



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

DE

ISSN 2314-9051

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2018



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

| Europäischer | Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2018

Rechtlicher Hinweis

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

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, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-324-5	ISSN 1977-9836	doi:10.2810/001499	TD-AT-18-001-DE-C
PDF	ISBN 978-92-9497-309-2	ISSN 2314-9051	doi:10.2810/372568	TD-AT-18-001-DE-N

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2018
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Empfohlene Zitierweise: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2018), *Europäischer Drogenbericht 2018: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Inhaltsverzeichnis

5	Vorwort
9	Einleitende Bemerkungen und Danksagungen
11	ÜBERSICHT Die Drogenprobleme Europas verstehen und wirksame Maßnahmen entwickeln
19	KAPITEL 1 Drogenangebot und Markt
39	KAPITEL 2 Prävalenz und Trends des Drogenkonsums
59	KAPITEL 3 Drogenbedingte Schädigungen und diesbezügliche Maßnahmen
83	ANHANG Tabellen mit Länderdaten

Vorwort

Wir freuen uns, Ihnen die neueste Analyse der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EMCDDA) zur Drogenproblematik in Europa vorstellen zu dürfen. Der *„Europäische Drogenbericht 2018: Trends und Entwicklungen“* enthält aktuelle Informationen zu den Drogenproblemen und entsprechenden Gegenmaßnahmen in Europa. Dieser wichtige Bericht beruht auf einer gründlichen Analyse europäischer und nationaler Daten, die neue Verhaltensmuster und Probleme aufzeigen. In diesem Jahr wird der Bericht online durch 30 Länderberichte und Ressourcen mit vollständigen Daten-Arrays und Grafiken ergänzt, die eine Übersicht für jedes Land bieten.

Unser Bericht soll unseren Partnern einen umfassenden Überblick verschaffen. Außerdem kann er als Frühindikator für neue Drogentrends herangezogen werden und bei der Ermittlung von Prioritäten für die nationale und lokale strategische Planung helfen. Darüber hinaus ermöglicht er Vergleiche zwischen den Ländern und unterstützt Evaluierungen durch die Bereitstellung von Trenddaten. Ergänzt wird der Bericht durch unsere alle drei Jahre auf Englisch erscheinende Veröffentlichung *„Health and social responses to drug problems: a European guide“* (2017) (Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Umgang mit Drogenproblemen: ein europäischer Leitfadens).



In diesem Jahr gibt es bei einer Vielzahl von Substanzen besorgniserregende Anzeichen dafür, dass die Herstellung von Drogen in Europa und damit näher an den Absatzmärkten zunimmt. Der technologische Fortschritt begünstigt diese Entwicklung und ermöglicht es Herstellern und Konsumenten von Drogen zudem, über das Internet und das Darknet Zugang zu globalen Märkten zu erhalten. Wir stellen ebenfalls fest, dass die vermehrte



Herstellung von Kokain in Südamerika jetzt Auswirkungen auf den europäischen Markt hat. Dies bringt nicht nur ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für die Konsumenten, sondern auch komplexere Herausforderungen für die Strafverfolgungsbehörden mit sich, da die Schmuggelwege geändert und gewechselt werden. Anlass zur Besorgnis geben ebenfalls die sich abzeichnenden Beweise für die zunehmende Verfügbarkeit und den Konsum von Crack in Europa. Auch diese Entwicklung muss unter Beobachtung gehalten werden.

Neue psychoaktive Substanzen, die in den europäischen Drogenmarkt Einzug gehalten haben, gefährden nach wie vor die Volksgesundheit und stellen die Entscheidungsträger vor große Herausforderungen. Die jüngsten EU-Rechtsvorschriften haben den Austausch von Informationen über neue auf den Markt kommende Substanzen verstärkt und die Zeit für die Risikobewertung und -kontrolle dieser Substanzen in Europa verkürzt. Hochpotente synthetische Opioide und Cannabinoide verursachen in vielerlei Hinsicht Probleme und stellen im Fall von Fentanyl-Derivaten eine größere Gefahr für Drogenkonsumenten und Ersthelfer dar. In diesem Zusammenhang sind die Rolle des Opioid-Antagonisten Naloxon für Notfallmaßnahmen bei einer Überdosierung und die Verfügbarkeit des Mittels unter Drogenkonsumenten erneut in den Mittelpunkt gerückt.

Wir glauben, dass die von Drogen ausgehende Gefahr für die Volksgesundheit und die öffentliche Sicherheit in Europa weiterhin eine multidisziplinäre Antwort auf höchster Ebene erfordert. Der im Jahr 2017 verabschiedete neue EU-Aktionsplan bildet den Rahmen für die notwendige europäische Zusammenarbeit.

Unser Bericht und die darin enthaltene Analyse zeugen von der starken Unterstützung, die wir von unseren Partnern auf nationaler und institutioneller Ebene erfahren. Die Informationen, die wir von unseren nationalen Knotenpunkten des Reitox-Netzes und nationalen Experten erhalten haben, ermöglichen es uns, eine aufschlussreiche Übersicht über die Drogensituation in Europa zu liefern. Wir danken auch unseren Partnern auf europäischer Ebene, insbesondere der Europäischen Kommission, Europol, dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und der Europäischen Arzneimittel-Agentur. Darüber hinaus danken wir den spezialisierten Netzwerken, die mit uns zusammengearbeitet haben, sodass wir aktuelle und innovative Daten aus den Bereichen Abwasseranalyse, Schulstudien und drogenbedingte Notfälle in Krankenhäusern in unseren Bericht einfließen lassen konnten.

Laura d'Arrigo

Vorsitzende des Verwaltungsrates der EMCDDA

Alexis Goosdeel

Direktor der EMCDDA

Einleitende Bemerkungen und Danksagungen

Dieser Bericht stützt sich auf Daten, die der EMCDDA von den EU-Mitgliedstaaten, dem Kandidatenland Türkei sowie Norwegen im Rahmen eines jährlichen Berichterstattungsprozesses zur Verfügung gestellt wurden.

Der vorliegende Bericht soll einen zusammenfassenden Überblick über die Drogensituation in Europa und die einschlägigen Maßnahmen bieten. Die hier veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich auf das Jahr 2016 bzw. auf das jeweils letzte Jahr, für das Daten verfügbar sind. Bei den Trendanalysen werden ausschließlich jene Länder berücksichtigt, die ausreichend Daten zur Verfügung gestellt haben, um Veränderungen im Bezugszeitraum zu beschreiben. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Beobachtung von Mustern und Trends im Hinblick auf im Verborgenen stattfindende und stigmatisierte Verhaltensweisen wie den Drogenkonsum sowohl in praktischer als auch in methodischer Hinsicht eine Herausforderung darstellt. Aus diesem Grund wurde für die in diesem Bericht vorgenommenen Analysen auf mehrere Datenquellen zurückgegriffen. Zwar sind auf nationaler Ebene und im Hinblick auf die Ergebnisse, die im Rahmen einer europäischen Analyse erzielt werden können, deutliche Verbesserungen festzustellen. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass in diesem Bereich methodische Schwierigkeiten bestehen. Daher ist bei der Auslegung der Ergebnisse Vorsicht geboten, insbesondere, wenn Länder im Hinblick auf eine einzelne Messgröße miteinander verglichen werden. Vorbehalte und Datenbeschränkungen sind der Online-Version dieses Berichts und dem Statistical Bulletin zu entnehmen, das ausführliche Informationen über die Methodik und etwaige Analysebeschränkungen sowie Anmerkungen zu den Einschränkungen der zur Verfügung gestellten Informationen enthält. Zudem sind dort Informationen über die im Rahmen der Schätzungen auf europäischer Ebene herangezogenen Methoden und Daten verfügbar, die für eine Interpolation geeignet sind.

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

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

Nationale Reitox-Knotenpunkte

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

Übersicht

**Die Entwicklungen
in den europäischen Ländern
werden von den globalen
Drogentrends beeinflusst
und üben ihrerseits
Einfluss auf diese aus**

Die Drogenprobleme Europas verstehen und wirksame Maßnahmen entwickeln

Diese Übersicht beschreibt einige der Schlüsselfaktoren, die sowohl die Muster des Drogenkonsums in Europa im Jahr 2018 als auch die damit verbundenen Gesundheits-, Sozial- und Sicherheitsprobleme zu beeinflussen scheinen. Ausgangspunkt für diese Erörterung ist die übergreifende Feststellung, dass sich das Drogenproblem in Europa heute im historischen Vergleich nicht nur in einer besonders dynamischen Phase befindet, sondern dass die verfügbaren Daten flächendeckend auf eine hohe und in einigen Bereichen sogar steigende Drogenverfügbarkeit hindeuten. Dies stellt eine Reihe wichtiger neuer Herausforderungen für die bestehenden nationalen und europäischen Maßnahmen gegen Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme dar, von denen einige im Folgenden erörtert werden.

Anzeichen einer vermehrten Drogenherstellung in Europa

Die Entwicklungen in den europäischen Ländern werden von den globalen Drogentrends beeinflusst und üben ihrerseits Einfluss auf diese aus. Für einige synthetische

Stimulanzien wie MDMA ist Europa ein wichtiger Hersteller, der Produkte und Know-how in andere Teile der Welt exportiert. Bei Cannabis hat die europäische Produktion die Einfuhr teilweise verdrängt und scheint sich auf die Geschäftsmodelle externer Produzenten ausgewirkt zu haben. Eine Folge davon ist der erhöhte Wirkstoffgehalt des Cannabisharzes, das jetzt nach Europa geschmuggelt wird.

Bei Kokain und Heroin, den beiden anderen großen illegalen Drogen auf pflanzlicher Basis, konzentriert sich die Produktion weiterhin auf die Länder Lateinamerikas bzw. Asiens. Globale Daten deuten darauf hin, dass für beide Stoffe die Produktion gestiegen ist. Wie sich dies auf Europa auswirkt, ist zu prüfen. Im Falle von Heroin bleibt der Gesamtkonsum stabil, und zwar trotz der relativ hohen Reinheit der Droge auf Straßenniveau, und einer geringeren Einstiegsraten in den Konsum. Bei Kokain hingegen zeigen mehrere Indikatoren nun einen Aufwärtstrend, der wird im Folgenden noch näher erläutert wird. Die Sicherstellungsdaten deuten für beide Stoffe jedoch auf einige jüngste Veränderungen in der Produktionskette hin, die in Zukunft erhebliche Auswirkungen haben könnten. Die sekundäre Verarbeitung und Extraktion von Kokain aus „Trägermaterialien“ ist in Europa weiterhin zu beobachten, ebenso wie die Einfuhr großer Mengen der in Schiffscontainern versteckten Droge. Eine neue Entwicklung beim Heroin ist, dass Labors, die Morphin in Heroin umwandeln, in mehreren europäischen Ländern entdeckt und ausgehoben wurden. Treibende Kraft dahinter dürfte die höhere Verfügbarkeit und die deutlich geringeren Kosten von Essigsäureanhydrid, einem wichtigen Vorläuferstoff für die Heroinproduktion, in Europa sein,

während die Opium-Mohnernte zunimmt. Diese Entwicklung verdeutlicht nicht nur die globale Vernetzung moderner Drogenproduktionsnetzwerke, sondern auch die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Drogenkontrolle, wie z. B. die Kontrolle von Vorläuferstoffen, in eine globale Perspektive zu setzen.

Auch wenn die europäischen und internationalen Bemühungen, die Produktion und Verfügbarkeit neuer psychoaktiver Substanzen einzuschränken, jetzt offensichtlich Wirkung zeigen, gibt es auch Berichte über die Tablettierung und Herstellung dieser Substanzen innerhalb der europäischen Grenzen. Bislang scheinen diese Entwicklungen bei der Herstellung neuer Drogen jedoch begrenzt. Veränderungen in diesem Bereich haben aber das Potenzial, sich rasch auf die Drogenprobleme auszuwirken. Wachsamkeit ist jedenfalls erforderlich, um sicherzustellen, dass Europa auf potenzielle künftige Bedrohungen in diesem Bereich besser reagieren kann.

Verkauf über das Internet: Europa in einem globalen Markt

Der Verkauf von Drogen über das Internet ist ein weiteres gutes Beispiel dafür, wie schnell Veränderungen stattfinden können, die die bestehenden Politik- und Reaktionsmodelle und das Drogenmonitoring vor Herausforderungen stellen. In einem kürzlich veröffentlichten gemeinsamen Bericht der EMCDDA und von Europol wurde die Rolle der europäischen Lieferanten und Konsumierenden in diesem globalen Markt analysiert. Schätzungen zufolge waren EU-Lieferanten zwischen 2011 und 2015 für fast die Hälfte der Drogenverkäufe im „Darknet“ verantwortlich. Die Online-Verkäufe sind derzeit im Verhältnis zum gesamten illegalen Drogenmarkt gering, scheinen aber zu steigen. Neben dem Darknet, auf das die Aufmerksamkeit primär gerichtet ist, sind offensichtlich auch soziale Medien und das herkömmliche Internet, das sogenannte „Surface Web“, für den Online-Verkauf von neuen psychoaktiven Substanzen und Medikamenten zum missbräuchlichen Konsum relevant. Besonders besorgniserregend ist dabei das Erscheinen neuer benzodiazepin-verwandter Substanzen. Seit 2015 wurden 14 neue Benzodiazepine an das EU-Frühwarnsystem gemeldet. Diese Stoffe sind in der Europäischen Union keine zugelassenen Arzneimittel, und über ihre Toxikologie ist nur sehr wenig bekannt; vor allem im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen oder Alkohol, kann von einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgegangen werden. Die Verfügbarkeit von etablierten und neuen Benzodiazepinen auf dem Markt für illegale Drogen scheint in einigen Ländern zu steigen, und diese Substanzen spielen bekanntlich eine wichtige, aber oftmals oft übersehene Rolle bei Todesfällen durch Überdosierung

von Opioiden. Jüngste Anzeichen, dass der Konsum dieser Substanzen bei jungen Menschen zunehmen könnte, sind nicht nur besorgniserregend, sondern fordern weitere Untersuchungen, politische Überlegungen und Präventionsbemühungen. Der Konsum von Benzodiazepinen unter Drogenkonsumierenden mit hochriskanten Konsummustern ist ein Thema, das in einer Online-Ergänzung zu diesem Bericht behandelt wird.

Die Folgen eines erhöhten Kokainangebots

Die steigende Kokainproduktion in Lateinamerika scheint sich nun auch auf dem europäischen Markt bemerkbar zu machen. In einigen Ländern haben Abwasseranalysen schon früh auf eine gestiegene Verfügbarkeit und einen zunehmenden Konsum der Droge hingewiesen, was inzwischen auch durch andere Datenquellen bestätigt wird. Dies spiegelt sich nun auch in anderen Datenquellen wider. Während die Kokainpreise stabil geblieben sind, ist die Reinheit der Droge derzeit in Europa auf dem höchsten Stand seit über einem Jahrzehnt. Historisch gesehen ist das meiste Kokain über die iberische Halbinsel nach Europa gelangt. Die jüngsten großen Sicherstellungen an anderer Stelle deuten darauf hin, dass die relative Bedeutung dieser Route leicht zurückgegangen sein könnte. Kokain wird zunehmend auch über große Containerhäfen nach Europa geschmuggelt. Bemerkenswert ist, dass Belgien im Jahr 2016 in Bezug auf die Menge an sichergestellten Kokain Spanien überholt hat.

Insgesamt sind die Auswirkungen des Kokainkonsums auf die öffentliche Gesundheit schwer zu messen, da seine Rolle sowohl bei akuten Problemen als auch bei langfristigen Gesundheitsschäden schwer zu überwachen ist und oft nicht erkannt wird. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass die Probleme zunehmen, wenn die Prävalenz des Konsums und insbesondere die hochriskanten Konsummuster zunehmen. Ein Indiz für einen zunehmenden problematischen Kokainkonsum könnte der derzeit wahrgenommene Anstieg der Zahl der Ersteinweisungen zu speziellen Behandlungen im Zusammenhang mit Kokain sein, das hohe Niveau von vor einem Jahrzehnt wurde aber noch nicht wieder erreicht. Beunruhigenderweise ist außerdem ein gewisser Anstieg des gemeldeten Crack-Konsums zu verzeichnen (obwohl dieser nach wie vor selten ist), und es gibt Bedenken, dass sich dieser allmählich auf weitere Länder ausbreiten könnte. Insgesamt besteht nach wie vor die Notwendigkeit, besser zu verstehen, was eine wirksame Behandlung für Kokainkonsumierende darstellt, einschließlich der Frage, wie am besten auf Kokainprobleme reagiert werden kann, die möglicherweise mit der Abhängigkeit von Opioiden einhergehen.

Neue psychoaktive Substanzen sind nach wie vor eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheit

Wie wichtig es ist, auf neue Herausforderungen vorbereitet zu sein, wird durch den Erfolg des EU-Frühwarnsystems für neue psychoaktive Substanzen unterstrichen. Dieses System ist international anerkannt, da es Europa die Möglichkeit gibt, das Aufkommen von Drogen zu erkennen und frühzeitig darauf zu reagieren; diese Kapazitäten fehlten zuletzt anderorts. Vor kurzem wurden verbesserte EU-Rechtsvorschriften in diesem Bereich verabschiedet, die die Berichterstattung beschleunigen, zudem treten weiterhin neue Informationsanbieter dem System bei. Neue psychoaktive Substanzen stellen eine wachsende Herausforderung für die Drogenpolitik dar. Insgesamt werden rund 670 Substanzen vom System überwacht; jedes Jahr werden etwa 400 dieser Substanzen entdeckt und im System gemeldet. Die Liste der Substanzen, die auf dem Drogenmarkt erscheinen, wächst stetig und europaweit wird jede Woche etwa eine weitere neue psychoaktive Substanz gemeldet. Obwohl die Zahl der neuen Substanzen, die zum ersten Mal auftreten, unter dem Höchststand von 2015 liegt, sind die negativen Auswirkungen des Konsums dieser Drogen auf die öffentliche Gesundheit nach wie vor hoch.

Das Auftauchen synthetischer Opioide und synthetischer Cannabinoide in Europa, die mit Todesfällen und akuten Vergiftungen in Verbindung gebracht werden, hat die EMCDDA veranlasst, eine noch nie dagewesene Zahl von Substanzen auf ihre Gefahr für die öffentliche Gesundheit zu untersuchen. Dieser Prozess kann in der gesamten Europäischen Union zu einer beschleunigten Reaktion der Legislative führen. Auch der Weltgesundheitsorganisation wurden 2017 Daten zur Verfügung gestellt, und einige dieser Substanzen werden nun für die internationale Kontrolle in Betracht gezogen. Im Jahr 2017 wurden fünf Fentanyl-derivate untersucht. Diese Substanzen waren in verschiedenen neuartigen Formen wie z. B. Nasenspray erhältlich. Sie waren auch in Mischungen mit anderen Drogen, wie Heroin, Kokain oder gefälschten Arzneimitteln zu finden, was dazu führte, dass sich die Konsumierenden darüber im Unklaren waren, dass sie die Substanz konsumierten. Das Aufkommen dieser hochpotenten Drogen, die oft über das Internet gekauft werden, stellt sowohl die Gesundheits- als auch die Strafverfolgungsbehörden vor große Herausforderungen. Die Substanzen sind leicht zu transportieren und zu verbergen und kleine Mengen stellen die Basis für oft Hunderttausende von potenziellen Straßendosen dar. Aus gesundheitlicher Sicht tragen sie zur ohnehin schon erheblichen Belastung anderer Opioid-Todesfälle bei. In den Vereinigten Staaten spielen Fentanyl-derivate heute

eine wichtige Rolle in der aktuellen Opioid-Krise und sind in kurzer Zeit zu den Substanzen geworden, die am häufigsten mit Todesfällen durch Überdosierung in Verbindung gebracht werden. Zwar sieht sich Europa keinem derart umfassenden Problem gegenüber, dennoch unterstreichen die Meldungen von Todesfällen an die EMCDDA sowie die nicht tödlichen Überdosierungen von Fentanyl und unkontrollierten Fentanyl-derivaten die Notwendigkeit ständiger Wachsamkeit.

Synthetische Cannabinoide sind zunehmend mit Gesundheitsproblemen verbunden

Berichte über Gesundheitsschäden in Zusammenhang mit neuen synthetischen Cannabinoiden veranlassten die EMCDDA 2017 zu vier weiteren Risikobewertungen. Synthetische Cannabinoide wurden mit Todesfällen und akuten Vergiftungen in Verbindung gebracht. Ein kürzlich veröffentlichter Bericht der EMCDDA machte auf die wachsenden Gesundheits- und Sicherheitsprobleme aufmerksam, die der Konsum dieser Substanzen in einigen europäischen Justizvollzugsanstalten verursacht. Es war auch offensichtlich, dass diese Probleme manchmal unbeobachtet bleiben, da diese Substanzen leicht in Justizvollzugsanstalten geschmuggelt werden können und der Nachweis ihres Konsums schwierig ist.

Synthetische Cannabinoide wurden zunächst als legale Alternativen zu natürlichen Cannabisprodukten in Verkehr gebracht, unterscheiden sich aber in vielerlei Hinsicht. Ursprünglich eher mit Freizeitkonsum assoziiert, werden synthetische Cannabinoide heute auf problematische Weise von eher marginalisierten sozialen Gruppen wie Obdachlosen konsumiert. Insgesamt ist das Verständnis über die Konsummuster dieser Drogen nach wie vor begrenzt. Verfügbare Informationen weisen auf eine geringe Prävalenz des Konsums synthetischer Cannabinoide im Allgemeinen und auf ein beträchtliches Schadenspotenzial dieser Stoffe hin. Ein Indiz dafür sind die jüngsten Daten aus der Türkei, wo ein allgemeiner Anstieg der drogenbedingten Todesfälle zum Teil auf den Konsum synthetischer Cannabinoide zurückzuführen zu sein scheint.

Synthetische Opioide und synthetische Cannabinoide im Zusammenhang mit Todesfällen und akuten Vergiftungen

Der sich wandelnde Cannabismarkt bringt neue politische Herausforderungen mit sich

Cannabis ist nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Droge in Europa. Die Bedeutung der Droge ist anhand ihrer Rolle bei Sicherstellungen, Drogendelikten, Prävalenzschätzungen und neuem Behandlungsbedarf ersichtlich. Die Entwicklungen in Nord-, Mittel- und Südamerika, zu denen auch die Legalisierung der Droge in einigen dieser Länder gehört, haben zur raschen Entwicklung eines kommerziellen Cannabismarktes geführt. Dies führt zu Innovationen bei den Formen der erhältlichen Droge und den Verabreichungssystemen für deren Konsum, wie beispielsweise hochwirksame Cannabissorten, E-Liquids und essbare Produkte. Der Markt für legalen Freizeitkonsum wird von Vorschriften begleitet, die den Zugang zu Cannabis für medizinische oder therapeutische Zwecke in einigen Zuständigkeitsbereichen erlauben. Die EMCDDA verfolgt diese Entwicklungen und liefert erläuternde politische Zusammenfassungen, um einige der Fragen, die diese Entwicklungen für die Diskussionen in Europa aufwerfen, hervorzuheben. Dazu gehört die Möglichkeit, dass einige der neuen Formen dieser Droge auf dem europäischen Drogenmarkt auftauchen.

