitsgrad (%)

6 % 13 % 23 % 75 %

Indexierte Trends:
Preis und Reinheitsgrad



Drogendelikte

37 800

gemeldete Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Heroinkonsum bzw. -besitz

17 000

gemeldete Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Heroinhandel



der gemeldeten
Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Drogenkonsum bzw. -besitz



der gemeldeten
Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Drogenhandel

Indexierte Trends: Straftaten im Zusammenhang mit Konsum bzw. Besitz und Handel



EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von „braunem Heroin“: nationale Durchschnittswerte - Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator.

sich anscheinend nur wenige Märkte ganz erholt haben. Dennoch deuten die indexierten Trends in den Ländern, die regelmäßig Meldungen zu Sicherstellungen übermitteln, darauf hin, dass der Reinheitsgrad von Heroin sich in Europa im Jahr 2013 erhöht hat; einige Länder drückten ihre Besorgnis über eine mögliche erhöhte Verfügbarkeit aus. In der Türkei stieg die Zahl der Sicherstellungen 2013 und die sichergestellten Mengen nahmen gegenüber dem Niveau von 2012 weiter zu. Die Vereinten Nationen meldeten einen deutlichen Anstieg bei der Opiumproduktion in Afghanistan. Insgesamt gibt es Anzeichen dafür, dass ein Anstieg der Verfügbarkeit dieser Droge möglich ist.

Kokain: Gleichbleibende Zahl an Sicherstellungen und höherer Reinheitsgrad

Kokain wird in Europa in zwei Formen angeboten, am häufigsten als Kokainpulver (ein Hydrochloridsalz, HCl). Das rauchbare Crack (freie Base des Kokains) ist weniger leicht erhältlich. Kokain wird aus den Blättern des Kokastrauchs gewonnen. Die fast ausschließlich in Bolivien, Kolumbien und Peru produzierte Droge kommt auf dem Luft- und Seeweg nach Europa. Den Daten zufolge erfolgt der Schmuggel von Kokain in Europa vor allem über die Länder West- und Südeuropas, wobei auf Spanien, Belgien, die Niederlande, Frankreich und Italien

zusammen 86 % der im Jahr 2013 sichergestellten 62,6 Tonnen entfallen (Abbildung 1.7).

Im Jahr 2013 wurden etwa 78 000 Sicherstellungen von Kokain in der Europäischen Union gemeldet; dies entspricht einer Menge von 63 Tonnen dieser Droge. Das Niveau ist seit 2010 relativ stabil, wenngleich die Zahl der Sicherstellungen und die sichergestellte Menge deutlich unter den 2006 und 2008 erreichten Höchstständen liegen (Abbildung 1.7). Während Spanien nach wie vor das europäische Land ist, in dem am meisten Kokain sichergestellt wird, 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 Reinheitsgrad von Kokain in den letzten Jahren zugenommen hat, während der Preis relativ stabil geblieben ist. Die indexierten Trends für im Zusammenhang mit Kokain begangene Straftaten zeigen seit 2006 einen Anstieg.

KOKAIN

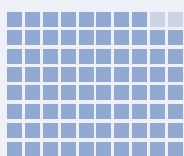
Sicherstellungen

78 000
Sicherstellungen

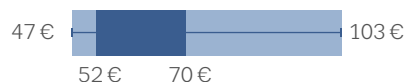
80 000
Sicherstellungen
(EU + 2)

62,6
Tonnen sichergestellt

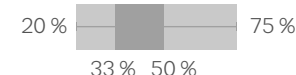
63,2
Tonnen sichergestellt (EU + 2)



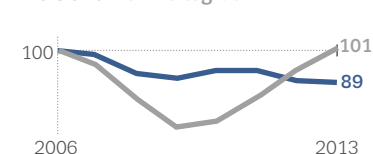
Preis (EUR/g)



Reinheitsgrad (%)



Indexierte Trends:
Preis und Reinheitsgrad



Drogendelikte

72 300

gemeldete Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Kokainkonsum bzw. -besitz

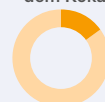


7 %

der gemeldeten
Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Drogenkonsum bzw. -besitz

29 900

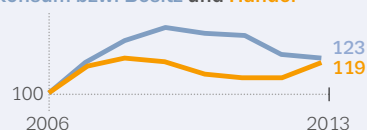
gemeldete Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Kokainhandel



15 %

der gemeldeten
Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Drogenhandel

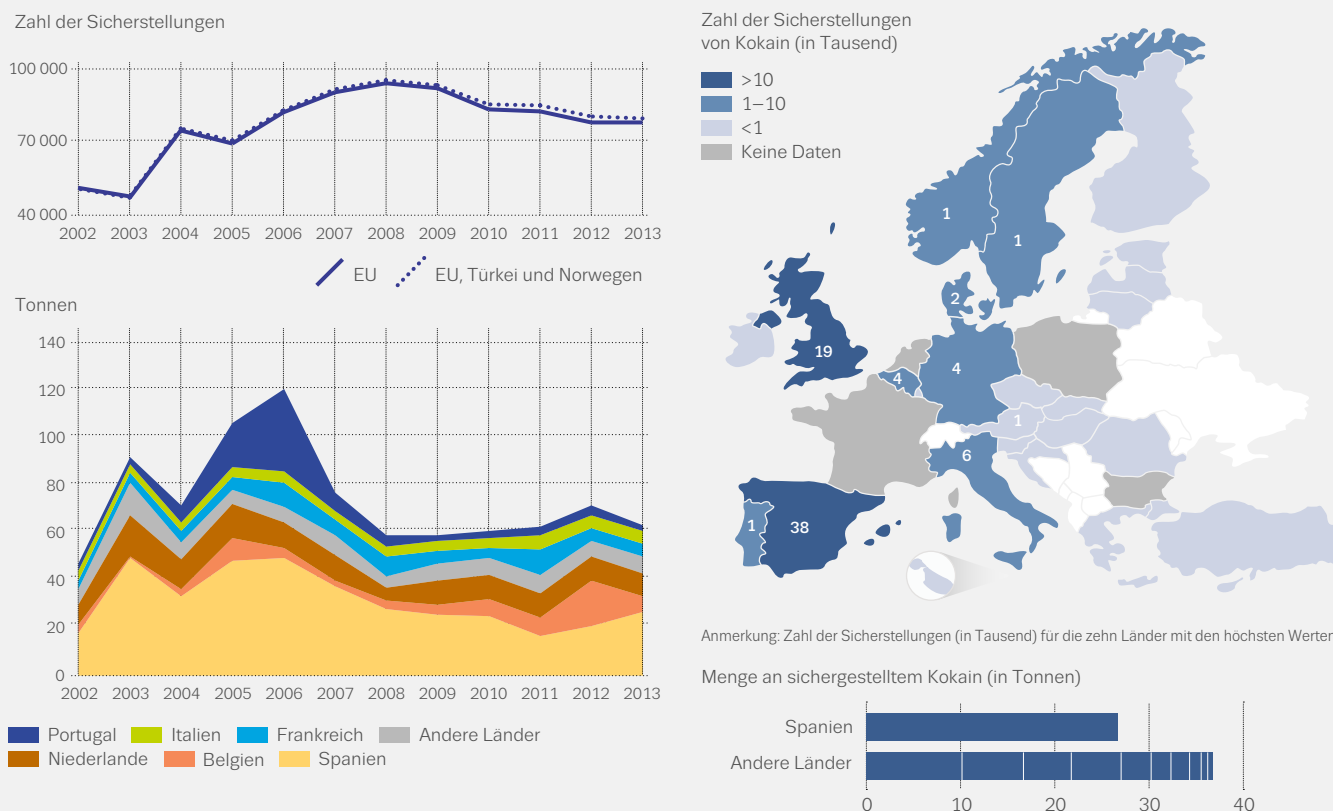
Indexierte Trends: Straftaten im Zusammenhang
mit Konsum bzw. Besitz und Handel



EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von Kokain: nationale Durchschnittswerte - Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator.

ABBILDUNG 1.7

Trends in Bezug auf die Zahl der Kokainsicherstellungen und die sichergestellte Menge: Trends (links) und im Jahr 2013 oder im jeweils letzten verfügbaren Jahr (rechts)



Amphetamin: mehr Sicherstellungen von Amphetamin und Methamphetamin

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

Beide Drogen werden in Europa für den Inlandskonsum hergestellt, manche davon auch für den Export, vor allem in Länder des Nahen und des Fernen Ostens. Europa ist zudem eine Durchgangsstation für Metamphetamin, das von Afrika und aus dem Iran in den Fernen Osten geschmuggelt wird. Produktionsstandorte für Amphetamine sind den verfügbaren Daten zufolge in erster Linie Belgien, die Niederlande, Polen und die baltischen Länder sowie in geringerem Ausmaß Deutschland, während die Metamphetaminproduktion sich auf die baltischen Länder und Mitteleuropa konzentriert.

Die Methamphetaminproduktion in Europa ist im Wandel begriffen, was zum Teil auf die Verfügbarkeit der

Vorläuferstoffe zurückzuführen ist. Die Methamphetaminproduktion mit BMK (Benzylmethylketon) als wichtigstem Grundstoff konzentriert sich auf Litauen; exportiert wird die Droge vor allem in nordeuropäische Länder, was sich auf den dortigen Amphetaminmarkt auswirkt. Dies wird auch an der relativ hohen Zahl gemeldeter Sicherstellungen in Norwegen deutlich. Die Produktion von Ephedrin und Pseudoephedrin hat ihren Schwerpunkt in der Tschechischen Republik, obgleich sich in der Slowakei und in Deutschland ebenfalls Produktionsstandorte befinden. Ursprünglich wurde Metamphetamin 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). In letzter Zeit gibt es jedoch Anzeichen für eine Ausweitung der Produktion; dabei wurde über von Vietnamesen organisierte kriminelle Gruppen berichtet, die große Mengen dieser Droge sowohl für den heimischen Markt als auch für ausländische Märkte herstellen.

Im Jahr 2013 wurden von den Mitgliedstaaten 34 000 Sicherstellungen von Amphetamin gemeldet, was einer

Gesamtmenge von 6,7 Tonnen entspricht. Mehr als die Hälfte der Gesamtmenge an sichergestelltem Amphetamin entfiel auf Deutschland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich. Nach einer Zeit auf relativ stabilem Niveau wurde für 2013 ein Anstieg der sichergestellten Menge an Amphetamin verzeichnet (Abbildung 1.8). Die Menge an sichergestelltem Methamphetamin liegt weit darunter; sie macht rund ein Sechstel aller Amphetaminsicherstellungen im Jahr 2013 aus, wobei in der Europäischen Union 7 000 Sicherstellungen gemeldet wurden, was 0,5 Tonnen entspricht (Abbildung 1.9). Es gibt eine steigende Tendenz, was die Anzahl der Sicherstellungen und die Menge des seit 2002 sichergestellten Methamphetamins betrifft.

In der Regel ist der gemeldete durchschnittliche Reinheitsgrad bei Methamphetaminproben höher als bei Amphetaminproben. Und obwohl die indexierten Trends in den Ländern, die regelmäßig Meldungen übermitteln, aktuellen Daten zufolge auf einen höheren Reinheitsgrad bei Amphetamin hindeuten, ist der durchschnittliche Reinheitsgrad dieser Droge nach wie vor relativ niedrig.

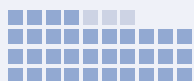
AMPHETAMINE

Amphetamin

Sicherstellungen

34 000
Sicherstellungen

37 000
Sicherstellungen
(EU + 2)

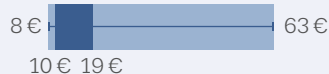


6,7
Tonnen
sichergestellt

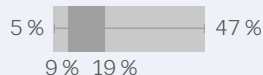
8,2
Tonnen sichergestellt
(EU + 2)



Preis (EUR/g)



Reinheitsgrad (%)



Indexierte Trends: Preis und Reinheitsgrad



Methamphetamin

Sicherstellungen

7 000
Sicherstellungen

11 300
Sicherstellungen
(EU + 2)

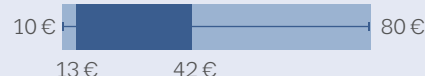


0,5
Tonnen
sichergestellt

0,8
Tonnen sichergestellt
(EU + 2)



Preis (EUR/g)



Reinheitsgrad (%)



EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von Amphetaminen: nationale Durchschnittswerte - Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator. Für Methamphetamin liegen keine indexierten Trends vor.

Drogendelikte

55 000

gemeldete Straftaten
im Zusammenhang mit dem
Amphetaminkonsum bzw. -besitz

1 900

gemeldete Straftaten im
Zusammenhang mit dem Metam-
phetaminkonsum bzw. -besitz

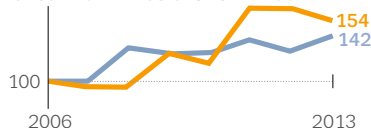
5 %

der gemeldeten Straftaten
im Zusammenhang
mit dem Drogenkonsum
bzw. -besitz

<1 %

der gemeldeten Straftaten
im Zusammenhang mit
dem Drogenkonsum
bzw. -besitz

Indexierte Trends: Straftaten im Zusammenhang mit Konsum bzw. Besitz und Handel



16 000

gemeldete
Straftaten im Zusammenhang
mit dem Amphetaminhandel

2 700

gemeldete Straftaten im
Zusammenhang mit dem
Metamphetaminhandel

8 %

der gemeldeten Straftaten
im Zusammenhang
mit dem Drogenhandel

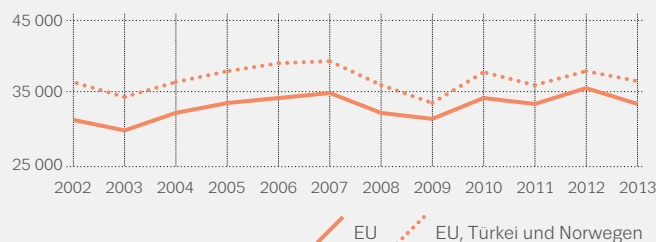
1 %

der gemeldeten Straftaten
im Zusammenhang mit
dem Drogenhandel

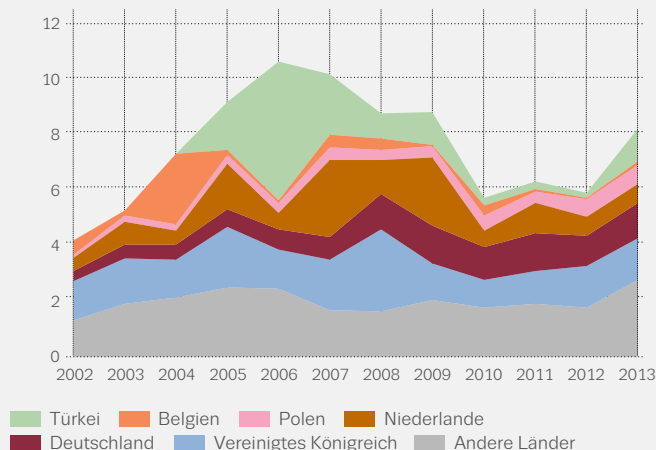
ABBILDUNG 1.8

Trends in Bezug auf die Zahl der Amphetaminsicherstellungen und die sichergestellte Menge: Trends (links) und im Jahr 2013 oder im jeweils letzten verfügbaren Jahr (rechts)

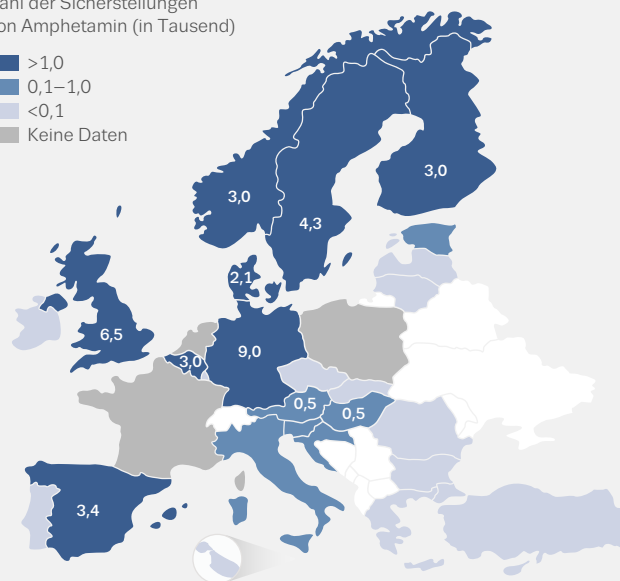
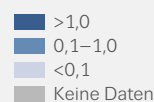
Zahl der Sicherstellungen



Tonnen



Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin (in Tausend)



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

Menge an sichergestelltem Amphetamin (in Tonnen)

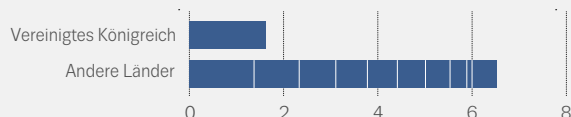
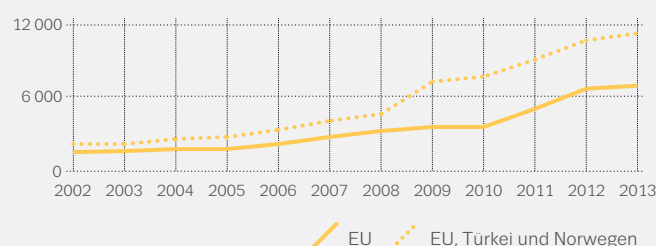


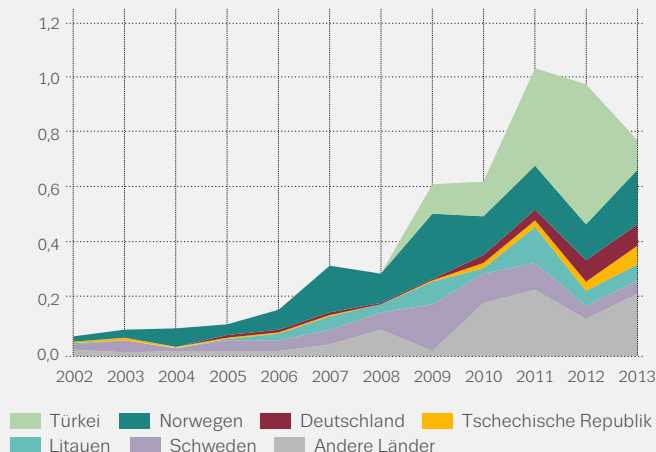
ABBILDUNG 1.9

Trends in Bezug auf die Zahl der Metamphetaminsicherstellungen und die sichergestellte Menge: Trends (links) und im Jahr 2013 oder im jeweils letzten verfügbaren Jahr (rechts)

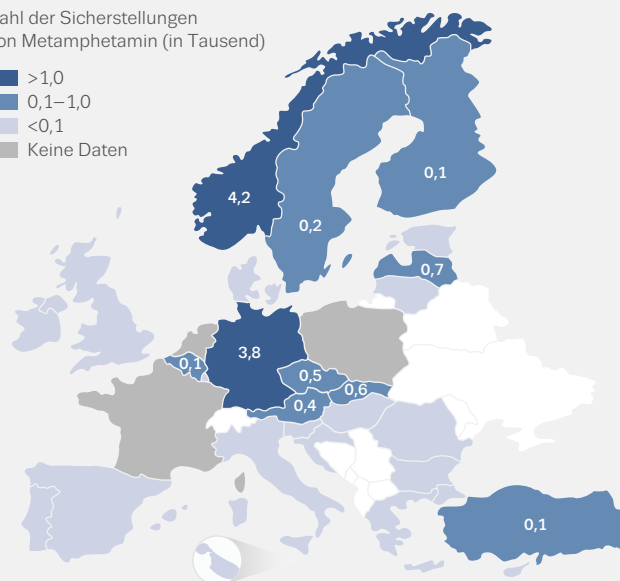
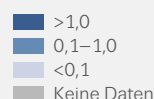
Zahl der Sicherstellungen



Tonnen

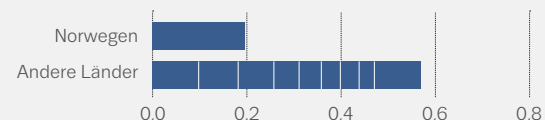


Zahl der Sicherstellungen von Metamphetamin (in Tausend)



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

Menge an sichergestelltem Metamphetamin (in Tonnen)



MDMA/Ecstasy: mehr Produkte mit hohem Reinheitsgrad

Die synthetische Substanz MDMA (3,4-Methylendioxy-N-methamphetamin) ist chemisch mit den Amphetaminen verwandt, wirkt aber etwas anders als diese. Ecstasytabletten waren ursprünglich das am meisten verbreitete MDMA-Produkt auf dem Markt, wenngleich sie häufig eine Reihe MDMA-ähnlicher Substanzen und chemisch nicht verwandter Substanzen enthalten. Nach einer Periode, 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 haben könnte. Neue Daten weisen auf eine höhere Verfügbarkeit von MDMA-Tabletten mit hohem Wirkstoffgehalt wie auch von MDMA in Pulver- und kristalliner Form hin.

Der Schwerpunkt der Herstellung von MDMA in Europa liegt offenbar in den Niederlanden und Belgien; aus diesen Ländern werden traditionell die meisten Produktionsstandorte für diese Drogen gemeldet. Nach einem Rückgang der MDMA-Produktion am Ende des letzten Jahrzehnts gibt es nun Anzeichen für ein Wiedererstarken, was durch Meldungen über die jüngste Aufdeckung großer Produktionsstätten in Belgien und den Niederlanden bestätigt wird.

Die Bewertung aktueller Tendenzen in Bezug auf Sicherstellungen von MDMA ist schwierig, da aus einigen Ländern, die einen wesentlichen Anteil an der Gesamtmenge ausmachen dürften, keine Daten vorliegen. Für 2013 liegen aus den Niederlanden keine Daten vor, während aus Frankreich und Polen keine Meldungen in Bezug auf die Zahl der Sicherstellungen übermittelt wurden. 2012 meldeten die Niederlande die Sicherstellung von 2,4 Millionen MDMA-Tabletten, und wenn für 2013 eine ähnliche Zahl angenommen werden kann, wurden in diesem Jahr in der Europäischen Union schätzungsweise 4,8 Millionen MDMA-Tabletten sichergestellt. Damit hätte sich die sichergestellte Menge gegenüber 2009 etwa verdoppelt. Es ist zu beachten, dass die in der Türkei sichergestellte Menge an MDMA (4,4 Millionen MDMA-Tabletten) der in allen EU-Mitgliedstaaten sichergestellten Gesamtmenge entspricht. Dies wirft die Frage auf, ob diese Drogen für den heimischen Konsum oder für den Export in die Europäische Union oder andere Regionen bestimmt waren (Abbildung 1.10).

Bei den indexierten Trends in Bezug auf Straftaten im Zusammenhang mit MDMA ist in jüngster Zeit ebenfalls ein Anstieg festzustellen. Unter den Ländern, die regelmäßig Meldungen übermitteln, deuten indexierte Trends zudem auf eine Erhöhung des MDMA-Gehalts seit 2010 hin, und die Verfügbarkeit von MDMA-Produkten mit hohem Wirkstoffgehalt hat im Jahr 2014 die Herausgabe

ECSTASY

Sicherstellungen

13 400

Sicherstellungen

18 000

Sicherstellungen (EU + 2)

4,8

Millionen Tabletten sichergestellt

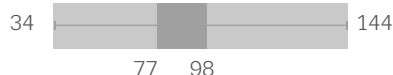
9,3

Millionen Tabletten sichergestellt (EU + 2)

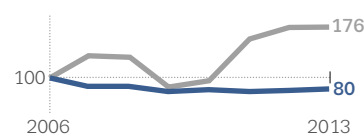
Preis (EUR/Tablette)



Reinheitsgrad (MDMA mg/Tablette)



Indexierte Trends: Preis und Reinheitsgrad



Drogendelikte

11 000

gemeldete Straftaten im Zusammenhang mit dem Ecstasykonsum bzw. -besitz

3 700

gemeldete Straftaten im Zusammenhang mit dem Ecstasyhandel

1 %

der gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum bzw. -besitz

2 %

der gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenhandel

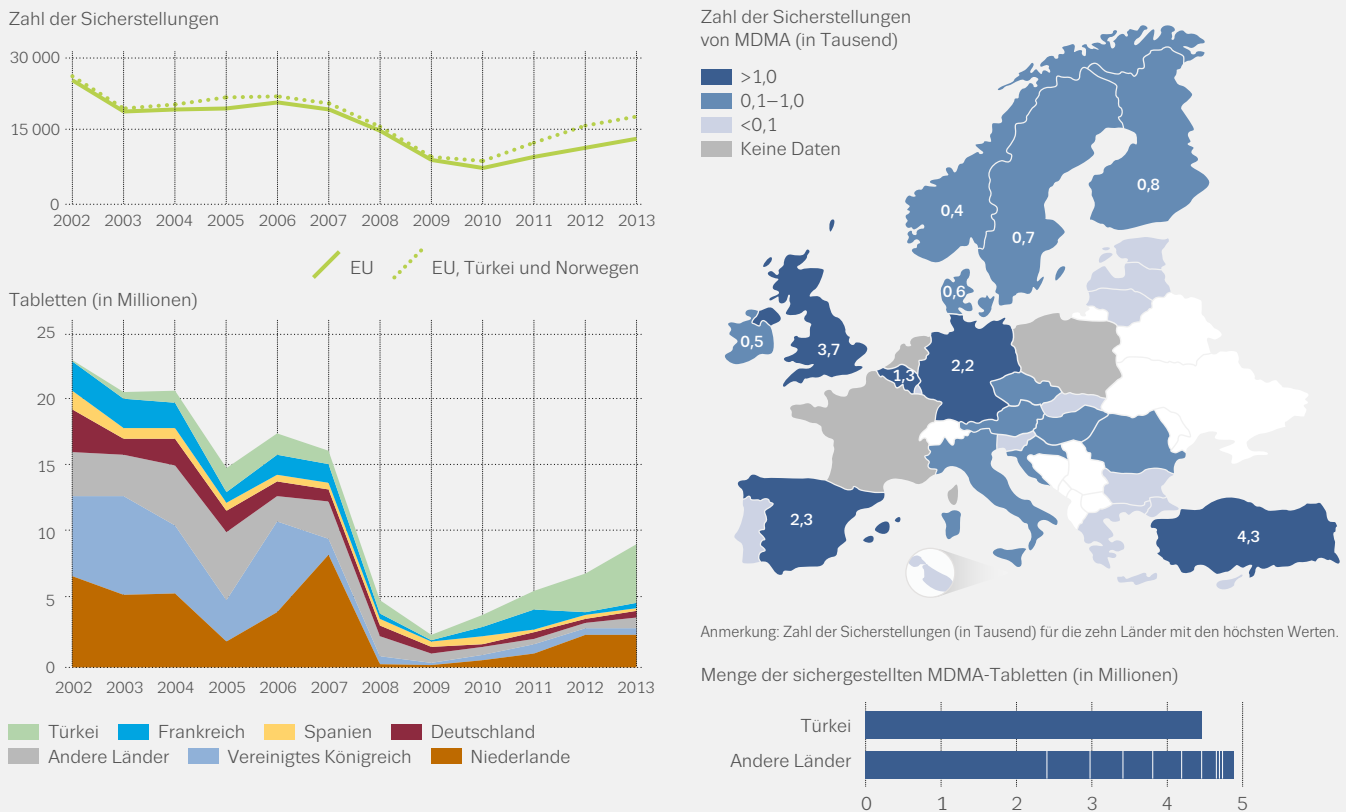
Indexierte Trends: Straftaten im Zusammenhang mit Konsum bzw. Besitz und Handel



EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von Ecstasy: nationale Durchschnittswerte - Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator.