Die Entwicklungen in Nordamerika haben ein neues Interesse an der Rolle von Cannabis beim Fahren unter Drogeneinfluss geweckt. Die EMCDDA veranstaltete 2017 das dritte internationale Symposium zum Thema „Fahren unter Drogeneinfluss“. Der Bericht der internationalen Experten, die an diesem Treffen teilnahmen, verdeutlichte die Schwierigkeiten bei der Entwicklung wirksamer politischer Maßnahmen in diesem Bereich, ein Thema, das für alle Länder unabhängig vom rechtlichen Status der Droge relevant ist.

Weitere wichtige politische Fragen in diesem Bereich sind die Frage nacheiner angemessenen Behandlung von cannabisbedingten Erkrankungen, nach möglichen politischenpolitische Synergien mit den Strategien zur Verringerung des Tabakkonsums und nach wirksamen Ansätzen zur Schadensminimierung. Die Prävalenz des Cannabiskonsums in Europa ist im historischen Vergleich nach wie vor hoch, und in einigen EU-Mitgliedstaaten ist in jüngster Zeit ein Anstieg zu verzeichnen. Ebenfalls auf einem hohen Niveau, welches in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen ist, ist der Wirkstoffgehalt der Droge, und zwar sowohl im Kraut als auch im Harz. Zusätzlich zu den Fragen der öffentlichen Gesundheit gibt es Bedenken darüber, wie sich dieser große illegale Markt auf die Sicherheit der Gemeinschaft auswirkt und inwiefern er zur Finanzierung der organisierten Kriminalität beiträgt. In Anbetracht der vielen Probleme, die damit verbunden sind,

ist es eine Aufgabe von wachsender Komplexität und zunehmender Bedeutung, zu definieren, was die geeignetste Antwort auf den Cannabiskonsum darstellt. Die EMCDDA ist bestrebt, das Verständnis für diese Fragen zu verbessern und die genauen, wissenschaftlichen und objektiven Informationen bereitzustellen, die für eine sachkundige Debatte über dieses komplexe politische Thema erforderlich sind.

Maßnahmen gegen eine Opioid-Überdosierung: die Rolle von Naloxon

Die Zahl der Todesfälle durch eine Drogen-Überdosierung ist in Europa nach wie vor hoch, und in den meisten Fällen sind Opiode beteiligt. Das Aufkommen von Fentanylderivaten auf dem europäischen Drogenmarkt verstärkt die ohnehin schon erheblichen Argumente für einen besseren Zugang zum Opioid-Antagonisten Naloxon. Es gibt immer mehr Belege dafür, dass die breitere Verfügbarkeit dieser Substanz, kombiniert mit Schulungen zur Erkennung von und Reaktion auf Überdosierungen, dazu beitragen kann, Todesfälle bei denjenigen zu verhindern, die Opiode konsumieren. Die Bereitstellung von Naloxon wird daher in vielen Ländern zunehmend als wichtiger Bestandteil ihrer Strategie zur Reduzierung von Überdosierungen anerkannt. Die Verfügbarkeit von Fentanylderivaten erhöht die Risiken in diesem Bereich weiter, und zwar aufgrund ihres Wirkstoffgehalts und weil sie von Personen ohne Erfahrung für Opiode verwendet werden können oder diejenigen gefährden, die ihnen durch ihren Beruf zufällig ausgesetzt sind – wie z. B. Polizeibeamte. Diese Entwicklungen deuten darauf hin, dass es dringend notwendig ist, die derzeitige Naloxonpolitik zu überprüfen und die Ausbildung und Sensibilisierung sowohl der Drogenkonsumierenden als auch der Fachleute, die mit der Droge in Berührung kommen könnten, zu verstärken. Bei diesen Überprüfungen muss auch berücksichtigt werden, dass neue, nicht injizierbare Formulierungen wie Nasensprays die Anwendung von Naloxon in einem breiteren Spektrum von Umfeldern erleichtern können.

**Cannabis ist nach wie vor
die am weitesten verbreitete
illegale Droge in Europa**

AUF EINEN BLICK – SCHÄTZUNGEN DES DROGENKONSUMS IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Cannabis



Erwachsene (15–64)



Junge Erwachsene (15–34)



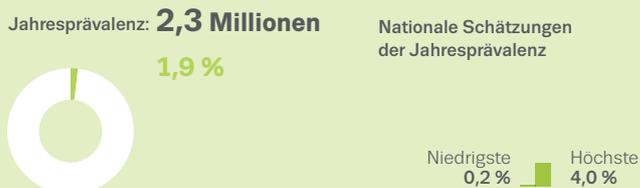
Kokain



Erwachsene (15–64)



Junge Erwachsene (15–34)



MDMA



Erwachsene (15–64)



Junge Erwachsene (15–34)



Amphetamine



Erwachsene (15–64)



Junge Erwachsene (15–34)



Opioide



Hochrisiko-Opioidkonsumierende

1,3 Millionen

Drogentherapie-Anfragen

Leitdroge bei etwa **36 %** aller Drogentherapie-Anfragen in der Europäischen Union



Tödliche Überdosierungen



628 000

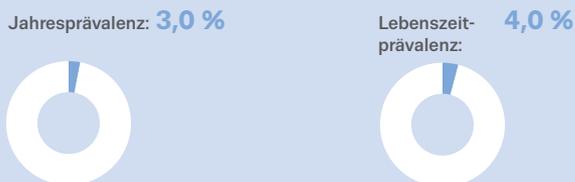
Opioidkonsumierende waren im Jahr 2016 in Substitutionsbehandlung

Bei **84 %** aller tödlichen Überdosierungen werden Opiode nachgewiesen

Neue psychoaktive Substanzen



15- bis 16-jährige Schüler in 24 europäischen Ländern



Quelle: ESPAD Report 2015, Tabellenanhang.

NB: Vollständige Daten und Informationen zur Methodik sind dem online verfügbaren [Statistical Bulletin](#) zu entnehmen.

Justizvollzugsanstalten: ein wichtiges Umfeld für die Umsetzung von Maßnahmen

Die Reaktion auf den Drogenkonsum in der Strafjustiz ist eines der Themen der EMCDDA-Veröffentlichung *Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Umgang mit Drogenproblemen: ein europäischer Leitfaden*. Die Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt ist eine besonders risikoreiche Zeit für Personen, die in der Vergangenheit Opiode konsumiert haben. Um dem entgegenzuwirken, haben eine Reihe von Ländern innovative Programme entwickelt, die Naloxon und Schulungen für diejenigen anbieten, die aus der Haft entlassen werden. Neben der Bereitstellung von Naloxon sind die Überweisung an eine geeignete Gemeinschaftstherapie und soziale Unterstützungsdienste als Schlüsselmaßnahmen in diesem Bereich anerkannt. Dies verdeutlicht die Rolle des Strafjustizsystems im Allgemeinen und des Strafvollzugs im Besonderen als kritischer Ort für die Lösung von Problemen für stark gefährdete Drogenkonsumierende. Wenn Drogenkonsumierende vor ihrer Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt bewertet werden und auf ihre gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse eingegangen wird, kann dies einen erheblichen Nutzen für die Gemeinschaft haben.

Ein Beispiel dafür ist der potenzielle Wert, der sich aus der Ausweitung der Staturerhebungen und der Behandlung von Infektionskrankheiten unter den Insassen der Justizvollzugsanstalten ableiten lässt. Dies hat durch das Engagement der Europäischen Union zur Eliminierung des Hepatitis-C-Virus (HCV) besonders an Bedeutung gewonnen. Diese Infektion wird überwiegend über Drogeninjektionen übertragen. Es sind zwar mittlerweile neue wirksame Therapien verfügbar, aber die Sicherstellung des Zugangs für infizierte Personen zu diesen Behandlungen stellt nach wie vor eine Herausforderung dar. Justizvollzugsanstalten und Drogenbehandlungsdienste spielen eine wichtige Rolle bei der Identifizierung der Personen mit HCV-Infektionen. Im Jahr 2018 wird die EMCDDA eine neue Initiative zur Sensibilisierung und Förderung des Zugangs zu Hepatitis-C-Tests und -Behandlungen unterstützen, um dieses schwerwiegende drogenbedingte Problem anzugehen.

Sicherstellen, dass die Überwachung für sich ändernde Drogenprobleme sensibel bleibt

Obwohl sich die Datenlage über die Verfügbarkeit neuer psychoaktiver Substanzen verbessert hat, bleibt es weiterhin schwierig, die Nachfrage nach diesen Substanzen in Europa abzuschätzen. Diese

Schwierigkeiten werden noch verstärkt, wenn man den Missbrauch von abgezweigten, gefälschten oder nicht zugelassenen Arzneimitteln in die Betrachtung einbezieht.

Eine wichtige Beobachtung ist, dass derzeit bestehende Monitoringinstrumente möglicherweise gegenüber einigen wichtigen Veränderungen der Drogenkonsummuster unsensibel sind. Um mit diesen Veränderungen Schritt zu halten, sind weitere Investitionen in etablierte und neue Monitoringansätze wie Abwasseranalysen, webbasierte Erhebungen und Studien zur Trenderkennung (Trendspotting) erforderlich. Die EMCDDA veröffentlichte kürzlich die Ergebnisse einer jährlichen Bewertung der Arzneimittelrückstände im Abwasser von Städten in 19 europäischen Ländern, die den Nutzen dieser (ergänzenden) Informationsquellen bei der Bereitstellung eines zeitnäheren Zeitfensters für Drogentrends im Vergleich zu traditionelleren Datenquellen belegten.

Neben der Unterstützung der Datenerhebung in Europa arbeitet die Europäische Union auch daran, Drittländer beim Ausbau ihrer Monitoringkapazitäten zu unterstützen. Zu den Initiativen zu diesem Zweck gehören von der Europäischen Kommission finanzierte Projekte der technischen Unterstützung für EU-Beitrittskandidaten, potenzielle Beitrittskandidaten und Nachbarländer. Diese Aktivitäten sind nicht nur deshalb wichtig, weil die Drogenprobleme die Gesundheits- und Sicherheitsprobleme der an die EU angrenzenden Länder erschweren, sondern auch, weil die Entwicklungen in diesen Ländern mit den Drogenproblemen in unseren eigenen Mitgliedstaaten interagieren und diese beeinflussen. In der Analyse des diesjährigen Europäischen Drogenberichts wird daher ausdrücklich anerkannt, dass es zum Verständnis der aktuellen und künftigen Herausforderungen, die der Drogenkonsum für die gesundheits- und sicherheitspolitische Agenda Europas darstellt, auch notwendig ist, die globalen Dimensionen dieses Themas zu verstehen.



1

**Im globalen
Kontext ist Europa ein
wichtiger Drogenmarkt**

Drogenangebot und Markt

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

Größere Märkte für Cannabis, Heroin und Amphetamine existieren seit den 1970er und 1980er Jahren in vielen europäischen Ländern. Im Laufe der Zeit haben sich auch andere Substanzen etabliert, darunter MDMA und Kokain in den 1990er Jahren. Der europäische Drogenmarkt entwickelt sich ständig weiter, wobei in den letzten zehn Jahren eine Vielfalt an neuen psychoaktiven Substanzen entstanden ist. Zu den jüngsten Veränderungen des Marktes für illegale Drogen, die weitestgehend auf die Globalisierung und neue Technologien zurückzuführen

sind, zählen unter anderem neue Methoden der Drogenherstellung und des Drogenschmuggels sowie die Erschließung neuer Schmuggelrouten und Online-Märkte.

Beobachtung von Drogenmärkten, Handel und Gesetzen

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

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

ABBILDUNG 1.1

Illegale Drogenmärkte in Europa: komplex und vielschichtig

Illegale Drogenmärkte sind komplexe Herstellungs- und Vertriebssysteme, die auf unterschiedlichen Ebenen große Geldsummen generieren. Die Beschaffenheit des Marktes erschwert die Überwachung. Einer vorsichtigen Schätzung zufolge belief sich der Wert des Endkundenmarktes für illegale Drogen in der Europäischen Union im Jahr 2013 jedoch auf 24 Milliarden Euro, wobei Cannabis den größten Anteil hat (38 %), gefolgt von Heroin (28 %) und Kokain (24 %).

Während die Märkte im Offline-Bereich nach wie vor dominieren, haben die Online-Märkte in den letzten Jahren als Plattformen für das Inverkehrbringen und den Vertrieb illegaler Drogen an Bedeutung gewonnen. Dies hat neue Möglichkeiten für die Überwachung eines Marktaktivitätensektors eröffnet. In einer aktuellen Analyse der EMCDDA und von Europol wurden über 100 globale Darknet-Märkte ermittelt, auf denen Verkäufer und Käufer verschiedene Technologien nutzen, um ihre Identität zu verbergen. Schätzungsweise zwei Drittel aller Einkäufe auf diesen Märkten standen im Zusammenhang mit Drogen. Auf die in der EU ansässigen Lieferanten entfielen zwischen 2011 und 2015 rund 46 % der Drogenumsätze in diesen Märkten, für die überwiegend Verkäufer aus Deutschland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich verantwortlich waren. Stimulanzien machen den größten Teil des europäischen Verkaufs von Drogen im Darknet aus. Darknet-Märkte ermöglichen vor allem Verkäufe in kleinen Mengen oder direkt an Konsumierende, obwohl die Analyse eines Marktplatzes, Alphasay, vermuten lässt, dass im Vergleich zu anderen Drogen ein höherer Anteil der MDMA-Käufe mit Weiterverkaufsabsicht erworben wurde.

Über eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen

Die Sicherstellung illegaler Drogen durch die Strafverfolgungsbehörden ist ein wichtiger Indikator für die Drogenmärkte. 2016 wurden in Europa über 1 Million Sicherstellungen illegaler Drogen gemeldet. Bei den meisten gemeldeten Sicherstellungen handelt es sich um kleine Mengen von Drogen, die bei den Konsumierenden konfisziert wurden. Sichergestellte Drogensendungen von Händlern und Produzenten mit einem Volumen von mehreren Kilogramm machen jedoch den größten Teil der sichergestellten Gesamtdrogenmenge aus. Mehr als 70 % der Gesamt-Sicherstellungen aller illegalen Drogen in Europa entfallen auf Cannabis (Abbildung 1.1). Die drei Länder mit den meisten Sicherstellungen von Drogen, die zusammen mehr als 60 % aller Sicherstellungen in der Europäischen Union ausmachen, sind Spanien, das Vereinigte Königreich und Frankreich.

Anzahl der gemeldeten Sicherstellungen, aufgeschlüsselt nach Drogen, 2016



Für die Niederlande und Polen liegen jedoch keine Daten über die Zahl der Beschlagnahmen vor, während für Deutschland, Irland und Slowenien die jüngsten Daten für 2015 vorliegen, was der Analyse eine gewisse Unsicherheit verleiht.

Cannabis: überwiegend Sicherstellungen von Cannabisharz, aber zunehmende Anzahl der Beschlagnahmen von Cannabiskraut

Auf dem europäischen Drogenmarkt sind im Wesentlichen zwei Cannabisprodukte erhältlich: Cannabiskraut („Marihuana“) und Cannabisharz („Haschisch“). Cannabisöl hingegen ist relativ selten. Mit einem geschätzten Mindestwert von 9,3 Milliarden Euro (wahrscheinliche Spanne: 8,4 Milliarden Euro bis 12,9 Milliarden Euro) machen Cannabisprodukte den Großteil (38 %) des europäischen Endkundenmarktes für illegale Drogen aus. Das in Europa konsumierte Cannabiskraut wird sowohl in Europa angebaut als auch aus dem Ausland eingeschmuggelt. In Europa wird Cannabiskraut vorwiegend im Innenanbau kultiviert. Cannabisharz wird zwar zunehmend in Europa produziert, aber hauptsächlich aus Marokko importiert. Berichte zeigen, dass Libyen eine wichtige Drehscheibe für den Harzschmuggel geworden ist. Darüber hinaus sind die westlichen Balkanstaaten eine Quelle sowohl für Cannabiskraut als auch für Cannabisöl.

Im Jahr 2016 wurden in der Europäischen Union 763 000 Sicherstellungen von Cannabisprodukten gemeldet. Davon entfielen 420 000 auf Cannabiskraut,

317 000 auf Cannabisharz und 22 000 auf Cannabispflanzen. Seit dem Jahr 2009 wird Cannabiskraut häufiger sichergestellt als Cannabisharz, wobei die Zahl der Sicherstellungen sowohl von Cannabisharz als auch von Cannabispflanzen seit 2011 relativ stabil geblieben ist (Abbildung 1.2). Allerdings ist die Menge des beschlagnahmten Cannabisharzes mehr als dreimal so hoch wie die von Cannabispflanzen (424 Tonnen gegenüber 124 Tonnen). Dies ist zum Teil auf die Tatsache zurückzuführen, dass das meiste Cannabisharz in großen Mengen über weite Entfernungen und Ländergrenzen hinweg transportiert und daher anfälliger dafür ist, sichergestellt zu werden. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass in einigen wenigen Ländern besonders große Mengen dieser Droge sichergestellt werden, was jedenfalls mit der geografischen Lage an wichtigen Cannabischmuggelrouten in Zusammenhang steht. So meldete Spanien als wichtigen Zugangsweg für in Marokko hergestelltes Cannabisharz drei Viertel (76 %) der im Jahr

2016 in der europäischen Union sichergestellten Gesamtmenge (Abbildung 1.3).

Ein Anstieg der im Jahr 2016 beschlagnahmten Mengen an Cannabispflanzen ist zum Teil mit dem Anstieg in Spanien, Griechenland und Italien verbunden. Auch die Türkei meldete im Jahr 2016 eine größere Menge an Cannabispflanzen (111 Tonnen) als im Jahr 2015.

Die Sicherstellungen von Cannabispflanzen können als Indikator für die Produktion der Droge innerhalb eines Landes dienen. Aufgrund der Unterschiede zwischen den Ländern, sowohl bei der Meldepraxis als auch bei den Prioritäten und Ressourcen der Strafverfolgungsbehörden, ist jedoch Vorsicht bei der Interpretation der Sicherstellungen von Cannabispflanzen geboten. Die Zahl der in Europa sichergestellten Pflanzen erreichte aufgrund eines intensiven Verbots in den Niederlanden im Jahr 2015 einen Höchststand von 11,5 Millionen, bevor sie im Jahr 2016 auf 3,3 Millionen Pflanzen zurückging, was

CANNABIS



HARZ

Sicherstellungen

Anzahl

317 000 EU **332 000** EU + 2

Menge

424 EU **463** EU + 2

Preis

(EUR/g)



KRAUT

Sicherstellungen

Anzahl

420 000 EU **454 000** EU + 2

Menge

124 EU **235** EU + 2

Preis

(EUR/g)

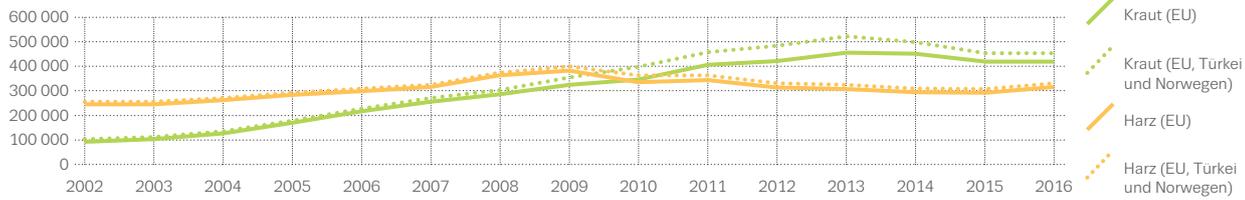


NB: Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Wirkstoffgehalt der Cannabisprodukte: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Interquartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

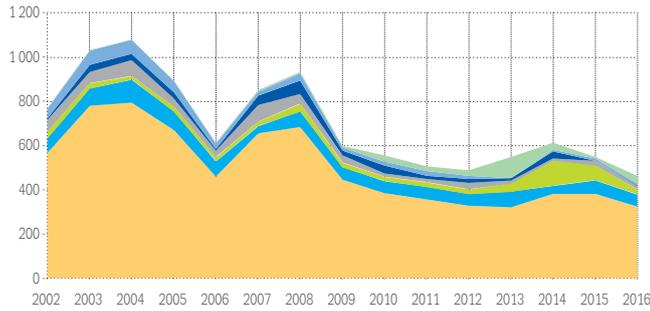
ABBILDUNG 1.2

Anzahl der Cannabissicherstellungen und sichergestellte Cannabismenge: Trends für Harz und Kraut

Anzahl der Sicherstellungen

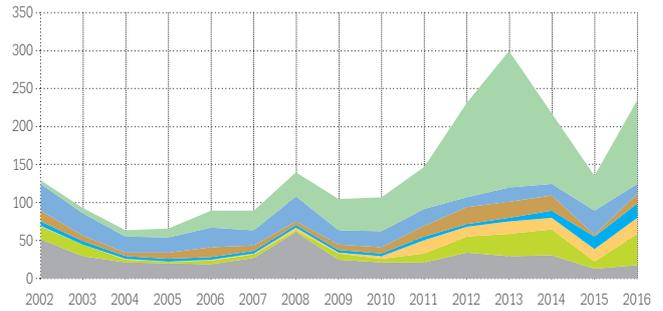


Harz (in Tonnen)



Türkei, Vereinigtes Königreich, Portugal, Andere Länder, Italien, Frankreich, Spanien

Kraut (in Tonnen)

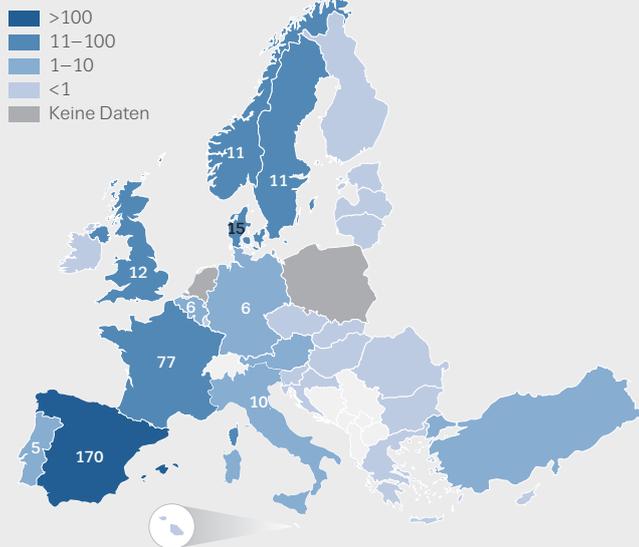


Türkei, Vereinigtes Königreich, Griechenland, Frankreich, Spanien, Italien, Andere Länder

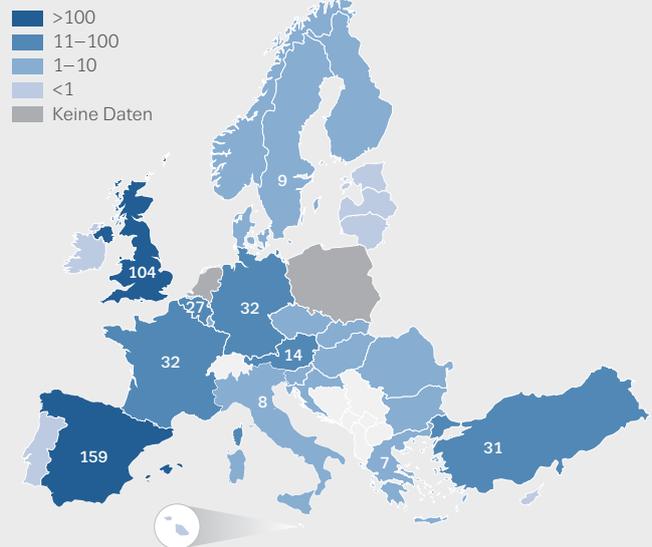
ABBILDUNG 1.3

Sicherstellungen von Cannabisharz und Cannabiskraut, 2016 bzw. aktuellstes Jahr

Anzahl der Sicherstellungen von Cannabisharz (in Tausend)



Anzahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut (in Tausend)

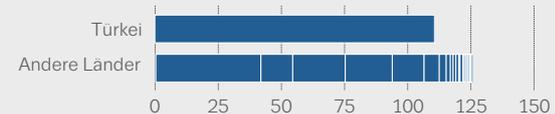


NB: Anzahl der Sicherstellungen (in Tausend) für die zehn Länder mit den höchsten Werten.

Menge des sichergestellten Cannabisharzes (in Tonnen)



Menge des sichergestellten Cannabiskrauts (in Tonnen)



ungefähr dem Niveau der Vorjahre entspricht. Im Jahr 2016 wurden 1 200 Sicherstellungen von Cannabisöl gemeldet, fast viermal mehr als im Jahr 2015, wobei die Türkei (53 Liter) und Dänemark (14 Liter) die größten Mengen sicherstellten.

Die Analyse der indexierten Trends in denjenigen Ländern, die regelmäßig einschlägige Daten übermitteln, zeigt seit 2006 einen starken Anstieg des Wirkstoffgehalts (Tetrahydrocannabinol, THC), sowohl bei Cannabiskraut als auch bei Cannabisharz. Der Wirkstoffgehalt beider Formen ist bis 2013 angestiegen; seitdem hat sich die Wirkungsstärke von Cannabiskraut stabilisiert, während die Wirkungsstärke von Cannabisharz weiter zugenommen hat. Gefördert wurde diese Steigerung des Wirkstoffgehalts des Harzes vermutlich unter anderem durch die Etablierung intensiver Produktionstechniken innerhalb Europas, durch die Einführung von Pflanzen mit hohem Wirkstoffgehalt und von neuen Techniken in Marokko sowie durch Harzprodukte auf Basis neuer, aus mehreren Sorten gekreuzter Pflanzen bzw. auf Basis von Hybridpflanzen. Zwar hat Harz im Durchschnitt einen höheren Wirkstoffgehalt als Kraut, jedoch legen die Daten nahe, dass beide ähnliche Preise haben.

| Sicherstellungen von Heroin: rückläufige Mengen

Mit einem geschätzten Mindesthandelswert von 6,8 Milliarden Euro (wahrscheinliche Spanne: 6,0 Milliarden Euro bis 7,8 Milliarden Euro) auf Konsumierendenebene war Heroin im Jahr 2013 das am weitesten verbreitete Opioid auf dem Drogenmarkt der EU.

In Europa wird importiertes Heroin seit jeher in zwei Formen angeboten. Dabei handelt es sich um das braune Heroin (Heroinbase), das stärker verbreitet ist und vor allem aus Afghanistan stammt, und das weiße Heroin (in Salzform), das weit weniger verbreitet ist und in der Vergangenheit aus Südostasien eingeschmuggelt wurde, mittlerweile aber auch in Afghanistan oder benachbarten Ländern produziert werden könnte. Andere Opioide, die auf illegalen Märkten erhältlich sind, sind Opium und die Medikamente Morphin, Methadon, Buprenorphin, Tramadol und verschiedene Fentanyl-derivate. Einige Opioide können von legalen Arzneimitteln abgezweigt werden, während andere illegal hergestellt werden.

Der weltweit größte Teil des illegalen Opiums wird nach wie vor in Afghanistan produziert, und es wird angenommen, dass das in Europa gefundene Heroin überwiegend von dort bzw. aus dem benachbarten Iran oder Pakistan stammt. Bis vor kurzem war die illegale Herstellung von Opioiden in Europa auf einige osteuropäische Länder und auf Produkte aus selbst angebaute Mohn beschränkt. In den letzten Jahren wurden jedoch mehrerer Labors für die Umwandlung von Morphin in Heroin in den Niederlanden, Spanien und der Tschechischen Republik entdeckt. Dies deutet darauf hin, dass ein Teil des Heroins in Europa hergestellt wird. Diese Veränderung kann darauf zurückzuführen sein, dass Lieferanten versuchen, die Kosten zu senken, indem sie die letzten Stufen der Heroinproduktion in Europa durchführen, wo Vorläuferstoffe wie Essigsäureanhydrid zu niedrigeren Preisen als in den Opium erzeugenden Ländern erhältlich sind. Die Herstellung der Droge in der Nähe des Konsumentenmarktes kann auch darauf abzielen, das Risiko für Sicherstellungen zu reduzieren.

HEROIN

Sicherstellungen

Anzahl

38 000 EU  **47 000** EU + 2

Menge

4,3 EU  **9,9** EU + 2

Preis

(EUR/g)

140 €
35–65 €
22 €

Reinheitsgrad

(%)

Indexierte Trends

Preis und
Reinheitsgrad

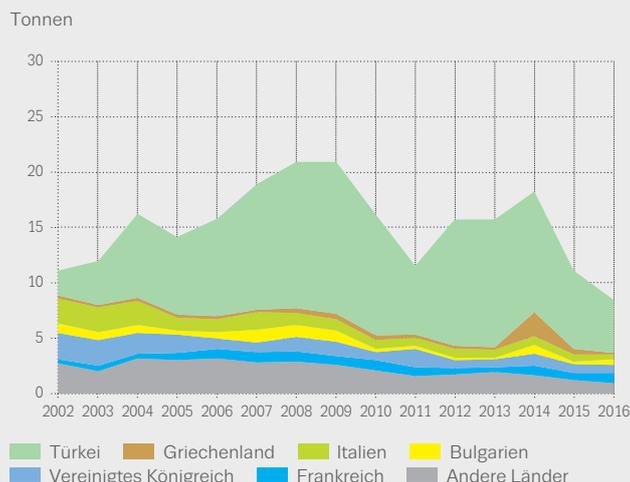
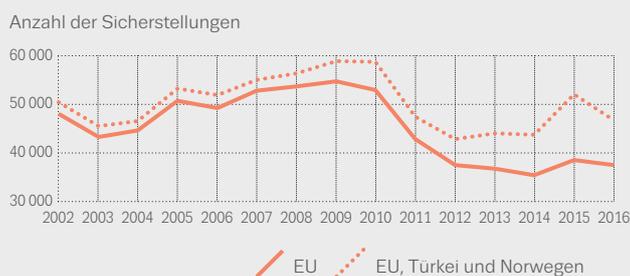


41 %
15–29 %
11 %

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

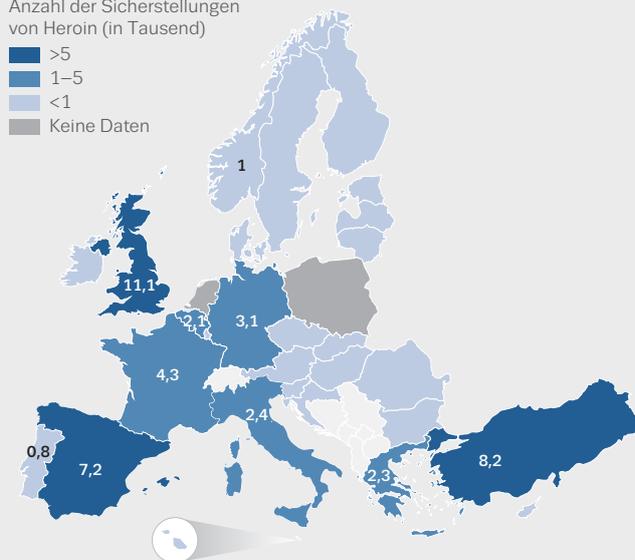
ABBILDUNG 1.4

Anzahl der Heroinsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2016 bzw. aktuellstes Jahr



Anzahl der Sicherstellungen von Heroin (in Tausend)

>5
1-5
<1
Keine Daten



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

Menge des sichergestellten Heroins (in Tonnen)



Heroin gelangt im Wesentlichen auf vier Schmuggelrouten nach Europa. Die beiden wichtigsten sind die „Balkanroute“ und die „Südroute“. Die erste führt über die Türkei in die Balkanländer (Bulgarien, Rumänien oder Griechenland) und von dort aus weiter nach Mittel-, Süd- und Westeuropa. Zudem entstand ein Ableger der Balkanroute über Syrien und den Irak. Die Südroute, über die Lieferungen aus dem Iran und Pakistan auf dem Luft- oder Seeweg entweder direkt oder auf Umwegen über afrikanische Länder nach Europa gelangen, hat in den

letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Zu den weiteren Routen zählen die „Nordroute“ sowie eine Route durch den südlichen Kaukasus und über das Schwarze Meer.

Die Drogenmärkte in einigen europäischen Ländern verzeichneten 2010/2011 eine verringerte Heroinverfügbarkeit, was sich in einem allgemeinen Rückgang der Sicherstellungen von 2009 bis 2014 zeigte, die sich aber 2015 und 2016 stabilisierten. Zwischen 2002 und 2014 hat sich die Menge des in der Europäischen

TABELLE 1.1

Sicherstellungen anderer Opiode als Heroin, 2016

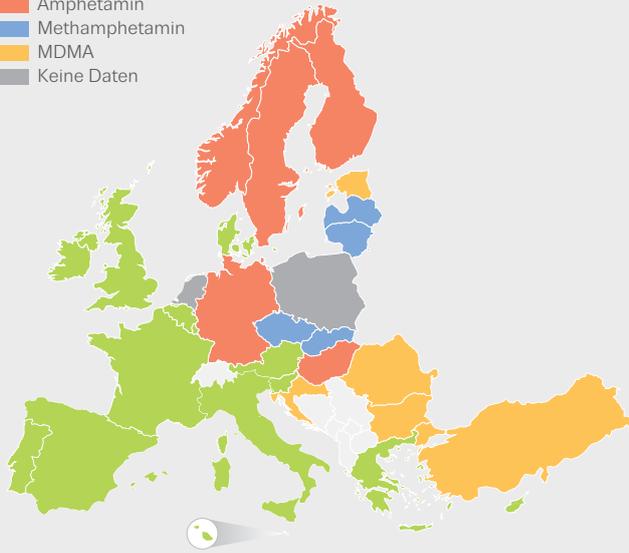
Opioid	Anzahl	Menge			Anzahl der Länder
		Kilogramm	Liter	Tabletten	
Methadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorphin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Fentanylderivate	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morphin	225	11,08		4 201	13
Opium	335	327,5			10
Codein	339	20,65		9 506	9
Oxycodon	12	0,005		107	6

(†) Pflaster oder Blotter.

ABBILDUNG 1.5

In Europa am häufigsten sichergestellte Stimulanzien, 2016 bzw. aktuellstes Jahr

- Kokain
- Amphetamin
- Methamphetamin
- MDMA
- Keine Daten



Union sichergestellten Heroins von 10 auf 5 Tonnen halbiert und sich in den letzten Jahren mit 4,3 Tonnen im Jahr 2016 stabilisiert. Die Türkei stellt weiterhin mehr Heroin sicher als alle anderen europäischen Länder zusammen (Abbildung 1.4), obwohl die Menge des in der Türkei sichergestellten Heroins von 8,3 Tonnen im Jahr 2015 auf 5,6 Tonnen im Jahr 2016 zurückging. Unter den Ländern, die konsistent berichten, deuten indizierte Trends darauf hin, dass nach einer Phase des rasanten Anstiegs von einem Tiefpunkt im Jahr 2012 die Reinheit des Heroins in Europa im Jahr 2016 gegenüber 2015 zurückgegangen ist, während der Preis in den letzten zehn Jahren gesunken ist.

Neben Heroin werden in den europäischen Ländern auch andere Opioide sichergestellt, die jedoch nur einen kleinen Bruchteil der insgesamt sichergestellten Menge ausmachen. Die anderen Opioide, die am häufigsten sichergestellt werden, sind die medizinischen Opioide Tramadol, Buprenorphin und Methadon (siehe Tabelle 1.1). Im Jahr 2016 war ein starker Anstieg der Anzahl der sichergestellten Tramadol-Tabletten zu verzeichnen, und auch Fentanyl-derivate wurden in viel größeren Mengen sichergestellt.

Europas Stimulanzienmarkt: regionale Unterschiede

Die in Europa am weitesten verbreiteten illegalen Stimulanzien sind Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und MDMA. Der Wert des Endkundenmarktes für Stimulanzien in der Europäischen Union wird auf 6,3 Milliarden Euro bis 10,2 Milliarden Euro im Jahr 2013 geschätzt. Im Hinblick auf die am häufigsten sichergestellten Stimulanzien sind erhebliche regionale Unterschiede festzustellen (Abbildung 1.5), abhängig von der geografischen Lage der Einfuhrpunkte und Schmuggelrouten, der wichtigsten Produktionsstandorte sowie der großen Konsumentenmärkte. Kokain ist in vielen westlichen und südlichen Ländern das am häufigsten beschlagnahmte Stimulans, während in Nord- und Osteuropa Amphetamin- und MDMA-Sicherstellungen vorherrschen.

Kokainmarkt: anhaltender Aufschwung

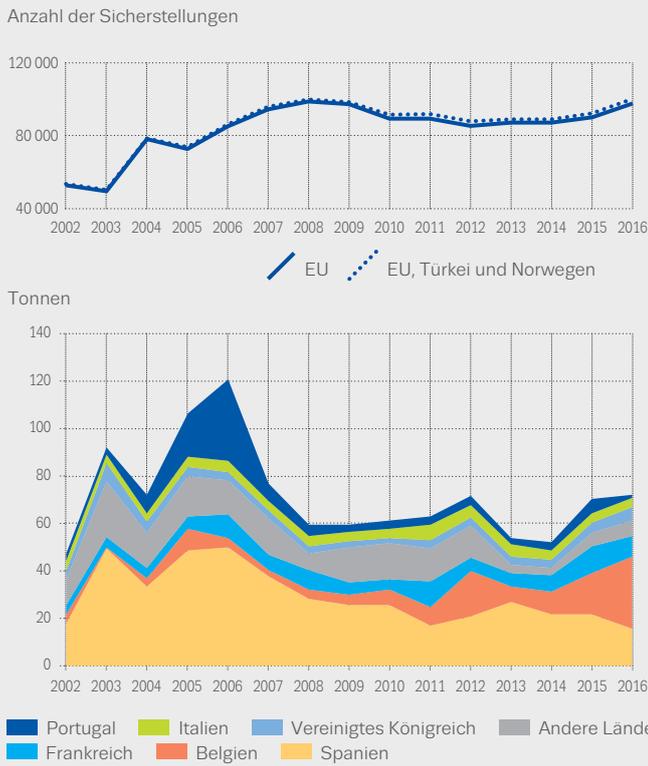
Kokain wird in Europa in zwei Formen angeboten, am häufigsten als Kokainpulver (in Salzform). Das rauchbare Crack (freie Base des Kokains) ist weniger leicht erhältlich. Kokain wird aus den Blättern des Kokastrauchs hergestellt und hauptsächlich in Bolivien, Kolumbien und Peru angebaut. Kokain wird mit den unterschiedlichsten Transportmitteln nach Europa geschmuggelt, darunter in Passagierflugzeugen, als Luftfracht und Postsendung sowie in Privatflugzeugen, Yachten und Seecontainern. Der Wert des Endkundenmarktes für Kokain in der Europäischen Union wurde im Jahr 2013 auf mindestens 5,7 Milliarden Euro geschätzt.

Insgesamt wurden im Jahr 2016 in der Europäischen Union etwa 98 000 Sicherstellungen von Kokain gemeldet; dies entsprach 70,9 Tonnen. Verglichen mit dem Vorjahr nahm die Menge des 2016 beschlagnahmten Kokains geringfügig ab, die Anzahl der Beschlagnahmen hingegen deutlich zu (siehe Abbildung 1.6). Mit Sicherstellungen von rund 30 Tonnen Kokain oder 43 % der geschätzten EU-Gesamtmenge im Jahr 2016 hat Belgien Spanien (15,6 Tonnen) als das Land mit den höchsten jährlichen Sicherstellungen der Droge verdrängt. Beschlagnahmen von insgesamt über 5 Tonnen der Droge wurden ebenfalls von Frankreich (8,5 Tonnen) sowie dem Vereinigten

Heroin ist das am weitesten verbreitete Opioid auf dem Drogenmarkt der EU

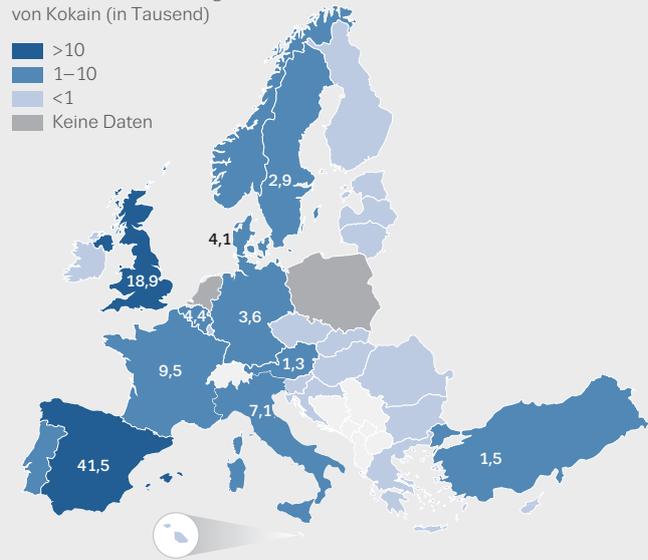
ABBILDUNG 1.6

Anzahl der Kokainsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2016 bzw. aktuellstes Jahr



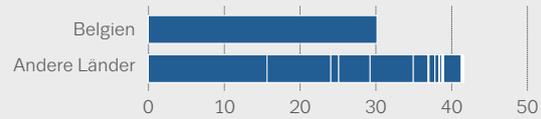
Anzahl der Sicherstellungen von Kokain (in Tausend)

- >10
- 1–10
- <1
- Keine Daten



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

Menge des sichergestellten Kokains (in Tonnen)



Königreich (5,7 Tonnen) gemeldet. Insgesamt deuten indizierte Trends darauf hin, dass sich der seit 2010 zu beobachtende Aufwärtstrend bei der Reinheit des Kokains im Jahr 2016 fortgesetzt und die Reinheit des Kokains auf den höchsten Stand der letzten zehn Jahre gebracht hat.

In Europa wurden 2016 auch andere Kokaprodukte sichergestellt, darunter 569 Kilogramm kokainhaltige Flüssigkeiten und 3 Kilogramm Kokablätter. Die Sicherstellung von 79 Kilogramm Kokapaste in Spanien und weiteren 7 Kilogramm in Italien weist darauf hin, dass es in Europa illegale Labors gibt, die Kokainhydrochlorid

KOKAIN

Sicherstellungen

Anzahl

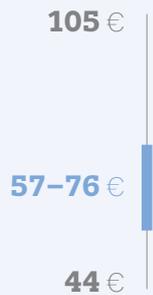
98 000 EU 100 000 EU + 2

Menge

70,9 EU 71,8 EU + 2

Preis

(EUR/g)



Reinheitsgrad

(%)

Indexierte Trends

Preis und Reinheitsgrad



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

herstellen. Diese Entwicklung deutet auf eine Änderung der Produktionstaktik einiger krimineller Organisationen hin, da die meisten der in Europa ausfindig gemachten Kokainlabors „sekundäre Extraktionslabors“ waren, in denen Kokain aus Materialien gewonnen wird, in die es eingearbeitet wurde (wie Wein, Kleidung, Kunststoffe).

Drogenproduktion: Entwicklungen im Bereich der Vorläuferchemikalien

Vorläuferstoffe von Drogen sind Chemikalien, die zur Herstellung illegaler Drogen benötigt werden. Da viele dieser Stoffe rechtmäßig verwendet werden, sind sie nicht verboten, aber ihr Handel wird durch EU-Verordnungen, die bestimmte Chemikalien erfassen (d. h. sie in die Liste der kontrollierten Stoffe aufnehmen) überwacht und kontrolliert. Die Verfügbarkeit von Vorläuferstoffen hat große Auswirkungen auf den Markt für synthetische Drogen und auf die Produktionsmethoden in illegalen Labors. Um der Kontrolle zu entgehen entwickeln sich die Produktionstechniken ständig weiter. Änderungen umfassen in der Regel die Verwendung von nicht erfassten Chemikalien zur Herstellung synthetischer Drogen oder ihrer Vorläufer, wie das kürzlich entdeckte N-t-BOC-MDMA (N-tert-Butyloxycarbonyl-MDMA). Diese zusätzlichen Verarbeitungsschritte erfordern mehr Chemikalien und

verursachen dadurch mehr Abfall, was zu Umweltschäden führen kann.

Die Daten über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von Vorläuferstoffen belegen, dass in der Europäischen Union erfasste und nicht erfasste Chemikalien gleichermaßen zur Herstellung von illegalen Drogen in der Europäischen Union, insbesondere von Amphetaminen und MDMA, genutzt werden (Tabelle 1.2). Die Kontrolle des BMK (Benzylmethylketon)-Vorläuferstoffes APAAN (Alpha-Phenylacetoacetonitril) seit Ende 2013 zeigte weiterhin Wirkung: Die sichergestellte Menge sank von 48 000 Kilogramm im Jahr 2013 auf 600 Kilogramm im Jahr 2016. Die Sicherstellungen der alternativen Chemikalien APAA (Alpha-Phenylacetoacetamid) und Glycidderivaten von BMK, die ebenfalls leicht in BMK umgewandelt werden können, die erstmals im Jahr 2015 gemeldet wurden, nahmen im Jahr 2016 stark zu.