ABBILDUNG 1.10

Trends in Bezug auf die Zahl der Sicherstellungen von MDMA und die sichergestellte Tablettenmenge: Trends (links) und im Jahr 2013 oder im jeweils letzten verfügbaren Jahr (rechts)



gemeinsamer Warnmitteilungen durch Europol und die EMCDDA ausgelöst. Zusammengenommen weisen alle diese Indikatoren des MDMA-Marktes auf einen Wiederanstieg nach dem vor fünf Jahren erreichten Tiefststand hin.

Produkte vermarktet oder auf dem illegalen Markt verkauft werden. Das Frühwarnsystem hat mehr als 70 neue Cathinone in Europa identifiziert. 2013 wurden dem Frühwarnsystem über 10 000 Sicherstellungen synthetischer Cathinone gemeldet (Abbildung 1.11).

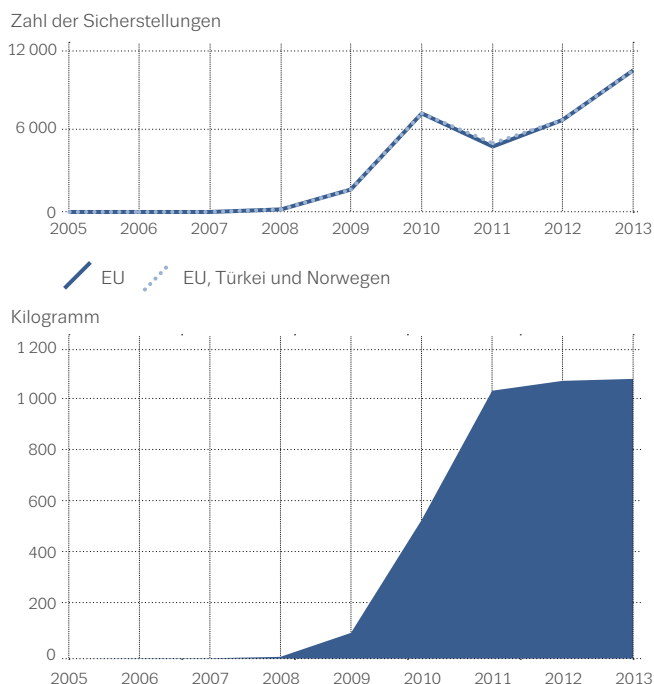
Neue Stimulanzien auf dem illegalen Markt

Zunächst als neue psychoaktive Substanzen eingeführt und nicht unter Drogengesetze fallend, sind synthetische Cathinone wie Mephedron, Pentadron und MDPV (3,4-Methylendioxypropyvaleron) in einigen europäischen Ländern zu einer festen Größe auf dem Markt für illegale Drogen geworden. Cathinone werden in ähnlicher Weise und oft abwechselnd mit anderen Stimulanzien wie Amphetamin und MDMA konsumiert. Meistens werden sie in Pulver- oder Tablettenform angeboten. Die Herstellung von Cathinonen findet vor allem in China und Indien statt. Anschließend werden die Drogen nach Europa importiert, wo sie umgepackt und als so genannte „Legal High“-

**Cathinone werden
in ähnlicher Weise
und oft abwechselnd
mit anderen Stimulanzien
wie Amphetamin
und MDMA konsumiert**

ABBILDUNG 1.11

Sicherstellungen von synthetischen Cathinonen, die dem EU-Frühwarnsystem gemeldet wurden: Zahl der Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2013



Neue psychoaktive Substanzen: ein Marktplatz von zunehmender Vielfalt

Die Verfügbarkeit neuer psychoaktiver Substanzen auf dem europäischen Drogenmarkt hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen, was sich auch an der wachsenden Zahl von Sicherstellungen ablesen lässt, die dem Frühwarnsystem und über Standardkontrollmechanismen gemeldet wurden. Diese neuen Drogen enthalten synthetische oder natürlich vorkommende Substanzen, die nicht unter das internationale Drogenrecht fallen und oft mit der Absicht hergestellt werden, die Wirkungen verbotener Drogen nachzuahmen. Typischerweise werden Chemikalien von Anbietern aus Ländern außerhalb der Europäischen Union eingeführt und dann in Europa aufbereitet, verpackt und vermarktet. Allerdings werden die neuen Drogen immer öfter in Europa in geheimen Labors produziert und direkt auf dem Markt verkauft.

Zur Vermeidung von Kontrollen werden die Produkte oft mit falschem Etikett versehen und beispielsweise als „Forschungschemikalien“ deklariert, die laut Herstellerangabe nicht für den menschlichen Verzehr bestimmt sind. Diese Substanzen werden im Online-Handel und in Spezialgeschäften und immer öfter auch über dieselben Kanäle angeboten, die für den Handel mit illegalen Substanzen genutzt werden. Dieser Markt sowie seine Beziehung zum illegalen Markt sind dynamisch und

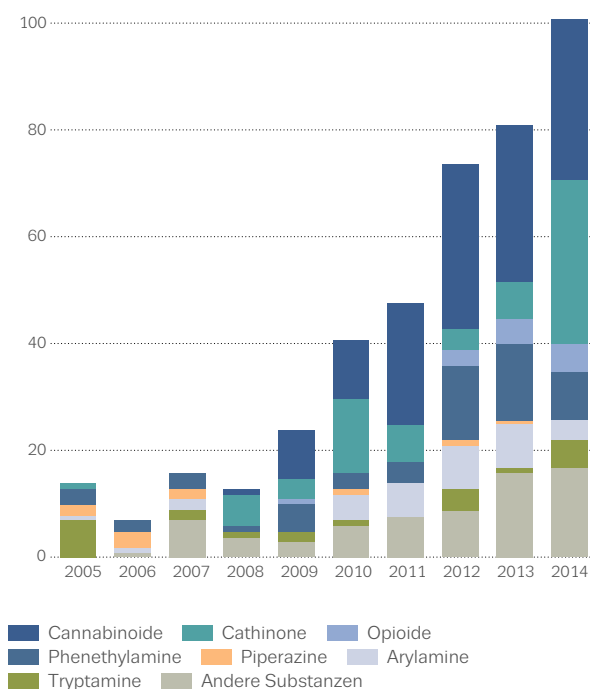
durch die fortlaufende Einführung neuer Produkte und Kontrollmaßnahmen gekennzeichnet. Synthetische Cannabinoide und synthetische Cathinone sind die Gruppen von neuen psychoaktiven Substanzen, die am häufigsten sichergestellt werden, was die relativ hohe Nachfrage nach Cannabis und Stimulanzien auf dem illegalen Drogenmarkt widerspiegelt.

Neben der wachsenden Zahl der in Europa jährlich gemeldeten Sicherstellungen neuer Drogen nimmt auch die Zahl der entdeckten neuen Substanzen weiter zu. 2014 meldeten die Mitgliedstaaten dem EU-Frühwarnsystem 101 neue psychoaktive Substanzen, die zuvor noch nicht gemeldet worden waren. Im Vergleich zu 2013 stellt dies einen Anstieg um 25 % dar (Abbildung 1.12). Einunddreißig dieser Substanzen sind synthetische Cathinone, was diese zur größten Kategorie von im Jahr 2014 in Europa identifizierten neuen Drogen macht, gefolgt von der Kategorie der synthetischen Cannabinoide mit 30 Substanzen. Weitere 13 Verbindungen lassen sich jedoch nicht so einfach in eine der kontrollierten Substanzgruppen einordnen. Vier der im Jahr 2014 gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen finden als Wirkstoffe in Arzneimitteln Verwendung. Das EU-Frühwarnsystem beobachtet derzeit mehr als 450 neue psychoaktive Substanzen.

**2014 meldeten
die Mitgliedstaaten
dem EU-Frühwarnsystem
101 neue psychoaktive
Substanzen, die zuvor noch
nicht gemeldet worden waren**

ABBILDUNG 1.12

Zahl und Kategorien von dem EU-Frühwarnsystem gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2005–14



Neue Substanzen, die im Jahr 2014 in Europa einer Risikobewertung unterzogen wurden

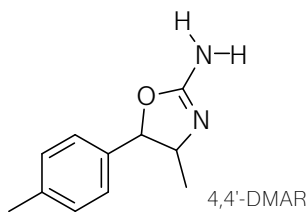
Es existiert ein EU-Mechanismus für die Identifizierung, Bewertung und eventuelle Kontrolle neuer psychoaktiver Substanzen in Europa. 2014 wurden sechs neue psychoaktive Substanzen einer Risikobewertung unterzogen (siehe Tabelle 1.1). Diese neuen Drogen sind in den letzten Jahren in Europa aufgetaucht und wurden mit einer zunehmenden Zahl von Berichten über Schädigungen in Zusammenhang gebracht, darunter Krankenhauseinweisungen und Todesfälle. Seit Februar 2015 unterliegen vier dieser sechs Substanzen europaweiten Kontrollmaßnahmen.

2014 wurden sechs neue psychoaktive Substanzen einer Risikobewertung unterzogen

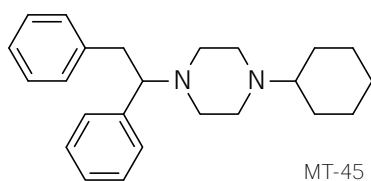
TABELLE 1.1

Neue psychoaktive Substanzen, die 2014 einer Risikobewertung unterzogen wurden

Im September 2014 wurden für 4,4'-DMAR und MT-45 Risikobewertungen auf europäischer Ebene durchgeführt. Hinzu kommen die vier im April 2014 durchgeführten Risikobewertungen für 25I-NBOMe (ein substituiertes Phenethylamin mit halluzinogener Wirkung, das als „legale“ Alternative zu LSD angeboten wird), AH 7921 (ein synthetisches Opioid), MDPV (ein synthetisches Cathinonderivat) und Methoxetamin (gehört zur Gruppe der Arylcyclohexylamine und ist ein Derivat des Ketamins, das als dessen „legale“ Alternative vermarktet wird).



4,4'-DMAR ist ein Psychostimulans, das mindestens seit Dezember 2012 auf dem EU-Drogenmarkt angeboten wird und in neun Mitgliedstaaten festgestellt wurde. In etwa 20 % der ermittelten Fälle wurde 4,4'-DMAR in Kombination mit anderen Drogen (vor allem Stimulanzien) festgestellt. Im Verlauf eines Zeitraums von zwölf Monaten wurde es in Ungarn, Polen und dem Vereinigten Königreich im Zusammenhang mit 31 Todesfällen festgestellt.



MT-45 ist ein synthetisches Opioid mit dem Wirkstoffgehalt eines Schmerzmittels ähnlich wie Morphin, das erstmals im Oktober 2013 festgestellt wurde. Es wurde in Schweden über einen Zeitraum von neun Monaten hinweg im Zusammenhang mit 28 Todesfällen und zwölf nicht tödlichen Vergiftungen festgestellt. In 19 der Todesfälle wurde MT-45 entweder als Todesursache oder als ein Faktor, der zum Tod beigetragen hat, genannt.

Reaktionen des Gesetzgebers auf sich wandelnde Drogenmärkte

Das rasche Aufkommen neuer psychoaktiver Substanzen und die Vielfalt der verfügbaren Produkte haben sich als Herausforderung für politische Entscheidungsträger in Europa erwiesen. Auf EU-Ebene gibt es seit 1997 ein mit einem rechtlichen Kontrollmechanismus verbundenes Überwachungssystem - das EU-Frühwarnsystem. Dieses wurde 2005 ausgebaut. Das derzeitige System wurde überprüft, und derzeit ist ein Vorschlag für einen neuen Rechtsrahmen Gegenstand von Diskussionen.

Auf nationaler Ebene wurde eine Reihe von Maßnahmen zur Kontrolle neuer Substanzen eingeführt; dabei lassen sich vor allem drei Arten von gesetzlichen Maßnahmen unterscheiden. In einigen Ländern wurden bestehende Gesetze angewandt, die nicht mit kontrollierten Drogen in Zusammenhang stehende Aspekte regeln, z. B. Verbraucherschutzgesetze, in anderen wurden bestehende Drogengesetze oder -verfahren ausgeweitet oder angepasst und in wieder anderen wurden neue Gesetze ausgearbeitet. Während es in Bezug auf die Definitionen der Straftaten und Strafen erhebliche Unterschiede gibt, konzentrieren sich die Gegenmaßnahmen eher auf den Handel als auf den Besitz dieser Substanzen.

Das Internet, ein Marktplatz für neue und für etablierte Drogen

Dass das Internet ein bedeutender Marktplatz für den Verkauf neuer psychoaktiver Substanzen an Konsumenten in Europa ist, ist schon seit einiger Zeit anerkannt. Im Jahr 2013 ermittelte die EMCDDA mittels einer Momentaufnahme 651 Websites, über die „Legal Highs“ an Konsumenten in Europa verkauft wurden. Des Weiteren wurden im Jahr 2014 durch Online-Momentaufnahmen Websites ermittelt, über die spezifische Drogen wie das synthetische Opioid MT-45, mitunter in Kilogrammengen, zum Kauf angeboten werden.

Das Internet und die sozialen Medien gewinnen außerdem auch auf dem Markt für illegale Drogen zunehmend an Bedeutung. Es mehren sich Hinweise auf das Bestehen so genannter Grauer Märkte - Websites, über die neue psychoaktive Substanzen verkauft werden und die sowohl im Surface Web als auch im Deep Web betrieben werden. Das Deep Web ist ein Bereich des Internets, der nicht über herkömmliche Suchmaschinen zugänglich ist. Dort können Drogenverkäufe innerhalb von Marktplätzen, innerhalb dezentralisierter Netzwerke und zwischen Einzelpersonen stattfinden. Die meiste Aufmerksamkeit haben dabei Kryptomärkte wie Silk Road, Evolution und Agora generiert.

Diese Online-Märkte sind nur durch die Nutzung von Verschlüsselungssoftware erreichbar, die ein hohes Maß an Anonymität gewährleistet. Mit Online-Marktplätzen wie eBay ist Kryptomärkten gemein, dass sie Verkäufern und Käufern eine Infrastruktur für die Durchführung von Transaktionen sowie Dienstleistungen wie Verkäufer- und Käuferbewertungen und Diskussionsforen bereitstellen. Kryptowährungen wie Bitcoin werden eingesetzt, um anonyme Transaktionen zu erleichtern, und unauffällige Verpackungen werden genutzt, um die Beförderung kleinerer Drogenmengen durch etablierte Handelskanäle zu erleichtern. Unter den verschiedenen auf Kryptomärkten angebotenen Produkten werden etablierte illegale Drogen und rezeptpflichtige Arzneimittel als am weitesten verbreitet angegeben. Es gibt Hinweise, dass viele Käufe illegaler Drogen im Deep Web in der Absicht des Wiederverkaufs getätigt werden.

Eine andere Entwicklung betrifft den Drogenhandel und den Austausch von Drogen oder Drogenerfahrungen über soziale Medien, z. B. mobile Apps. Über diesen Bereich, der schwer zu kontrollieren ist, gibt es bislang nur unzureichende Kenntnisse. Insgesamt stellt das Wachstum der Online- und virtuellen Drogenmärkte Strafverfolgung und Drogenkontrollpolitik vor große Herausforderungen. Der Umstand, dass die Hersteller, Lieferanten, Einzelhändler, Website-Hoster und Zahlungsabwicklungsdienste oftmals alle in unterschiedlichen Ländern ansässig sind, erschwert die Kontrolle von Online-Drogenmärkten in besonderem Maße.

**Das Internet ist
ein bedeutender Marktplatz
für den Verkauf neuer
psychoaktiver Substanzen
an Konsumenten in Europa**

Reaktion auf den Drogennachschub: gemeinsame Grundsätze, aber Unterschiede in der Praxis

Die Mitgliedstaaten ergreifen Maßnahmen zur Bekämpfung des Nachschubs 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, unerlaubte Angebote von Drogen als Straftat zu behandeln. Gleiches wird für den Besitz von Drogen für den Eigengebrauch gefordert, wobei jedoch die Länder unter Beachtung „ihrer Verfassungsgrundsätze und der Grundgedanken ihrer Rechtsordnungen“ vorgehen. Diese Klausel wurde allerdings nicht einheitlich interpretiert, weshalb sich die rechtlichen Ansätze in den europäischen Ländern und anderen Ländern in diesem Bereich unterscheiden.

Die Anwendung von Gesetzen zur Bekämpfung des Drogenhandels und -konsums wird anhand von Daten über gemeldete Drogendelikte beobachtet. Insgesamt steigt die Zahl der gemeldeten Delikte im Zusammenhang mit dem Drogenangebot in Europa seit 2006. Etwa 230 000 Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot wurden 2013 gemeldet, bei den meisten davon (57 %) ging es um Cannabis. Im gleichen Jahr entfielen von den etwa 1,1 Millionen gemeldeten Konsum- oder Besitzdelikten drei Viertel (76 %) auf Cannabis.

Große Unterschiede bei der Strafpraxis in Europa

Unerlaubte Angebote von Drogen gelten in allen europäischen Ländern als Straftat, doch die gesetzlich vorgeschriebenen Strafen sind von Land zu Land unterschiedlich. Einige Länder haben für Angebotsdelikte einen feststehenden Strafraum (bis hin zu lebenslanger Haft). Andere Länder unterscheiden zwischen geringfügigen und schwerwiegenden Angebotsdelikten mit jeweiligen Mindest- und Höchststrafen, wobei Faktoren wie Menge oder Art der aufgefundenen Drogen ausschlaggebend sind. Eine aktuelle Fallszenarienanalyse der EMCDDA konnte keine eindeutige Verbindung zwischen den gesetzlichen Höchststrafen und den von den Gerichten verhängten Strafen feststellen. Sie ergab ferner, dass die im Falle einer Straftat im Zusammenhang mit Drogenschmuggel zu erwartenden Strafen von Land zu Land unterschiedlich sind. So hat ein Ersttäter, der ein Kilogramm Cannabis schmuggelt, eine Freiheitsstrafe zu erwarten, die von weniger als einem Jahr in einigen Ländern bis zu zehn Jahren in anderen Ländern reicht. Ebenso kann je nach Land das Einschmuggeln von einem Kilogramm Heroin eine Haftstrafe zwischen zwei und 15 Jahren nach sich ziehen.

**Insgesamt steigt die Zahl
der gemeldeten Delikte
im Zusammenhang mit
dem Drogenangebot
in Europa seit 2006**



Sicherstellungen und Kontrolle von Vorläuferstoffen

Vorläuferstoffe sind chemische Stoffe, die bei der Herstellung illegaler Drogen verwendet werden können. Die Verhinderung ihrer Abzweigung aus dem legalen Verkehr ist ein wichtiges Element bei den internationalen Anstrengungen zur Bekämpfung der illegalen Drogenproduktion. Die meisten Vorläuferstoffe haben legitime industrielle Nutzungszwecke, wie die Herstellung von Kunststoffen, Arzneimitteln und Kosmetika. Ephedrin beispielsweise - ein Inhaltsstoff von Erkältungsmitteln und Arzneimitteln mit abschwellender Wirkung - kann zur Herstellung von Metamphetamin verwendet werden. Aufgrund ihrer legitimen Nutzungszwecke kann die Herstellung von und der Handel mit chemischen Vorläuferstoffen nicht verboten werden. Stattdessen werden Vorläuferstoffe kontrolliert, indem ihre legale Herstellung und ihr legaler Handel überwacht werden.

Daten aus EU-Mitgliedstaaten über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von Vorläuferstoffen belegen, dass erfasste und nicht erfasste Substanzen gleichermaßen nach wie vor zur Herstellung von illegalen Drogen in der Europäischen Union genutzt werden (Tabelle 1.2). Im Jahr 2013 wurden mehr als 48 000 kg der Vorläuferstoff-Vorstufe APAAN (Alpha-Phenylacetoacetonitril) gemäß den nationalen

Rechtsvorschriften sichergestellt, eine Menge, die ausreichen würde, um mehr als 22 Tonnen Amphetamin oder Methamphetamin herzustellen. Um die Befugnisse der Strafverfolgungsbehörden im Hinblick auf Maßnahmen bezüglich dieser Substanz zu erweitern, wurde APAAN im Dezember 2013 nach EU-Recht als chemischer Grundstoff erfasst. International erfasst wurde er im Oktober 2014. Umfangreiche Sicherstellungen von Vorläuferstoffen für MDMA sind ein Beleg für die Rückkehr der großangelegten Ecstasy-Produktion in die Europäische Union. Im Jahr 2013 wurden 5 061 kg PMK (3,4-Methylenedioxyphenyl-2-Propanon) und 13 836 Liter Safrol sichergestellt, mit denen sich zusammengenommen rund 170 Millionen Ecstasy-Tabletten herstellen ließen.

Neue EU-Rechtsvorschriften wurden im Jahr 2013 eingeführt, um die Kontrolle des Handels mit einigen Vorläuferstoffen innerhalb der Europäischen Union und zwischen den Mitgliedstaaten und Drittländern zu stärken. Eingeführt wurden Maßnahmen wie strengere Kontrollen in Bezug auf den Handel mit Essigsäureanhydrid, eine Chemikalie, die zur Herstellung von Heroin benötigt wird, sowie mit Ephedrin und Pseudoephedrin, Vorläuferstoffe für die Herstellung von Methamphetamin. Durch die neuen Rechtsvorschriften wurde außerdem ein Mechanismus für eine schnelle Reaktion auf die Abzweigung von nicht erfassten Substanzen eingeführt.

TABELLE 1.2

Übersicht über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von Vorläuferstoffen, die zur Herstellung ausgewählter synthetischer Drogen in Europa verwendet werden, 2013

Vorläuferstoff/Vorläuferstoff-Vorstufe	Sicherstellungen		Abgefangene Lieferungen ⁽¹⁾		GESAMT	
	Fälle	Menge	Fälle	Menge	Fälle	Menge
MDMA oder verwandte Substanzen						
PMK (Liter)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrol (Liter)	4	13 837	1	574	5	14 411
Isosafrol (Liter)	1	10	0	0	1	10
Piperonal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK-Glycidid/-Glycidat (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
Amphetamin und Methamphetamin						
BMK (Liter)	5	32	0	0	5	32
PAA, Phenylessigsäure (kg)	1	97	6	225	7	322
Ephedrin, in loser Form (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoephedrin, in loser Form (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

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

Quelle: Europäische Kommission

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2015

Heroin trafficking routes, Perspectives on Drugs.

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

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Risk assessments (Risikobewertungen).

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR), Risk assessments (Risikobewertungen).

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments (Risikobewertungen).

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments (Risikobewertungen).

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments (Risikobewertungen).

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments (Risikobewertungen).

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments (Risikobewertungen).

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments (Risikobewertungen).

2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

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

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments (Risikobewertungen).

Reaktion auf neue psychoaktive Substanzen, Drogen im Blickpunkt.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und 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.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Die Prävalenz des Cannabiskonsums
liegt etwa fünf Mal höher
für den Konsum anderer Substanzen**

Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme

In einer Top-Level-Analyse von Mustern und Trends des Drogenkonsums und der damit verbundenen Schädigungen ist es hilfreich, zwischen drei Gruppen von Substanzen zu unterscheiden: Cannabisprodukte, verschiedene Stimulanzien und Opiate. Die Prävalenz des Cannabiskonsums liegt etwa fünf Mal höher als für den Konsum anderer Substanzen, und die Zahl der Konsumenten, die sich einer Behandlung wegen cannabisbedingter Probleme unterziehen, ist in den letzten Jahren gestiegen. Während Heroin und andere Opioide nach wie vor relativ selten konsumiert werden, sind diese Drogen immer noch diejenigen mit der höchsten Morbidität, Mortalität und den höchsten Behandlungskosten im Zusammenhang mit Drogenkonsum in Europa.

Beobachtung des Drogenkonsums und der damit verbundenen Probleme

Die fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren der EMCDDA bilden die Grundlage für die Beobachtung des Drogenkonsums und der dadurch verursachten Probleme in Europa. Diese Indikatoren umfassen Datensätze, die Folgendes abdecken: Schätzungen zum Freizeitkonsum (die sich vor allem auf Erhebungen stützen), Schätzungen zum Hochrisikokonsum, drogenbedingte Todesfälle, Infektionskrankheiten und die Aufnahme einer Behandlung. Zusammen bilden sie das Fundament der europäischen Analyse von Trends und Entwicklungen in Bezug auf den Drogenkonsum und damit zusammenhängende Schädigungen. Technische Informationen zu den Indikatoren sind online unter der Rubrik Key indicators gateway und im online verfügbaren Statistical Bulletin einsehbar. In diesem Kapitel werden Daten der Schlüsselindikatoren durch zusätzliche Daten ergänzt, die von den nationalen Reintox-Knotenpunkten und anderen Quellen bereitgestellt werden.

Drogenkonsum ist ferner durch verschiedene Konsummuster gekennzeichnet, die sich von einmaligem experimentellem Konsum bis zu gewohnheitsmäßigem Konsum und Abhängigkeit erstrecken. Der Konsum von Drogen ist unter Männern grundsätzlich höher, wobei dieser Unterschied bei intensiveren oder regelmäßigen Konsummustern oft noch ausgeprägter ist. Die unterschiedlichen Konsummuster gehen zudem mit Risiken und Schädigungen in unterschiedlichem Umfang

einher; häufigerer Konsum, höhere Dosen, gleichzeitiger Konsum mehrerer Substanzen und injizierender Konsum sind allesamt mit erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden.

Fast jeder vierte Europäer hat bereits illegale Drogen ausprobiert

Unter den erwachsenen Europäern haben schätzungsweise mehr als 80 Millionen, also fast ein Viertel, bereits irgendwann in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Am häufigsten wird dabei Cannabis genannt (75,1 Millionen), weit geringer sind die Schätzwerte der Lebenszeitprävalenz für Kokain (14,9 Millionen), Amphetamine (11,7 Millionen) und MDMA (11,5 Millionen). Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz sind von Land zu Land sehr unterschiedlich und reichen von einem Drittel der Erwachsenen in Dänemark, Frankreich und dem Vereinigten Königreich bis zu acht Prozent oder weniger als einem Zehntel der Erwachsenen in Bulgarien, Rumänien und der Türkei.

Cannabiskonsum: in den nordischen Ländern auf dem Vormarsch

Cannabis ist die von allen Altersgruppen am häufigsten konsumierte illegale Droge. Die Droge wird in der Regel geraucht, wobei in Europa die Vermischung mit Tabak üblich ist. Die Konsummuster bei Cannabis reichen von gelegentlichem bis zu regelmäßigem und suchtbedingtem Konsum.