Die Sicherstellungen von PMK (Piperonylmethylketon) und nicht erfassten Chemikalien für die Herstellung von MDMA nahmen im Jahr 2016 zu. Die Sicherstellung von PMK in Frankreich, von PMK-Glycidsäurederivaten in Bulgarien und die Einstellung der Lieferungen von Vorläuferstoffen in Spanien deuten auf eine Diversifizierung der Schmuggelrouten hin.

TABELLE 1.2

Übersicht über Sicherstellungen und abgefangene Lieferungen von in der EU erfassten Vorläuferstoffen und nicht erfassten Chemikalien, die in der Europäischen Union zur Herstellung ausgewählter synthetischer Drogen verwendet werden, 2016

Geplant/nicht geplant	Sicherstellungen		Abgefangene Lieferungen		GESAMT	
	Anzahl	Menge	Anzahl	Menge	Anzahl	Menge
MDMA oder verwandte Substanzen						
PMK (Liter)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (Liter)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Glycid-Derivate von PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amphetamin und Methamphetamin						
Ephedrin, in loser Form (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (Liter)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoephedrin, in loser Form (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, Phenylelessigsäure (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Glycid-Derivate von BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

**Amphetamin und Methamphetamin:
Sicherstellungen bleiben stabil**

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

Beide Drogen werden in Europa für den europäischen Markt hergestellt. Es gibt Hinweise darauf, dass Amphetamine vorwiegend in Belgien, den Niederlanden und Polen sowie in geringerem Maße in den baltischen Staaten und Deutschland hergestellt werden. Einige dieser Länder haben berichtet, dass sie Labors ausgehoben

haben, in denen die letzte Produktionsstufe, die Umwandlung von ölförmiger Amphetamin-Base in Amphetaminsulfat, stattfindet. Dies deutet auf eine Standortverschiebung dieser Phase des Herstellungsprozesses hin, die vermutlich mit einer Präferenz einiger Gruppen für den Schmuggel von Flüssigkeiten gegenüber dem Endprodukt verbunden ist, um Sicherstellungen zu vermeiden.

Zudem wird eine gewisse Menge Amphetamin für den Export produziert, insbesondere für den Nahen Osten, den Fernen Osten und Ozeanien. In jüngster Zeit war auch ein Anstieg der Sicherstellungen von Amphetamintabletten mit einem „Captagon“-Logo zu beobachten, insbesondere in der Türkei, wo im Jahr 2016 mehr als 13 Millionen Tabletten sichergestellt wurden.

Lange Zeit kam ein Großteil des in Europa produzierten Methamphetamins aus der Tschechischen Republik, wobei

AMPHETAMINE



AMPHETAMIN

Sicherstellungen

Anzahl

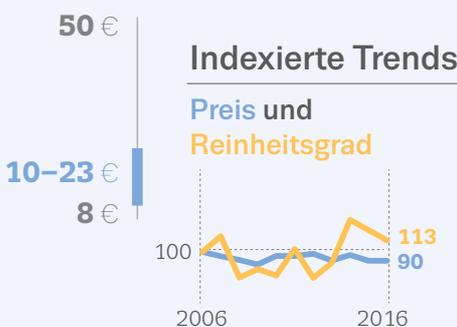


Menge



Preis

(EUR/g)



Reinheitsgrad

(%)



METHAMPHETAMIN

Sicherstellungen

Anzahl



Menge



Preis

(EUR/g)



Reinheitsgrad

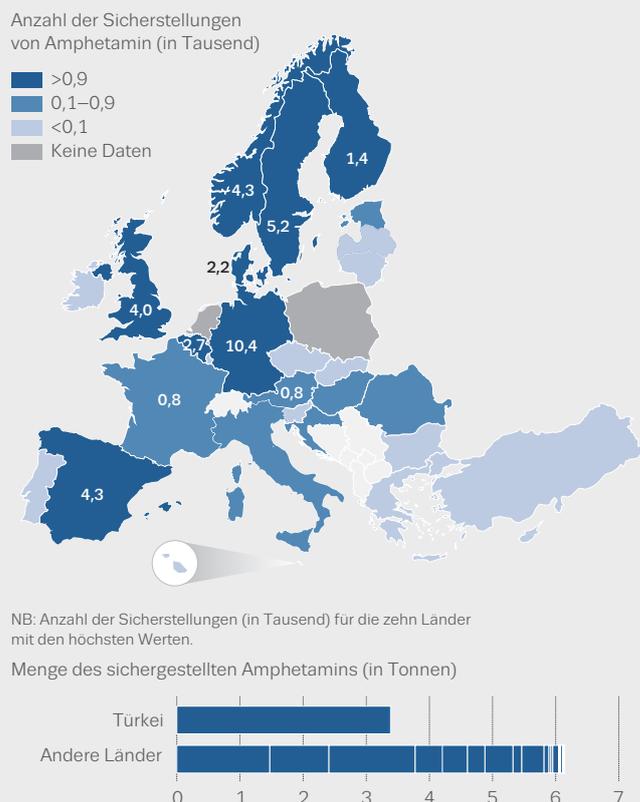
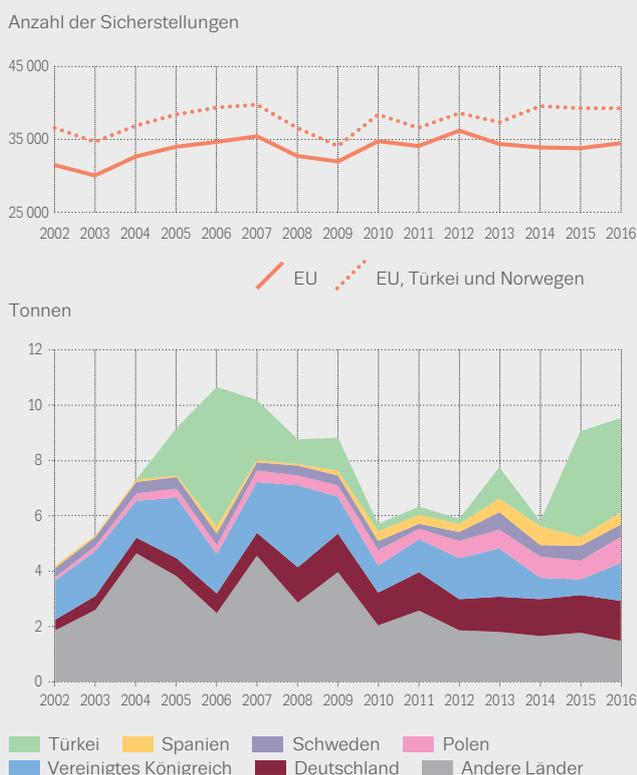
(%)



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

ABBILDUNG 1.7

Anzahl der Amphetaminsicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2016 bzw. aktuellstes Jahr



es seit Kurzem auch aus den Grenzregionen der benachbarten Länder stammt. In der Tschechischen Republik wird Methamphetamin hauptsächlich aus dem Vorläuferstoff Pseudoephedrin hergestellt, der aus Arzneimitteln extrahiert wird, die hauptsächlich aus Polen oder zunehmend aus anderen Ländern über Polen importiert werden. Die Droge kann auch unter Verwendung von BMK hergestellt werden. Im Jahr 2016 wurden in der Europäischen Union 291 illegale Methamphetaminlabors gemeldet, davon 261 in der Tschechischen Republik. Kleine Labors, die den heimischen Markt beliefern, dominieren, aber auch große Produktionsanlagen mit Konnex zur organisierten Kriminalität, die Methamphetamin für andere europäische Länder herstellen, wurden gemeldet.

Im Jahr 2016 meldeten die EU-Mitgliedstaaten 34 000 Sicherstellungen von Amphetamin, was einer Gesamtmenge von 5,7 Tonnen entspricht. Insgesamt ist die Menge des in der Europäischen Union beschlagnahmten Amphetamins stabil und schwankt seit 2010 jährlich um 5 bis 6 Tonnen (Abbildung 1.7). Die Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin ist weit niedriger: Im Jahr 2016 wurden in der Europäischen Union im Rahmen von 9 000 Sicherstellungen insgesamt 0,5 Tonnen Methamphetamin sichergestellt, wobei der

größte Anteil auf die Tschechische Republik entfiel (Abbildung 1.8). Die Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin zeigt seit 2002 einen Aufwärtstrend, während die sichergestellte Menge seit 2009 relativ stabil ist. Im Jahr 2016 wurden auch in der Türkei große Mengen an Amphetaminen beschlagnahmt, hauptsächlich als „Captagon“ (1,3 Millionen Tabletten oder geschätzte 3,4 Tonnen Amphetamin) sowie 0,25 Tonnen Methamphetamin.

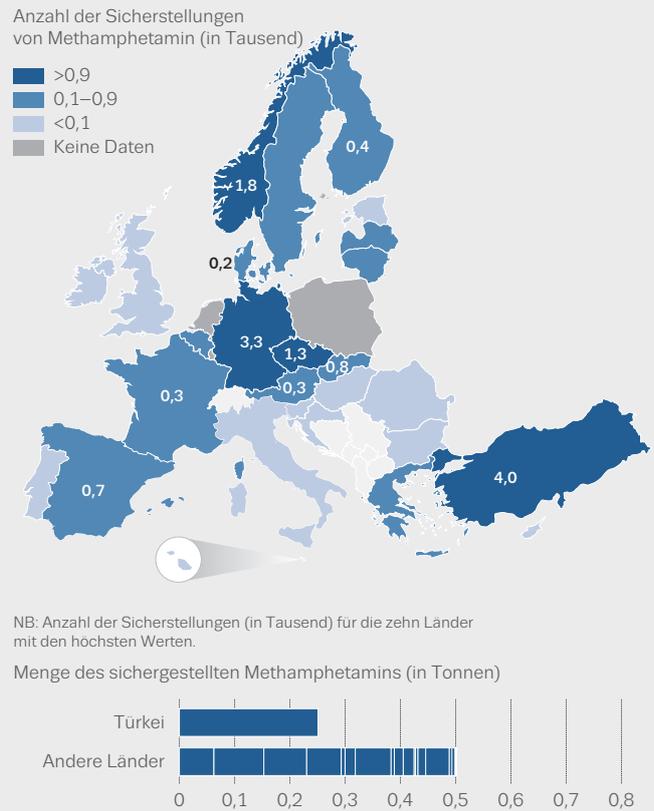
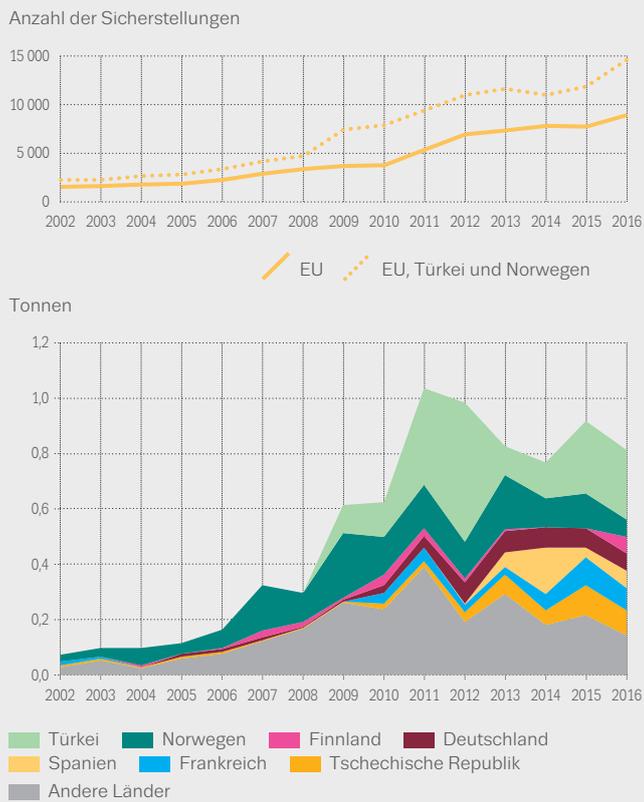
In der Regel ist der bei Stichproben nachgewiesene durchschnittliche Reinheitsgrad bei Methamphetamin höher als bei Amphetamin.

MDMA: erhöhte Produktion und mehr Sicherstellungen

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

ABBILDUNG 1.8

Anzahl der Sicherstellungen von Methamphetamin und sichergestellte Menge: Trends und 2016 bzw. aktuellstes Jahr



Vielzahl von Logos auf den Markt gebracht. Im Jahr 2013 wurde der Wert des MDMA-Endkundenmarkts in der Europäischen Union auf rund 0,7 Milliarden Euro geschätzt. Nachdem MDMA aufgrund einer Knappheit der für seine Herstellung benötigten Vorläuferstoffe eine Zeit lang kaum verfügbar war, befindet sich der MDMA-Markt

seit einigen Jahren wieder im Aufschwung. Der durchschnittliche Gehalt von MDMA-Tabletten steigt seit 2009, und der hohe MDMA-Gehalt einiger Chargen wurde mit Gesundheitsschädigungen und Todesfällen in Verbindung gebracht.

MDMA



Sicherstellungen



Preis

(EUR/Tablette)



Reinheitsgrad

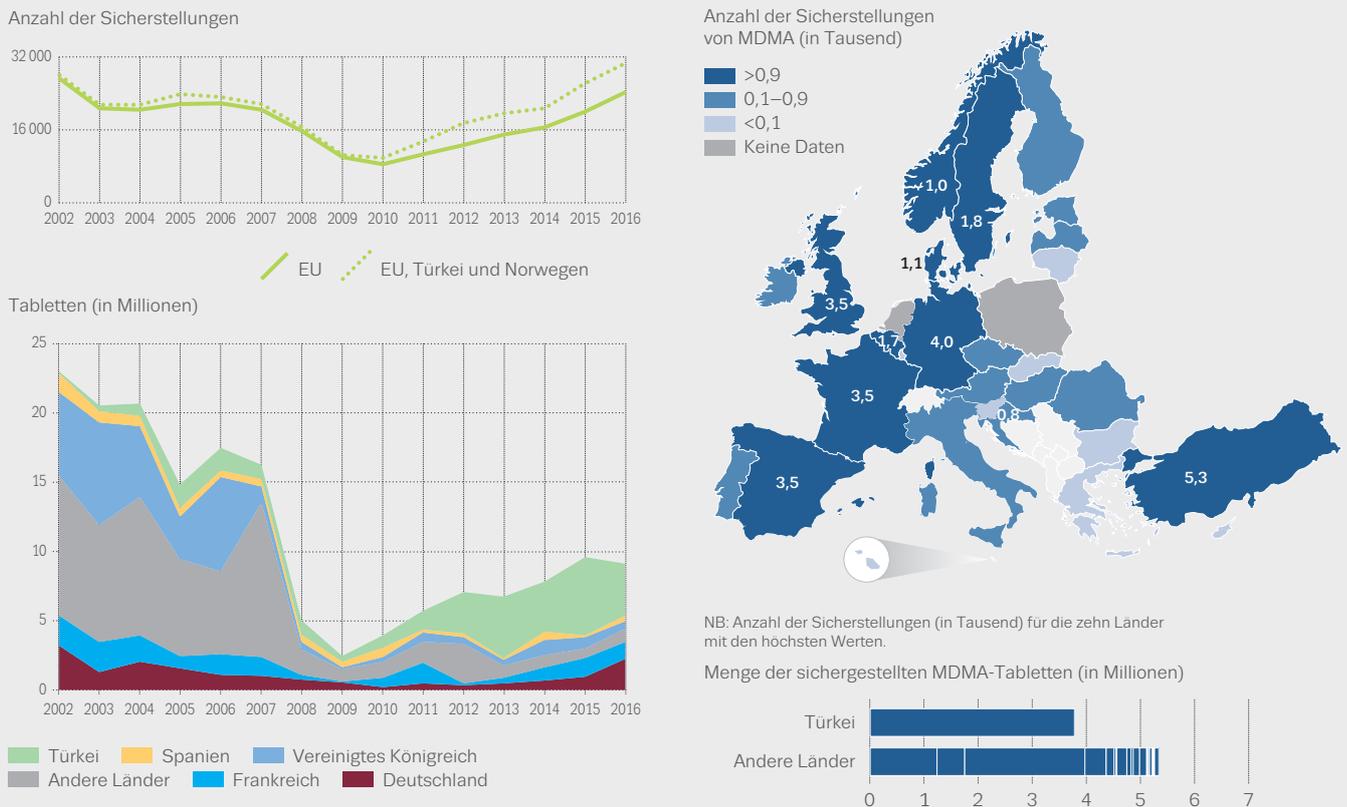
(MDMA mg/ Tablette)



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

ABBILDUNG 1.9

Anzahl der MDMA-Sicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2016 bzw. aktuellstes Jahr



Die Produktion von MDMA in Europa konzentriert sich hauptsächlich auf die Niederlande und Belgien, wobei elf MDMA-Laboratorien in der Europäischen Union im Jahr 2016 ausgehoben wurden (zehn in den Niederlanden und eines in Belgien), mehr als doppelt so viele wie im Jahr 2015. Das in Europa produzierte MDMA wird auch in andere Teile der Welt exportiert; z. B. berichtete die australische Polizei, dass die größte Einzelmenge des im Jahr 2016 in Australien beschlagnahmten MDMA (1,2 Tonnen) aus Europa stammt.

Die Bewertung aktueller Tendenzen in Bezug auf Sicherstellungen von MDMA ist schwierig, da für einige Länder, auf die ein wesentlicher Anteil an der Gesamtmenge entfallen dürfte, keine Daten verfügbar sind. Für 2016 liegen aus den Niederlanden keine Daten vor, während aus Deutschland und Polen keine Meldungen in Bezug auf die Zahl der Sicherstellungen übermittelt wurden. Selbst ohne diese wichtigen Beiträge stieg die Menge des in der Europäischen Union sichergestellten MDMA im Jahr 2016 an und wird auf 5,3 Millionen Tabletten und 295 Kilogramm MDMA-Pulver geschätzt.

Die Gesamtzahl der gemeldeten MDMA-Beschlagnahmen in der Europäischen Union ist seit 2010 weiter angestiegen, während die beschlagnahmte Menge im gleichen Zeitraum ebenfalls etwas zugenommen hat,

obwohl es Jahr für Jahr Schwankungen gibt. Auch in der Türkei wurden 2016 große Mengen an MDMA sichergestellt, die sich auf 3,8 Millionen Tabletten beliefen (Abbildung 1.9). Indizierte Trends zeigen, dass der MDMA-Gehalt der beschlagnahmten Tabletten in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat.

Sicherstellungen von LSD, GHB und Ketamin

In der Europäischen Union werden eine Reihe anderer illegaler Drogen sichergestellt, unter anderem 97 000 Dosen LSD (Lysergsäurediethylamid), die 2016 im Rahmen von 1 700 Sicherstellungen beschlagnahmt wurden. Die Zahl der Sicherstellungen von LSD hat sich seit 2010 fast verdoppelt, wobei die sichergestellten Mengen schwanken. Vierzehn Länder meldeten rund 1 800 Sicherstellungen von Ketamin, bei denen schätzungsweise 83 Kilogramm dieser Droge sichergestellt wurden. Der größte Anteil dieser Menge entfiel auf Dänemark, Italien und das Vereinigte Königreich. Auch Norwegen meldete eine geringe Zahl von Ketamin-Sicherstellungen – 50 Sicherstellungen in Höhe von 0,2 Kilogramm. Im Jahr 2016 wurden aus 13 EU-Ländern sowie Norwegen und der Türkei Sicherstellungen von GHB (Gamma-Hydroxybutyrat) oder GBL (Gamma-Butyrolacton) gemeldet. Insgesamt belaufen sich die geschätzten 1 700 Sicherstellungen auf fast 360 Kilogramm und

1 400 Liter der Droge, wobei auf Norwegen mehr als ein Viertel aller Sicherstellungen entfällt.

Neue psychoaktive Substanzen: ein komplexer Markt

Bis Ende 2017 beobachtete die EMCDDA mehr als 670 neue psychoaktive Substanzen, die in Europa identifiziert wurden. Zu diesen Substanzen, die vom internationalen Drogenkontrollsystem nicht erfasst werden, zählt ein breites Spektrum von Drogen, darunter synthetische Cannabinoide, Stimulanzien, Opioiden und Benzodiazepine (Abbildung 1.10). Die meisten von ihnen werden als „legaler“ Ersatz für illegale Drogen verkauft, mitunter sind sie aber auch für kleine Gruppen bestimmt, die sie wegen ihrer möglichen neuen Wirkungen ausprobieren möchten.

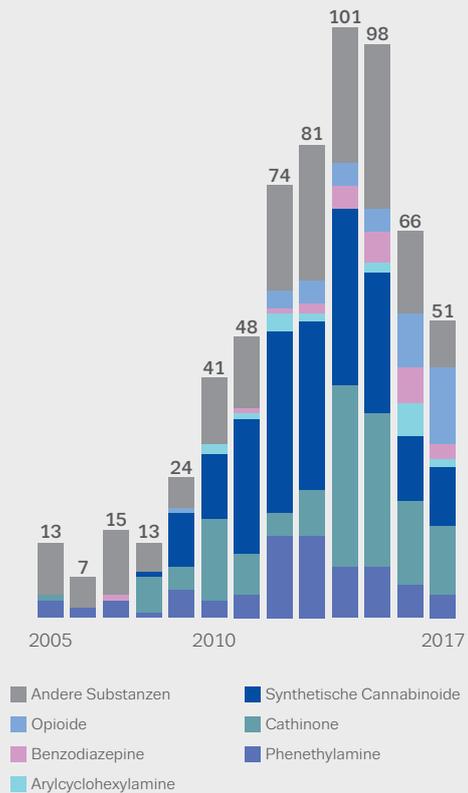
Viele der neuen Substanzen werden in China von Chemie- und Pharmaunternehmen in großen Mengen hergestellt. Aus China werden sie nach Europa versandt, wo sie in Produkten weiterverarbeitet, verpackt und verkauft werden. Einige neue Substanzen werden zudem als Arzneimittel vertrieben, die entweder aus der legalen Lieferkette abgezweigt oder aus illegalen Quellen bezogen werden. Darüber hinaus werden neue Substanzen in geheimen Labors in Europa oder anderen Teilen der Welt hergestellt. Mehrere Indikatoren, darunter die Aufdeckung illegaler Labors, die Analysen der entsorgten Abfallstoffe aus der Herstellung synthetischer Drogen und die Sicherstellungen von Vorläuferstoffen, weisen darauf hin, dass diese Form der Herstellung in den letzten Jahren in Europa zugenommen hat.

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

Fast 70 % der im Rahmen des Frühwarnsystems der Europäischen Union identifizierten neuen Stoffe wurden in den letzten fünf Jahren entdeckt. 2017 wurden in Europa 51 neue Substanzen erstmals gemeldet. Dies ist weniger als in den 5 Jahren davor und bedeutet einen Rückgang gegenüber den Spitzenwerten von etwa 100 Neuentdeckungen pro Jahr, die in den Jahren 2014 und 2015 erreicht wurden. Die Ursachen für diesen Rückgang sind unklar, stehen jedoch möglicherweise in Zusammenhang mit den von den nationalen Regierungen in Europa ergriffenen Maßnahmen, die auf das Verbot neuer Substanzen und insbesondere auf ihren offenen Verkauf abzielen. Darüber hinaus könnten auch die Kontroll- und Strafverfolgungsmaßnahmen eine wichtige

ABBILDUNG 1.10

Anzahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2005–2017



Rolle spielen, die in China gegen die Labors eingeleitet wurden, in denen neue Substanzen hergestellt werden.

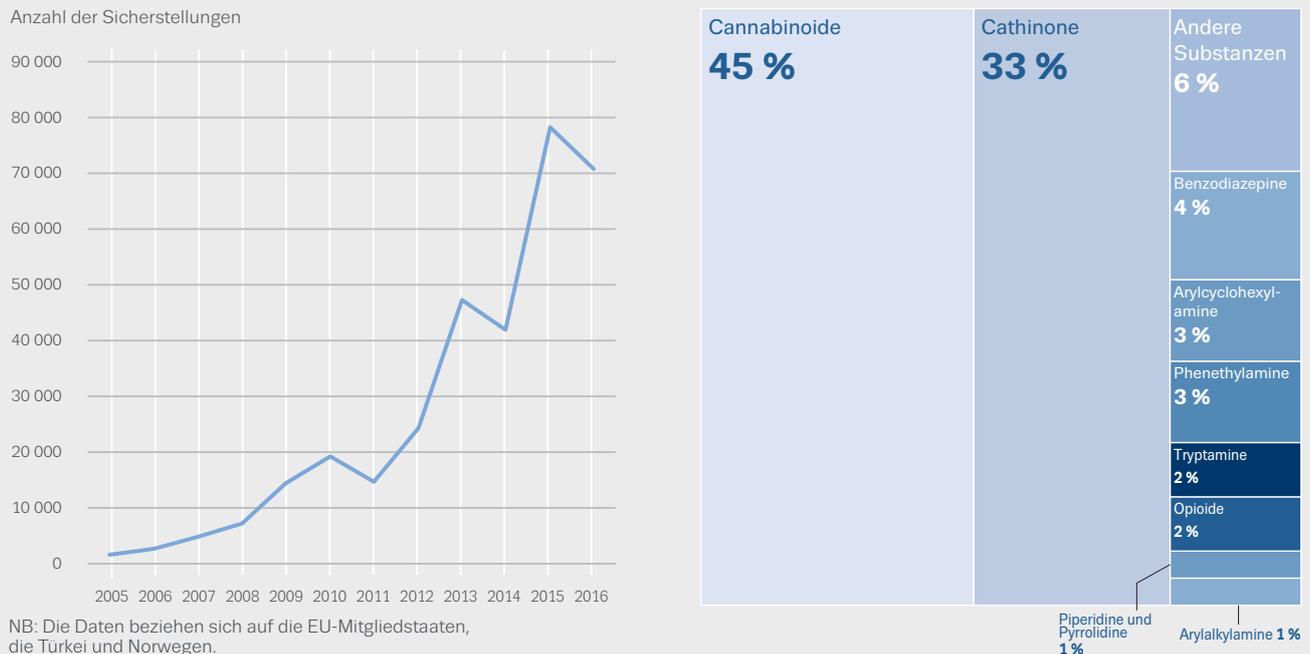
Die Zahl der jährlich erstmals entdeckten neuen Substanzen ist nur eine der Messgrößen, die von der EMCDDA herangezogen werden, um ein Verständnis für den Gesamtmarkt zu gewinnen. Wie komplex dieser Markt geworden ist, zeigt zum Beispiel, dass im Jahr 2016 noch über 50 % (369) der neuen Substanzen, die derzeit überwacht werden, auf dem europäischen Drogenmarkt entdeckt wurden.

Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen: synthetische Cathinone und Cannabinoide weiter vorherrschend

Im Jahr 2016 wurden über das EU-Frühwarnsystem fast 71 000 Sicherstellungen von neuen psychoaktiven Substanzen gemeldet (Abbildung 1.11). Synthetische Cathinone und synthetische Cannabinoide machten zusammen fast 80 % aller Sicherstellungen und 80 % aller im Jahr 2016 sichergestellten Mengen neuer Stoffe aus. Insgesamt war im Jahr 2016 ein Rückgang der sichergestellten Mengen gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Allerdings nahmen die sichergestellten Mengen an synthetischen Cathinonen, Benzodiazepinen und synthetischen Opioiden zu. Die ermittelten

ABBILDUNG 1.11

Anzahl der Sicherstellungen von neuen psychoaktiven Substanzen, die dem EU-Frühwarnsystem gemeldet wurden: Verteilung nach Kategorie im Jahr 2016 und Trends



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

Neue synthetische Opiode

Seit 2009 wurden auf dem europäischen Drogenmarkt insgesamt 38 neue Opiode festgestellt – davon wurden 13 erstmals im Jahr 2017 gemeldet. Darin enthalten sind 28 Fentanylderivate, von denen zehn erstmals im Jahr 2017 gemeldet wurden. Die neuen Fentanylderivate spielen zwar gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle auf dem europäischen Drogenmarkt, sie sind jedoch hochpotent und stellen eine ernstzunehmende Bedrohung für den Einzelnen und die öffentliche Gesundheit dar.

Neue Opiode werden in unterschiedlichen Formen sichergestellt, in erster Linie als Pulver, Tabletten und Flüssigkeiten. Im Jahr 2016 wurden etwa 4,6 Liter synthetischer Opiode sichergestellt, eine Zunahme gegenüber den 1,8 Litern im Vorjahr. Mehr als 70 % der etwa 1 600 Sicherstellungen neuer synthetischer Opiode,

die im Jahr 2016 gemeldet wurden, entfielen auf Fentanylderivate. In über 96 % der sichergestellten Flüssigkeiten wurden Fentanylderivate nachgewiesen. Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang das Aufkommen von Nasensprays auf dem Markt, die Fentanylderivate wie Acryloylfentanyl, Furanylfentanyl, 4-Fluorisobutyrylfentanyl, Tetrahydrofanylfentanyl und Carfentanil enthalten. Auf neue Opiode entfielen 2,3 % der Gesamtzahl der Sicherstellungen neuer Stoffe im Jahr 2016, gegenüber 0,8 % im Jahr 2015.

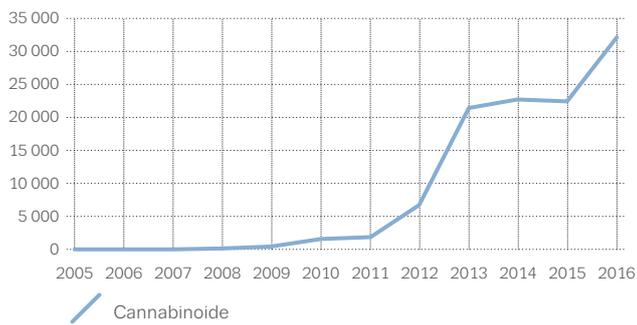
Synthetische Cannabinoide

Bei synthetischen Cannabinoiden handelt es sich um eine Gruppe von Stoffen, welche die Wirkungen von Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) imitieren. THC ist die Substanz, die vor allem für die wesentlichen psychoaktiven Wirkungen von Cannabis verantwortlich ist. Europäische Hersteller importieren Cannabinoidpulver in großen Mengen und mischen sie mit getrocknetem Pflanzenmaterial. Diese werden als legaler Ersatz für Cannabis in Verkehr gebracht und als „Räuchermischungen auf Kräuterbasis“ verkauft. Synthetische Cannabinoide stellen nach wie vor die größte Gruppe der von der EMCDDA beobachteten neuen Substanzen dar und weisen eine zunehmend vielfältige chemische Zusammensetzung auf. Seit 2008 wurden 179 dieser Substanzen entdeckt, darunter zehn im Jahr 2017.

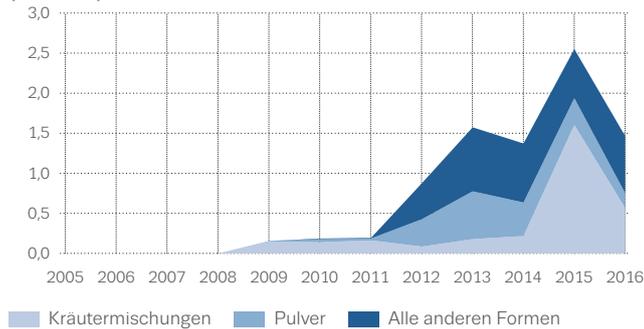
ABBILDUNG 1.12

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

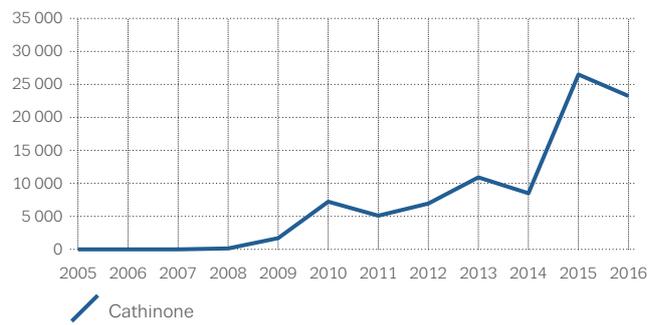
Anzahl der Sicherstellungen



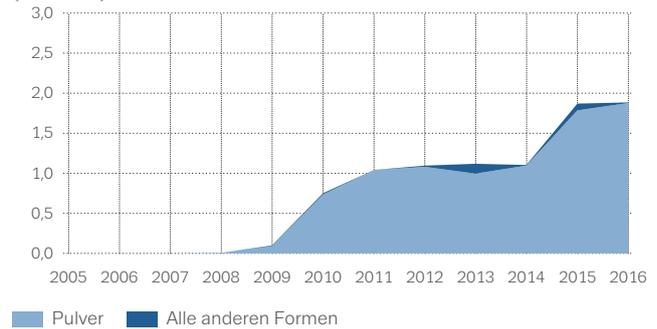
Cannabinoiden
(in Tonnen)



Anzahl der Sicherstellungen



Cathinone
(in Tonnen)



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

Synthetische Cannabinoide waren auch 2016 die am häufigsten sichergestellten neuen psychoaktiven Substanzen mit etwas mehr als 32 000 Sicherstellungen (Abbildung 1.12). Dies ist eine Zunahme von fast 10 000 Sicherstellungen gegenüber dem Vorjahr und macht fast die Hälfte der Gesamtzahl der im Jahr 2016 gemeldeten Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen aus. Die fünf im Jahr 2016 am häufigsten sichergestellten synthetischen Cannabinoide waren MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 und AMB-FUBINACA.

Die Sicherstellungen synthetischer Cannabinoide beliefen sich auf fast 1,5 Tonnen der Substanzen. Dies entspricht einem deutlichen Rückgang gegenüber den 2,5 sichergestellten Tonnen im Jahr 2015. Auf Kräutermischungen entfielen 40 % der im Jahr 2016 beschlagnahmten Mengen, wobei der Anteil der Pulver fast 13 % betrug.

Die Sicherstellung synthetischer Cannabinoide in Pulverform zusammen mit der Aufdeckung von Verarbeitungseinrichtungen in Europa lassen darauf schließen, dass diese Produkte in Europa verpackt werden. Mit dem sichergestellten Pulver hätten, wenn es zu Räuchermischungen auf Kräuterbasis verarbeitet worden wäre, viele Millionen Dosen produziert werden können. Die Cannabinoide mit den höchsten, in Pulverform sichergestellten Gesamtmengen im Jahr 2016 waren AM-6527 5-Fluorpentylderivat (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) und AB-FUBINACA (7 kg).

Synthetische Cathinone

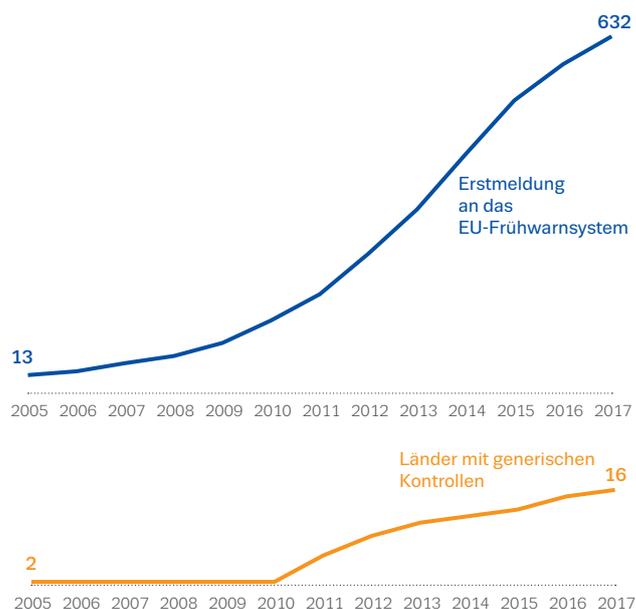
Synthetische Cathinone sind chemisch mit Cathinon verwandt, einem in der Khat-Pflanze (*Catha edulis*) natürlich vorkommenden Stimulans. Diese Substanzen haben eine ähnliche Wirkung wie herkömmliche illegale Stimulanzien, wie beispielsweise Amphetamin, Kokain und MDMA. Synthetische Cathinone bilden die zweitgrößte Gruppe der von der EMCDDA überwachten neuen Substanzen. Von den insgesamt entdeckten 130 Substanzen wurden zwölf im Jahr 2017 erstmals gemeldet.

Mit mehr als 23 000 und damit nahezu einem Drittel aller Sicherstellungen waren synthetische Cathinone im Jahr 2016 die am zweithäufigsten sichergestellte Gruppe neuer psychoaktiver Substanzen. Dies stellt einen leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr dar. Die fünf am häufigsten sichergestellten Cathinone im Jahr 2016 waren alpha-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-Methyl-N,N-Dimethylcathinon und 3-MMC.

Die Sicherstellungen dieser Stoffe beliefen sich auf fast 1,9 Tonnen, womit synthetische Cathinone im Jahr 2016 die am häufigsten sichergestellten neuen psychoaktiven Substanzen waren (Abbildung 1.12). Synthetische Cathinone liegen zumeist als Pulver vor. Die Cathinone mit den höchsten, in Pulverform sichergestellten Gesamtmengen waren 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) und Mexedron (50 kg).

ABBILDUNG 1.13

Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen und Einführung von Kontrollen generischer Gruppen, seit 2005



Neue Benzodiazepine

Die EMCDDA überwacht derzeit 23 neue Benzodiazepine – drei davon wurden 2017 erstmals in Europa nachgewiesen. Einige neue Benzodiazepine werden als Tabletten, Kapseln oder Pulver unter eigenem Namen verkauft. In anderen Fällen wurden diese Substanzen für die Herstellung von Fälschungen häufig verschriebener angstlösender Arzneimittel verwendet, wie beispielsweise Diazepam und Alprazolam, die direkt auf dem Markt für illegale Drogen verkauft wurden. Während die Zahl der Sicherstellungen von Benzodiazepinen im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015 zurückging, nahm die Menge der Sicherstellungen deutlich zu. Im Jahr 2016 wurden mehr als eine halbe Million Tabletten mit neuen Benzodiazepinen wie Diclazepam, Etizolam, Flubromazolam, Flunitrazolam und Fonazepam sichergestellt – ein Anstieg von etwa zwei Dritteln gegenüber der im Jahr 2015 gemeldeten Zahl.

Neue psychoaktive Substanzen: neue Rechtsvorschriften

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

Auf nationaler Ebene wurden die unterschiedlichsten Maßnahmen zur Kontrolle neuer Substanzen eingeführt; dabei lassen sich vor allem drei Formen von Rechtsvorschriften unterscheiden. Viele europäische Länder setzten zunächst bei den Verbraucherschutzvorschriften an und gingen anschließend dazu über, die vorhandene Drogengesetzgebung auszuweiten oder anzupassen, um neue psychoaktive Substanzen zu erfassen. In zunehmendem Maße konzipieren die Länder spezifische neue Rechtsvorschriften, um diesem Phänomen zu begegnen.

Seit vielen Jahren werden in den meisten europäischen Ländern nur noch kontrollierte Stoffe einzeln aufgeführt. Da jedoch die Zahl der neu entdeckten Stoffe in Europa

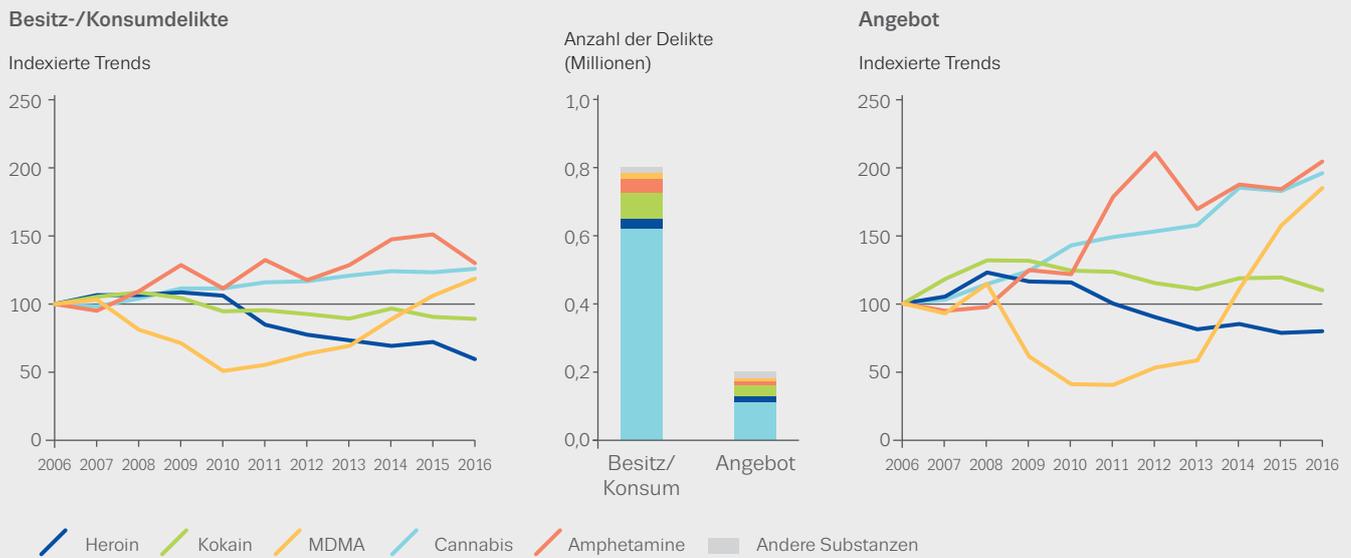
gestiegen ist, haben mehr Länder versucht, Stoffgruppen zu kontrollieren (Abbildung 1.13). Die meisten Länder haben die Gruppen nach der chemischen Struktur („generische“ Gruppen) definiert, obwohl einige wenige die Gruppen nach den Wirkungen definiert haben. Die meisten Länder, die den generischen Ansatz gewählt haben, haben die Gruppenelemente zu den bestehenden Drogengesetzen hinzugefügt, aber einige haben solche Gruppen nur in spezifische neue Rechtsvorschriften für psychoaktive Substanzen aufgenommen.

Auf EU-Ebene wurde der Rechtsrahmen für Maßnahmen in Bezug auf gesundheitliche und soziale Bedrohungen durch neue psychoaktive Substanzen aus dem Jahr 2005 überarbeitet, mit dem Ziel, ein schnelleres und wirksameres System zu schaffen. Die neue Gesetzgebung behält den dreistufigen Ansatz bei, um Maßnahmen gegen neue psychoaktive Substanzen umzusetzen – Frühwarnung, Risikobewertung und Kontrollmaßnahmen – und stärkt gleichzeitig die bestehenden Prozesse durch Straffung und Beschleunigung der Datenerhebungs- und Bewertungsverfahren und die Einführung kürzerer Fristen. Nach der Risikobewertung kann die Kommission dann einen Vorschlag unterbreiten, wie der Stoff kontrolliert werden kann. Das Europäische Parlament und der Rat haben das Recht, innerhalb von 2 Monaten und unter bestimmten Bedingungen Einwände gegen den Vorschlag der Kommission vorzubringen. Die nationalen Behörden haben sechs (statt zwölf) Monate Zeit, die Kontrolle des Stoffes in ihrem Hoheitsgebiet zu umzusetzen, sobald die Entscheidung in Kraft tritt.

**Die EMCDDA überwacht
derzeit 23 neue Benzodiazepine**

ABBILDUNG 1.14

Drogendelikte in Europa im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, dem Besitz für den Eigengebrauch oder dem Angebot von Drogen: indexierte Trends und gemeldete Delikte, 2016



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

Drogendelikte: Cannabis vorherrschend

Die Umsetzung der einschlägigen Gesetze wird anhand von Daten über gemeldete Drogendelikte beobachtet. In der Europäischen Union wurden im Jahr 2016 schätzungsweise 1,5 Millionen Drogendelikte gemeldet, ein Anstieg um ein Drittel (33 %) seit 2006. Die meisten dieser Delikte (74 %) betrafen die Nutzung oder den Besitz von rund 1 Million Straftaten im Jahr 2016, was einem Anstieg von 28 % gegenüber 2006 entspricht. Mehr als drei Viertel der Drogenkonsum- oder Besitzdelikte standen im Zusammenhang mit Cannabis (77 %). Der Aufwärtstrend bei den Delikten im Zusammenhang mit dem Konsum oder Besitz von MDMA hat sich im Jahr 2016 fortgesetzt, obwohl sie nurmehr 2 % der konsumbedingten Delikte ausmachen (Abbildung 1.14).

Insgesamt ist die Zahl der Drogenangebotsdelikte in der Europäischen Union seit 2006 um 14 % gestiegen, mit einer Schätzung von mehr als 200 000 Fällen im Jahr 2016. Der Großteil der Angebotsdelikte (57 %) stand in Verbindung mit Cannabis. Hinsichtlich der Zahl der gemeldeten Delikte im Zusammenhang mit dem Angebot von MDMA ist seit 2013 ein drastischer Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 1.14).