Schätzungsweise 14,6 Millionen junge Europäer (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) bzw. 11,7 % dieser Altersgruppe konsumierten in den letzten zwölf Monaten Cannabis, davon 8,8 Millionen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren (15,2 % dieser Altersgruppe).

In einigen Ländern liegt ausreichendes Datenmaterial aus Erhebungen vor, sodass eine statistische Analyse der Langzeitentwicklungen beim Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) möglich ist. Aus Bevölkerungsumfragen für Deutschland, Spanien und das Vereinigte Königreich geht eine rückläufige oder gleichbleibende Cannabisprävalenz in den letzten zehn Jahren hervor. Dagegen ist in Bulgarien, Frankreich und drei der nordischen Länder (Dänemark, Finnland und Schweden) eine steigende Prävalenz zu beobachten. Darüber hinaus meldete Norwegen in seiner jüngsten Erhebung einen Anstieg auf einen neuen Höchststand von 12 %, wenngleich die aktuelle Zeitreihe keine statistische Analyse von Trends zulässt.

ABBILDUNG 2.1

12-Monate-Prävalenz des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren): aktuelle Daten (oben); Länder mit statistisch signifikanten Trends (Mitte und unten)

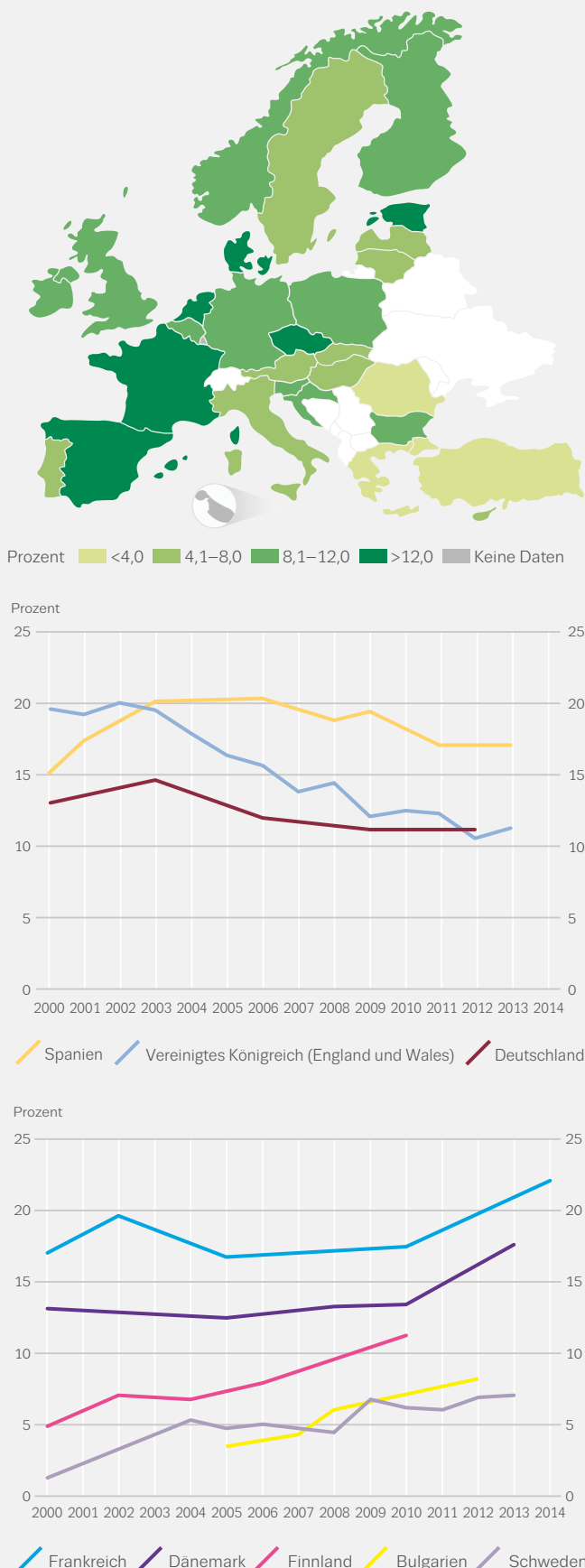


ABBILDUNG 2.2

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der jüngsten Erhebungen nach wie vor unterschiedliche Muster im Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate (Abbildung 2.1). Von den Ländern, die seit 2012 Erhebungen durchführen, meldeten vier niedrigere Schätzungen, zwei waren unverändert und acht meldeten höhere Schätzungen im Vergleich zur vorangegangenen vergleichbaren Erhebung. Nur wenige nationale Erhebungen liefern derzeit Daten über den Konsum synthetischer Cannabinoide; in den Erhebungen, die entsprechende Zahlen enthalten, wird im Allgemeinen eine niedrige 12-Monate-Prävalenz angegeben.

Cannabiskonsum bei Schülern

Die Beobachtung des Drogenkonsums bei Schülern vermittelt wichtige Einblicke in das aktuelle Risikoverhalten von Jugendlichen. In Europa ermöglicht die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wichtige Einblicke in Trends des Drogenkonsums von 15- bis 16-jährigen Schülern im zeitlichen Verlauf. Aus der letzten Datenerhebungsrunde (2011) geht hervor, dass bei dieser Gruppe der überwiegende Teil des illegalen Drogenkonsums auf Cannabis entfällt, wobei rund 24 % angeben, die Droge bereits irgendwann einmal in ihrem Leben konsumiert zu haben; dabei reicht das Spektrum von 5 % in Norwegen bis zu 42 % in der Tschechischen Republik. Die Prävalenz des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis ist wesentlich geringer.

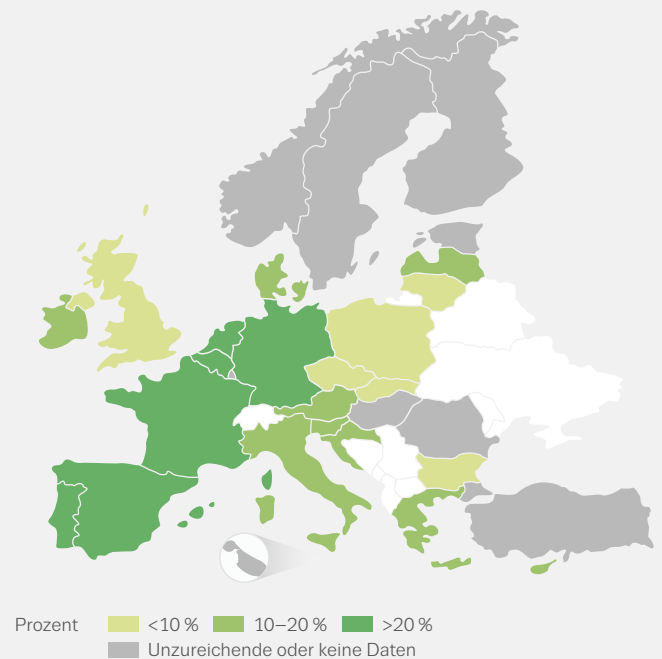
Sieben Länder, die nationale Schülerumfragen gemeldet haben, welche im Anschluss an die ESPAD-Studie (2011) durchgeführt wurden, weisen in Bezug auf die Prävalenz des Cannabiskonsums unter Schülern sehr unterschiedliche Trends auf.

Probleme bei Cannabiskonsumenten

Eine Minderheit der Cannabiskonsumenten konsumiert diese Substanz intensiv. Als täglicher oder fast täglicher Cannabiskonsum gilt ein Konsum an mindestens 20 Tagen im Monat vor der Erhebung. Auf der Grundlage von Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung wird davon ausgegangen, dass fast 1 % der Erwachsenen in Europa Cannabis täglich oder fast täglich konsumiert. Mehr als zwei Drittel von diesen Konsumenten gehören der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre an; zudem sind mehr als drei Viertel der Konsumenten dieser Altersgruppe männlich.

Während täglicher Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung selten vorkommt, konsumierte von den knapp 3 % der Personen in der Altersgruppe von 15 bis 64 Jahren, die im Monat vor der Erhebung Cannabis

Anteil der Cannabiskonsumenten (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren), die die Substanz im letzten Monat täglich oder fast täglich konsumiert haben



konsumiert hatten, etwa ein Viertel die Substanz täglich oder fast täglich. Dieser Anteil variiert von Land zu Land erheblich (siehe Abbildung 2.2). In den Ländern, für die ausreichendes Datenmaterial aus Erhebungen vorliegt, um Trends zu ermitteln, ist der Anteil der täglichen oder fast täglichen Konsumenten unter allen Erwachsenen in den letzten zehn Jahren stabil geblieben.

Cannabis ist die am häufigsten angegebene Hauptursache, wegen der Patienten in Europa erstmals eine Drogenbehandlung antraten, wenngleich die Ansichten darüber, was eine Behandlungsmaßnahme für Cannabiskonsumenten darstellt, deutlich voneinander abweichen. Die Gesamtzahl der Patienten, die erstmals eine Behandlung antraten, stieg zwischen 2006 und 2013 von 45 000 auf 61 000. Unter Berücksichtigung wiederholter Behandlungsaufnahmen war Cannabis bei allen Patienten, die sich 2013 in eine Drogenbehandlung begaben, die am zweithäufigsten genannte Droge (123 000 bzw. 29 %). Die Unterschiede zwischen einzelnen Ländern sind jedoch erheblich: So reicht das gemeldete Spektrum des Anteils der Cannabis-Erstkonsumenten an allen Behandlungsaufnahmen von 3 % in Litauen bis über 60 % in Dänemark und Ungarn. Verschiedene Faktoren dürften zu dieser Heterogenität beitragen. Beispielsweise wird rund ein Viertel derjenigen, die in Europa eine Behandlung wegen erstmaligen Cannabiskonsums antreten, vom Strafjustizsystem überwiesen (23 000); dabei reicht das Spektrum von

einem Anteil der Cannabis-Erstkonsumenten von unter 5 % in Bulgarien, Estland, Lettland und den Niederlanden bis zu über 80 % in Ungarn.

Klinische Notfälle im Zusammenhang mit Cannabis

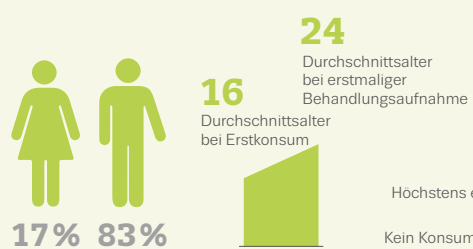
Akute Notfallbehandlungen nach dem Konsum von Cannabis sind zwar selten, können jedoch vorkommen, vor allem bei hoher Dosierung. In Ländern mit höheren Prävalenzraten ist Cannabis für einen erheblichen Teil der drogenkonsumbedingten Notfälle verantwortlich. In einer aktuellen Studie wurde in elf von 13 untersuchten europäischen Ländern im Zeitraum zwischen 2008 und 2012 ein Anstieg der Zahl der Notfälle im Zusammenhang mit Cannabiskonsum festgestellt. In Spanien stieg die Zahl der Notfälle im Zusammenhang mit Cannabiskonsum beispielsweise von 1 589 (25 % aller drogenbedingten Notfälle) im Jahr 2008 auf 1 980 (33 %) im Jahr 2011.

Das europäische Netzwerk für drogenbedingte Notfälle (European Drug Emergencies Network, Euro-DEN), das drogenbedingte Notfallaufnahmen an 16 Standorten in zehn europäischen Ländern beobachtet, meldete, dass Cannabis bei 10 % bis 48 % (durchschnittlich 16 %) aller

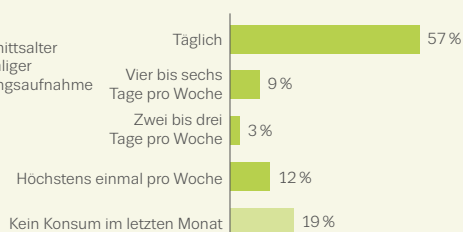
drogenbedingten Notfallaufnahmen eine Rolle spielte, wenngleich in 90 % dieser Fälle auch andere Substanzen festgestellt wurden. Am häufigsten wurde Cannabis im Zusammenhang mit Alkohol, Benzodiazepinen und Stimulanzien festgestellt. Die am häufigsten gemeldeten Probleme waren neurologischer Art (allgemeine körperliche Unruhe, Aggressionen, Psychosen und Ängste) sowie Erbrechen. In den meisten Fällen wurden die Patienten ohne Notwendigkeit einer stationären Aufnahme entlassen.

CANNABISKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

Merkmale



Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

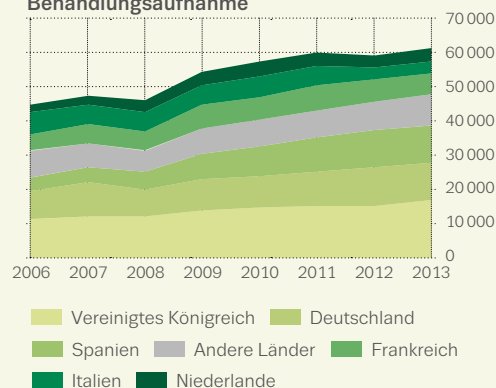


Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme
69%

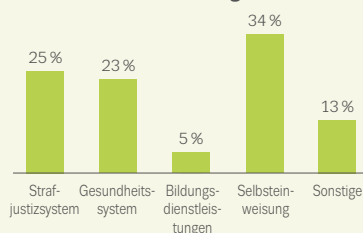


Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben
31%

Trends bei Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme



Quelle der Überweisung



Anmerkung: Merkmale beziehen sich auf alle Patienten mit Cannabis als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben. Trends beziehen sich auf alle Erstpazienten mit Cannabis als Primärdroge. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator. Quelle der Überweisung: „Strafjustizsystem“ umfasst Gerichte, Polizei und Bewährungsdienste; „Gesundheitssystem“ umfasst hausärztliche Praxen, sonstige Drogenbehandlungseinrichtungen sowie Gesundheits-, medizinische und soziale Dienste; „Selbsteinweisung“ umfasst den Patienten, Familienangehörige und Freunde.

Kokain: das am häufigsten konsumierte Stimulans in Europa

Kokainpulver wird überwiegend geschnüffelt oder geschnupft, mitunter aber auch injiziert; Crack dagegen wird in der Regel geraucht. Bei den regelmäßigen Konsumenten kann grob unterschieden werden zwischen sozial stärker integrierten Konsumenten, die Kokainpulver in einem freizeitorientierten Kontext schnüffeln, und ausgegrenzten Konsumenten, die Kokain oder Crack häufig neben dem Konsum von Opioiden injizieren bzw. rauchen. Der regelmäßige Kokainkonsum wird mit Suchtverhalten, kardiovaskulären, neurologischen und psychischen Gesundheitsproblemen sowie mit einem erhöhten Unfallrisiko in Verbindung gebracht. Beim injizierenden Kokainkonsum und dem Konsum von Crack bestehen die höchsten Gesundheitsrisiken, unter anderem auch die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten.

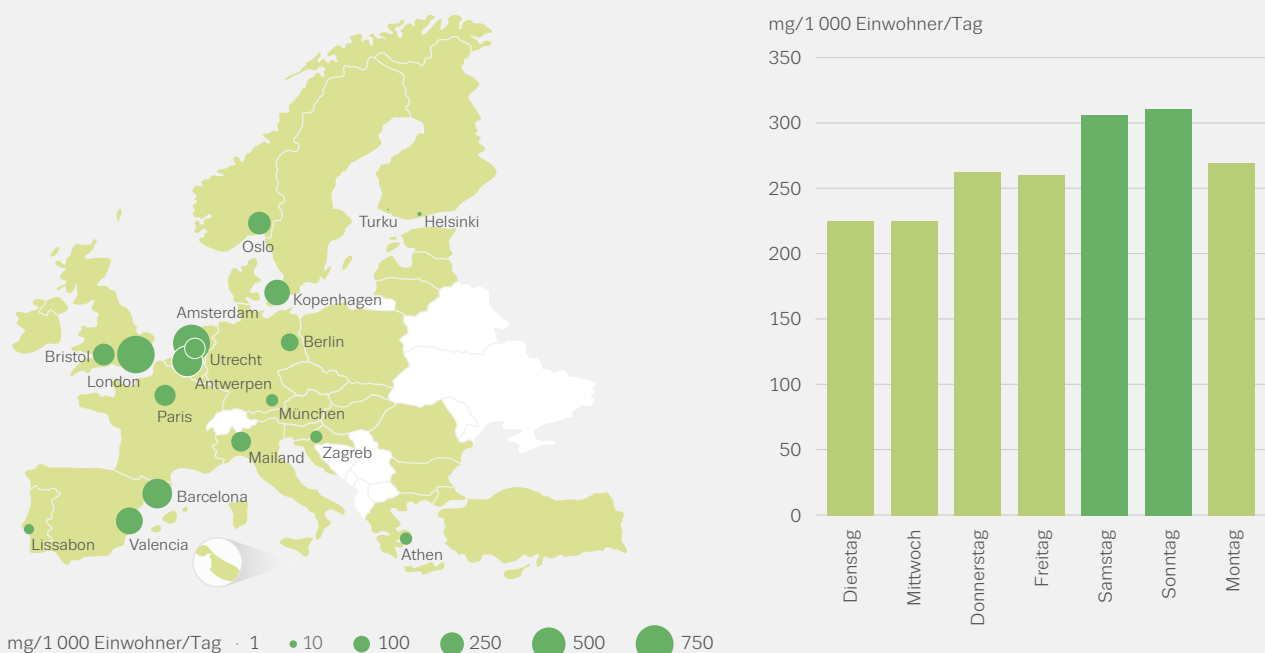
Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa, doch konzentriert sich die Mehrheit der Konsumenten auf eine relativ kleine Zahl von Ländern. Dies wird durch Erhebungsdaten bestätigt, nach denen der Kokainkonsum in Süd- und Westeuropa eine höhere Prävalenz aufweist.

Schätzungsweise 2,3 Millionen junge Europäer der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren (1,9 % dieser Altersgruppe) haben in den zurückliegenden 12 Monaten Kokain konsumiert. Viele Kokainkonsumenten konsumieren die Droge in ihrer Freizeit, meist an Wochenenden oder im Urlaub. Daten aus Abwasseranalysen, die im Rahmen einer europäischen Studie im Jahr 2014 in mehreren Städten durchgeführt wurden, bestätigen Unterschiede in den Mustern des täglichen Konsums. Höhere Konzentrationen von Benzoylcegonin - der Hauptmetabolit von Kokain - wurden bei am Wochenende durchgeführten Probenahmen festgestellt (Abbildung 2.3).

Nur wenige Länder meldeten für die letzten zwölf Monate eine Kokainprävalenz von mehr als 3 % unter jungen Erwachsenen. Von diesen Ländern stellten Spanien und das Vereinigte Königreich eine statistisch bedeutsame Zunahme der Prävalenz bis 2008 fest; von da an war der Trend gleichbleibend oder rückläufig. Mit weniger als 3 % Prävalenz zeigen die von Irland und Dänemark übermittelten aktuellen Daten einen rückläufigen Trend, was sich bislang jedoch noch nicht statistisch belegen lässt, während die französischen Erhebungen bis 2014 steigende Konsumtendenzen zeigen.

ABBILDUNG 2.3

Kokainrückstände im Abwasser: in ausgewählten europäischen Städten (links) und tägliche Durchschnittswerte (rechts)

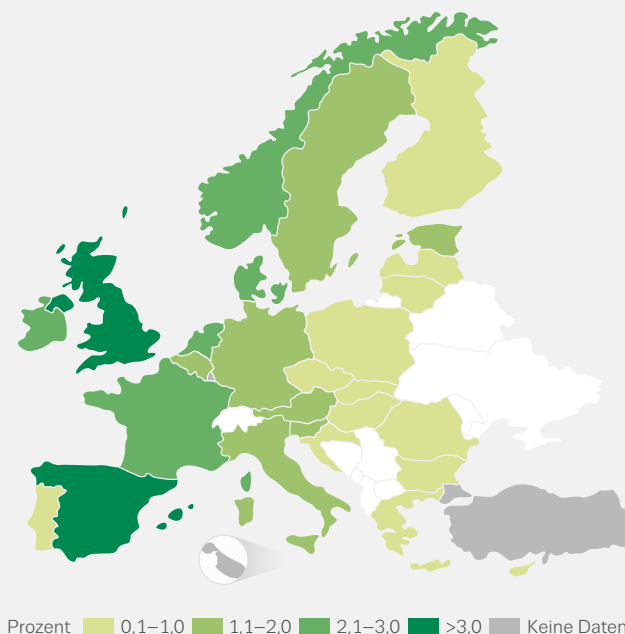
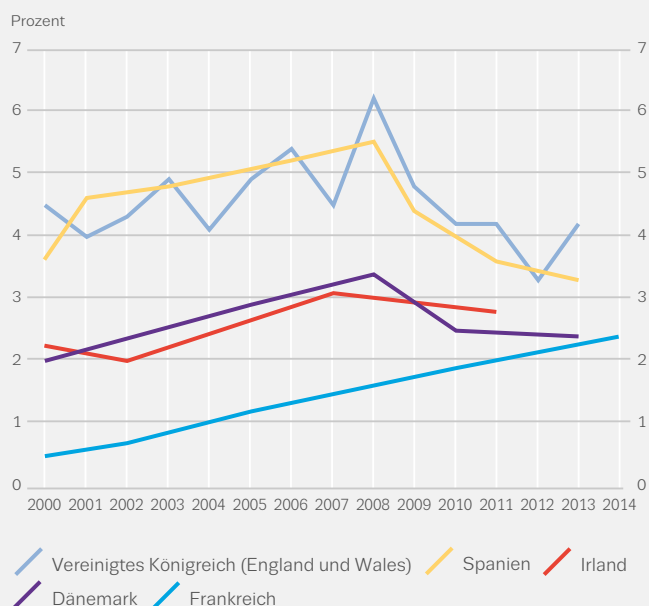


Anmerkung: Mittlere tägliche Kokainmengen in Milligramm je 1000 Einwohner. Die Probenahme wurde 2014 in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.

Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

ABBILDUNG 2.4

12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren): ausgewählte Trends (links) und aktuelle Daten (rechts)



In den neuesten Daten ist ein Rückgang des Kokainkonsums feststellbar; von den Ländern, die seit 2012 Erhebungen durchführen, meldeten neun niedrigere Schätzungen und vier höhere Schätzungen im Vergleich zu den vorangegangenen vergleichbaren Erhebungen.

Nachfrage nach Kokainbehandlungen nach wie vor rückläufig

Die Prävalenz problematischer Formen des Kokainkonsums in Europa ist schwer abzuschätzen, da nur für vier Länder aktuelle Schätzungen vorliegen und diese sich aus methodischen Gründen nur schwer vergleichen lassen. Bezogen auf die erwachsene Bevölkerung schätzte Deutschland den Anteil der „Kokainabhängigen“ 2012 auf 0,2 %. Italien schätzte den Anteil der Personen, die „eine Behandlung wegen Kokainkonsums benötigen“, im Jahr 2013 auf 0,23 %, während Spanien den Anteil der Personen mit „hoch riskantem Kokainkonsum“ auf 0,29 % schätzte. Das Vereinigte Königreich schätzte den Anteil der Crack konsumierenden Erwachsenen für den Zeitraum 2011/2012 auf 0,48 % und merkte dabei an, dass die meisten von ihnen auch Opiode konsumierten.

Kokain wurde von 13 % aller Patienten, die sich den Meldungen zufolge 2013 in eine spezielle Drogenbehandlung begaben (55 000), sowie von 16 % der erstmals in eine Behandlung eintretenden Patienten (25 000) als Primärdroge genannt. Zwischen den einzelnen Ländern bestehen erhebliche Unterschiede und 70 % aller Kokainpatienten wurden von nur drei Ländern gemeldet (Spanien, Italien, Vereinigtes Königreich). Den jüngsten Daten zufolge stabilisierte sich die Zahl der Patienten, die sich zum ersten Mal im Leben wegen Kokainkonsums in Behandlung begaben, bei etwa 24 000, während sie im Jahr 2008 noch mit 38 000 ihren Höchststand erreicht hatte. Im Jahr 2013 gaben 6 000 Patienten, die sich in Europa in eine erstmalige Behandlung begaben, Crack als Primärdroge an, wovon mehr als die Hälfte (3 500) auf das Vereinigte Königreich und die Übrigen größtenteils auf Spanien, Frankreich und die Niederlande entfallen (2 200).

Die Interpretation der verfügbaren Daten über kokainbedingte Mortalität ist eine Herausforderung, zum Teil, weil diese Droge ein Faktor bei Todesfällen sein kann, die auf Herz-Kreislauf-Probleme zurückgeführt werden. Dennoch wurden im Jahr 2013 mehr als 800 Todesfälle im

Zusammenhang mit Kokainkonsum gemeldet (Daten aus 27 Ländern). Die meisten von ihnen wurden einer Überdosierung der Droge zugeschrieben, wobei in vielen Fällen noch weitere Substanzen festgestellt wurden, vor allem Opiode. Auf europäischer Ebene lässt die mangelhafte Qualität der Daten keine Aussagen in Bezug auf Trends zu. Für einige Länder liegen jedoch in beschränktem Umfang Daten vor. Beispielsweise hat die Zahl der Todesfälle, bei denen auch Kokain nachgewiesen wurde, zwischen 2012 und 2013 im Vereinigten Königreich von 174 auf 215 und in der Türkei von 19 auf 29 zugenommen.

Im Jahr 2013 wurden mehr als 800 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokainkonsum gemeldet

Amphetamine: Stabiler Konsum in vielen Ländern

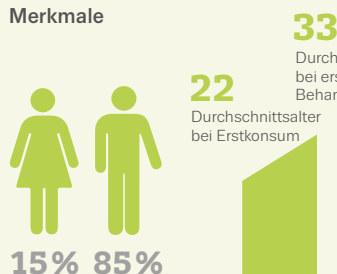
Sowohl Amphetamin als auch Methamphetamin, zwei eng verwandte synthetische Stimulanzien, werden in Europa konsumiert, allerdings ist Amphetamin seit jeher wesentlich weiter verbreitet. Der Konsum von Methamphetamin war bisher auf die Tschechische Republik und in neuerer Zeit auf die Slowakei beschränkt, allerdings gibt es inzwischen Anzeichen für eine Zunahme des Konsums in anderen Ländern. 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-Drogenkonsumenten ist in einigen Ländern auch der injizierende Konsum verbreitet. Methamphetamin kann auch geraucht werden, diese Form der Einnahme ist allerdings in Europa weniger verbreitet.