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und Europol

2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und Eurojust

2016

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

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

2

**Mittlerweile wird in Europa
ein größeres Spektrum an Substanzen
konsumiert als in der Vergangenheit**

Prävalenz und Trends des Drogenkonsums

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

Beobachtung des Drogenkonsums

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

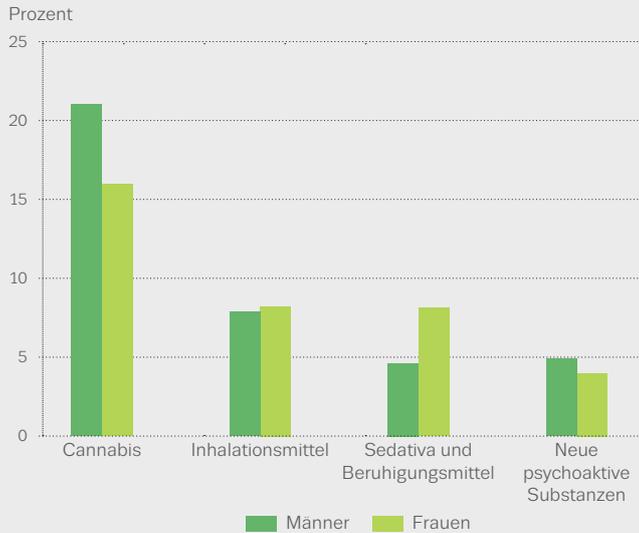
Die unter Schülern und in der Allgemeinbevölkerung durchgeführten Erhebungen können einen Überblick über die Prävalenz des experimentellen Konsums und des Freizeitkonsums von Drogen bieten. Ergänzend zu diesen Erhebungsergebnissen können Analysen der kommunalen Abwässer auf Drogenrückstände herangezogen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

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

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

ABBILDUNG 2.1

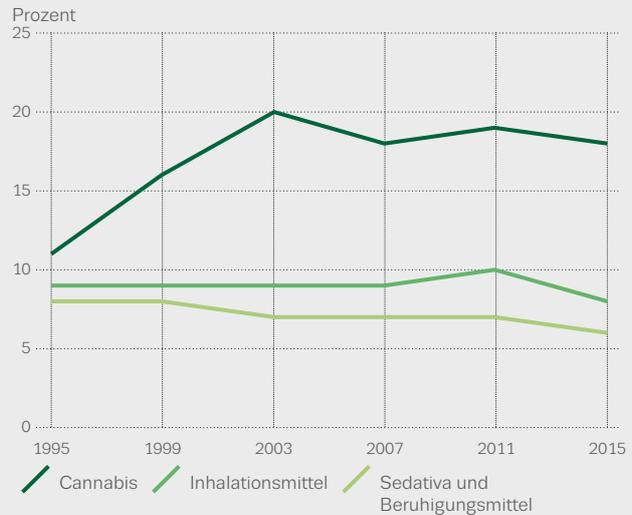
Lebenszeitprävalenz von Substanzen unter den 15- bis 16-jährigen Schülern in Europa, nach Geschlecht



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

ABBILDUNG 2.2

Trends bei der Lebenszeitprävalenz von Cannabis, Inhalationsmitteln und Arzneimitteln (Sedativa und Beruhigungsmittel ohne Rezept) unter 15- bis 16-jährigen Schülern in der Europäischen Union.



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

Substanzkonsum unter Schülern: stabile oder abnehmende Tendenzen

Die Beobachtung des Substanzkonsums unter Schülern bietet wertvolle Einblicke in das aktuelle Risikoverhalten Jugendlicher und gibt Aufschluss über mögliche Zukunftstrends. Im Jahr 2015 wurde die sechste Datenerhebungsrunde der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) durchgeführt, die 1995 ins Leben gerufen wurde. Bei dieser jüngsten Erhebung wurden vergleichbare Daten über den Substanzkonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern in 35 europäischen Ländern zusammengetragen, darunter in 23 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen. Von den in diesen 24 Ländern befragten Schülern gaben im Durchschnitt 18 % an, mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz), wobei die höchsten Werte in der Tschechischen Republik (37 %) und Frankreich (31 %) ermittelt wurden; 8 % der Schüler gaben an, in den vorangegangenen 30 Tagen konsumiert zu haben. Der Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis (MDMA/ Ecstasy, Amphetamin, Kokain, Methamphetamin und Halluzinogene) war mit einer durchschnittlichen Lebenszeitprävalenz von insgesamt 5 % weitaus geringer.

Für die Erhebung wurden die Teilnehmer auch zu anderen Substanzen wie Inhalationsmitteln, Arzneimitteln und neuen psychoaktiven Substanzen befragt. Unter den Teilnehmern aus der EU und Norwegen lag die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz des Konsums von Inhalationsmitteln bei 8 % (zwischen 3 % in Belgien

[Flandern] und 25 % in Kroatien). Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Sedativa oder Beruhigungsmitteln ohne ärztliche Verschreibung wurde von durchschnittlich 6 % der Schüler (zwischen 2 % in Rumänien und 17 % in Polen) und der Lebenszeitkonsum des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen von durchschnittlich 4 % der Schüler (zwischen 1 % in Belgien [Flandern] und 10 % in Estland und Polen) gemeldet (Abbildung 2.1). Unter den Konsumierenden neuer psychoaktiver Substanzen in den letzten zwölf Monaten (3,2 % der Teilnehmer) waren Räuchermischungen auf Kräuterbasis die am häufigsten verwendete Substanzart (von 2,6 % aller Teilnehmer berichtet), wobei der Konsum von Pulvern, Kristallen oder Tabletten, Flüssigkeiten oder anderen Formen neuer psychoaktiver Substanzen weniger verbreitet war.

Unter den 22 Ländern mit ausreichenden Daten für die Analyse erreichte die insgesamt gemeldete Lebenszeitprävalenz von Cannabis im Jahr 2003 ihren Höhepunkt, gefolgt von einem leichten Rückgang in der Erhebung von 2007 (Abbildung 2.2). Seitdem ist die Prävalenz relativ stabil. Zwischen 2011 (10 %) und 2015 (8 %) gab es einen Rückgang der gemeldeten Lebenszeitprävalenz des Konsums von Inhalationsmitteln, aber der langfristige Trend zwischen 1995 und 2015 war relativ stabil (Abbildung 2.2). Bei Sedativa und Beruhigungsmitteln ging die Lebenszeitprävalenz zwischen 1995 und 2015 leicht zurück, wobei die Prävalenz des Konsums bei Mädchen in diesem Zeitraum konstant höher war als bei Jungen. Trenddaten zu neuen psychoaktiven Substanzen liegen von ESPAD nicht vor, da Fragen zum Konsum dieser Drogen erstmals im Jahr 2015 aufgenommen wurden.

Mehr als 92 Millionen Erwachsene haben illegale Drogen probiert

Schätzungen zufolge haben mehr als 92 Millionen erwachsene Europäer, das entspricht gut einem Viertel der 15- bis 64-Jährigen in der Europäischen Union, bereits einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert. Unter Männern (56,0 Millionen) ist die Lebenszeitprävalenz höher als unter Frauen (36,3 Millionen). Die am häufigsten probierte Droge ist Cannabis (53,5 Millionen Männer und 34,3 Millionen Frauen), während die Schätzwerte der Lebenszeitprävalenzen für Kokain (11,8 Millionen Männer und 5,2 Millionen Frauen), MDMA (9,0 Millionen Männer und 4,5 Millionen Frauen) und Amphetamin (8,0 Millionen Männer und 4,0 Millionen Frauen) deutlich niedriger sind. Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums sind von Land zu Land sehr unterschiedlich und reichen von etwa 41 % der Erwachsenen in Frankreich bis hin zu weniger als 5 % der Erwachsenen in Malta.

Der Drogenkonsum der letzten zwölf Monate stellt einen Messwert für den aktuellen Drogenkonsum unter jungen Erwachsenen dar. Schätzungsweise haben 18,9 Millionen junge Erwachsene (zwischen 15 und 34 Jahren) in den letzten zwölf Monaten Drogen konsumiert, wobei doppelt so viele Männer als Frauen dies gemeldet haben.

Cannabiskonsum: insgesamt stabil, aber große nationale Unterschiede

Cannabis ist die von allen Altersgruppen am häufigsten konsumierte illegale Droge. Die Droge wird in der Regel geraucht und in Europa üblicherweise mit Tabak gemischt.

Die Konsummuster bei Cannabis reichen von gelegentlichem über regelmäßigen Konsum bis hin zur Abhängigkeit.

Es wird geschätzt, dass 87,6 Millionen Erwachsene in der Europäischen Union (zwischen 15 und 64 Jahren), was 26,3 % dieser Altersgruppe wären, während ihres Lebens Cannabis probiert haben. Von ihnen haben schätzungsweise 17,2 Millionen junge Erwachsene (14,1 % der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren) in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, darunter 9,8 Millionen 15- bis 24-Jährige (17,4 % dieser Altersgruppe). Die 12-Monats-Prävalenzraten unter den 15- bis 34-Jährigen reichen von 3,5 % in Ungarn bis hin zu 21,5 % in Frankreich. Unter den jungen Menschen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, ist der Anteil der Männer doppelt so hoch wie der Anteil der Frauen.

Die jüngsten Ergebnisse aus Erhebungen zeigen, dass die meisten Länder entweder Stabilität oder einen Anstieg des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen im letzten Jahr melden. Von den Ländern, die seit 2015 Erhebungen durchführen und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelten acht höhere und neun unveränderte Werte, während zwei Länder zu niedrigeren Schätzungen gelangten als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

BEHANDLUNGSaufNAHMEN von Cannabiskonsumierenden



Merkmale

16% Frauen 84% Männer



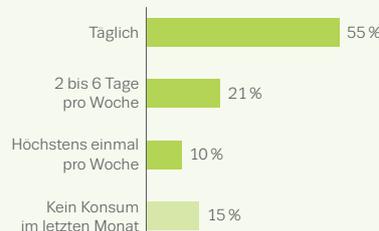
16 Durchschnittsalter bei Erstkonsum
25 Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme

83 000 Erstklienten 57 000 Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
59% 41%

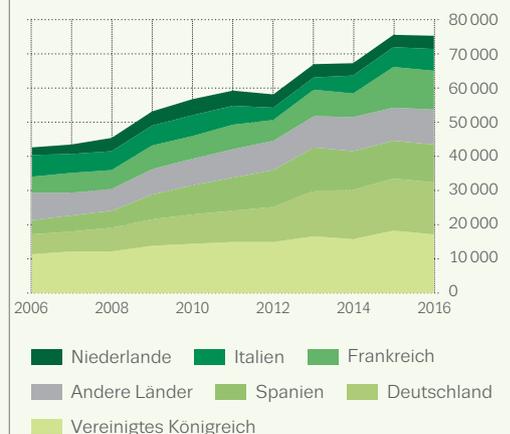


Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

Durchschnittlicher Konsum: 5,5 Tage pro Woche



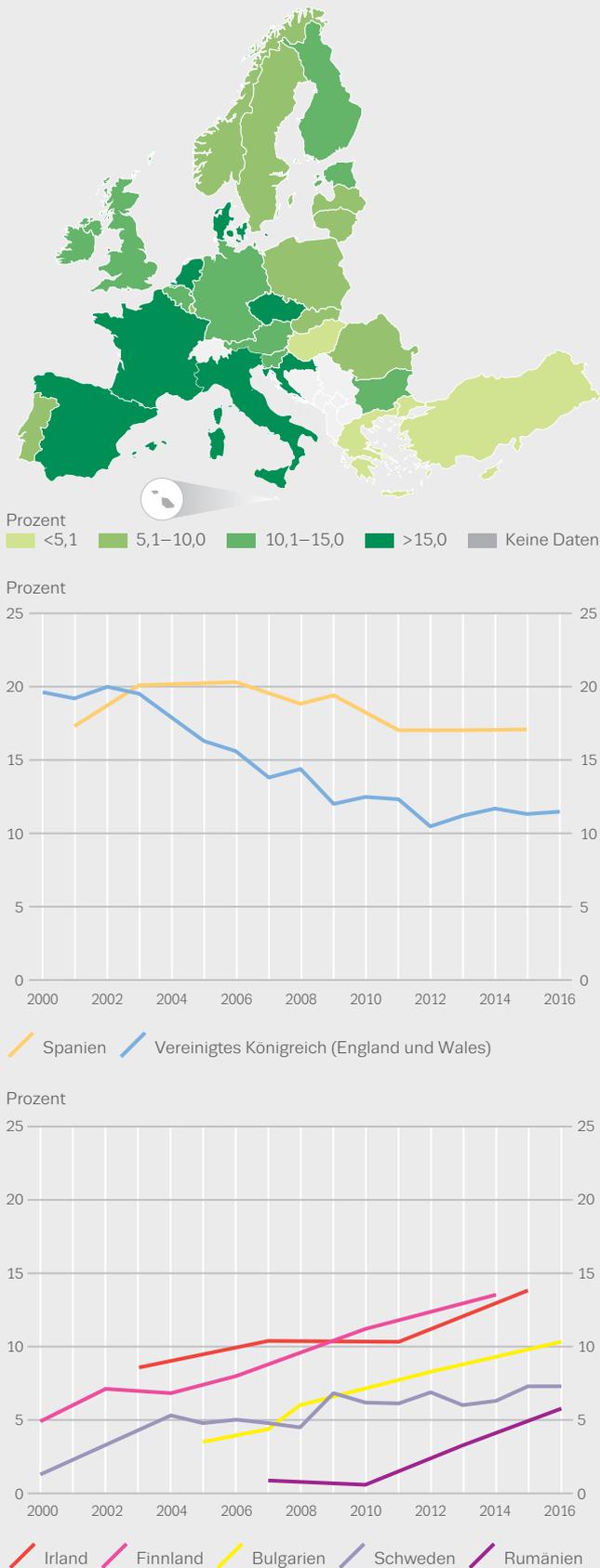
Trends bei den Erstklienten



NB: Mit Ausnahme von den Trends beziehen sich die Daten auf alle Klienten mit Cannabis als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 25 Ländern. Nur Länder mit Daten für mindestens neun der elf Jahre sind in der Trendgrafik enthalten. Fehlende Werte werden aus den vorherigen Jahren und Folgejahren interpoliert. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die ab 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.3

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



In einigen Ländern liegt ausreichendes Datenmaterial aus Erhebungen vor, das eine statistische Analyse der Entwicklungen beim Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate unter jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) ermöglicht. Die in Spanien und im Vereinigten Königreich in den letzten zehn Jahren beobachtete langfristige rückläufige Entwicklung ist den jüngsten Daten zufolge inzwischen zum Stillstand gekommen (Abbildung 2.3).

Im letzten Jahrzehnt wurden in einer Reihe von Ländern steigende Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen beobachtet. Dazu gehören Irland und Finnland, wo sich die Werte laut den jüngsten Daten dem EU-Durchschnitt von 14,1 % annähern, sowie (wenn auch zuletzt auf niedrigerem Niveau) Bulgarien, Rumänien und Schweden. Unter den Ländern, die jüngste Erhebungsdaten vorgelegt haben, bestätigte eine dritte vergleichbare jährliche Erhebung in den Niederlanden im Jahr 2016 eine Prävalenz von knapp 16 %. Laut einer Erhebung aus dem Jahr 2017 zeigte sich in Dänemark einer der wenigen Rückgänge: 15,4 % im Gegensatz zur Schätzung von 17,6 % aus dem Jahr 2013.

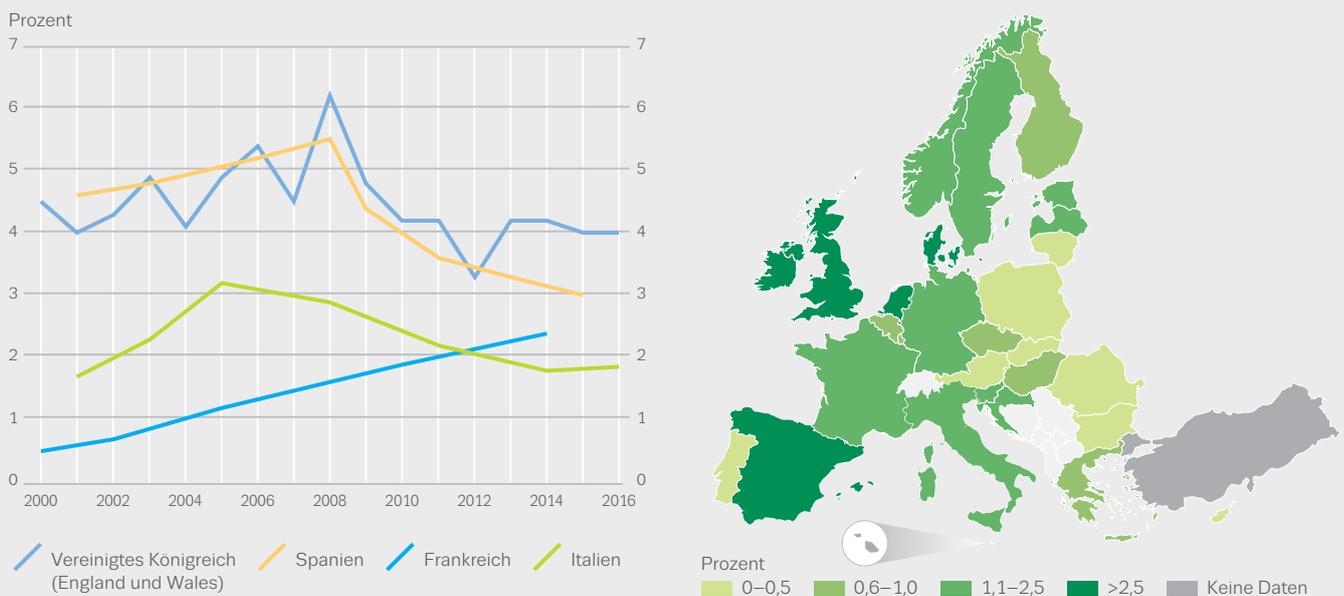
Risikoreicher Cannabiskonsum: ein zunehmender Trend

Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zufolge konsumiert schätzungsweise etwa 1 % der europäischen Erwachsenen täglich oder fast täglich Cannabis, d. h., die Betroffenen haben die Droge an mindestens 20 Tagen des letzten Monats konsumiert. Etwa 37 % dieser Konsumierenden sind 35 bis 64 Jahre alt und etwa drei Viertel von ihnen sind männlich.

Gemeinsam mit anderen Indikatoren können Daten über die Konsumierenden, die sich wegen cannabisbedingter Probleme in Behandlung begeben, zu einem besseren Verständnis von Merkmalen und Ausmaß des hochriskanten Cannabiskonsums in Europa beitragen. Im Jahr 2016 haben sich in Europa mehr als 150 000 Menschen wegen Problemen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum in Drogenbehandlung begeben, von denen etwa 83 000 zum ersten Mal in ihrem Leben in Behandlung gingen. In den 25 Ländern, für die Daten vorliegen, stieg die Gesamtzahl der sich erstmals wegen Cannabisproblemen in Drogenbehandlung begebenden Personen zwischen 2006 und 2016 um 76 %, wobei die Mehrheit (18) der Länder in diesem Zeitraum einen Anstieg meldete. Diesem Anstieg könnten unterschiedliche Faktoren zugrunde liegen, darunter die höheren Prävalenzraten des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung, eine höhere Anzahl intensiver

ABBILDUNG 2.4

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



Konsumierender, die Verfügbarkeit von Produkten mit höherem Wirkstoffgehalt, Veränderungen in der Risikowahrnehmung sowie ein Anstieg des Niveaus des Behandlungsangebots und der Überweisung zur Behandlung, insbesondere aus dem Strafjustizsystem. Insgesamt gaben 50 % der primären Cannabiskonsumierenden, die im Jahr 2016 zum ersten Mal in Behandlung gingen, den täglichen Konsum der Droge im letzten Monat an. Der Anteil der täglichen Konsumierenden ist jedoch von Land zu Land sehr unterschiedlich und reicht von 10 % oder weniger in Lettland, Ungarn und Rumänien bis zu 60 % oder mehr in Spanien, Frankreich, den Niederlanden und der Türkei.

Kokainkonsum: insgesamt stabil, aber mit Anzeichen für eine steigende Tendenz

Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa, wobei der Konsum dieser Droge in den süd- und westeuropäischen Ländern besonders hoch ist. Bei regelmäßig Konsumierenden kann grob unterschieden werden zwischen sozial stärker integrierten Konsumierenden, von denen viele Kokainpulver (Kokainhydrochlorid) schnupfen, und ausgegrenzten Konsumierenden, die Kokain injizieren oder Crack (Kokainbase) rauchen und mitunter auch Opioid konsumieren. In vielen Datenreihen ist es nicht möglich, zwischen den beiden Formen von Kokain (Kokainpulver oder Crack) zu unterscheiden, und der Begriff Kokainkonsum umfasst beide Formen.

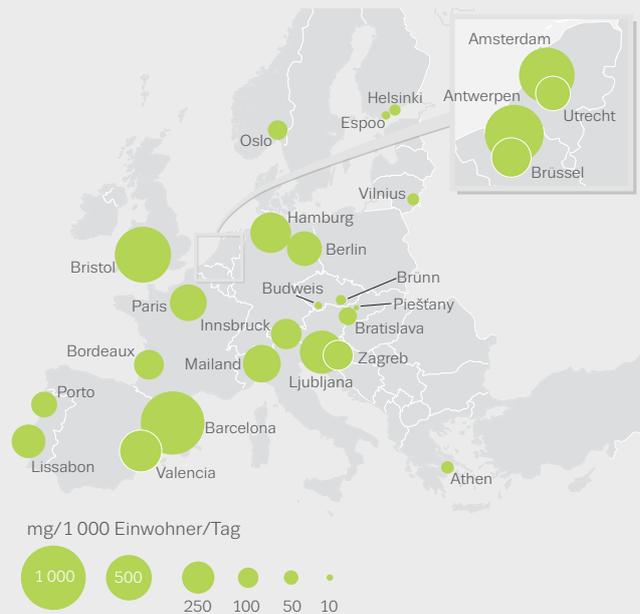
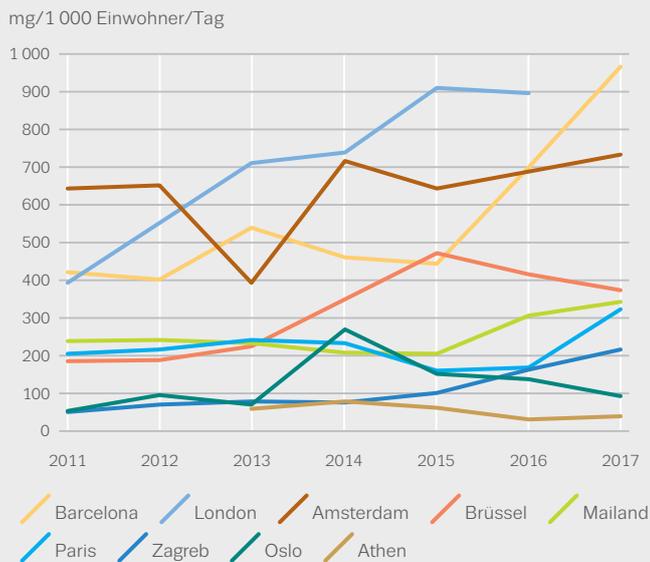
Schätzungsweise haben 17,0 Millionen erwachsene Europäer (5,1 % der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) einmal in ihrem Leben Kokain probiert. Davon haben etwa 2,3 Millionen junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren (1,9 % dieser Altersgruppe) in den zurückliegenden zwölf Monaten Kokain konsumiert.