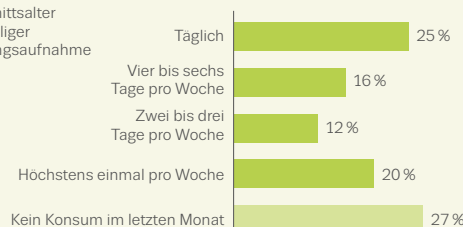
Zu den gesundheitsschädigenden Wirkungen des Konsums von Amphetaminen zählen kardiovaskuläre,

KOKAINKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

Merkmale



Häufigkeit des Konsums im letzten Monat



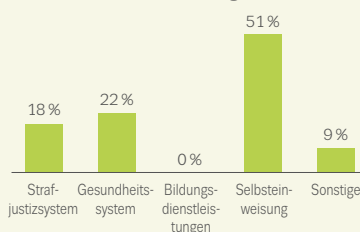
Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme

49%

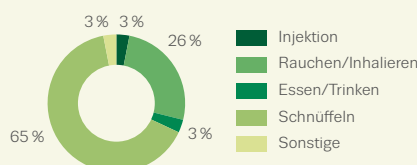
Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben

51%

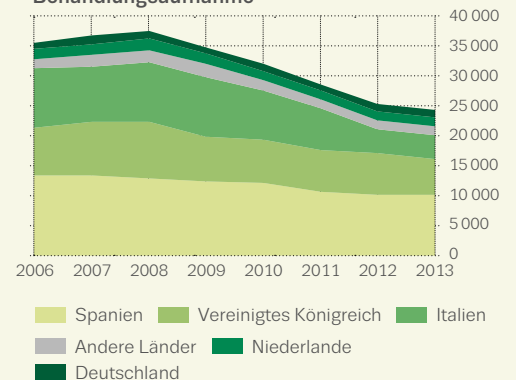
Quelle der Überweisung



Einnahmeweg



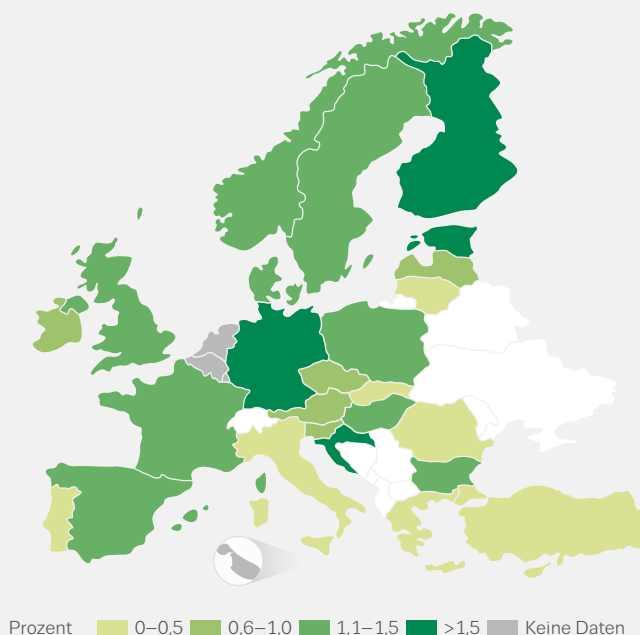
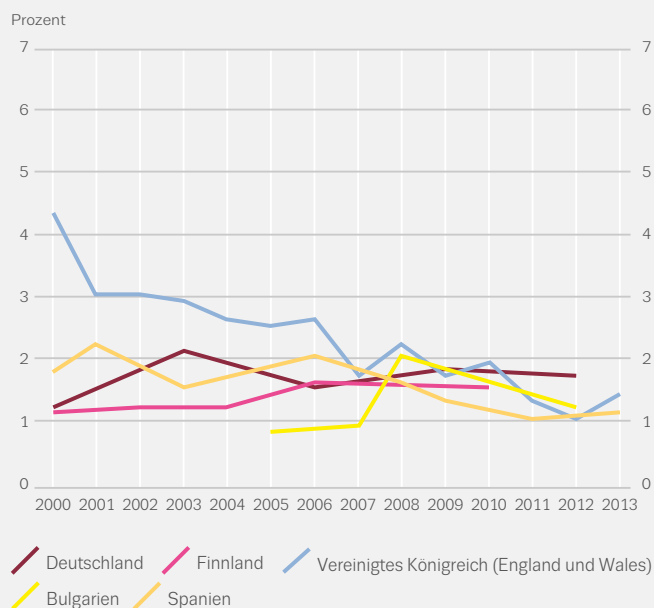
Trends bei Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme



Anmerkung: Merkmale beziehen sich auf alle Patienten mit Kokain/Crack als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben. Trends beziehen sich auf alle Erstpazienten mit Kokain/Crack als Primärdroge. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator. Quelle der Überweisung: „Strafjustizsystem“ umfasst Gerichte, Polizei und Bewährungsdienste; „Gesundheitssystem“ umfasst hausärztliche Praxen, sonstige Drogenbehandlungseinrichtungen sowie Gesundheits-, medizinische und soziale Dienste; „Selbsteinweisung“ umfasst den Patienten, Familienangehörige und Freunde.

ABBILDUNG 2.5

12-Monate-Prävalenz des Amphetaminkonsums bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren): ausgewählte Trends (links) und aktuelle Daten (rechts)



pulmonale, neurologische und psychische Gesundheitsprobleme, wobei - wie bei anderen Drogen - bei injizierendem Konsum das Risiko von Infektionskrankheiten besteht. Wie bei anderen Stimulanzien lassen sich amphetaminbedingte Todesfälle nur schwer nachweisen. Jedes Jahr wird allerdings eine geringe Fallzahl gemeldet.

Schätzungsweise 1,3 Millionen (1 %) junge Erwachsene (Altersgruppe 15-34) haben in den zurückliegenden zwölf Monaten Amphetamine konsumiert. Die jüngsten nationalen Prävalenzschätzungen reichen von 0,1 % bis 1,8 % (Abbildung 2.5). Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass die Situation in den meisten europäischen Ländern im Hinblick auf Konsumtrends seit dem Jahr 2000 relativ stabil geblieben ist. Ausnahmen hiervon sind Spanien und das Vereinigte Königreich, wo seit dem Jahr 2000 ein statistisch bedeutsamer Rückgang der Prävalenz zu beobachten ist.

Neue Muster beim problematischen Amphetaminkonsum

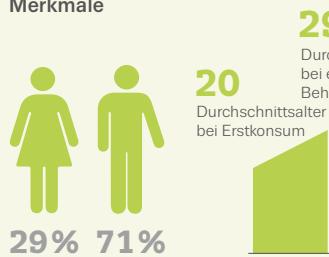
In Bezug auf den Langzeit-, den chronischen und den injizierenden Amphetaminkonsum waren Probleme vor allem in den nordeuropäischen Ländern zu beobachten. Dagegen waren Probleme mit dem Langzeitkonsum von Metamphetamin in der Tschechischen Republik und der Slowakei am weitesten verbreitet. Diese Länder melden Schätzungen eines problematischen Konsums unter Erwachsenen (Altersgruppe 15–64) von etwa 0,48 % im Fall der Tschechischen Republik (2013) und 0,21 % im Fall der Slowakei (2007). In der Tschechischen Republik wurde zwischen 2007 und 2013 ein deutlicher Anstieg des problematischen oder risikoreichen Konsums von Metamphetamin, insbesondere des injizierenden

Konsums, beobachtet (von rund 20 000 auf über 34 000). Es gibt neue Anzeichen dafür, dass der Methamphetaminkonsum auf andere Länder und neue Bevölkerungsschichten übergreift; so wird der Konsum dieser Droge aus Nachbarländern der Tschechischen Republik (Deutschland, Österreich), aus Teilen Südeuropas (Griechenland, Zypern, Türkei) und aus nordeuropäischen Ländern (Lettland, Norwegen) gemeldet. Aus einigen europäischen Ländern wird nach wie vor ein neues Muster des Metamphetaminkonsums gemeldet, bei dem die Droge, oftmals zusammen mit anderen Stimulanzien, unter kleinen Gruppen von Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren, injiziert wird. Diese so genannten „Slamming-Partys“ sind aufgrund der Kombination von risikoreichem Drogenkonsum und risikoreichem Sexualverhalten ein Grund zur Besorgnis.

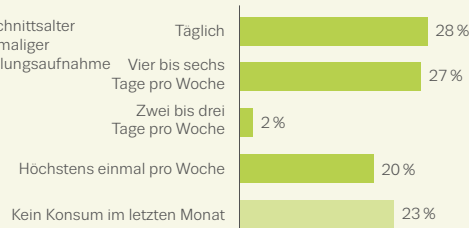
Ca. 7 % der Patienten, die in Europa 2013 eine spezialisierte Drogenbehandlung begannen, geben Amphetamine (Amphetamin und Metamphetamin) als Primärdroge an. Dies entspricht etwa 29 000 Patienten, von denen 12 000 zum ersten Mal in ihrem Leben eine Behandlung begannen. Konsumenten mit Amphetaminen als Primärdroge machen nur in Deutschland, Lettland und Polen einen erheblichen Anteil an allen gemeldeten Erstbehandelten aus. Methamphetamin hingegen wird von einem Großteil der Patienten, die sich in der Tschechischen Republik und der Slowakei in Therapie begeben, als Primärdroge angegeben; zusammen stellen sie 95 % der 8 000 Metamphetamin-Patienten in Europa. Der zu beobachtende Anstieg der Zahl der Amphetaminkonsumenten als Erstpatienten konzentriert sich vor allem auf Deutschland, die Tschechische Republik und die Slowakei.

AMPHETAMINKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

Merkmale

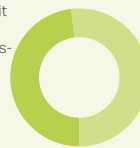


Häufigkeit des Konsums im letzten Monat



Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme

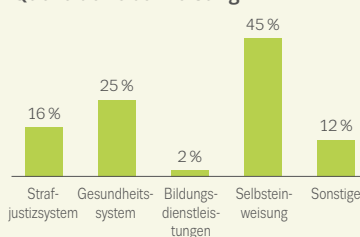
48 %



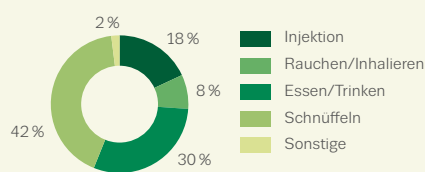
Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben

52 %

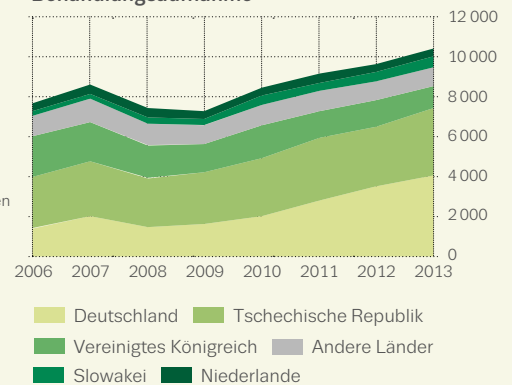
Quelle der Überweisung



Einnahmeweg



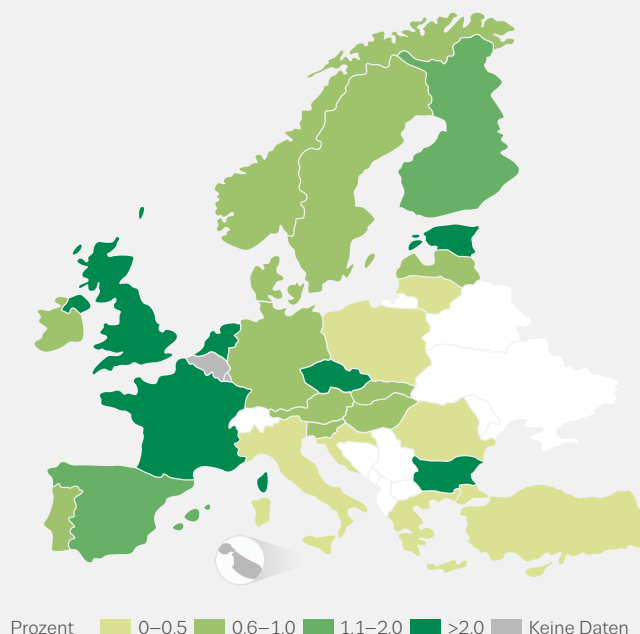
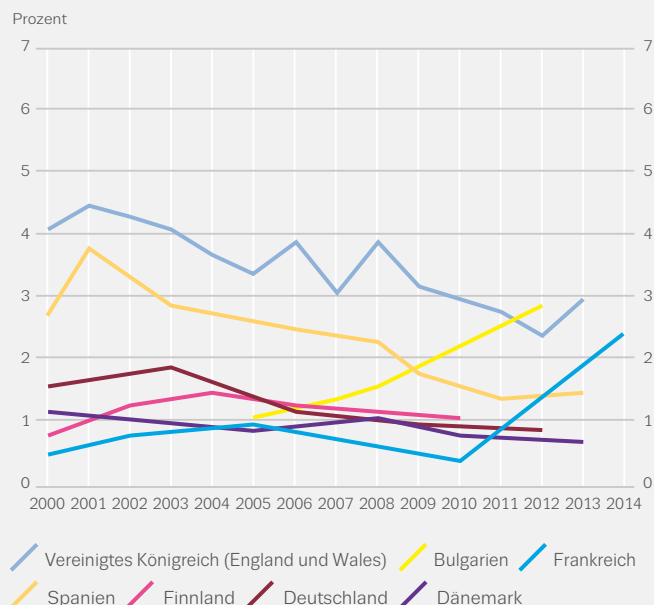
Trends bei Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme



Anmerkung: Merkmale beziehen sich auf alle Patienten mit Amphetaminen als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben. Trends beziehen sich auf alle Erstpatienten mit Amphetaminen als Primärdroge. Die abgebildeten Länder unterscheiden sich je nach Indikator. Quelle der Überweisung: „Strafjustizsystem“ umfasst Gerichte, Polizei und Bewährungsdienste; „Gesundheitssystem“ umfasst hausärztliche Praxen, sonstige Drogenbehandlungseinrichtungen sowie Gesundheits-, medizinische und soziale Dienste; „Selbststeinweisung“ umfasst den Patienten, Familienangehörige und Freunde.

ABBILDUNG 2.6

12-Monate-Prävalenz des Ecstasykonsums bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren): ausgewählte Trends (links) und aktuelle Daten (rechts)



MDMA- bzw. Ecstasy-Konsum

MDMA (3,4-Methylenedioxy-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 üblicherweise geschluckt, aber in Pulverform wird die Droge auch geschnupft (nasale Insufflation). Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Droge umfassen akute Hyperthermie, erhöhte Herzfrequenz und Multiorganversagen; der Langzeitkonsum wird mit Leber- und Herzerkrankungen in Verbindung gebracht. Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Droge sind relativ selten und werden mitunter von anderen Substanzen, die als MDMA verkauft werden, verursacht. In jüngster Zeit wurden Bedenken bezüglich akuter Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum hochdosierter MDMA-Tabletten und hochdosierten MDMA-Pulvers geäußert. Darüber hinaus wurden im Jahr 2014 Warnmitteilungen in Bezug auf Ecstasy-Tabletten herausgegeben, die hohe Konzentrationen an PMMA - eine Droge mit einem beunruhigenden Sicherheitsprofil - enthielten.

Bei den meisten europäischen Erhebungen wurden ursprünglich Daten zum Ecstasy-Konsum statt zum MDMA-Konsum erfasst. Schätzungen zufolge haben 1,8 Millionen junge Erwachsene (1,4 % der Altersgruppe 15-34) in den zurückliegenden zwölf Monaten Ecstasy konsumiert, wobei die nationalen Werte von weniger als 0,1 % bis 3,1 % reichen. Unter den Ländern, aus denen

ausreichendes Datenmaterial für einen statistischen Vergleich vorliegt, ist seit dem Jahr 2000 in Deutschland, Spanien und im Vereinigten Königreich eine rückläufige Prävalenz zu beobachten. Das Muster einer rückläufigen Prävalenz ist in Dänemark ähnlich, aber auf einem niedrigeren Niveau statistischer Sicherheit (Abbildung 2.6). Dagegen weist Bulgarien nach wie vor ein Muster steigender Prävalenzschätzungen auf. Unter den Ländern, die seit 2012 neue Erhebungen durchführen, sind die Ergebnisse unterschiedlich: Sechs meldeten niedrigere Schätzungen und sechs meldeten höhere Schätzungen im Vergleich zur vorangegangenen vergleichbaren Erhebung. Ecstasykonsum wird selten als Ursache für den Beginn einer Drogentherapie genannt; entsprechend ist die Droge für weniger als 1 % (etwa 600 Fälle) der im Jahr 2013 gemeldeten Erstpazienten verantwortlich.

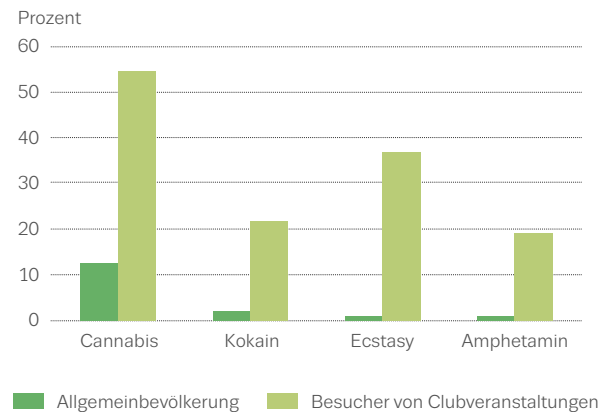
GHB, Ketamin und Halluzinogene: in einigen Ländern weiterhin ein Grund zur Besorgnis

In Europa wird eine Reihe von psychoaktiven Substanzen mit halluzinogenen, betäubenden und dämpfend wirkenden Eigenschaften konsumiert, darunter LSD (Lysergsäurediethylamid), Ketamin, GHB (Gamma-Hydroxybutyrat) und halluzinogene Pilze.

Der Freizeitkonsum von Ketamin und GHB (einschließlich ihres Vorläuferstoffes GBL, Gamma-Butyrolacton) wurde in den letzten zwei Jahrzehnten von Untergruppen von

ABBILDUNG 2.7

12-Monate-Prävalenz des Ecstasykonsums bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren): Allgemeinbevölkerung und Besucher von Clubveranstaltungen (10 Länder)



Quellen: Global Drug Survey 2014 und die aktuellen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung für die folgenden Länder: Belgien, Deutschland, Irland, Spanien, Frankreich, Ungarn, Niederlande, Österreich, Portugal, Vereinigtes Königreich. Amphetamine: ohne Belgien und die Niederlande. Ecstasy: ohne die Niederlande.

Drogenkonsumenten in Europa genannt. Die mit dem Konsum dieser Substanzen verbundenen gesundheitlichen Probleme, u. a. Schädigungen der Blase beim Langzeitkonsum von Ketamin, rücken zunehmend ins Blickfeld. Der Konsum von GHB kann zu Bewusstlosigkeit, Entzugserscheinungen und Abhängigkeit führen. Aus Belgien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich werden Behandlungsnachfragen im Zusammenhang mit GHB-Konsum gemeldet.

Die vorhandenen nationalen Prävalenzschätzungen für den Konsum von GHB und Ketamin unter Erwachsenen wie auch unter Schülern sind nach wie vor niedrig. Im Rahmen der jüngsten Erhebungen meldete Norwegen eine 12-Monate-Prävalenz des GHB-Konsums von 0,1 % bei Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren), während in Dänemark und Spanien 0,3 % der jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) angaben, in den letzten zwölf Monaten Ketamin konsumiert zu haben; im Vereinigten Königreich gaben 1,8 % der 16- bis 24-Jährigen an, in den letzten zwölf Monaten Ketamin konsumiert zu haben - ein stabiler Trend seit 2008.

Die Prävalenz des Konsums von halluzinogenen Pilzen und LSD ist in Europa seit einigen Jahren allgemein niedrig und stabil. Für junge Erwachsene (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) wurden in den nationalen Erhebungen Schätzungen der 12-Monate-Prävalenz von unter 1 % für beide Substanzen angegeben.

Höherer Drogenkonsum unter Besuchern von Clubveranstaltungen

Es ist allgemein bekannt, dass bestimmte soziale Situationen besonders mit dem Konsum hoher Mengen an Drogen und Alkohol assoziiert sind. In der Regel ergeben Befragungen von jungen Menschen, die regelmäßig an Veranstaltungen des Nachtlebens teilnehmen, einen höheren Drogenkonsum im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Dies geht aus Informationen des internetbasierten Global Drug Survey hervor, einer Erhebung, in deren Rahmen die EMCDDA eine spezielle Analyse des Drogenkonsums unter jungen Erwachsenen, die sich selbst als regelmäßige Besucher von Clubveranstaltungen (definiert als mindestens alle drei Monate an entsprechenden Veranstaltungen teilnehmend) bezeichneten, in Auftrag gegeben hat. Die Analyse wurde auf Basis einer Stichprobe von 25 790 jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren aus zehn europäischen Ländern durchgeführt. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um eine nicht repräsentative, selbst gewählte Stichprobe handelt, die sich auf eine Online-Erhebung zum Thema Drogen bezog, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht

zu interpretieren sind. Im Rahmen dieser Stichprobe war die 12-Monate-Prävalenz je nach Substanz zwischen vier und fast 25 Mal höher als jene, die bei der gleichen Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung der Europäischen Union festgestellt wurde. Bei einer Gliederung der verfügbaren Länder nach Drogen und einem Vergleich mit dem gewichteten Durchschnitt aus Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung gaben rund 55 % der regelmäßigen Besucher von Clubveranstaltungen einen Cannabiskonsum in den letzten zwölf Monaten an (gewichteter Landesdurchschnitt (Allgemeinbevölkerung) 12,9 %) sowie hohe Zahlen für den Konsum weiterer Drogen: Kokain 22 % (Allgemeinbevölkerung 2,4 %), Amphetamine 19 % (Allgemeinbevölkerung 1,2 %), Ecstasy 37 % (Allgemeinbevölkerung 1,5 %) (Abbildung 2.7). Auch für andere Drogen wurden 12-Monate-Prävalenzen bei Besuchern von Clubveranstaltungen gemeldet, darunter Ketamin (11 %), Mephedron (3 %), synthetische Cannabinoide (3 %) und GHB (2 %).

Eine kleine Zahl von Besuchern von Clubveranstaltungen berichtete über Probleme mit ihrem Drogenkonsum; dabei sind die Drogen Cannabis und Ecstasy in dieser Gruppe am häufigsten mit akuten Notfallaufnahmen assoziiert.

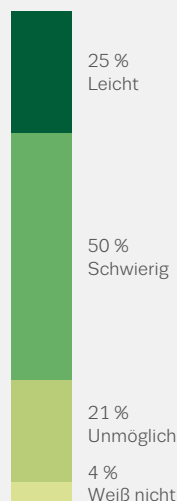
Konsum von „Legal Highs“ unter jungen Menschen

Die Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen in Europa ist schwer zu ermitteln. Werden diese Substanzen in nationale Erhebungen aufgenommen, führt das Fehlen einer gemeinsamen Methodik dazu, dass ein Vergleich der Daten zwischen den Ländern kaum möglich ist;

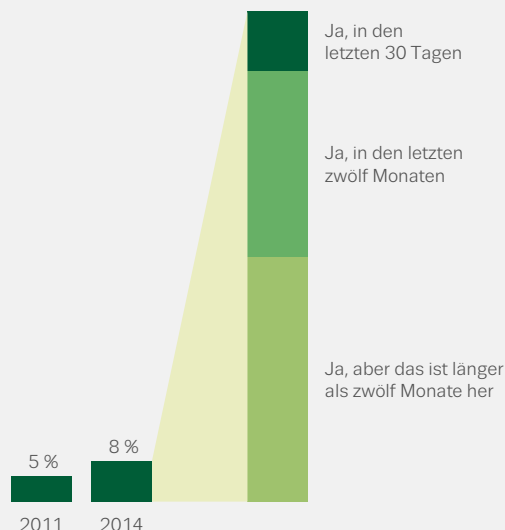
ABBILDUNG 2.8

Verfügbarkeit und Konsum von „Legal Highs“, definiert als neue Substanzen, die die Wirkungen illegaler Drogen nachahmen

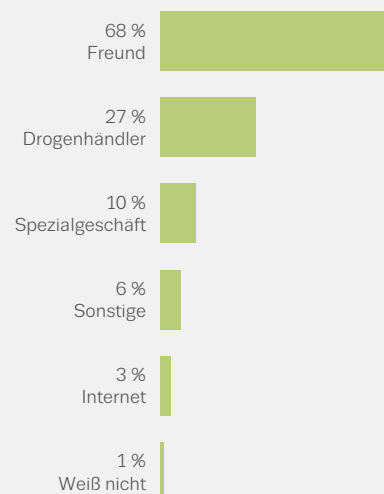
Wie leicht oder schwierig wäre es für Sie, sich die Drogen innerhalb von 24 Stunden zu beschaffen?



Haben Sie sie bereits einmal konsumiert?



Wo haben Sie sich die Substanzen beschafft, die Sie in den letzten zwölf Monaten konsumiert haben?



(Mehrfachantworten möglich)

Quelle: Flash Eurobarometer 401.

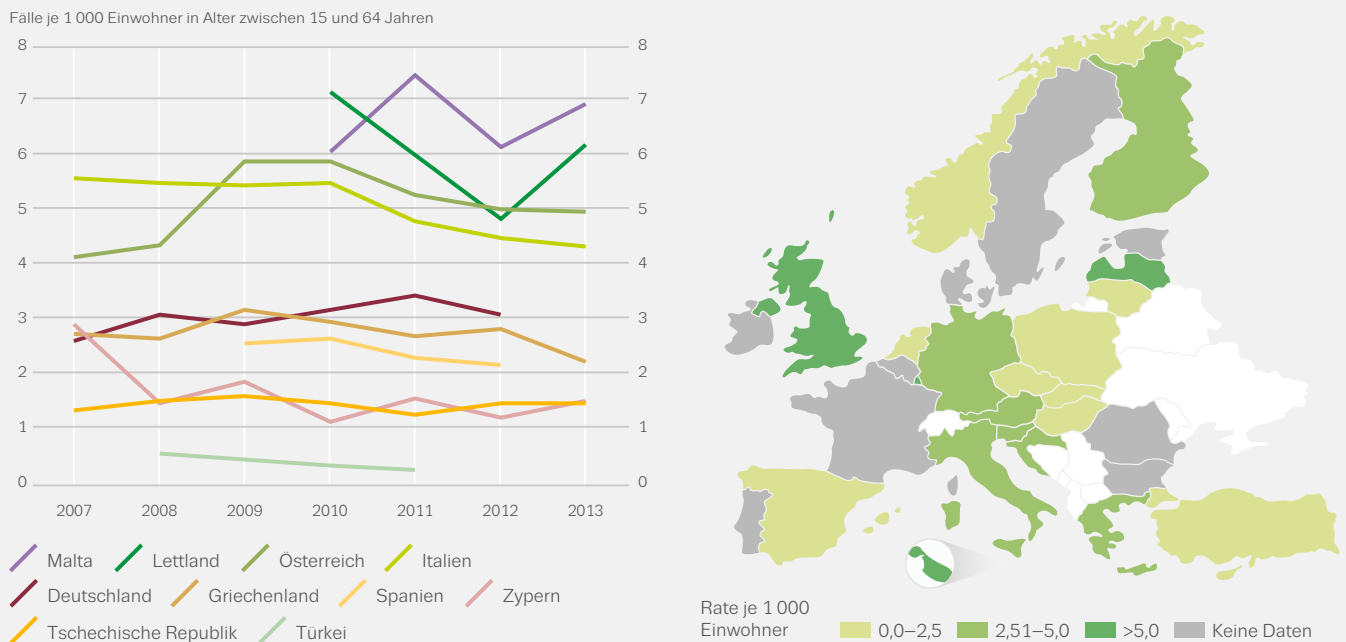
Definitionsprobleme erschweren das Vorhaben weiter, zumal sich der rechtliche Status der Substanzen schnell ändern kann. Nichtsdestotrotz bietet das Flash Eurobarometer zum Thema Jugend und Drogen 2014, eine Telefonumfrage in den 28 EU-Mitgliedstaaten unter 13 128 jungen Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, Einblicke in den Konsum dieser Substanzen. Auf die Frage nach der wahrgenommenen Verfügbarkeit äußerten mehr als zwei Drittel der Befragten, dass es schwierig oder unmöglich sei, „Legal Highs“ - definiert als neue Substanzen, die die Wirkungen illegaler Drogen nachahmen - zu beschaffen. Obwohl in erster Linie eine Erhebung zu Einstellung und Haltung, beinhaltete das Eurobarometer auch eine Frage zum Konsum von „Legal Highs“. Derzeit stellen diese Daten die einzige EU-weite Informationsquelle zu diesem Thema dar, wenngleich die Ergebnisse aus methodischen Gründen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Insgesamt gaben 8 % der Befragten an, in ihrem Leben schon einmal „Legal Highs“ konsumiert zu haben, und 3 % gaben an, diese Drogen in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben (Abbildung 2.8). Dies stellt einen Anstieg gegenüber der Lebenszeitprävalenz von 5 % dar, die in einer ähnlichen Erhebung aus dem Jahr 2011 genannt wurde. Den höchsten Konsum in den letzten zwölf Monaten gaben junge Menschen aus Irland an (9 %), während der Konsum von „Legal Highs“ in den letzten zwölf Monaten in den Stichproben von Zypern und Malta nicht enthalten war. Von den Personen, die einen Konsum in den letzten zwölf Monaten nannten, hatten 68 % die Substanz von einem Freund erhalten.

Es ist zwar durchaus sinnvoll, die Ergebnisse des Eurobarometer mit denen anderer Erhebungen zu vergleichen, doch muss dabei berücksichtigt werden, dass jeweils unterschiedliche Methoden angewandt und unterschiedliche Fragen gestellt wurden. Seit 2011 haben neun europäische Länder nationale Schätzungen des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen oder „Legal Highs“ (ohne Ketamin und GHB) übermittelt. Das 12-Monats-Prävalenzspektrum bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 24 Jahren) für diese Substanzen reicht von 9,7 % in Irland bis 0,2 % in Portugal. Es sei darauf hingewiesen, dass in beiden Ländern Maßnahmen eingeführt wurden, um durch die Schließung von Geschäften, in denen diese Produkte angeboten wurden, die direkte Verfügbarkeit von „Legal Highs“ zu reduzieren. Zum Konsum von Mephedron liegen Erhebungsdaten aus dem Vereinigten Königreich (England und Wales) vor. In der jüngsten Erhebung (2013/2014) wurde der Konsum dieser Droge in den letzten zwölf Monaten bei jungen Menschen im Alter von 16 bis 24 Jahren auf 1,9 % geschätzt; diese Zahl war im Vergleich zum Vorjahr stabil, während im Vergleich zu 2010/2011, d. h. vor Einführung der Kontrollmaßnahmen, ein Rückgang gegenüber ursprünglich 4,4 % verzeichnet wurde.

Der injizierende Konsum synthetischer Cathinone wird - wenngleich kein besonders weit verbreitetes Phänomen - weiterhin bei bestimmten Bevölkerungsgruppen gemeldet, unter anderem bei Opioidkonsumenten, Patienten in

ABBILDUNG 2.9

Nationale Schätzungen der 12-Monate-Prävalenz des Hochrisiko-Opioidkonsums: Trends (links) und aktuelle Daten (rechts)



Drogenbehandlung in einigen Ländern und kleinen Personengruppen von Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren. Eine steigende Behandlungsnachfrage aufgrund von Problemen mit synthetischen Cathinonen wurde aus Ungarn, Rumänien und dem Vereinigten Königreich gemeldet. Im Vereinigten Königreich (England) stieg die Zahl der Erstpazienten, die den Konsum von Mephedron meldete, zwischen 2011/2012 und 2012/2013 von 900 auf 1 630; im Zeitraum 2013/2014 stabilisierte sich die Zahl bei 1 641.

Opiode: 1,3 Millionen problematische Konsumenten

Der illegale Opioidkonsum ist nach wie vor Hauptgrund dafür, dass der Drogenkonsum einen unverhältnismäßig hohen Anteil an der Morbidität und Mortalität in Europa hat. Das wichtigste Opioid in Europa ist Heroin, das geraucht, geschnupft oder injiziert werden kann. Zudem wird eine Reihe anderer synthetischer Opioide wie Buprenorphin, Methadon und Fentanyl missbräuchlich konsumiert.

Die durchschnittliche jährliche Prävalenz des hochriskanten Opioidkonsums unter Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) liegt schätzungsweise bei 0,4 % (vier je 1 000 Einwohner), was 1,3 Millionen problematischen Opioidkonsumenten in Europa im Jahr 2013 entspricht. Zwischen den Ländern bewegen sich die Prävalenzschätzungen zum hochriskanten Opioidkonsum zwischen weniger als einem und rund acht Fällen je 1 000

Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Zehn Länder meldeten zwischen 2006 und 2013 wiederholt Schätzungen zum hochriskanten Opioidkonsum, die relativ stabile Trends zeigen (Abbildung 2.9).

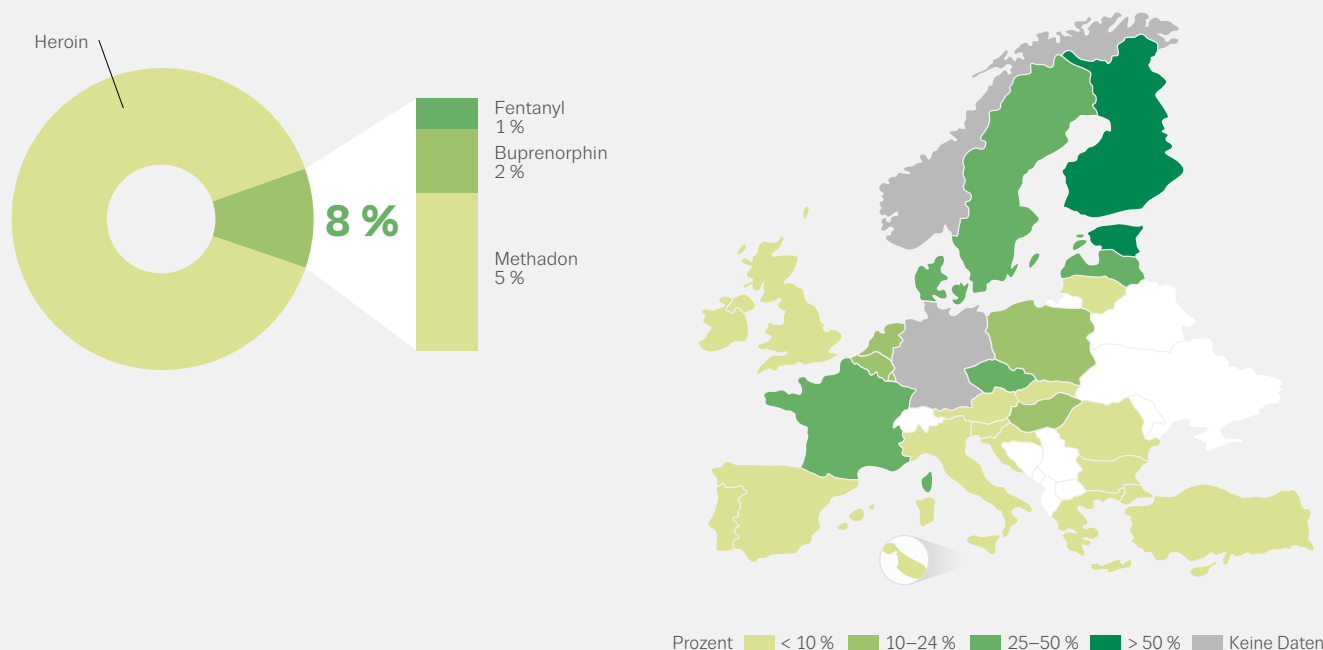
Die Patienten, die Opioide (hauptsächlich Heroin) als Primärdroge konsumieren, machen 41 % der Drogenkonsumenten aus, die sich 2013 in Europa in eine spezialisierte Behandlung begaben (175 000 Patienten), und 20 % derjenigen, die erstmals eine Behandlung aufnahmen (31 000 Patienten). Die Zahl der neuen Heroinpatienten hat sich 2013 mit 23 000 Patienten gegenüber dem Höchstwert von 59 000 im Jahr 2007 mehr als halbiert. Insgesamt scheint es immer weniger Neueinsteiger in den Heroinkonsum zu geben, was sich nunmehr auf die Behandlungsnachfrage auswirkt.

Andere Opioide als Heroin: zunehmend problematisch

In knapp über einem Drittel der europäischen Länder (11) wurden mehr als 10 % aller Opioidpatienten, die sich im Jahr 2013 in eine Spezialbehandlung begeben haben, wegen Problemen behandelt, die in erster Linie mit anderen Opioden als Heroin zusammenhängen (Abbildung 2.10). Hierzu zählten die Substanzen Methadon, Buprenorphin und Fentanyl. Insgesamt ist missbräuchlich konsumiertes Methadon neben Heroin das am häufigsten gemeldete Opioid, gefolgt von Buprenorphin; auf diese Drogen entfallen jeweils 60 % bzw. 30 % aller Behandlungsnachfragen von Patienten, deren primäres Drogenproblem mit anderen

ABBILDUNG 2.10

Eine Behandlung aufnehmende Patienten, die Opiode als Primärdrugs angeben: nach Opioidart (links) und dem Prozentsatz, der andere Opiode als Heroin angibt (rechts)



Opioiden als Heroin zusammenhängt. In einigen Ländern machen andere Opiode mittlerweile die häufigste Form des problematischen Opioidkonsums aus. So konsumierte in Estland die Mehrheit der sich in Behandlung begebenden Patienten, die ein Opioid als Primärdrugs angaben, illegales Fentanyl, während in Finnland für die meisten Opioidpatienten Buprenorphin als Leitdrugs angegeben wird.

Hochrisiko-Opioidkonsumenten: eine alternde Bevölkerungsgruppe

Zwei Trends zeichnen sich unter Opioidkonsumenten, die sich in Behandlung begeben, ab: Ihre Zahl ist rückläufig und ihr Durchschnittsalter steigt (Abbildung 2.11). Zwischen 2006 und 2013 stieg das Durchschnittsalter von Patienten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit Opioidkonsum in Behandlung begaben, um fünf Jahre. Im selben Zeitraum stieg das Durchschnittsalter bei drogenbedingten Todesfällen (die vor allem mit Opioiden in Zusammenhang stehen) von 33 auf 37 Jahre. Ein bedeutender Teil der problematischen Opioidkonsumenten in Europa mit einer langen Vorgeschichte des Mehrfachkonsums befindet sich mittlerweile im vierten oder fünften Lebensjahrzehnt. Ein seit langem bestehender schlechter Gesundheitszustand, schlechte Lebensbedingungen, Tabak- und Alkoholkonsum und die altersbedingte Verschlechterung des Immunsystems machen diese Konsumenten anfällig für eine Reihe von

ABBILDUNG 2.11

Trends in der Altersstruktur von sich in Behandlung begebenden Patienten nach Primärdrugs, 2006 und 2013

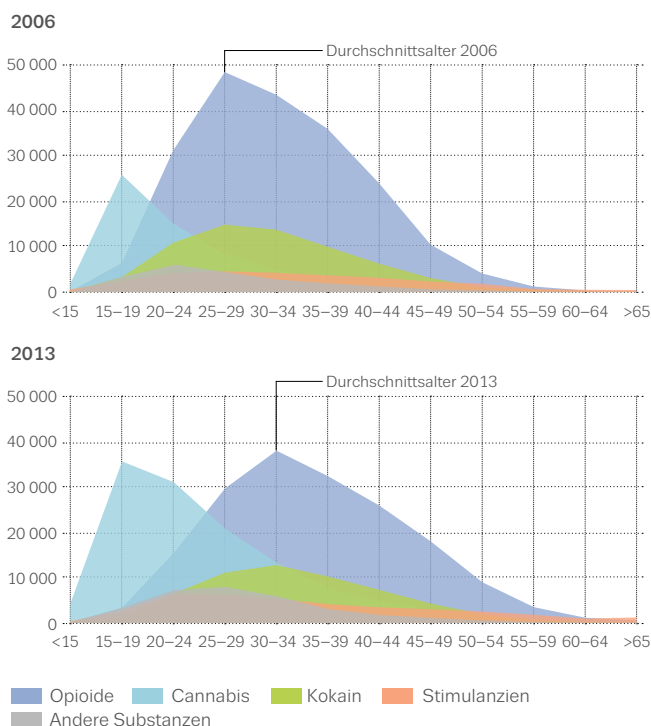


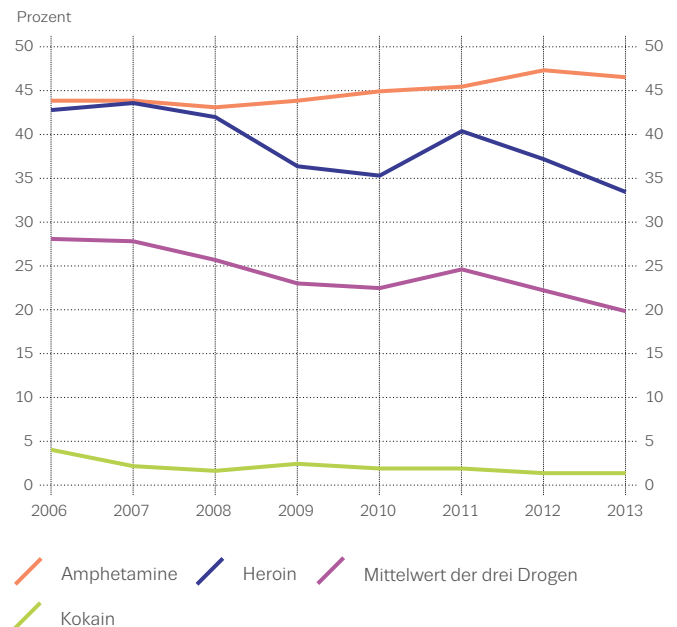
ABBILDUNG 2.12

chronischen Gesundheitsproblemen. Dazu zählen Herz-Kreislauf- und Lungenprobleme als Folgen des chronischen Tabakkonsums und des injizierenden Drogenkonsums. Langzeit-Heroinkonsumenten berichten auch von chronischen Schmerzzuständen, während die Infektion mit dem Hepatitis-Virus ihr Risiko, an Leberzirrhose und anderen Leberleiden zu erkranken, erhöht. Die kumulativen Auswirkungen von Mehrfachkonsum, Überdosierung und Infektionen über viele Jahre hinweg beschleunigen den körperlichen Alterungsprozess unter dieser Konsumentengruppe, mit zunehmend bedeutsamen Folgen für Behandlungs- und soziale Betreuungsdienste.

Injizierender Drogenkonsum: langfristiger Rückgang

Bei injizierenden Drogenkonsumenten ist das Risiko, Schädigungen, wie durch Blut übertragbare Infektionen oder Überdosierungen, zu erleiden, besonders hoch. Der injizierende Drogenkonsum wird am häufigsten mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung gebracht, wenngleich in einigen Ländern auch der injizierende Konsum von Amphetaminen ein gravierendes Problem darstellt. Aktuelle Prävalenzschätzungen für injizierende Drogenkonsumenten liegen für 14 Länder vor; dabei reichen sie von weniger als einem bis zu mehr als neun Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

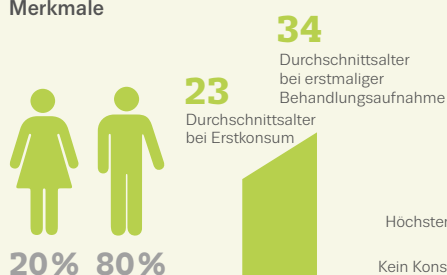
Erstpatienten, die Injizieren als hauptsächlichen Einnahmeweg ihrer Primärdroge angeben



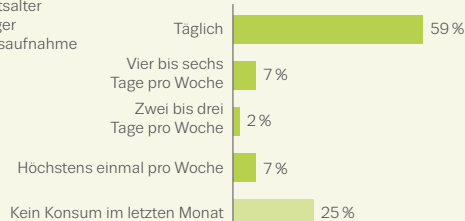
Von denjenigen, die zum ersten Mal eine spezialisierte Behandlung mit Amphetamin als Primärdroge begonnen haben, nannten 46 % injizierenden Konsum als hauptsächliche Form der Einnahme, mit insgesamt stabiler Tendenz (Abbildung 2.12). Über 70 % dieser Meldungen kommen jedes Jahr aus der Tschechischen Republik, wo ein

HEROINKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

Merkmale



Häufigkeit des Konsums im letzten Monat



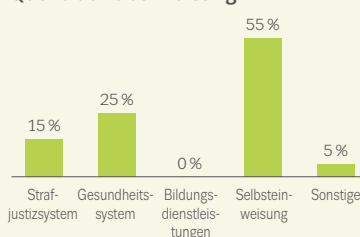
Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme

18%

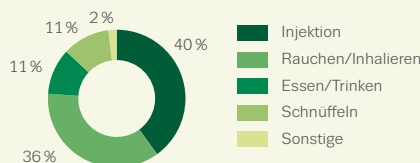
Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben

82%

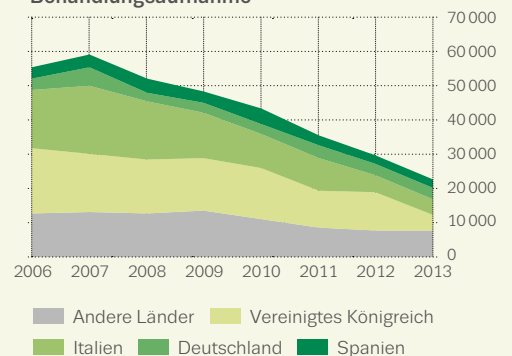
Quelle der Überweisung



Einnahmeweg



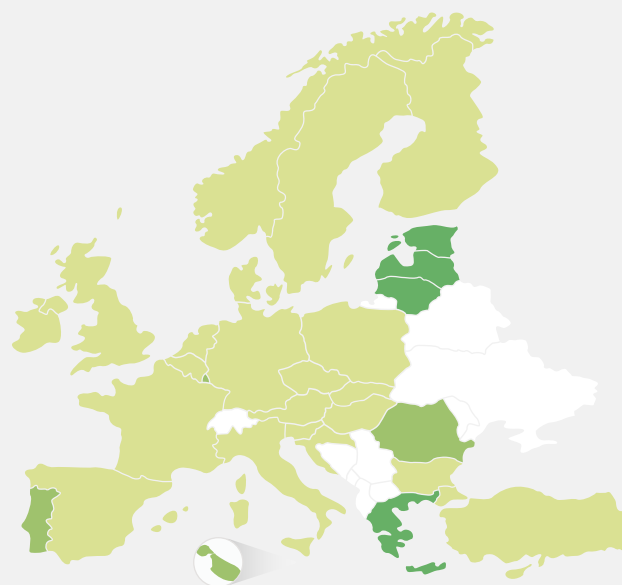
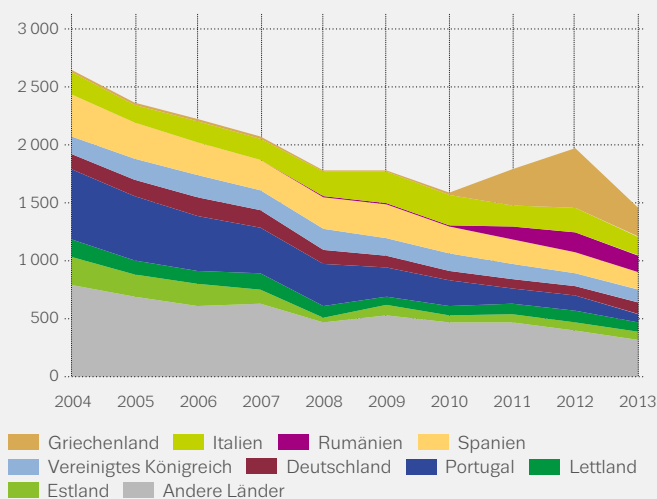
Trends bei Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme



Anmerkung: Merkmale beziehen sich auf alle Patienten mit Heroin als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben. Trends beziehen sich auf alle Erstpatienten mit Heroin als Primärdroge. Die abgedeckten Länder unterscheiden sich je nach Indikator. Quelle der Überweisung: „Strafjustizsystem“ umfasst Gerichte, Polizei und Bewährungsdienste; „Gesundheitssystem“ umfasst hausärztliche Praxen, sonstige Drogenbehandlungseinrichtungen sowie Gesundheits-, medizinische und soziale Dienste; „Selbsteinweisung“ umfasst den Patienten, Familienangehörige und Freunde.

ABBILDUNG 2.13

Neu diagnostizierte HIV-Infektionen im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum:
Trends in Anzahl Fälle (links) und aktuelle Daten (rechts)



Anmerkung: Daten für 2013 (Quelle: ECDC).

steigender Trend verzeichnet wird. In den übrigen europäischen Ländern ist der injizierende Konsum als hauptsächliche Form der Einnahme bei neuen Amphetamin-Patienten rückläufig. Unter den Erstpazienten mit Heroïn als Primärdroge gaben 33 % injizierenden Konsum als hauptsächliche Form der Einnahme an, während es 2006 noch 43 % waren. Die Angaben der Länder zum Anteil der injizierenden Heroïnkonsumenten sind sehr unterschiedlich und reichen von 8 % in den Niederlanden bis zu 100 % in Litauen. Betrachtet man die drei wesentlichen injizierend konsumierten Drogen zusammen, so ist bei Patienten, die zum ersten Mal eine Behandlung in Europa beginnen, ein Rückgang des injizierenden Konsums als hauptsächliche Form der Einnahme von 28 % im Jahr 2006 auf 20 % im Jahr 2013 zu beobachten.

Neue HIV-Fälle unter injizierenden Konsumenten gehen infolge der Eindämmung des Ausbruchs in Griechenland zurück

Das Injizieren von Drogen spielt nach wie vor eine wichtige Rolle bei der Übertragung von Infektionen wie Hepatitis C (HCV) und - in einigen Ländern - das Humane Immundefizienz-Virus (HIV). Unter allen in Europa gemeldeten HIV-Fällen mit bekanntem Übertragungsweg stagniert der prozentuale Anteil des injizierenden Drogenkonsums auf niedrigem Niveau (unter 8 % für die letzten zehn Jahre).

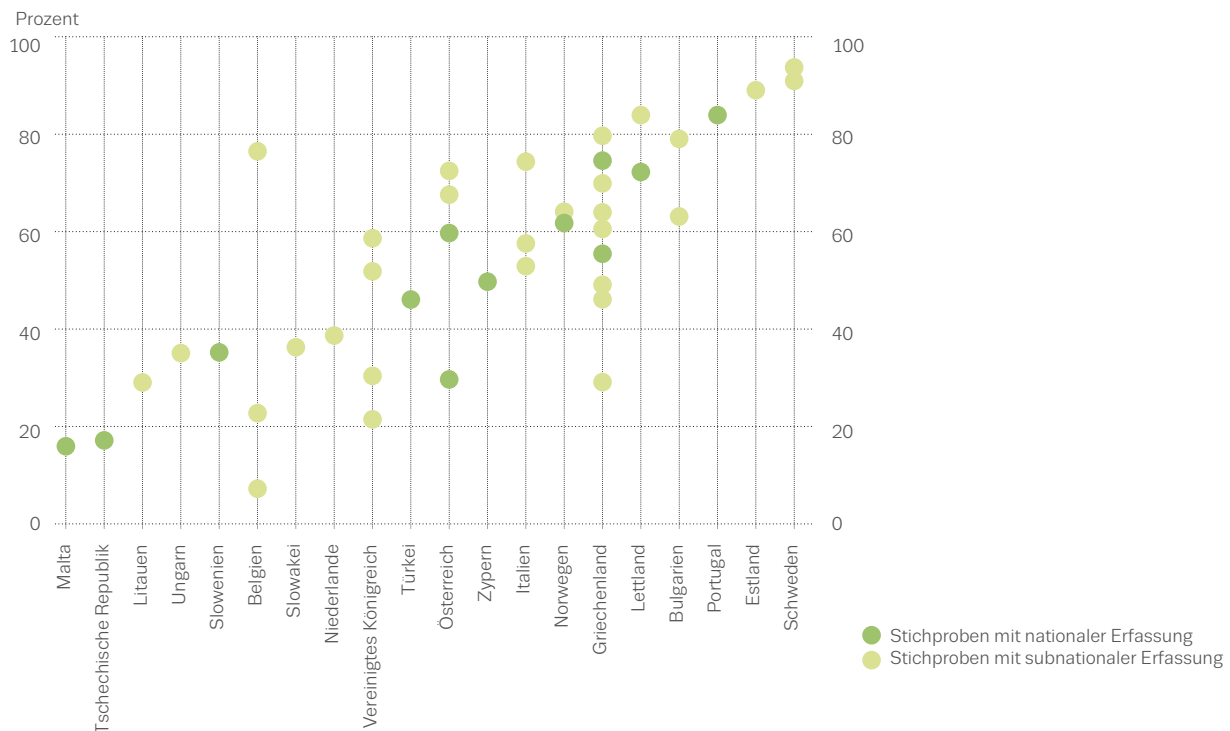
Die neuesten Zahlen zeigen, dass der Anstieg der Zahl neuer HIV-Diagnosen in Europa, der die Folge von Ausbrüchen in Griechenland und Rumänien war, gestoppt ist und die Gesamtzahl der Fälle in der EU auf ein Niveau wie vor den Ausbrüchen gesunken ist (Abbildung 2.13). Vorläufige Zahlen für 2013 zeigen 1 458 neu gemeldete Fälle gegenüber 1 974 im Jahr 2012; damit kehrt sich der seit 2010 bestehende Aufwärtstrend um. Dieser Rückgang ist größtenteils auf die sinkenden Zahlen in Griechenland, wo sich die Zahl neuer Fälle zwischen 2012 und 2013 mehr als halbierte, und in geringerem Maße auf die Entwicklung in Rumänien zurückzuführen. Auch wenn die Ausbrüche in diesen beiden Ländern einen Höchststand dargestellt haben dürften, liegt die Zahl der Neudiagnosen 2013 immer noch mindestens zehn Mal höher als im Jahr 2010, d. h. vor den Ausbrüchen.

Im Jahr 2013 betrug die durchschnittliche Rate der gemeldeten HIV-Neudiagnosen, die dem injizierenden Drogenkonsum zugeschrieben wurden, 2,5 je eine Million Einwohner, wobei die Raten in den drei baltischen Staaten acht bis 22 Mal höher waren als der EU-Durchschnitt. In anderen Ländern wie Spanien und Portugal, in denen in der Vergangenheit Phasen mit hohen Infektionsraten aufgetreten waren, ist die Tendenz bei gemeldeten Neudiagnosen weiterhin rückläufig.