Lediglich Dänemark, Irland, Spanien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich melden für junge Erwachsene eine 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums von mindestens 2,5 %. Den jüngsten Erhebungen zufolge setzte sich der in den Vorjahren beobachtete Rückgang des Kokainkonsums in Europa nicht fort. Von den Ländern, die seit 2015 Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelten drei höhere und 14 unveränderte Werte, während ein Land eine niedrigere Schätzung ermittelte als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

Eine statistische Analyse langfristiger Trends bei der 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen kann nur für einige wenige Länder vorgenommen werden, wobei die neuen Daten die bereits zuvor beobachteten Trends bestätigen. Spanien und das Vereinigte Königreich meldeten bis 2008 steigende Prävalenzraten, gefolgt von einer Stabilisierung oder rückläufigen Entwicklung (Abbildung 2.4). Während in Italien ein Rückgang von einem Höchststand im Jahr 2005 zu verzeichnen war, deutet die jüngste Erhebung darauf hin, dass sich das Niveau nun stabilisiert haben könnte. Ein Aufwärtstrend war 2014 in Frankreich zu beobachten, als die Prävalenz erstmals über 2 % stieg.

ABBILDUNG 2.5

Kokainrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche Benzoylcegoninmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde von 2011 bis 2017 jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt. Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

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

Bei einer Analyse des Jahres 2017 fanden sich die höchsten Belastungen von Benzoylcegonin – dem wichtigsten Kokainmetaboliten – in Städten in Belgien, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich, während in den meisten untersuchten osteuropäischen Städten sehr niedrige Werte ermittelt wurden (Abbildung 2.5). Von den 31 Städten, aus denen Daten für 2016 und 2017 vorliegen, meldeten 19 eine steigende, sechs eine rückläufige und sechs eine gleichbleibende Tendenz. Viele der 13 Städte, aus denen Daten für 2011 und 2017 verfügbar sind, beobachteten längerfristig steigende Werte.

Hochriskanter Kokainkonsum: mehr Personen begeben sich in Behandlung

Die Prävalenz des hochriskanten Kokainkonsums unter Erwachsenen in Europa ist schwer abzuschätzen, da nur aus vier Ländern aktuelle Schätzungen vorliegen, für die zudem unterschiedliche Definitionen und Methoden herangezogen wurden. In Spanien wurde in einer neuen Erhebung hohe Konsumhäufigkeit herangezogen, um den risikoreichen Kokainkonsum 2016/2017 auf 0,43 % unter den 14- bis 18-Jährigen zu schätzen. In Deutschland wurde im Jahr 2015 anhand von skalierten Fragen zur Schwere der Abhängigkeit ein Anteil der Hochrisiko-Kokainkonsumierenden an der erwachsenen Bevölkerung von schätzungsweise 0,20 % festgestellt. Im Jahr 2015 lieferte Italien eine Schätzung von 0,65 % der erwachsenen Bevölkerung für diejenigen, die wegen Kokainkonsums behandelt werden müssten. Für Portugal schätzte eine Studie mit indirekten statistischen Methoden den hochriskanten Kokainkonsum auf 0,98 % der erwachsenen Bevölkerung im Jahr 2015.

Fast drei Viertel (73 %) aller in Europa im Zusammenhang mit Kokain gemeldeten Behandlungsnachfragen entfallen auf Spanien, Italien und das Vereinigte Königreich. Insgesamt wurde Kokain von mehr als 67 000 Klienten, die 2016 eine spezialisierte Behandlung aufgrund ihres Drogenkonsums aufnahmen, darunter von etwa 30 000 Erstklienten, als Primärdroge angegeben.

Nach einer Phase des Rückgangs stieg die Gesamtzahl der Personen, die sich erstmals wegen Kokain in Behandlung begaben, zwischen 2014 und 2016 um mehr als ein Fünftel. Während ein Großteil dieses Anstiegs auf Italien und das Vereinigte Königreich zurückzuführen ist, verzeichneten fast alle Länder im gleichen Zeitraum ebenfalls einen Anstieg.

Der Konsum von Kokain in Kombination mit Heroin oder anderen Opioiden wird von 53 000 Klienten gemeldet, die sich im Jahr 2016 in Europa in eine spezialisierte Drogenbehandlung begaben. Diese Zahl entspricht 15 % all derjenigen, die sich in Behandlung begeben und für die sowohl zu Primär- als auch zu Sekundärdrogen Informationen vorliegen.

Die Mehrheit derjenigen, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum in spezialisierte Behandlung begeben, sind primär Konsumierende von Kokainpulver (51 000 oder 10 % aller Drogenkonsumierenden im Jahr 2016). Die meisten primären Kokainklienten begeben sich wegen der Droge allein (31 % aller Kokainpulverklienten) oder in Kombination mit Cannabis (26 %), Alkohol (31 %) oder anderen Substanzen (12 %) in Behandlung. Diese Gruppe ist Berichten zufolge in der Regel sozial gut integriert, mit stabilen Lebensbedingungen und regulärem Anstellungsverhältnis. Eine weitere Gruppe, die aus stärker marginalisierten Konsumierenden besteht, begibt sich wegen primären Crackkonsums in Behandlung (8 300 Patienten oder 2 % aller Drogenkonsumierenden im Jahr 2016), von denen viele Heroin als Sekundärdroge konsumieren. In Italien und im Vereinigten Königreich wird in jüngster Zeit ein Anstieg der Anzahl der Crackklienten gemeldet.



BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON KOKAINKONSUMIERENDEN

Merkmale

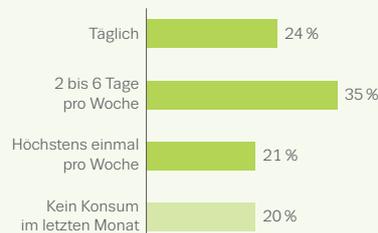
14%  86% 

23 Durchschnittsalter bei Erstkonsum
34 Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme

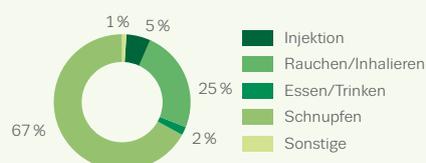
30 300 Erstklienten **47%** **34 400** Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben **53%**

Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

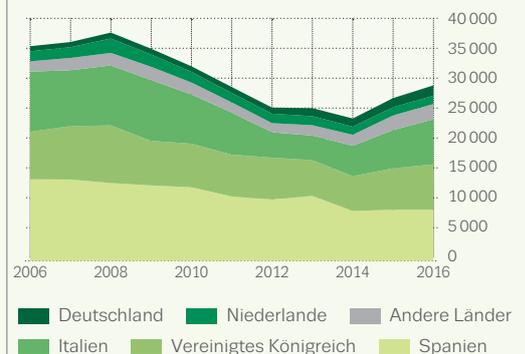
Durchschnittlicher Konsum: **4,1** Tage pro Woche



Einnahmeweg



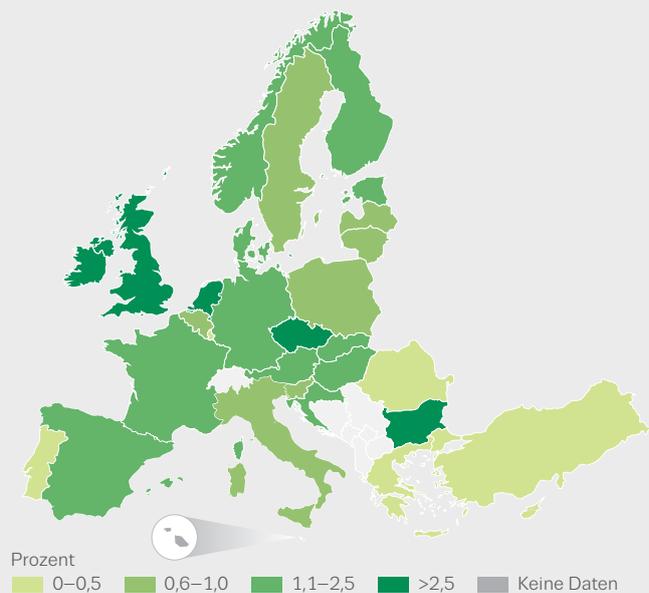
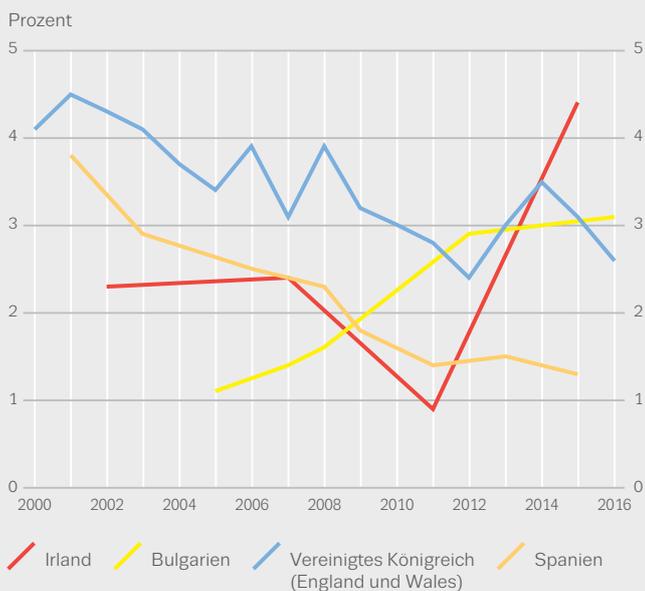
Trends bei den Erstklienten



NB: Mit Ausnahme von Trends beziehen sich die Daten auf alle Klienten mit Kokain als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 25 Ländern. Nur Länder mit Daten für mindestens neun der elf Jahre sind in der Trendgrafik enthalten. Fehlende Werte werden aus den vorherigen Jahren und Folgejahren interpoliert. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die ab 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.6

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



MDMA: der Konsum scheint sich zu stabilisieren

MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methamphetamin) wird in Form von Tabletten (häufig unter der Bezeichnung Ecstasy) sowie in kristalliner Form und als Pulver konsumiert; Tabletten werden für gewöhnlich geschluckt, während Kristalle und Pulver nicht nur geschluckt, sondern auch geschnupft werden können.

Schätzungsweise haben 13,5 Millionen erwachsene Europäer (4,1 % der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) einmal in ihrem Leben MDMA/Ecstasy probiert. Was den jüngsten Konsum in der Altersgruppe mit dem höchsten Drogenkonsum betrifft, so belegen die Zahlen, dass 2,2 Millionen junge Erwachsene (1,8 % der 15- bis 34-Jährigen) in den letzten zwölf Monaten MDMA konsumiert haben, wobei die nationalen Schätzwerte von 0,2 % in Portugal und Rumänien bis hin zu 7,4 % in den Niederlanden reichen.

Bis vor Kurzem war die Prävalenz des MDMA-Konsums in vielen Ländern rückläufig, nachdem sie Anfang bis Mitte der 2000er Jahre ihren Höchststand erreicht hatte. In den letzten Jahren legen die Beobachtungsstellen jedoch eine Stabilisierung bzw. einen steigenden Konsum von MDMA in manchen Ländern nahe. Von den Ländern, die seit 2015 neue Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle

gemeldet haben, berichteten fünf über höhere Schätzungen als in der vorherigen vergleichbaren Erhebung, zwölf über stabile Schätzungen und ein Land über eine niedrigere Schätzung.

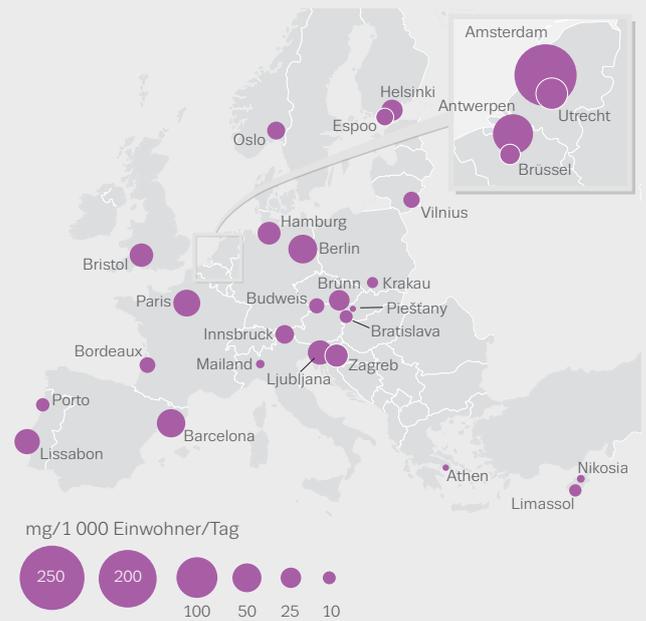
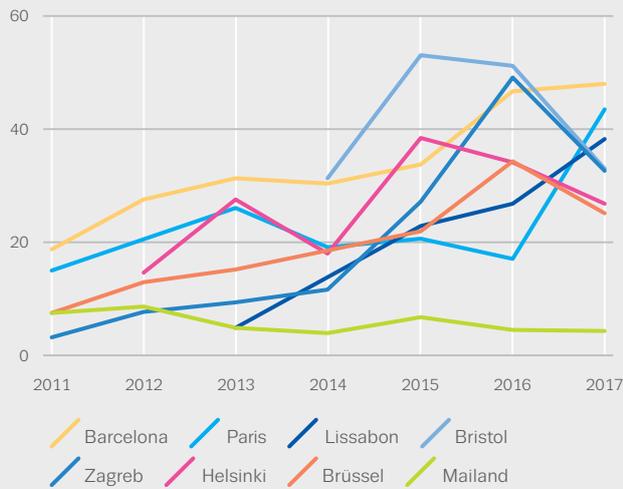
Soweit Daten für eine statistische Trendanalyse des Konsums von MDMA in den letzten zwölf Monaten unter jungen Erwachsenen vorliegen, lassen die jüngsten Daten Veränderungen erkennen (Abbildung 2.6). Im Vereinigten Königreich hat sich, infolge einer sinkenden Tendenz, der zwischen 2012 und 2014 zu beobachtende Anstieg laut den neueren Daten umgekehrt. In Spanien zeigt der langfristige Trend weiterhin nach unten, obwohl die jüngsten Werte stabil sind. Die jüngsten Daten zeigen einen deutlichen Anstieg der Prävalenz in Irland seit 2011 und einen anhaltenden Aufwärtstrend in Bulgarien. Die Daten der Erhebung 2016 in den Niederlanden bestätigen die hohen Werte der beiden vorangegangenen jährlichen Erhebungen.

Im Jahr 2017 wurden im Rahmen einer in mehreren Städten durchgeführten Analyse die höchsten MDMA-Belastungen in den Abwässern belgischer, niederländischer und deutscher Städte ermittelt (siehe Abbildung 2.7). Von den 33 Städten, aus denen Daten für 2016 und 2017 vorliegen, meldeten elf eine steigende, sieben eine gleichbleibende und 15 eine rückläufige

ABBILDUNG 2.7

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

mg/1 000 Einwohner/Tag



NB: Mittlere tägliche MDMA-Mengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme von 2011 bis 2017 wurde jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.

Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Tendenz. Die längerfristigen Trends zeigen, dass in den meisten Städten, aus denen für 2011 und 2017 Daten vorliegen (zwölf Städte), die MDMA-Belastung im Abwasser 2017 höher war als 2011. Die im Zeitraum 2011-2016 beobachteten starken Anstiege scheinen sich jedoch in den meisten Städten 2017 zu stabilisieren.

MDMA wird häufig gemeinsam mit anderen Substanzen konsumiert, darunter auch mit Alkohol. Gegenwärtig gibt es Anzeichen dafür, dass MDMA in Ländern mit höheren Prävalenzraten keine Nischendroge oder Droge der Subkulturen mehr darstellt, deren Konsum auf Nachtclubs und Tanzpartys beschränkt ist, sondern mittlerweile von einem breiten Spektrum junger Menschen im gewöhnlichen Nachtleben, wie in Bars und auf Privatpartys, konsumiert wird.

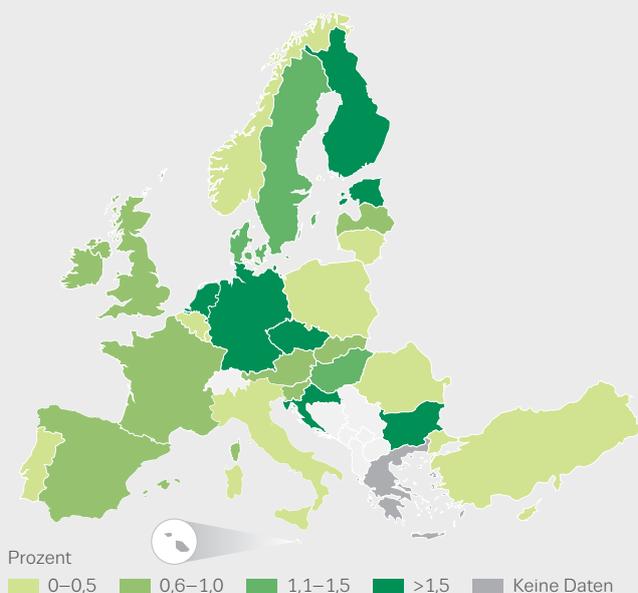
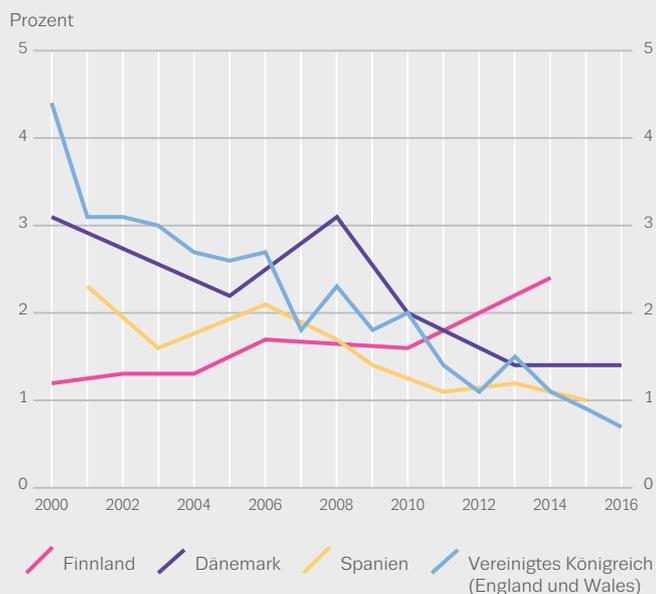
Der MDMA-Konsum wird selten als Grund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogentherapie genannt. Im Jahr 2016 wurde in Europa MDMA von weniger als 1 %

der Erstpazienten (etwa 1 000 Fälle) angegeben; wenn dies der Fall war, dann hauptsächlich in Spanien, Frankreich, dem Vereinigten Königreich und der Türkei.

Beobachtungsstellen melden eine Stabilisierung bzw. einen steigenden Konsum von MDMA

ABBILDUNG 2.8

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



Amphetamine: Schwankungen beim Konsum, aber stabile Tendenzen

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

Beide Drogen können geschluckt oder geschnupft werden; außerdem stellt der injizierte Konsum in einigen Ländern einen wesentlichen Teil des Drogenproblems dar. Methamphetamin kann auch geraucht werden, diese Form der Einnahme ist allerdings in Europa weniger verbreitet.

Schätzungsweise haben 11,9 Millionen erwachsene Europäer (3,6 % der Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren) einmal in ihrem Leben Amphetamine probiert. Was den jüngsten Konsum in der Altersgruppe mit dem höchsten Drogenkonsum betrifft, so weisen die Daten darauf hin, dass 1,2 Millionen junge Erwachsene (1,0 % der 15- bis 34-Jährigen) in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert haben, wobei die jüngsten nationalen Prävalenzschätzungen von 0,1 % in Portugal bis hin zu 3,6 % in den Niederlanden reichen. Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass der Amphetaminkonsum in

den meisten europäischen Ländern etwa seit dem Jahr 2000 relativ stabil geblieben ist. Von den Ländern, die seit 2015 neue Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelten zwei höhere und 13 unveränderte Werte, während zwei Länder niedrigere Schätzungen ermittelten als bei der vorangegangenen vergleichbaren Erhebung.

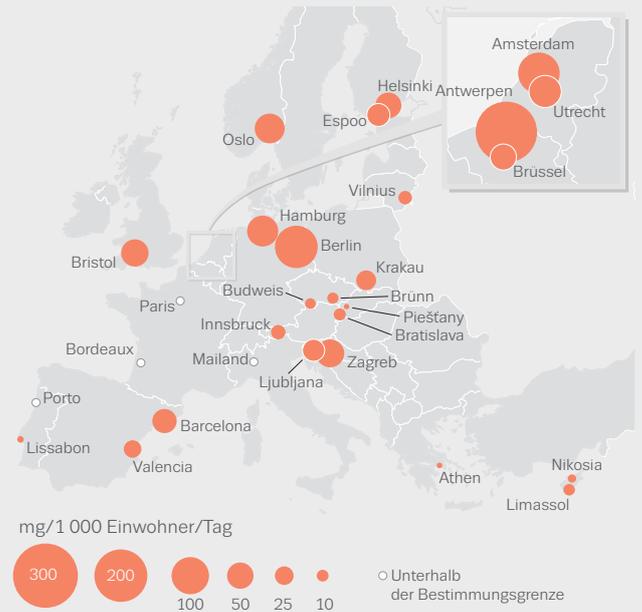
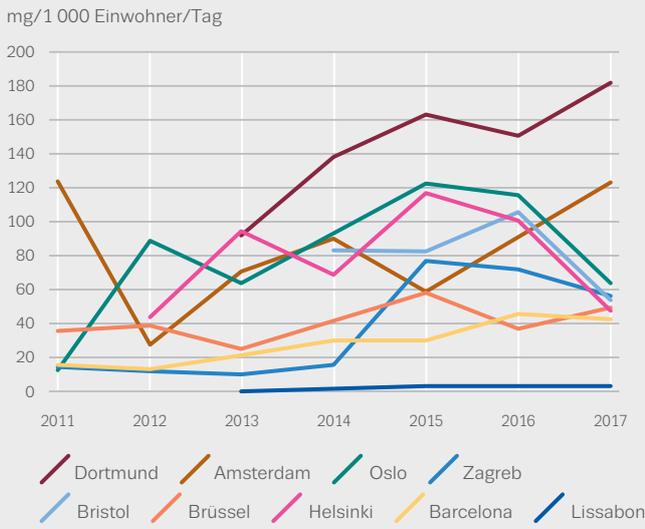
Eine statistische Analyse der Trends bei der 12-Monats-Prävalenz des Amphetaminkonsums unter jungen Erwachsenen kann nur in einigen wenigen Ländern vorgenommen werden. In Dänemark, Spanien und dem Vereinigten Königreich ist langfristig eine rückläufige Entwicklung erkennbar (Abbildung 2.8). Im Gegensatz dazu stieg die Prävalenz des Amphetaminkonsums bei jungen Erwachsenen in Finnland zwischen 2000 und 2014.