Eine frühzeitige Diagnose und der sofortige Beginn einer geeigneten Therapie sind wichtige Elemente bei der

ABBILDUNG 2.14

HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, 2012/2013



Verhinderung des Fortschreitens der HIV-Infektion bis zum Ausbruch von AIDS. 2013 gab es 769 Meldungen neuer AIDS-Fälle in Europa, die dem injizierenden Drogenkonsum zugeschrieben wurden. Die relativ hohe Zahl von Neudiagnosen, die aus Bulgarien, Lettland, Griechenland und Rumänien gemeldet wird, deutet darauf hin, dass die Anstrengungen zur AIDS-Prävention und HIV-Behandlung in diesen Ländern verstärkt werden müssen.

Die HIV-bedingte Mortalität ist eine der am besten dokumentierten indirekten Todesursachen bei Drogenkonsumenten. Aus der aktuellen Schätzung geht hervor, dass in Europa im Jahr 2010 rund 1 700 Personen an HIV/AIDS als Folge von injizierendem Drogenkonsum starben und dass der Trend rückläufig ist.

Hepatitis und andere mit Drogenkonsum assoziierte Infektionskrankheiten

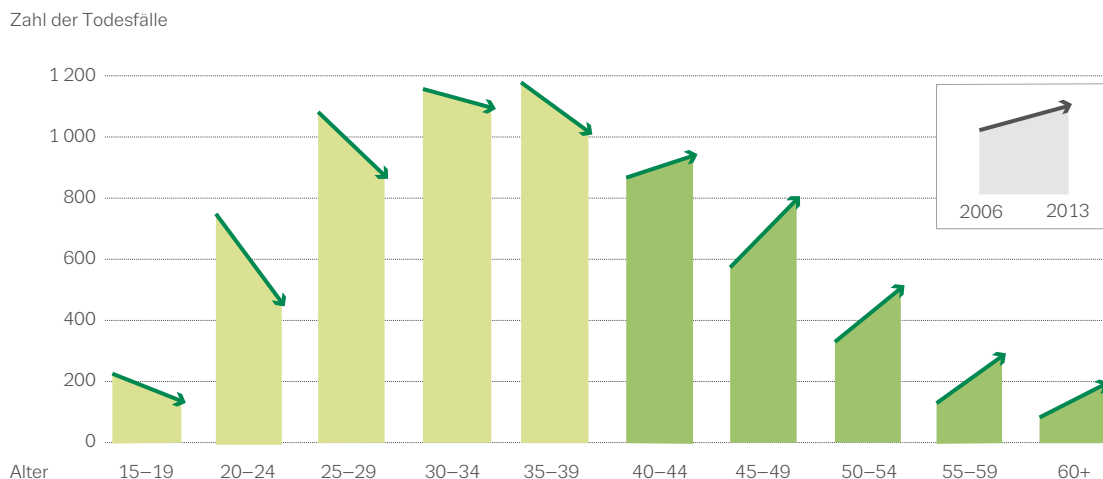
Die Virushepatitis und insbesondere durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) verursachte Infektionen sind unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa weit verbreitet. Dies kann erhebliche Langzeitfolgen haben, da HCV-Infektionen, oft verschlimmert durch übermäßigen Alkoholkonsum, für die steigende Zahl an Fällen von Leberzirrhose, Leberkrebs und Todesfällen unter injizierenden Drogenkonsumenten verantwortlich sein dürften.

Die HCV-Antikörper-Prävalenzraten in nationalen Stichproben bei injizierenden Drogenkonsumenten lagen im Zeitraum 2012-2013 zwischen 14 % und 84 %, und fünf der zehn Länder mit nationalen Daten meldeten Prävalenzraten von über 50 % (Abbildung 2.14). Von den Ländern, für die nationale Trenddaten für den Zeitraum 2006-2013 vorliegen, meldete nur Norwegen einen Rückgang der HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, während sechs weitere Länder einen Anstieg verzeichneten.

Drogenkonsum ist auch als Risikofaktor im Hinblick auf andere Infektionskrankheiten zu betrachten, unter anderem in Bezug auf Hepatitis A und B, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Tetanus und Botulismus. Sporadische Fälle von Wundbotulismus unter injizierenden Drogenkonsumenten wurden in Europa gemeldet. In Norwegen wurden zwischen September und November 2013 sechs bestätigte Fälle gemeldet. Zwei Häufungen von Botulismusfällen - in Norwegen und in Schottland - wurden im Dezember 2014 festgestellt; bis ins Jahr 2015 hinein waren diese Gegenstand von Untersuchungen.

ABBILDUNG 2.15

Zahl der drogeninduzierten Todesfälle nach Altersgruppe im Jahr 2006 und im Jahr 2013



Drogenbedingte Todesfälle

Der Drogenkonsum zählt in Europa zu den häufigsten Ursachen für vermeidbare Todesfälle unter jungen Menschen, und zwar sowohl direkt durch Überdosierung (drogeninduzierte Todesfälle) als auch indirekt durch drogenbedingte Krankheiten, Unfälle, Gewalt und Selbstmord. Die meisten Kohortenstudien zu problematischen Drogenkonsumenten weisen jährliche Mortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus, wobei in Europa jedes Jahr schätzungsweise zwischen 10 000 und 20 000 Opioidkonsumenten sterben. Insgesamt ist bei Opioidkonsumenten die Mortalitätswahrscheinlichkeit mindestens zehn Mal höher als bei den übrigen Angehörigen der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe. Eine kürzlich durchgeführte multizentrische Studie der EMCDDA mit Daten aus neun europäischen Ländern ergab, dass die meisten Todesfälle unter problematischen Drogenkonsumenten vorzeitig und vermeidbar sind. Im Rahmen der Studie wurden 2 886 Todesfälle unter einer Stichprobe von mehr als 31 000 Teilnehmern verzeichnet, mit einer jährlichen Mortalitätsrate von 14,2 je 1 000 Teilnehmer. In 71 % der Fälle wurde die Todesursache festgestellt und für die Hälfte dieser Todesfälle waren externe Ursachen, zumeist Überdosierungen und in geringerem Maße Selbstmord, verantwortlich, während die andere Hälfte somatischen Ursachen wie HIV/AIDS sowie Kreislauf- und Atemwegserkrankungen zugeschrieben wurde.

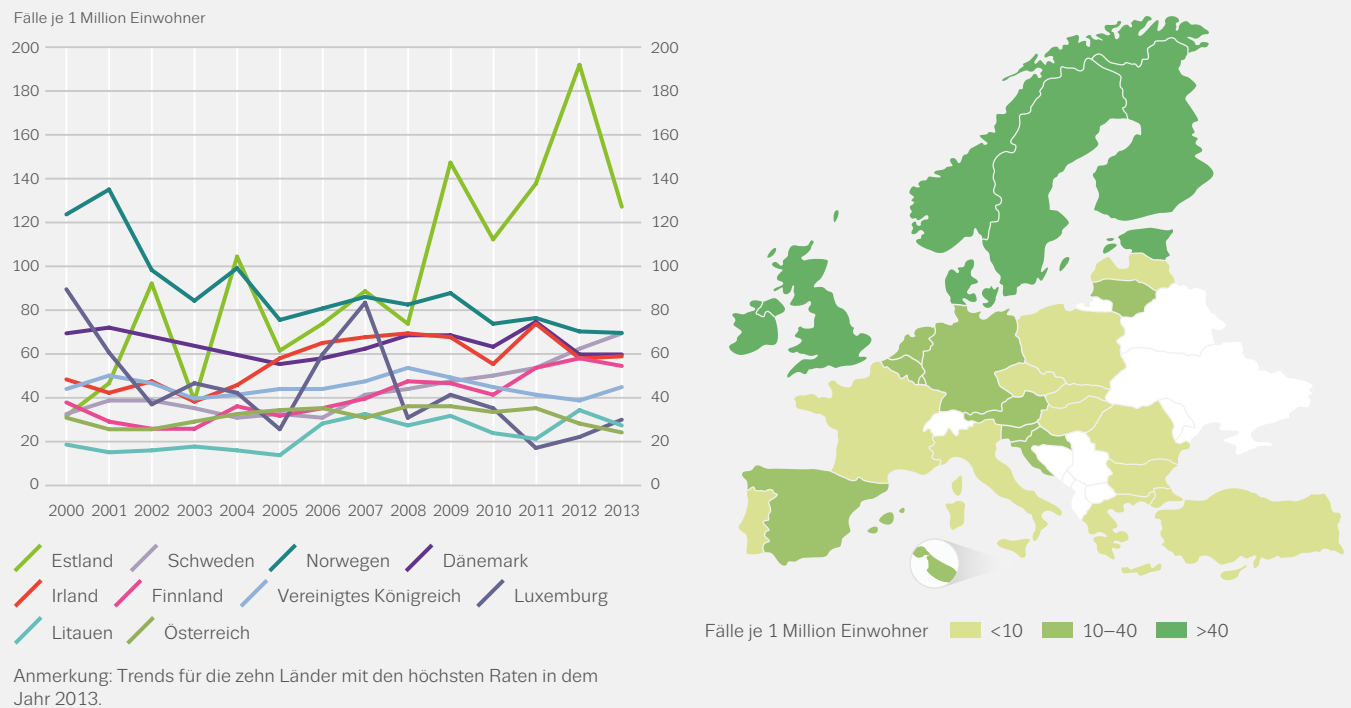
Tod durch Überdosierung: aktuell Zunahmen in einigen Ländern

Insgesamt sind Drogenüberdosierungen nach wie vor die Hauptursache für Todesfälle unter problematischen Drogenkonsumenten und mehr als drei Viertel der Opfer von Überdosierungen sind männlich (78 %). Während es oftmals Todesfälle bei sehr jungen Konsumenten sind, die Anlass zur Besorgnis geben, entfallen nur 8 % der 2013 gemeldeten Todesfälle durch Überdosierung in Europa auf die Altersgruppe unter 25 Jahren. Zwischen 2006 und 2013 lässt sich ein Muster sinkender Zahlen von Todesfällen durch Überdosierung bei jüngeren Drogenkonsumenten und steigender Zahlen bei älteren Konsumenten feststellen (Abbildung 2.15). Dies spiegelt die Alterung der Opioid konsumierenden Bevölkerungsgruppen in Europa wider, deren Risiko, an Überdosierung zu sterben, am höchsten ist.

Die meisten Länder vermeldeten von 2003 bis 2008/2009 einen Anstieg der Zahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle. Nach einer darauf folgenden Stabilisierung der Gesamtzahlen setzte eine rückläufige Tendenz ein. Bei der Interpretation von Daten zu Überdosierungen, insbesondere zur EU-Gesamtzahl, ist aus einer Reihe von Gründen Vorsicht geboten, z. B. aufgrund der systematisch unzureichenden Meldepraxis in einigen Ländern und aufgrund von Registrierungsverfahren, die zu Verzögerungen bei der Meldung von Fällen und nationalen Gesamtzahlen führen. Aufgrund dieser Verzögerungen ist die EU-Gesamtzahl für das laufende Jahr ein vorläufiger Wert, der sich ändern kann, sobald neue Daten vorliegen. Die EU-Schätzung für 2013 beläuft sich auf eine Mindestzahl von 6 100 Todesfällen. Dies ist ein leichter Anstieg gegenüber der

ABBILDUNG 2.16

Drogeninduzierte Mortalitätsraten bei Erwachsenen (15–64): ausgewählte Trends (links) und aktuelle Daten (rechts)



berichtigten Zahl von 2012. Besonders besorgniserregend ist, dass den jüngsten Daten zufolge eine Reihe von Ländern mit relativ zuverlässigen Meldesystemen, wie Deutschland, Schweden und das Vereinigte Königreich, Steigerungsraten verzeichnet. Die Türkei verzeichnet ebenfalls Steigerungsraten, die aber zum Teil auf das verbesserte Meldeverfahren zurückzuführen sein dürften.

Heroin oder dessen Metaboliten werden bei der Mehrzahl der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen festgestellt, oftmals in Verbindung mit anderen Substanzen. Im Vereinigten Königreich (England) und in der Türkei war der Anstieg der gemeldeten Todesfälle weitgehend auf Todesfälle im Zusammenhang mit Heroin zurückzuführen. Neben Heroin sind in toxikologischen Berichten regelmäßig weitere Opiode wie Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und Tramadol zu finden. Diese Substanzen werden mittlerweile für einen erheblichen Teil der Todesfälle durch Überdosierung in einigen Ländern verantwortlich gemacht.

Für 2013 wird die durchschnittliche Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in Europa auf 16 Todesfälle je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren geschätzt. Die nationalen Mortalitätsraten variieren erheblich und werden durch Faktoren wie die Prävalenz und die Muster des Drogenkonsums, insbesondere injizierenden Drogenkonsum und Opioidkonsum, die Merkmale der drogenkonsumierenden

Bevölkerungsgruppen, die Verfügbarkeit und den Reinheitsgrad der Drogen sowie die Meldepraxis und die Bereitstellung von Therapieangeboten beeinflusst. Sieben Länder verzeichneten Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner, darunter an vorderster Stelle Estland (127 je 1 Million Einwohner), Norwegen (70 je 1 Million Einwohner) und Schweden (70 je 1 Million Einwohner) (Abbildung 2.16). Obwohl die nationalen Unterschiede bei der Kodierungs- und Meldepraxis sowie die Möglichkeit einer unzureichenden Meldepraxis einen Ländervergleich erschweren, ist die Analyse von Trends im Zeitverlauf innerhalb der einzelnen Länder sinnvoll. In jüngster Zeit wurden Verbesserungen bei der durch Überdosierung verursachten Mortalitätsrate in Estland festgestellt; gleichwohl ist sie immer noch acht Mal höher als der EU-Durchschnitt. Die dortigen Todesfälle durch Überdosierung stehen größtenteils mit dem injizierenden Konsum von Fentanylen - hochpotenten Opioiden - in Zusammenhang.

Heroin oder dessen Metaboliten werden bei der Mehrzahl der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen festgestellt

Neue Drogen: zunehmend mit drogenbedingten Schädigungen und Todesfällen verbunden

Insgesamt gibt es immer mehr Befunde in Bezug auf die Rolle, die neue psychoaktive Substanzen bei klinischen Notfällen und einigen drogeninduzierten Todesfällen in Europa spielen. Im Jahr 2014 gab das EU-Frühwarnsystem 16 Warnmitteilungen im Zusammenhang mit neuen Substanzen heraus, die von dem Mechanismus überwacht werden; viele davon bezogen sich auf gravierende „unerwünschte Zwischenfälle“ wie Todesfälle. In einer aktuellen Analyse des europäischen Netzwerks für drogenbedingte Notfälle (European Drug Emergencies Network), das drogenbedingte Notfallaufnahmen an Standorten in zehn europäischen Ländern beobachtet, wurde festgestellt, dass bei 9 % aller drogenbedingten Notfälle neue psychoaktive Substanzen eine Rolle spielten, insbesondere Cathinone. Darüber hinaus erfolgten 12 % aller Notfallaufnahmen in Verbindung mit GHB oder GBL und 2 % in Verbindung mit Ketamin.

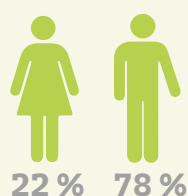
Jüngste Berichte über akute gesundheitsschädigende Auswirkungen im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden deuten darauf hin, dass der Konsum dieser Substanzen unter bestimmten Umständen gravierende gesundheitliche Folgen, darunter Mortalität, haben kann.

Im Rahmen einer im Jahr 2015 durchgeführten Überprüfung wurden Tachykardie, extreme Unruhe und Halluzinationen als häufigste gesundheitliche Auswirkungen des Konsums synthetischer Cannabinoide genannt.

Die Bewertung der toxikologischen Bedeutung von Substanzen bei einem Todesfall ist oft kompliziert, zumal bei den meisten drogeninduzierten Todesfällen Mehrfachkonsum festzustellen ist. Noch problematischer ist dies bei neuen Drogen, die schwer festzustellen sind und von herkömmlichen Screening-Instrumenten mitunter nicht erkannt werden können. Trotz dieser Einschränkungen sind einige Daten verfügbar. In Ungarn beispielsweise wurden neue psychoaktive Substanzen bei etwa der Hälfte der im Jahr 2013 gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle entdeckt (14 von 31 Fällen), wobei in allen Fällen noch andere Substanzen festgestellt wurden. Die gemeldeten Fälle werden zudem vom Frühwarnsystem im Rahmen der Risikobewertung neuer Drogen erfasst. Diese Daten verdeutlichen die Rolle, die einige neue psychoaktive Substanzen bei drogenbedingter Morbidität und Mortalität spielen können: So wurde das 2008 entdeckte synthetische Cathinon MDPV zum Zeitpunkt seiner Risikobewertung im Jahr 2014 im Zusammenhang mit 99 Todesfällen festgestellt.

DROGENINDUZIERTE TODESFÄLLE

Merkmale



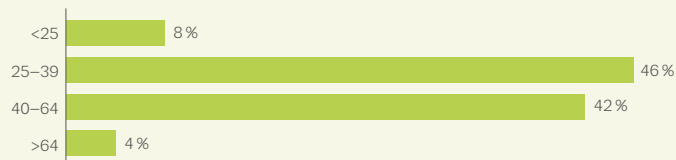
Durchschnittsalter
zum Zeitpunkt
des Todes

37

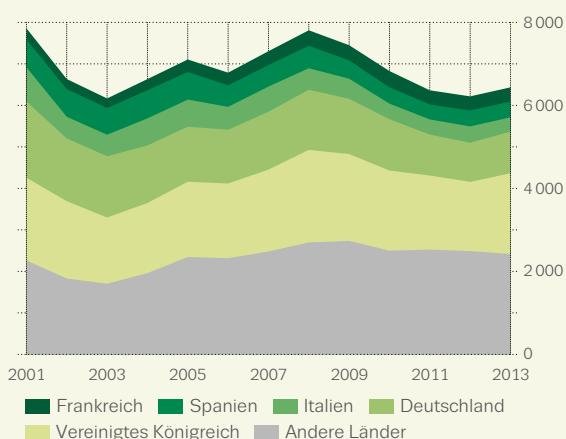
Todesfälle, bei denen
Opiode festgestellt
wurden

81 %

Alter zum Zeitpunkt des Todes



Trends bei Todesfällen durch Überdosierung



WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA**2015**

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

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

2014

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, 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.

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

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, und part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

EMCDDA- und ESPAD-Veröffentlichungen**2012**

Zusammenfassung, ESPAD-Bericht 2011.

Veröffentlichungen der EMCDDA und des ECDC**2012**

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.

3

**In diesem Kapitel werden politische
Strategien und Maßnahmen
zur Vorbeugung, Behandlung
und Verringerung der durch
Drogenkonsum verursachten
Schädigungen betrachtet**

Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen zur Drogenproblematik

In diesem Kapitel werden politische Strategien und Maßnahmen zur Vorbeugung, Behandlung und Verringerung der durch Drogenkonsum verursachten Schädigungen betrachtet. Der Fokus liegt auf dem Umfang, in dem Länder gemeinsame Strategiekonzepte entwickelt haben, sowie auf der Frage, welche davon sich auf belastbare Zahlen stützen und ob die Verfügbarkeit der Dienstleistungsangebote dem geschätzten Bedarf entspricht. Die wichtigsten auf europäischer Ebene beobachteten Politikbereiche sind nationale Drogenstrategien und -aktionspläne, drogenbezogene Budgets und Schätzungen der öffentlichen Ausgaben.

Beobachtung gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen

Die hier verwendeten Daten wurden von den Reitox-Knotenpunkten und einer Sachverständigengruppe bereitgestellt; ergänzt werden sie durch Berichte über den Bedarf an Drogenbehandlungen, opioidgestützte Substitutionstherapien sowie die Bereitstellung von Nadeln und Spritzen. Expertenbewertungen liefern zusätzliche Informationen zur Verfügbarkeit von Dienstleistungen, soweit formale strukturierte Datenbestände fehlen. Darüber hinaus fließen in dieses Kapitel die Auswertungen der wissenschaftlichen Belege zur Wirksamkeit der Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ein.

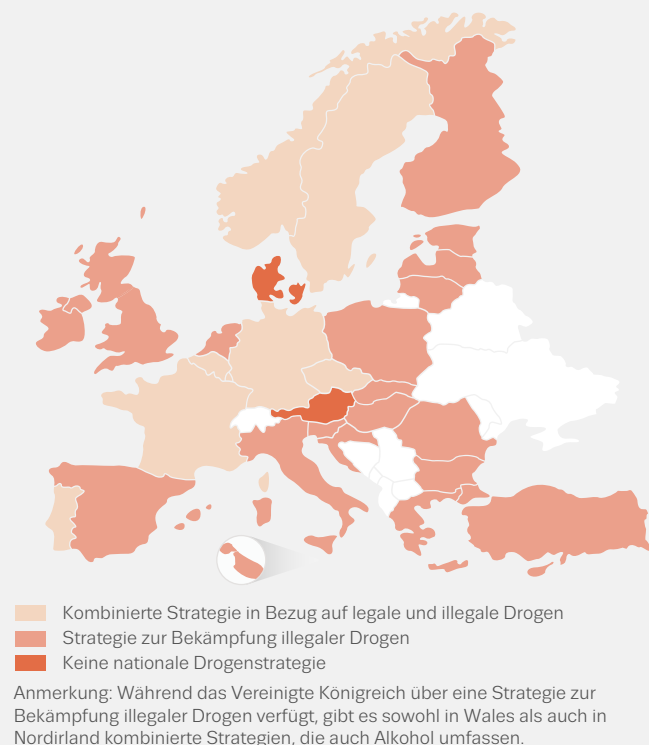
Ergänzende Informationen sind auf der Website der EMCDDA in den Profilen der gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen (Health and social responses profiles), dem Website-Bereich Statistical Bulletin, dem Portal für bewährte Verfahren (Best practice portal) und dem Website-Bereich zur Drogenpolitik und zum Drogenrecht (European drug policy and law) einsehbar.

Drogenstrategien auf nationaler und städtischer Ebene

Die europäische Drogenstrategie 2013-2020 und die dazugehörigen Aktionspläne bieten einen Rahmen für eine koordinierte Reaktion auf die Drogenproblematik in

ABBILDUNG 3.1

Nationale Drogenstrategien und -aktionspläne: Verfügbarkeit und Umfang



Europa. Auf nationaler Ebene spiegelt sich dies in den nationalen Drogenstrategien, im budgetären Rahmen und in den Aktionsplänen wider. Sie werden für einen begrenzten Zeitraum festgelegt und enthalten in der Regel allgemeine Grundsätze, Zielsetzungen und Prioritäten sowie genauere Angaben zu den Maßnahmen und den für ihre Umsetzung zuständigen Parteien. Derzeit verfügen alle Länder über eine nationale Drogenstrategie und in allen außer zwei Ländern ist diese in einem nationalen Drogenstrategiepapier niedergelegt. Die Ausnahmen sind Österreich, wo die Drogenstrategie in regionalen Plänen enthalten ist, und Dänemark, wo das Thema in einer Reihe von politischen Grundsatzpapieren und Aktionen behandelt wird. Nationale Strategien und Aktionspläne, die legale und illegale Drogen gleichermaßen berücksichtigen, wurden von acht Ländern aufgestellt (Abbildung 3.1). Zahlreiche Länder unterziehen ihre Drogenstrategien und Aktionspläne einer Evaluierung. Das Ziel der Evaluierung ist im Allgemeinen, die Veränderungen bei der Drogensituation insgesamt sowie den erreichten Grad der Umsetzung zu beurteilen.

Städtische Behörden in Europa sind oftmals für die Koordinierung der lokalen Drogenpolitik verantwortlich; in einigen Fällen verfügen sie dafür über ein eigenes Budget. In vielen Ländern gibt es zudem Planungsdokumente zur Unterstützung der politischen Umsetzung. Einer aktuellen EMCDDA-Studie zufolge verfügen zehn Hauptstädte über

eine spezielle Drogenstrategie, die in einigen Fällen von einem Aktionsplan ergänzt wird. Einige von ihnen deckten breite Themenbereiche ab, während sich andere auf ein bestimmtes Thema wie Todesfälle durch Überdosierung, Konsum von GHB oder Probleme im Zusammenhang mit offenen Drogenszenen konzentrierten. In einigen Städten ohne eine spezifische Drogenstrategie wurden drogenpolitische Ziele in umfassendere lokale Gesundheitsstrategien oder Strategien zur Verbrechensbekämpfung integriert. In anderen wiederum wurden drogenspezifische Themen in umfassenderen regionalen oder nationalen Grundsatzpapieren behandelt.

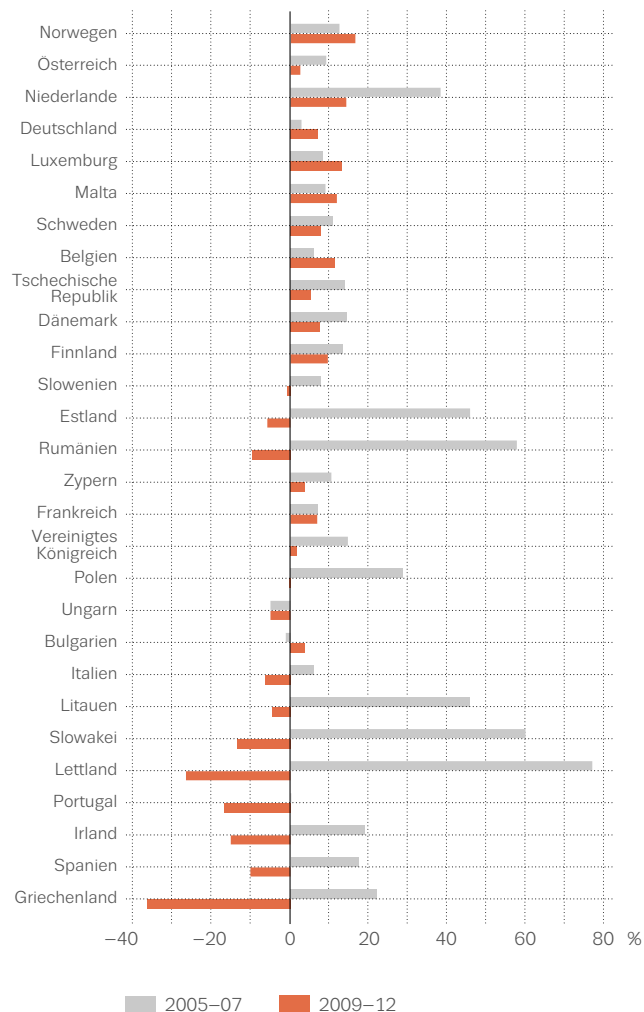
Auswirkungen der Sparpolitik auf gesundheitspolitische Maßnahmen

Die verfügbaren Informationen zu drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben in Europa auf lokaler und nationaler Ebene sind weiterhin spärlich und heterogen. In den 18 Ländern, die in den letzten zehn Jahren Schätzungen vorgenommen haben, sollen die drogenbedingten öffentlichen Ausgaben schätzungsweise zwischen 0,01 % und 0,5 % des Bruttoinlandsprodukts liegen, wobei zwischen 24 % und 73 % der drogenbezogenen Gesamtausgaben auf gesundheitspolitische Maßnahmen entfallen. Die Unterschiede bei Umfang und Qualität der Schätzungen erschweren einen Vergleich der drogenbezogenen öffentlichen Ausgaben zwischen den einzelnen Ländern.

Im Zuge des Konjunkturrückgangs im Jahr 2008 führten viele europäische Regierungen Maßnahmen zur Haushaltskonsolidierung - oft als Sparmaßnahmen bezeichnet - ein. Die Dimension des wirtschaftlichen Rückgangs, seine Auswirkungen sowie die zeitliche Planung und der Umfang der finanzpolitischen Maßnahmen sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. In vielen Ländern führten die Sparmaßnahmen zu Haushaltskürzungen in jenen Bereichen staatlichen Handelns, in denen der Großteil der Initiativen im Drogenbereich angesiedelt ist. Die von der EMCDDA durchgeführte Analyse ergab, dass umfassendere Kürzungen insgesamt häufiger im Gesundheitssektor registriert wurden als in anderen Bereichen, wie öffentliche Ordnung oder Sicherheit und Sozialschutz. Die Daten für den Zeitraum 2009-2012 zeigen, dass im Vergleich zum vor dem Abschwung liegenden Zeitraum 2005-2007 die öffentlichen Ausgaben für den Gesundheitssektor in den meisten Ländern zurückgegangen sind; so verzeichneten viele europäische Länder einen Rückgang von mehr als zehn Prozentpunkten, bei konstanten Preisen (Abbildung 3.2). Da drogenbezogene Gesundheitsausgaben einen geringen Anteil an den öffentlichen Gesamtausgaben für den Gesundheitssektor ausmachen (oftmals betragen sie weniger als 1 %), lassen sich Trends in Bezug auf

ABBILDUNG 3.2

Geschätzter kumulierter Anstieg der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen (2005-2007 und 2009-2012) zu konstanten Preisen



Quelle: Eurostat

drogenbezogene Budgets nicht unmittelbar aus diesen Daten ableiten. Dennoch dürften sich die Kürzungen bei den Gesundheitsausgaben negativ auf Initiativen im Drogenbereich auswirken, und die Berichterstattung der EMCDDA deutet darauf hin, dass die Mittelausstattung der Bereiche Drogenforschung und Präventionsmaßnahmen in besonderem Maße betroffen ist.

Die Verhinderung des Drogenkonsums und der damit zusammenhängenden Probleme unter jungen Menschen ist ein zentrales politisches Ziel

Drogenprävention bei jungen Menschen

Die Verhinderung des Drogenkonsums und der damit zusammenhängenden Probleme unter jungen Menschen ist ein zentrales politisches Ziel und eine der Säulen der europäischen Drogenstrategie 2013-2020. Drogenprävention 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 ein größeres Risiko besteht, dass es zu Problemen infolge von Drogenkonsum kommt, und die indizierte Prävention legt den Schwerpunkt auf bestimmte gefährdete Personen. Im Laufe der letzten zehn Jahre hat die Verfügbarkeit von Qualitätsstandards, die die Umsetzung von Maßnahmen und bewährten Verfahren unterstützen können, zugenommen. Das Projekt für europäische Qualitätsstandards zur Suchtprävention (European Drug Prevention Quality Standards Project) stellt eine Reihe von Instrumenten zur Unterstützung der Umsetzung von Standards in diesem Bereich zur Verfügung.

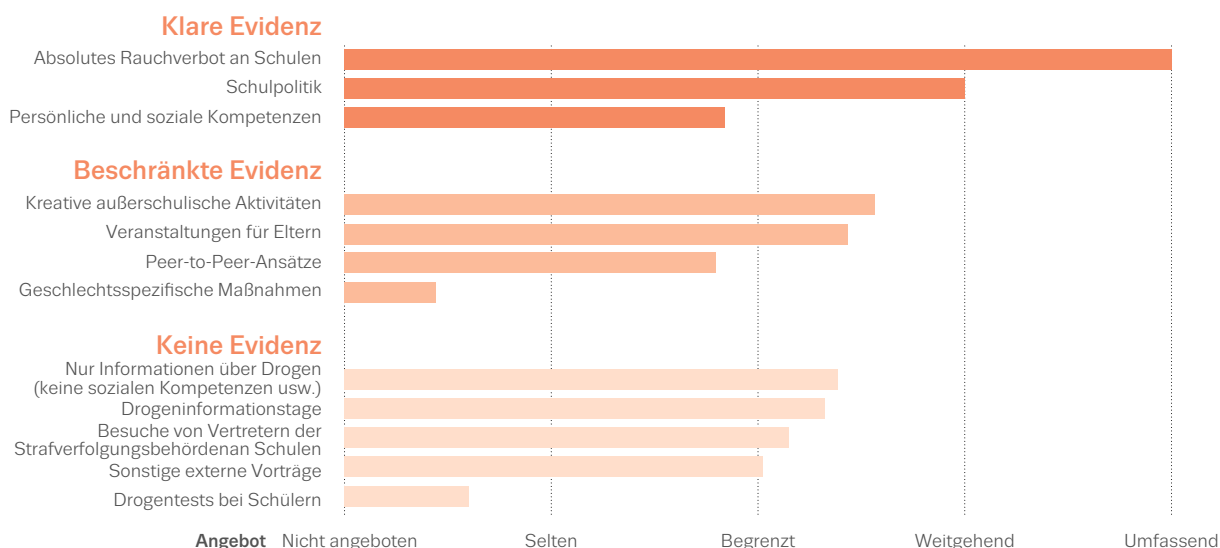
Für einige Präventionsansätze, die im schulischen Bereich umgesetzt werden können, existiert eine relativ robuste Evidenzbasis. Während aus den einzelnen Ländern eine umfassende Umsetzung von Rauchverboten und Drogenstrategien an Schulen - Ansätze, für die eine Evidenzbasis existiert - gemeldet wird, werden Präventionsansätze, die ausschließlich auf der Bereitstellung von Informationen beruhen, ebenfalls als relativ weit verbreitet angegeben (Abbildung 3.3). Die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen kann in pädagogischer Hinsicht von Bedeutung sein; jedoch gibt es kaum Hinweise, die darauf schließen lassen, dass diese Form der Prävention Auswirkungen auf das künftige Drogenkonsumverhalten hat.

An einigen Schulen werden Früherkennungs- und Frühinterventionsansätze genutzt, die häufig auf der Bereitstellung von Beratungsleistungen für junge Drogenkonsumenten beruhen. Ein kanadisches Programm (Preventure), das sich an junge Trinker richtet, die immer auf der Suche nach neuen Eindrücken sind („sensation-seeking“), wurde positiv bewertet und im Hinblick auf seine Anwendung in der Tschechischen Republik, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich angepasst.

Im Hinblick auf die Bereitstellung von Präventionsmaßnahmen für bestimmte gefährdete Gruppen werden Ansätze, die sich an Familien mit Problemen im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch richten, die Maßnahmen für Schüler mit sozialen und schulischen Problemen bereitstellen und die Maßnahmen

ABBILDUNG 3.3

Schulbasierte Drogenpräventionsmaßnahmen: Verfügbarkeit und Nachweis der Wirksamkeit (europäische Durchschnittswerte basierend auf Expertenbewertungen, 2013)



Anmerkung: Die Aussagen zur Belegbarkeit basieren auf dem Portal der EMCDDA für bewährte Verfahren Best practice portal und den UNODC-Evidenzstandards.

für junge Straftäter umfassen, als Ansätze mit der höchsten Verfügbarkeit angegeben. Bemerkenswert ist das an junge Straftäter gerichtete Programm FreD, das auf handbuchgestützten Maßnahmen aufbaut und in 15 EU-Mitgliedstaaten eingeführt wurde. Eine Evaluierung dieses Programms lässt einen Rückgang der Rückfallquoten erkennen.

Neue Drogen und neue Herausforderungen

In den europäischen Ländern waren die ersten Reaktionen auf das Aufkommen neuer psychoaktiver Substanzen vorwiegend regulatorischer Art und konzentrierten sich auf die Bekämpfung des Drogenangebots mithilfe von Rechtsinstrumenten. Die Entwicklung zielgerichteter Bildungs- und Präventionsmaßnahmen sowie Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen für Fachleute erhält jedoch zunehmende Aufmerksamkeit. Außerdem neigen Dienste, die im Club- und Freizeitbereich tätig sind, dazu, ihre Gegenmaßnahmen in Bezug auf neue Substanzen in bereits bestehende Ansätze zu integrieren. Das Internet ist als Plattform für die Bereitstellung von Informationen und Beratung ebenfalls von wachsender Bedeutung. Eine Entwicklung war in diesem Zusammenhang die Nutzung von „aufsuchenden“ Online-Interventionen, um neue Zielgruppen zu erreichen. Beispiele hierfür sind konsumentenorientierte Initiativen, wie Foren und Blogs, die Informationen und Beratung zum Schutz der Konsumenten zur Verfügung stellen. In einigen Fällen wurden diese Interventionen mit Drogentest- und Pillenüberprüfungsangeboten verbunden, deren Ergebnisse und Botschaften zur Schadensminimierung online verfügbar gemacht wurden.

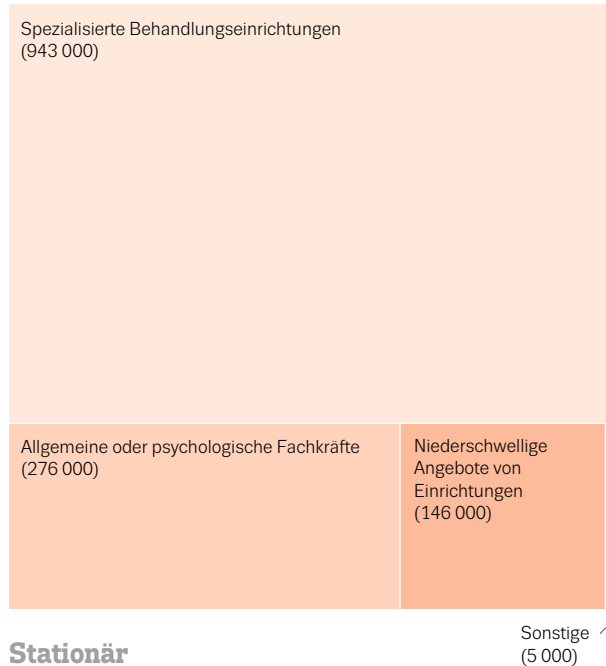
Gegenwärtig sind neue psychoaktive Substanzen in Europa nicht mit einer signifikanten Nachfrage nach spezialisierten Behandlungsangeboten verbunden, gleichwohl sind in einigen Ländern mittlerweile Entwicklungen in Bezug auf entsprechende Angebote zu beobachten. Das Aufkommen neuer Drogen hat sich in den einzelnen Ländern auf unterschiedliche Weise manifestiert und die nationalen Gegenmaßnahmen spiegeln diese Unterschiede wider. In Ungarn und Rumänien, wo der injizierende Konsum von Cathinonen gemeldet wurde, spielen Angebote für den Austausch von Nadeln und Spritzen eine wichtige Rolle. Im Vereinigten Königreich, wo Mephedronkonsum in erheblichem Umfang festgestellt wurde, gibt es spezielle „Clubdrogen-Kliniken“, die sich an diese Patientengruppe richten. Ferner werden entsprechende Behandlungsleitlinien ausgearbeitet.

Das Internet ist als Plattform für die Bereitstellung von Informationen und Beratung von wachsender Bedeutung

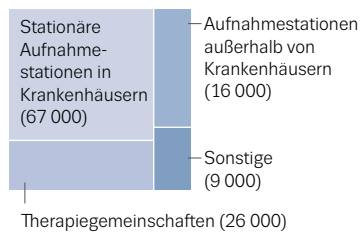
ABBILDUNG 3.4

Zahl der Personen, die 2013 in Europa eine Drogenbehandlung erhielten, nach Behandlungsumfeld

Ambulant



Stationär



Haftanstalten

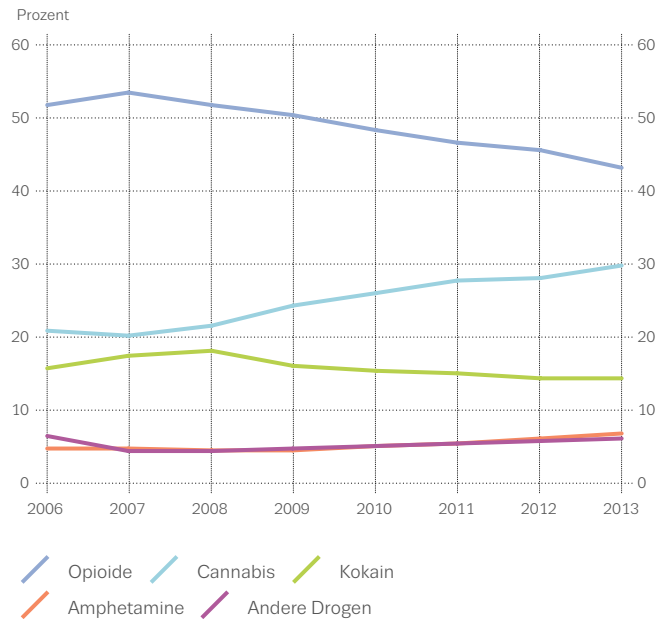
(35 000)

Die meisten Drogenbehandlungen erfolgen ambulant

Die meisten Drogenbehandlungen in Europa erfolgen ambulant, beispielsweise in speziellen ambulanten Behandlungseinrichtungen, die der größte Anbieter entsprechender Behandlungen in Bezug auf die Zahl der erreichten Drogenkonsumenten sind, gefolgt von allgemeinen Gesundheitseinrichtungen (Abbildung 3.4). Dazu gehören hausärztliche Praxen, was deren Rolle bei der Verschreibung von Opioidsubstitutionstherapien in einigen großen Ländern, wie Deutschland und Frankreich, widerspiegelt. Ein erheblicher Teil der Drogenbehandlungen in Europa erfolgt zudem in stationären Einrichtungen, wie z. B. stationären Aufnahmestationen in Krankenhäusern (z. B. psychiatrischen Krankenhäusern), therapeutischen Gemeinschaften und speziellen stationären Therapieeinrichtungen. Die relative Bedeutung ambulanter und stationärer Angebote innerhalb der nationalen Behandlungssysteme variiert von Land zu Land erheblich. Ferner gibt es in vielen Ländern niederschwellige

ABBILDUNG 3.5

Trends in Prozent der Patienten, die spezialisierte Drogenbehandlungsdienste in Anspruch nehmen, nach Primärdrugs



Angebote, auch wenn viele von ihnen keine strukturierte Behandlung beinhalten; in einigen Ländern, wie Frankreich und der Tschechischen Republik, gelten diese Agenturen als integraler Bestandteil des nationalen Behandlungssystems.

Es wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2013 in Europa 1,6 Millionen Menschen wegen des Konsums illegaler Drogen in Behandlung waren (1,4 Millionen in der Europäischen Union). Diese Zahl liegt um 0,3 Millionen über der Schätzung für das Jahr 2012. Der Anstieg ist zum Teil auf verbesserte Meldeverfahren und neue Daten zurückzuführen, insbesondere auch auf die Berücksichtigung von 200 000 in der Türkei ambulant behandelten Patienten.

Die Daten aus der Beobachtung der Patienten, die eine Behandlung begannen, zeigen, dass Cannabis- und Kokainkonsumenten nach Opioidkonsumenten die zweit- und drittgrößte Gruppe von Personen sind, die spezialisierte Drogentherapieangebote annehmen (Abbildung 3.5). Psychosoziale Maßnahmen sind der Behandlungsweg, der bei diesen Patienten am häufigsten eingeschlagen wird.

Die meisten Drogenbehandlungen in Europa erfolgen ambulant

ABBILDUNG 3.6

Opioidsubstitutionstherapie: der am häufigsten eingeschlagene Behandlungsweg, doch die Zahlen sinken

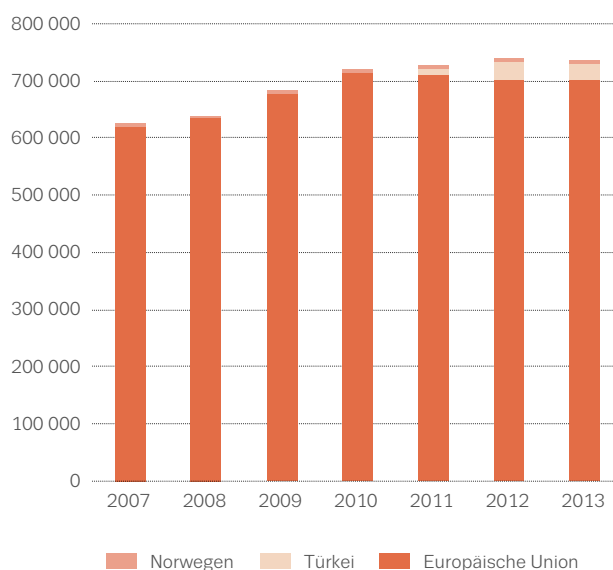
Opioidkonsumenten bilden unter den Personen, die sich in Europa einer spezialisierten Behandlung unterziehen, die größte Gruppe und nutzen den größten Anteil an vorhandenen Behandlungsressourcen. Eine Substitutionstherapie, üblicherweise in Kombination mit psychosozialer Betreuung, stellt die häufigste Form der Behandlung von Opioidabhängigen dar. Dieser Ansatz wird durch die verfügbaren Erkenntnisse gestützt, mit positiven Ergebnissen in Bezug auf die Behandlungsverweildauer, einen rückläufigen illegalen Opioidkonsum, auf gemeldetes Risikoverhalten und einen Rückgang bei drogenbedingten Schädigungen und Mortalität.

Methadon ist mit einem Anteil von zwei Dritteln (69 %) der Substitutionspatienten das am häufigsten verschriebene Opioidsubstitutionsmittel. Weiteren 28 % der Patienten wird Buprenorphin verschrieben, das in sechs Ländern das wichtigste Substitutionsmittel darstellt. Andere Substanzen, wie etwa Morphin in Retardform (mit langsamer Wirkstofffreisetzung) und Diacetylmorphin (Heroin) werden in Europa nur gelegentlich verschrieben; so sollen schätzungsweise 3 % der Substitutionspatienten diese Substanzen erhalten.

Schätzungsweise 700 000 Opioidkonsumenten erhielten 2013 in der Europäischen Union eine Substitutionstherapie. Seit 2011 ist bei diesen Daten ein leichter Abwärtstrend zu beobachten (Abbildung 3.6). Zwischen 2010 und 2013 wurde der stärkste relative Rückgang in der Tschechischen Republik (41 %, auf Schätzungen basierend) sowie in Zypern (39 %) und Rumänien (36 %) beobachtet. Der stärkste Anstieg im selben Zeitraum wurde dagegen in Polen (80 %, von einem niedrigen Niveau aus) und Griechenland (59 %) festgestellt. Unter Berücksichtigung der Daten aus der Türkei und Norwegen steigt die Schätzung für diejenigen Personen, die im Jahr 2013 eine Substitutionstherapie erhielten, auf 737 000.

Opioidkonsumenten bilden unter den Personen, die sich in Europa einer spezialisierten Behandlung unterziehen, die größte Gruppe

Trends bei der Zahl der Patienten in Opioid-Substitutionstherapie



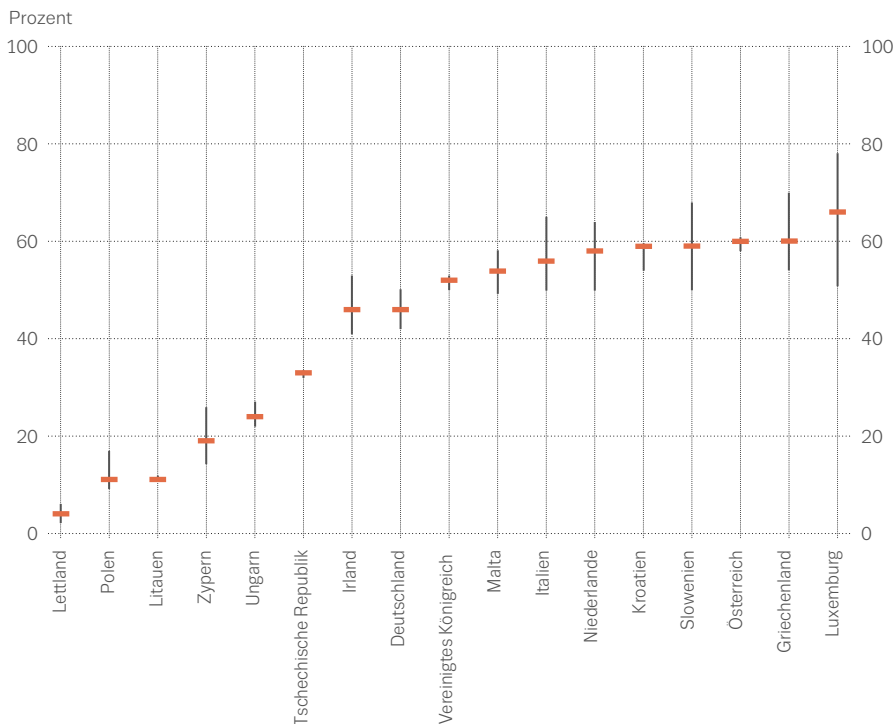
Mehr als die Hälfte der Opioidkonsumenten befindet sich in einer Substitutionstherapie

Der Abdeckungsbereich der Opioid-Substitutionstherapie - der Anteil der Behandlungsbedürftigen, die eine Behandlung erhalten - wird auf mehr als 50 % der problematischen Opioidkonsumenten in Europa geschätzt. Dieser Schätzwert ist zwar aus methodischen Gründen mit Vorsicht zu betrachten, doch steht bzw. stand in zahlreichen Ländern die Mehrheit der Opioidkonsumenten in Kontakt mit den Behandlungsdiensten. Auf nationaler Ebene weisen die Abdeckungsraten allerdings nach wie vor erhebliche Unterschiede auf; die niedrigsten geschätzten Raten (ungefähr 10 % oder weniger) werden aus Lettland, Polen und Litauen gemeldet (Abbildung 3.7).

Alternative Behandlungsangebote für Opioidkonsumenten sind - wenn auch weniger weit verbreitet - in allen europäischen Ländern verfügbar. In den zehn Ländern, zu denen ausreichendes Datenmaterial vorliegt, bewegt sich der Abdeckungsbereich der Behandlungskonzepte ohne Substitutionsmedikation im Allgemeinen im Bereich zwischen 4 % und 71 % aller behandelten problematischen Opioidkonsumenten.

ABBILDUNG 3.7

Prozentualer Anteil der problematischen Opioidkonsumenten, die sich in Substitutionstherapie befinden (Schätzung)



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

ABBILDUNG 3.8

Reaktion auf unterschiedliche Bedürfnisse durch zielgerichtete Maßnahmen

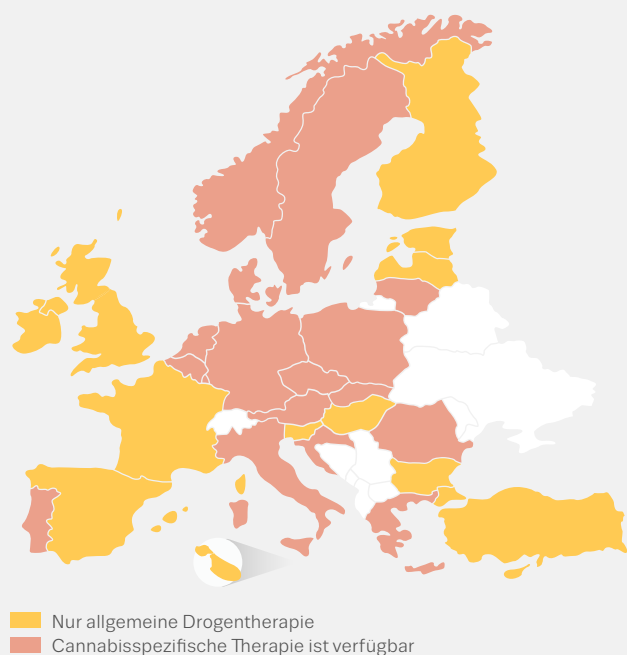
Zielgerichtete Maßnahmen können den Zugang zu Behandlungen erleichtern und sicherstellen, dass den Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen Rechnung getragen wird. Die verfügbaren Informationen deuten darauf hin, dass dieser Ansatz sich derzeit am häufigsten an junge Drogenkonsumenten, vom Strafsystem überwiesene Personen und Schwangere richtet (Abbildung 3.8). Zielgerichtete Programme für obdachlose Drogenkonsumenten, ältere Drogenkonsumenten sowie lesbische, homosexuelle, bisexuelle und Transgender-Drogenkonsumenten werden seltener angeboten, obwohl viele Länder einen Bedarf für diese Art von Angeboten melden.

Verfügbarkeit von Drogentherapieprogrammen für Zielgruppen in Europa (Expertenbewertungen, 2013)



ABBILDUNG 3.9

Vorhandensein spezialisierter Therapieprogramme für Cannabiskonsumenten in europäischen Ländern



Cannabisspezifische Behandlungen werden in der Hälfte der Länder angeboten

Angebote cannabispezifischer Behandlungen sind in Europa zunehmend verfügbar; aus der Hälfte der Länder wird mittlerweile ihre Verfügbarkeit gemeldet. In den übrigen Ländern werden cannabispezifische Behandlungen im Rahmen allgemeiner Suchtprogramme angeboten (Abbildung 3.9). Angebote für Cannabiskonsumenten können sehr unterschiedlich sein, von online erbrachten Kurzinterventionen bis zu langfristigen therapeutischen Behandlungen in spezialisierten Einrichtungen. Obwohl ein Großteil der Behandlungen für diese Gruppe in gemeinschaftlichem oder ambulantem Umfeld erfolgt, ist dies nicht immer der Fall; den Meldungen zufolge hat etwa ein Fünftel der Personen, die eine stationäre spezialisierte Drogenbehandlung beginnen, ein Problem mit Cannabis als Primärdroge.

Bei der Behandlung von cannabisbedingten Problemen wird auf psychosoziale Ansätze zurückgegriffen; familienbasierte Maßnahmen finden oft bei Jugendlichen Anwendung, während bei Erwachsenen kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen zum Einsatz kommen. Die vorliegenden Daten sprechen für den Einsatz einer Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie, motivierender Gesprächsführung und Kontingenzmanagement. Gewisse Anzeichen sprechen

auch für eine multidimensionale Familientherapie für junge Cannabiskonsumenten.

Internetbasierte Maßnahmen haben die Reichweite und die geografische Abdeckung von Cannabisprogrammen erhöht. Diese Maßnahmen bieten eine neue Möglichkeit, Menschen mit Drogenproblemen zu erreichen, und haben das Potenzial, auch Konsumentengruppen zu erfassen, die gegenwärtig nicht mit speziellen Betreuungsdiensten für Drogenabhängige in Kontakt stehen.

Maßgeschneiderte Therapien für alternde Drogenkonsumenten

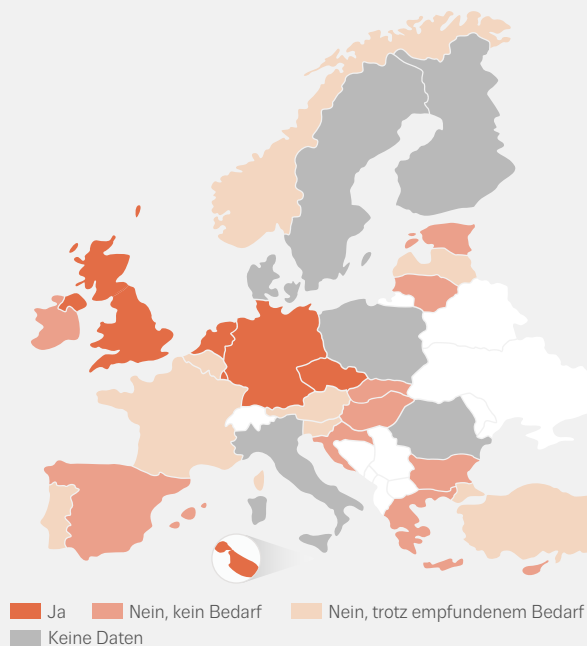
Demografische Trends unter den Gruppen der problematischen Drogenkonsumenten in Europa werfen wichtige Fragen bezüglich der Angemessenheit drogentherapeutischer Maßnahmen für alternde Patienten auf. Schon bald wird die Mehrheit der behandelten problematischen Opioidkonsumenten älter als 40 Jahre sein. Neben drogeninduzierten Gesundheitsproblemen leiden Opioidkonsumenten auch zunehmend unter altersbedingten Gesundheitsproblemen, die oftmals durch den Lebensstil betreffende Faktoren noch verschlimmert werden. Benötigt werden klinische Leitlinien, die den demografischen Wandel unter Europas problematischen Opioidkonsumenten berücksichtigen. Dies wird der klinischen Praxis in einer Zeit zugutekommen, in der Komplexität und Bedeutung der Problematik rund um Wechselwirkungen von Drogen, Einnahmewege, „Mitnahme“-Dosen und Schmerztherapien zunehmen.

Wenige Länder melden die Verfügbarkeit zielgerichteter Programme für ältere Drogenkonsumenten. Diese Patientengruppe wird in der Regel in bestehende Drogentherapieangebote einbezogen (siehe Abbildung 3.10). Allerdings haben sowohl Deutschland als auch die Niederlande Altenpflegeheime eingerichtet, die an die Bedürfnisse älterer Drogenkonsumenten angepasst sind. In Zukunft müssen Drogentherapie- und Betreuungsprogramme geändert und weiterentwickelt werden, um eine angemessene Betreuung für diese alternde Kohorte sicherzustellen. Dies erfordert die Schulung von Fachpersonal und eine Veränderung des

Wenige Länder melden die Verfügbarkeit zielgerichteter Programme für ältere Drogenkonsumenten

ABBILDUNG 3.10

Verfügbarkeit zielgerichteter Programme für ältere Drogenkonsumenten (Expertenbewertungen, 2013)



Betreuungsangebots. Da diese Patientengruppe vom allgemeinen Gesundheitssystem eher unzureichend erfasst wird und bei drogenbedingten Infektionen eine geringe Therapieeinhaltung zeigt, ist ein multidisziplinärer Ansatz, der nach Abschluss der Drogentherapie weiterverfolgt wird, von entscheidender Bedeutung.

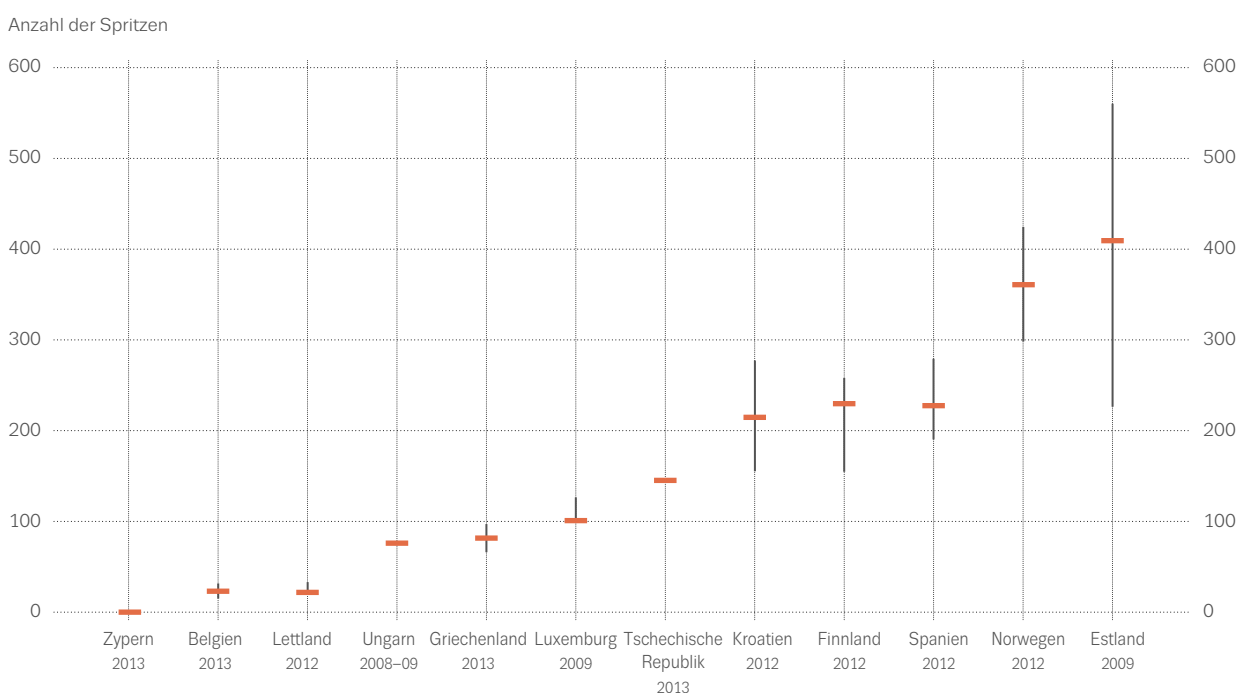
Vorbeugende Maßnahmen gegen die Verbreitung von Infektionskrankheiten

Für Drogenkonsumenten und insbesondere injizierende Drogenkonsumenten besteht die Gefahr der Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch die gemeinsame Nutzung des für den Konsum erforderlichen Materials und durch ungeschützten Geschlechtsverkehr. Die Verhinderung der Übertragung von HIV, Virushepatitis und anderen Infektionskrankheiten ist daher ein wichtiges Ziel der europäischen Drogenpolitik. Bei injizierenden Opioidkonsumenten führt eine Substitutionstherapie zur Verringerung des gemeldeten Risikoverhaltens, wobei aus verschiedenen Studien hervorgeht, dass sich diese schützende Wirkung bei einer Kombination mit Nadel- und Spriztentauschprogrammen offenbar noch erhöht.

Zwischen 2007 und 2013 stieg die gemeldete Zahl der über spezialisierte Programme verteilten Spritzen in 24 Ländern, die 48 % der EU-Bevölkerung stellen, von

ABBILDUNG 3.11

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



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

ABBILDUNG 3.12

Zusammenfassende Indikatoren eines potenziell erhöhten HIV-Infektionsrisikos bei injizierenden Drogenkonsumenten



Für Informationen siehe die ergänzende Online-Tabelle: online supplementary table.

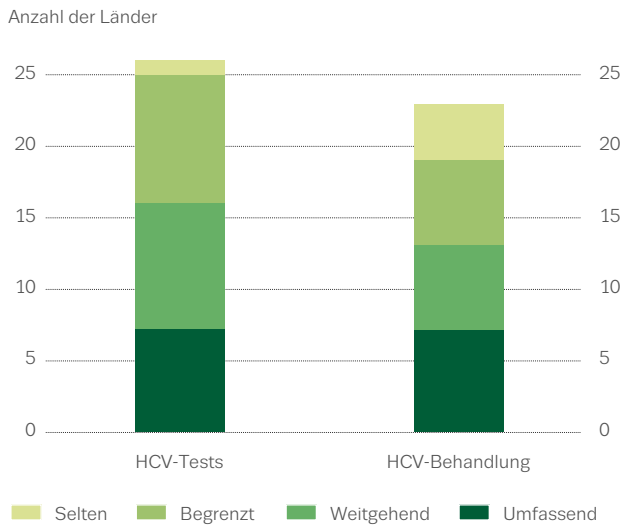
43 Millionen auf 49 Millionen. Auf Länderebene zeichnet sich ein uneinheitlicheres Bild ab; etwa die Hälfte aller Länder meldet eine steigende Zahl der bereitgestellten Spritzen, die andere Hälfte eine rückläufige Zahl. In den zwölf Ländern, für die neuere Schätzungen zur Prävalenz des injizierenden Konsums vorliegen, bewegte sich die gemeldete Zahl der Spritzen, die im Jahr 2013 über spezialisierte Programme ausgegeben wurden, zwischen weniger als einer in Zypern und mehr als 300 pro injizierendem Drogenkonsumenten in Estland und Norwegen (Abbildung 3.11).

Während sich überall in Europa der Abdeckungsbereich von vorbeugenden Maßnahmen gegen HIV-Infektionen ausgeweitet hat, haben wichtige Gruppen von injizierenden Drogenkonsumenten nach wie vor nur eingeschränkten Zugang zu entsprechenden Angeboten. Abbildung 3.12 gibt einen Überblick über verschiedene besonders relevante Indikatoren für potenzielle Risiken. Auf der Grundlage dieser einfachen Analyse verzeichnet rund ein Drittel der Länder ein erhöhtes Risiko - ein Umstand, der anhaltende Wachsamkeit und die Ausweitung der vorbeugenden Maßnahmen gegen HIV-Infektionen geboten erscheinen lässt.

Verbesserte Behandlung von Hepatitis C

Vorbeugende Maßnahmen gegen die Übertragung des Hepatitis C-Virus ähneln den Maßnahmen bei HIV. Auf politischer Ebene wurde in einer steigenden Zahl von Ländern die Einführung spezieller Hepatitis-C-Strategien eingeleitet bzw. wird diese derzeit vorbereitet. Initiativen zu Untersuchungen injizierender Drogenkonsumenten und zu deren Beratung sind in den letzten Jahren häufiger geworden, finden aber nach wie vor nur in begrenztem Umfang statt. Neue Diagnose-Tools (wie der Fibroscan) wurden eingeführt, und neue Arzneimittel haben die Behandlungsdauer und unerwünschte Nebenwirkungen reduziert, um die Compliance zu erhöhen. Trotz zunehmender Indizien für die Wirksamkeit antiviraler Behandlungen von Hepatitis C bei infizierten injizierenden Drogenkonsumenten sind diese den Meldungen zufolge in einer Reihe von Ländern weiterhin nur in begrenztem Umfang verfügbar (siehe Abbildung 3.13). Zum Teil mag dies mit den hohen Kosten der neuen Arzneimittel zusammenhängen.

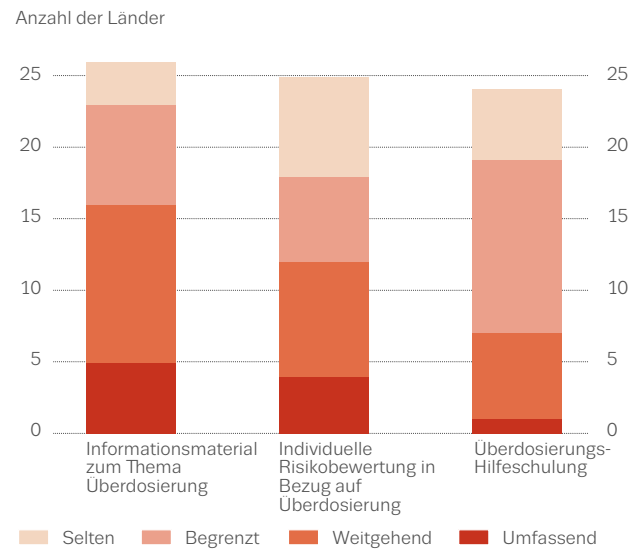
ABBILDUNG 3.13

**Verfügbarkeit von Hepatitis C-Virustests und Behandlungen
(Expertenbewertungen, 2013)****Verhinderung von Überdosierungen und
drogenbedingten Todesfällen**

Die Verringerung der Zahl tödlicher Überdosierungen und anderer drogenbedingter Todesfälle ist und bleibt eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik in Europa. Zielgerichtete Maßnahmen in diesem Bereich konzentrieren sich entweder darauf, Überdosierungen zu vermeiden, oder aber die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer Überdosierung zu erhöhen. Eine Drogentherapie, vor allem eine opioidgestützte Substitutionstherapie, beugt Überdosierungen vor und verringert das Mortalitätsrisiko von Drogenkonsumenten.

Unter einer Auswahl von Maßnahmen zur Verhinderung drogenbedingter Todesfälle wird die Bereitstellung von Informationen und Materialien zur Verhinderung von Überdosierungen als die am häufigsten verfügbare Maßnahme angegeben (Abbildung 3.14). Schulungen im Umgang mit Überdosierungen, einschließlich der Verabreichung des Opioidantagonisten Naloxon, können im Falle einer Überdosierung lebensrettend sein. Allerdings ist diese Art der Maßnahme weniger weit verbreitet. Neue WHO-Richtlinien empfehlen nachdrücklich, dass Personen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit bei einer Überdosierung zugegen sind, Zugang zu Naloxon und Anleitungen zu seiner Verabreichung erhalten sollten, damit sie es im Rahmen des Notfallmanagements bei Verdacht auf Opioid-Überdosierung anwenden können. Systeme zur Verabreichung von Naloxon existieren mittlerweile in sieben Ländern; in den letzten Jahren wurden in Dänemark, Estland und Norwegen - Länder, in denen Überdosierungen häufig sind - neue Systeme eingerichtet. Eine aktuelle Studie aus Schottland (Vereinigtes Königreich) ergab, dass die häufigere Verteilung

ABBILDUNG 3.14

**Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Bekämpfung drogeninduzierter
Todesfälle (Expertenbewertungen, 2013)**

von Naloxon-Sets an „gefährdete“ Strafgefangene zum Zeitpunkt der Freilassung mit einer deutlichen Reduzierung der opioidbedingten Todesfälle in den ersten vier Wochen nach der Haftentlassung einher ging.

Eines der Ziele überwachter Drogenkonsumeinrichtungen ist die Reduzierung des Auftretens von Überdosierungen und die Erhöhung der Überlebenschancen im Falle einer Überdosierung. Derzeit werden in sechs Ländern derartige Einrichtungen betrieben (insgesamt 70). In den letzten Jahren wurden einige dieser Einrichtungen wegen rückläufiger Nachfrage geschlossen.

**Gesundheit von Strafgefangenen: umfassende
Maßnahmen erforderlich**

Angaben von Strafgefangenen zufolge ist ihre Lebenszeitprävalenz höher als die der Allgemeinbevölkerung, während sie gleichzeitig

**Eine Drogentherapie,
vor allem eine opioidgestützte
Substitutionstherapie,
beugt Überdosierungen
vor und verringert das
Mortalitätsrisiko von
Drogenkonsumenten**

schädlichere Konsummuster verzeichnen. Jüngste Studien belegen, dass zwischen 6 % und 31 % der Strafgefangenen mindestens einmal Drogen injiziert haben. Bei Antritt der Freiheitsstrafe reduzieren die meisten Drogenkonsumenten ihren Konsum oder stellen ihn gänzlich ein. Allerdings gelangen illegale Drogen in viele Strafvollzugsanstalten, so dass einige der Insassen auch weiterhin Drogen konsumieren oder mit dem Konsum beginnen. Hohe Raten von Hepatitis C-Infektionen und anderen Infektionskrankheiten wurden ebenfalls unter Häftlingspopulationen festgestellt. Die hohe Inzidenz von Drogenproblemen unter Strafgefangenen weist darauf hin, dass Gesundheitsbeurteilungen bei Haftantritt eine wichtige Maßnahme darstellen. Die WHO empfahl jüngst die Bereitstellung eines Pakets von Präventionsmaßnahmen, das kostenlose und freiwillige Tests auf Infektionskrankheiten, die Verteilung von Kondomen und sterilem Spritzbesteck, Angebote zur Behandlung von Infektionskrankheiten und Angebote zur Behandlung von Drogensucht umfasst.

In den meisten Ländern wurden einrichtungsübergreifende Partnerschaften zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen in den Strafvollzugsanstalten und Anbietern in den Kommunen eingerichtet. Diese Partnerschaften führen in Gefängnissen Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung und Behandlung durch und sorgen für die Kontinuität der Betreuung nach dem Antritt der Haftstrafe sowie nach der Entlassung. Im Allgemeinen fallen die Gesundheitsversorgungsleistungen in Strafvollzugsanstalten in die Zuständigkeit der Justiz- oder Innenministerien. In einigen Ländern liegt die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten mittlerweile allerdings beim Gesundheitsministerium, wodurch die weitergehende Integration in die allgemeinen Gesundheitsfürsorgeleistungen in der Kommune erleichtert wird.

Opioidsubstitutionstherapien in Strafvollzugsanstalten werden gegenwärtig in 26 der 30 Länder durchgeführt, die von der EMCDDA beobachtet werden, allerdings wurden 2013 aus drei dieser Länder keine Maßnahmen gemeldet. Insgesamt ist offenbar ein Anstieg bei der Abdeckung der Häftlingspopulationen zu verzeichnen, was die weit verbreitete Verfügbarkeit dieser Maßnahme in der Gemeinschaft widerspiegelt. Es sind jedoch Zulassungsbeschränkungen möglich. So werden in der Tschechischen Republik und in Lettland Substitutionstherapien nur denjenigen Strafgefangenen gewährt, die bereits vor ihrer Inhaftierung eine Verordnung für eine Therapie erhalten hatten. Die Bereitstellung von sauberem Spritzbesteck ist weniger stark verbreitet, nur vier Länder meldeten entsprechende Angebote in Strafanstalten.

**Die hohe Inzidenz von
Drogenproblemen unter
Strafgefangenen weist
darauf hin, dass
Gesundheitsbeurteilungen
bei Haftantritt eine wichtige
Maßnahme darstellen**

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

2014

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

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

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

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

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

2012

Reduzierung der Drogennachfrage: Globale Erkenntnisse als Grundlage für lokales Handeln, Drogen im Blickpunkt.

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

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

Veröffentlichungen der EMCDDA und des ECDC

2011

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

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

Anhang

**Die hier präsentierten nationalen
Daten wurden dem Statistical
Bulletin der EMCDDA entnommen
und bilden einen Teil der Datensätze
dieses Bulletins, das weitere Daten,
Jahre, Anmerkungen und Metadaten enthält**

TABELLE A1

OPIOIDE

Land	Schätzung des problematischen Opioidkonsums	Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdrugs						Patienten in Substitutionsbehandlung
		Opioidpatienten (in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Opioidpatienten (Haupteinnahmeweg)			
		Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben	
Fälle je 1 000	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	Anzahl	
Belgien	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgarien	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Tschechische Republik	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Dänemark	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Deutschland	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estland	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irland	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Griechenland	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Spanien	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Frankreich	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Kroatien	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Italien	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Zypern	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Lettland	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Litauen	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luxemburg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Ungarn	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Niederlande	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Österreich	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Polen	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugal	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Rumänien	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Slowenien	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Slowakei	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finnland	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Schweden	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Vereinigtes Königreich	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Türkei	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norwegen	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Europäische Union	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
EU, Türkei und Norwegen	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

Jahr und Methode der Schätzung für problematischen Opioidkonsum unterscheiden sich von Land zu Land. Der Indikator Behandlungsnachfrage überwacht die Behandlungsaufnahmen innerhalb eines Jahres.

TABELLE A2

KOKAIN

	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdrugs					
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Kokainpatienten (in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Kokainpatienten (Haupteinnahmeweg)		
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben	Alle Patienten	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben
Land	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgarien	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Dänemark	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Deutschland	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estland	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irland	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Griechenland	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Spanien	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Frankreich	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Kroatien	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Italien	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Zypern	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Lettland	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Ungarn	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Niederlande	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Österreich	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Polen	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugal	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Rumänien	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Slowenien	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Slowakei	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finnland	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Schweden	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Vereinigtes Königreich	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Türkei	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norwegen	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Europäische Union	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung werden repräsentativen nationalen Erhebungen entnommen. Jahr und Methode der Erhebung unterscheiden sich von Land zu Land.

Prävalenzschätzungen für Schüler werden nationalen Schülerumfragen oder dem ESPAD-Projekt entnommen.

TABELLE A3

AMPHETAMINE

	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdrugs					
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Amphetaminpatienten (in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Amphetaminpatienten (Haupteinnahmeweg)		
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben
Land	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgarien	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Dänemark	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Deutschland	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Estland	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irland	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Griechenland	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spanien	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Frankreich	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Kroatien	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italien	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Zypern	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Lettland	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Litauen	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Ungarn	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Niederlande	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Österreich	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Polen	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugal	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Rumänien	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Slowenien	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Slowakei	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finnland	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Schweden	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Vereinigtes Königreich	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Türkei	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Norwegen	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Europäische Union	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABELLE A4

ECSTASY

Land	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdrugs		
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Ecstasypatienten (in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben
Land	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgarien	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Tschechische Republik	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Dänemark	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Deutschland	2,7	0,9	2	–	–	–
Estland	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irland	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Griechenland	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Spanien	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Frankreich	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Kroatien	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Italien	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Zypern	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Lettland	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Litauen	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Ungarn	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Niederlande	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Österreich	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Polen	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugal	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumänien	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Slowenien	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowakei	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finnland	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Schweden	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Vereinigtes Königreich	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Türkei	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norwegen	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Europäische Union	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)

TABELLE A5

CANNABIS

	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdrugs		
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Cannabispatienten (in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Patienten, die sich zuvor bereits einmal einer Behandlung unterzogen haben
Land	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgarien	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Tschechische Republik	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Dänemark	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Deutschland	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estland	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irland	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Griechenland	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Spanien	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Frankreich	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Kroatien	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Italien	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Zypern	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Lettland	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Litauen	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luxemburg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Ungarn	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Niederlande	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Österreich	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Polen	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugal	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Rumänien	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Slowenien	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Slowakei	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finnland	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Schweden	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Vereinigtes Königreich	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Türkei	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norwegen	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Europäische Union	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

TABELLE A6

ANDERE INDIKATOREN

	Drogeninduzierte Todesfälle (15-64 Jahre)	HIV-Diagnosen unter injizierenden Drogenkonsumenten (ECDC)	Schätzung des injizierenden Drogenkonsums	Im Rahmen von Spezialprogrammen verteilte Spritzen
Land	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 000 Einwohner	Anzahl
Belgien	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgarien	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Tschechische Republik	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Dänemark	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Deutschland	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estland	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irland	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Griechenland	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Spanien	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Frankreich	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Kroatien	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Italien	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Zypern	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Lettland	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Litauen	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luxemburg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Ungarn	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Niederlande	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Österreich	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Polen	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugal	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Rumänien	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Slowenien	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Slowakei	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finnland	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Schweden	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Vereinigtes Königreich	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 (¹)
Türkei	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norwegen	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Europäische Union	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
EU, Türkei und Norwegen	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Die Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums werden nach der indirekten Methode aufgestellt, wobei das Jahr der Schätzung von Land zu Land unterschiedlich ist.

(¹) Die Daten beziehen sich auf Schottland und Wales (2013) und Nordirland (2012).

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN

	Heroin		Kokain		Amphetamine		Ecstasy	
	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen
Land	kg	Anzahl	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Tabletten (kg)	Anzahl
Belgien	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (–)	1 338
Bulgarien	157	32	20	–	193	8	4 169 (29)	–
Tschechische Republik	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Dänemark	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (–)	590
Deutschland	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (–)	2 233
Estland	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irland	61	690	66	366	23	114	465 083 (–)	464
Griechenland	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Spanien	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (–)	2 301
Frankreich	570	–	5 612	–	501	–	414 800 (–)	–
Kroatien	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Italien	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Zypern	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Lettland	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Litauen	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luxemburg	4	127	1	103	5	6	13 (–)	3
Ungarn	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (–)	45
Niederlande ⁽¹⁾	750	–	10 000	–	681	–	–	–
Österreich	80	346	25	992	29	859	5 768 (–)	119
Polen	49	–	21	–	685	–	45 997 (–)	–
Portugal	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Rumänien	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Slowenien	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Slowakei	0,2	73	1	23	4	634	47 (–)	17
Finnland	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (–)	795
Schweden	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Vereinigtes Königreich ⁽¹⁾	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (–)	3 716
Türkei	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (–)	4 274
Norwegen	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Europäische Union	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
EU, Türkei und Norwegen	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

Amphetamine umfassen Amphetamin und Methamphetamin.

⁽¹⁾ Die Daten über Sicherstellungen beziehen sich auf 2012.

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	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (–)	1 212
Bulgarien	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Tschechische Republik	1	28	735	875	73 639 (–)	361
Dänemark	3 292	11 030	394	1 896	– (5634)	645
Deutschland	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (–)	2 026
Estland	109	24	51	524	– (16)	42
Irland	677	367	1 102	1 770	6 309 (–)	427
Griechenland	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Spanien	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (–)	2 305
Frankreich	70 918	–	4 758	–	141 374 (–)	–
Kroatien	5	359	1 047	4 171	3 957 (–)	213
Italien	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (–)	1 227
Zypern	1	16	99	849	403 (–)	62
Lettland	106	28	29	412	– (344)	31
Litauen	1 088	11	124	199	– (–)	–
Luxemburg	8	81	11	832	8 (–)	6
Ungarn	5	103	863	2 040	5 307 (–)	196
Malta	1	71	10	85	27 (–)	3
Niederlande ⁽¹⁾	2 200	–	12 600	–	1 218 000 (–)	–
Österreich	130	1 512	1 432	8 270	– (196)	327
Polen	208	–	1 243	–	69 285 (–)	–
Portugal	8 681	3 087	96	559	8 462 (–)	354
Rumänien	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Slowenien	0,5	73	810	3 673	9 515 (–)	212
Slowakei	0,0	21	81	1 307	1 039 (–)	32
Finnland	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Schweden	1 160	6 937	928	9 221	– (–)	–
Vereinigtes Königreich ⁽¹⁾	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (–)	15 846
Türkei	94 279	5 331	180 101	60 742	– (–)	3 706
Norwegen	2 283	11 875	491	5 444	– (159)	386
Europäische Union	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
EU, Türkei und Norwegen	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

⁽¹⁾ Die Daten über Sicherstellungen beziehen sich auf das Jahr 2012, mit Ausnahme der Zahl der in den Niederlanden sichergestellten Cannabispflanzen, die sich auf das Jahr 2013 bezieht.

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>)

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 2015“.

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.