Bei der 2017 durchgeführten Analyse kommunaler Abwässer wurden hinsichtlich der Amphetamin-Belastungen erhebliche Unterschiede innerhalb Europas festgestellt, wobei die höchsten Werte aus nord- und osteuropäischen Städten gemeldet wurden (siehe Abbildung 2.9). In südeuropäischen Städten wurden deutlich niedrigere Amphetamin-Werte gemessen.

Von den 33 Städten, aus denen Daten für 2016 und 2017 vorliegen, meldeten neun eine steigende, elf eine gleichbleibende und 13 eine rückläufige Tendenz. Insgesamt zeigten die Daten von 2011 bis 2017 ein vielseitiges Bild, jedoch mit relativ stabilen Trends in den meisten Städten für Amphetamin.

ABBILDUNG 2.9

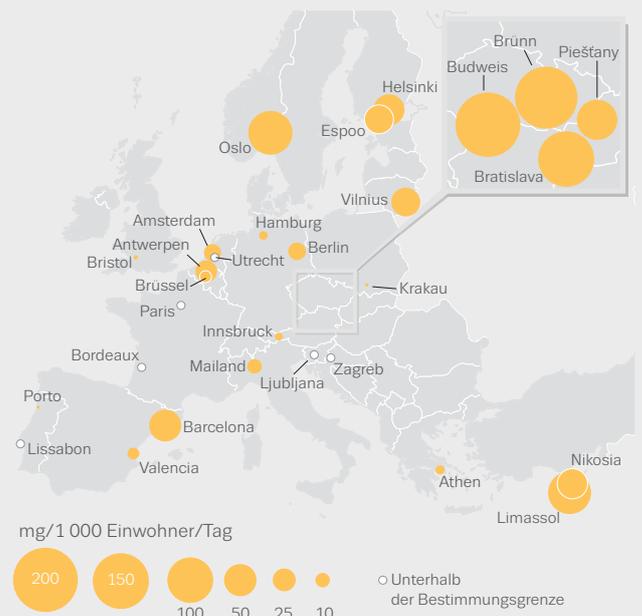
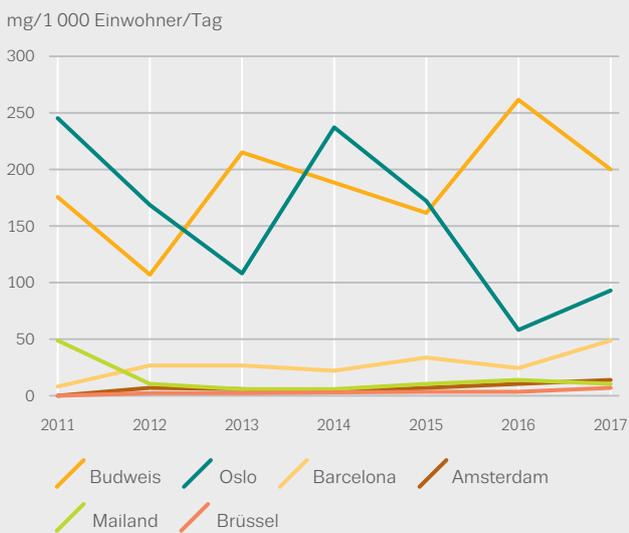
Amphetaminrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche Amphetaminmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde von 2011 bis 2017 jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

ABBILDUNG 2.10

Methamphetaminrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche Methamphetaminmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde von 2011 bis 2017 jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Methamphetamin, dessen Konsum insgesamt niedrig ist und sich ursprünglich auf die Tschechische Republik und die Slowakei konzentrierte, wird nun offenbar auch in Zypern, Ostdeutschland, Spanien und Nordeuropa konsumiert (siehe Abbildung 2.10). Von den 34 Städten, aus denen für 2016 und 2017 Daten über Methamphetamin-Rückstände im Abwasser vorliegen, meldeten zwölf eine steigende, zehn eine gleichbleibende und zwölf eine rückläufige Tendenz.

Hochrisikanter Amphetaminkonsum: Behandlungsnachfrage weiterhin hoch

Probleme im Zusammenhang mit dem Langzeit-, dem chronischen und dem injizierenden Amphetaminkonsum waren ursprünglich vor allem in den nordeuropäischen Ländern zu beobachten. Dagegen waren durch den Konsum von Methamphetamin bedingte Probleme vorwiegend in der Tschechischen Republik und der Slowakei verbreitet. Jüngste Schätzungen für den hochriskanten Konsum von Amphetaminen sind für Norwegen (schätzungsweise 0,33 % oder 11 200 Erwachsene im Jahr 2013) und Deutschland (schätzungsweise 0,19 % oder 102 000 Erwachsene im Jahr 2015) verfügbar. Amphetamin-Konsumierende machen wahrscheinlich den Großteil der geschätzten 2 230 (0,18 %) Hochrisiko-Konsumierenden von Stimulanzien aus, die im Jahr 2016 von Lettland gemeldet

wurden; letzteres stellt einen Rückgang im Vergleich zu den 6 540 (0,46 %) Konsumierenden im Jahr 2010 dar. Jüngste Schätzungen für den hochriskanten Konsum von Methamphetamin sind für die Tschechische Republik und Zypern verfügbar. In der Tschechischen Republik wurde der hochriskante Methamphetaminkonsum bei Erwachsenen (15–64 Jahre) im Jahr 2016 auf etwa 0,50 % geschätzt (das entspricht 34 300 Konsumierenden). Dies entspricht einem Anstieg im Vergleich zu den 20 900 Konsumierenden im Jahr 2007, obwohl die Zahlen in den letzten Jahren relativ stabil waren. Die Schätzung für Zypern für das Jahr 2016 beläuft sich auf 0,02 % oder 105 Konsumierende.

Im Jahr 2016 gaben europaweit etwa 35 000 Klienten, die eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen, Amphetamine als Primärdroge an, darunter etwa 15 000 Erstklienten. Lediglich in Deutschland, Lettland, Polen und Finnland machten Konsumierende mit Amphetaminen als Primärdroge mehr als 15 % aller Erstklienten aus. Die Anteile der Klienten, die eine Behandlung aufnahmen und Methamphetamin als Primärdroge angaben, waren in der Tschechischen Republik und der Slowakei besonders hoch; auf diese beiden Länder entfielen fast 90 % der europaweit insgesamt 9 200 Methamphetaminklienten, die eine spezialisierte Behandlung in Anspruch nahmen.

BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON AMPHETAMINKONSUMIERENDEN



Merkmale

27% 73%



20 Durchschnittsalter bei Erstkonsum
29 Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme

15 500 Erstklienten

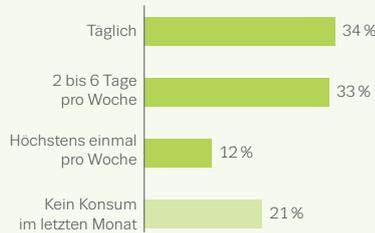


19 900 Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben

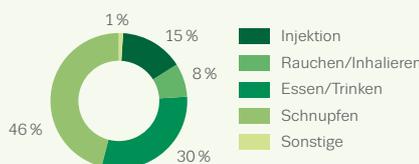
57%

Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

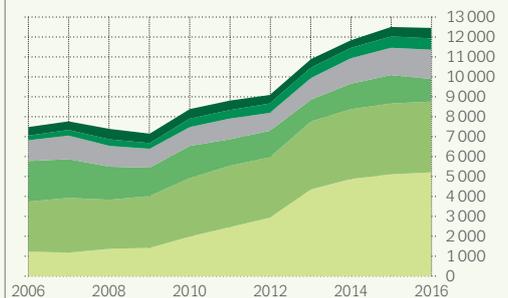
Durchschnittlicher Konsum: 4,4 Tage pro Woche



Einnahmeweg



Trends bei den Erstklienten



Legend for trends: Niederlande (dark green), Slowakei (medium green), Andere Länder (grey), Vereinigtes Königreich (light green), Tschechische Republik (darker green), Deutschland (yellow-green).

NB: Mit Ausnahme von Trends beziehen sich die Daten auf alle Klienten mit Amphetaminen als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 25 Ländern. Nur Länder mit Daten für mindestens neun der elf Jahre sind in der Trendgrafik enthalten. Fehlende Werte werden aus den vorherigen Jahren und Folgejahren interpoliert.

Ketamin, GHB und Halluzinogene: nach wie vor niedrige Konsumraten

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

In den letzten zwei Jahrzehnten wurde in Europa über den Freizeitkonsum von Ketamin und GHB (einschließlich seines Vorläuferstoffes GBL, Gamma-Butyrolacton) in bestimmten Teilgruppen der Drogenkonsumierenden berichtet. Die vorliegenden nationalen Prävalenzschätzungen für den Konsum von GHB und Ketamin unter Erwachsenen wie auch unter Schülern sind nach wie vor niedrig. Im Rahmen seiner 2016 durchgeführten Erhebung meldete Norwegen für Erwachsene (16 bis 64 Jahre) eine 12-Monats-Prävalenz des GHB-Konsums von 0,1 %. Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ketamin unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) lag im Jahr 2016 schätzungsweise bei 0,1 % in der Tschechischen Republik und in Rumänien und bei 0,8 % im Vereinigten Königreich.

Die Gesamtprävalenz des Konsums von LSD und halluzinogenen Pilzen ist in Europa seit einigen Jahren im Allgemeinen niedrig und stabil. Bei den jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) wird in den nationalen Erhebungen eine 12-Monats-Prävalenz von weniger als 1 % für beide Substanzen im Jahr 2016 oder im letzten Erhebungsjahr festgestellt, mit Ausnahme der Niederlande (1,9 %), Finnlands (1,9 %) und der Tschechischen Republik (3,1 %) für halluzinogene Pilze sowie Finnlands (1,3 %) und der Tschechischen Republik (1,4 %) für LSD.

Neue psychoaktive Substanzen: hochriskanter Konsum in marginalisierten Bevölkerungsgruppen

Mehrere Länder sind dazu übergegangen, in ihren Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung auch nach neuen psychoaktiven Substanzen zu fragen. Dabei werden allerdings in den einzelnen Ländern unterschiedliche Methoden und Fragen herangezogen, sodass die Ergebnisse nur in begrenztem Maße vergleichbar sind. Seit 2011 haben 13 europäische Länder nationale Schätzungen des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen (ohne Ketamin und GHB) übermittelt. Für junge Erwachsene (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) wurden 12-Monats-Prävalenzraten des Konsums dieser

Substanzen zwischen 0,2 % in Italien und Norwegen und 1,7 % in Rumänien gemeldet. Aus dem Vereinigten Königreich (England und Wales) liegen Erhebungsdaten über den Konsum von Mephedron vor. In der jüngsten Erhebung (2016/2017) wurde die 12-Monats-Prävalenz des Konsums dieser Droge unter 16- bis 34-Jährigen auf 0,3 % geschätzt und lag damit unter dem 2014/2015 verzeichneten Wert von 1,1 %. In ihren jüngsten Erhebungen lag der Konsum synthetischer Cannabinoide bei den 15- bis 34-Jährigen im vergangenen Jahr zwischen 0,2 % in Spanien und 1,5 % in Lettland.

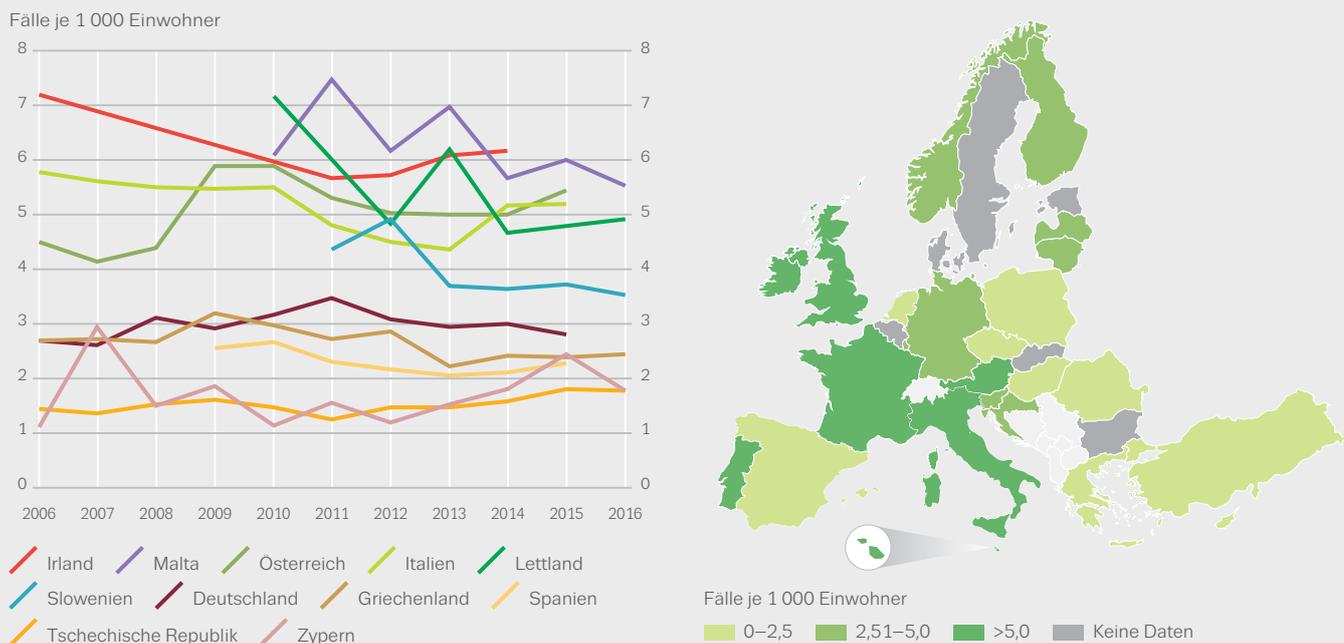
Während der Konsum neuer psychoaktiver Substanzen in Europa insgesamt gering ist, haben in einer Studie der EMCDDA im Jahr 2016 mehr als zwei Drittel der Länder ihren Konsum durch Hochrisiko-Drogenkonsumierende gemeldet. Insbesondere die Verwendung von synthetischen Cathinonen durch Opioid- und Stimulanzieninjizierende ist mit gesundheitlichen und sozialen Problemen verbunden. Darüber hinaus wurde das Rauchen von synthetischen Cannabinoiden in marginalisierten Bevölkerungsgruppen, auch unter Obdachlosen und Strafgefangenen, in vielen europäischen Ländern als Problem identifiziert.

Insgesamt begeben sich derzeit in Europa nur wenige Menschen wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum neuer psychoaktiver Substanzen in Behandlung, doch sind diese Substanzen für einige Länder von Bedeutung. In den jüngsten Daten wurde der Konsum synthetischer Cannabinoide als Hauptgrund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogenbehandlung für 17 % der Klienten in der Türkei und für 7 % in Ungarn angegeben; Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum synthetischer Cathinone als Primärdroge wurden von 0,3 % der Erstklienten im Vereinigten Königreich genannt.

Im Vereinigten Königreich gibt der Konsum synthetischer Cannabinoide unter Strafgefangenen besonderen Anlass zu Bedenken. Im Rahmen einer 2016 in den Justizvollzugsanstalten des Vereinigten Königreichs durchgeführten Erhebung wurde festgestellt, dass 33 % der 625 befragten Insassen angaben, innerhalb des vorherigen Monats „Spice“ konsumiert zu haben (verglichen mit 14 %, die angaben, im vorherigen Monat Cannabis konsumiert zu haben).

ABBILDUNG 2.11

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



Hochrisiko-Opioidkonsumierende: Heroin nach wie vor an erster Stelle

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

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

Die Prävalenz des hochriskanten Opioidkonsums unter Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) liegt schätzungsweise bei 0,4 % der Bevölkerung der EU; damit belief sich die Zahl der Hochrisiko-Opioidkonsumierenden im Jahr 2016 auf 1,3 Millionen. Auf nationaler Ebene bewegen sich die Prävalenzschätzungen des hochriskanten Opioidkonsums zwischen weniger als einem und mehr als acht Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die fünf bevölkerungsreichsten Länder der Europäischen Union, auf die 62 % der Bevölkerung entfallen, sind Wohnsitzland von drei Viertel (76 %) der geschätzten Zahl der Hochrisiko-Opioidkonsumierenden (Deutschland, Spanien,

Frankreich, Italien, Vereinigtes Königreich). Von den elf Ländern mit regelmäßigen Schätzungen des hochriskanten Opioidkonsums zwischen 2006 und 2016 zeigen Spanien und Italien einen statistisch signifikanten Rückgang, während die Tschechische Republik einen statistisch signifikanten Anstieg aufweist (Abbildung 2.11).

Im Jahr 2016 wurde der Konsum von Opioiden von 177 000 Klienten bzw. 37 % aller Klienten, die sich in Europa in Drogenbehandlung begeben, als Hauptgrund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogenbehandlung angegeben. Davon waren 35 000 Erstklienten. Des Weiteren nannten 82 % der Opioidkonsumierenden, die sich erstmals in Behandlung begaben, Heroin als Primärdroge.

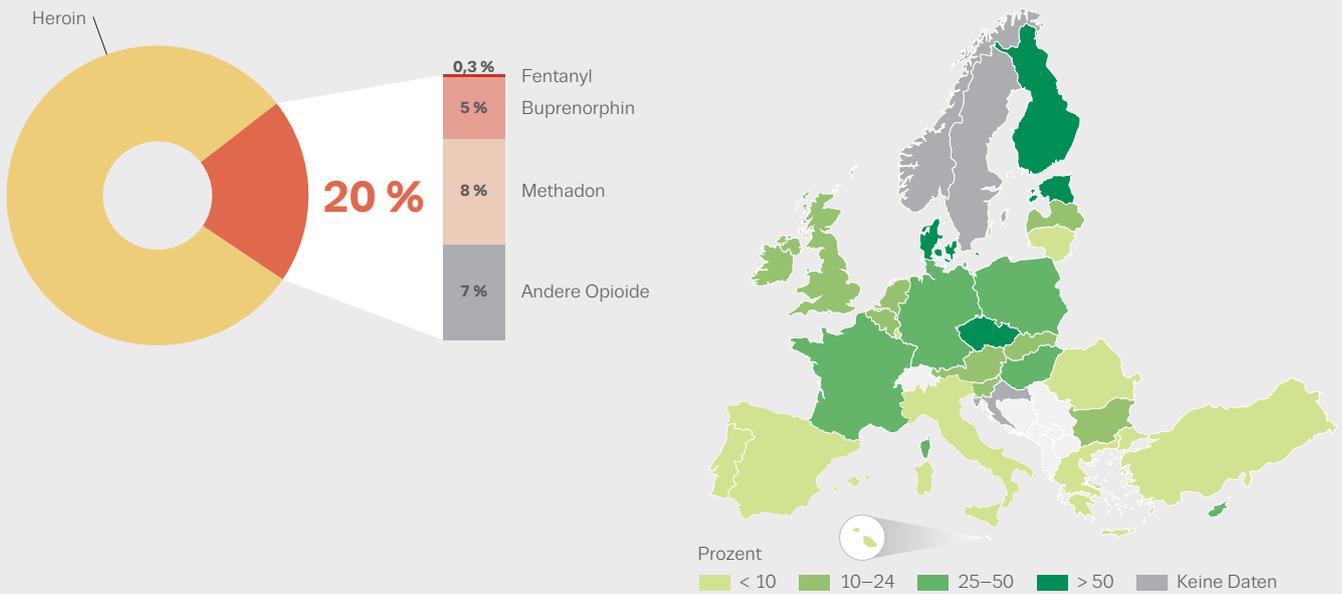
Laut den vorliegenden Trenddaten hat sich die Zahl der Heroin-Erstklienten von einem Höchststand im Jahr 2007 auf einen Tiefststand im Jahr 2013 mehr als halbiert und anschließend in den letzten Jahren stabilisiert.

Synthetische Opioide: verschiedene Substanzen in ganz Europa festgestellt

Zwar ist Heroin nach wie vor das am häufigsten konsumierte illegale Opioid, jedoch weist eine Reihe von Quellen auf einen zunehmenden missbräuchlichen Konsum legaler synthetischer Opioide (wie beispielsweise Methadon, Buprenorphin und Fentanyl) hin. Von den Erstklienten genannte Opioide sind unter anderem

ABBILDUNG 2.12

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



missbräuchlich konsumiertes Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, Codein, Morphin, Tramadol und Oxycodon. In einigen Ländern stellen unter den Personen, die sich in spezialisierte Behandlung begeben, andere Opiode als Heroin die häufigste Form des Opioidkonsums dar. Im Jahr 2016 wurden den Meldungen zufolge in 18 europäischen Ländern mehr als 10 % aller

Opioidklienten, die sich in spezialisierte Drogenbehandlung begaben, primär wegen Problemen mit anderen Opioiden als Heroin vorstellig (Abbildung 2.12). So konsumierten in Estland die meisten Klienten, die bei der Behandlungsaufnahme ein Opioid als Primärdrugs nannten, Fentanyl, während Buprenorphin das am häufigsten angegebene primäre Opioid unter den

BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON HEROINKONSUMIERENDEN

Merkmale

20% 80%



23 Durchschnittsalter bei Erstkonsum
34 Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme

28 200 Erstklienten

19%

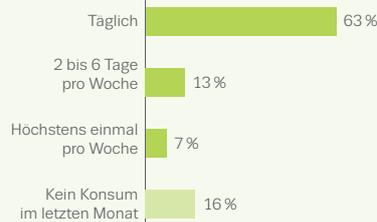


117 200 Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben

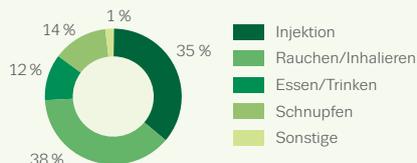
81%

Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

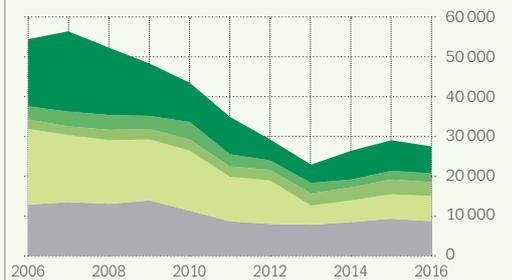
Durchschnittlicher Konsum: 6 Tage pro Woche



Einnahmeweg



Trends bei den Erstklienten

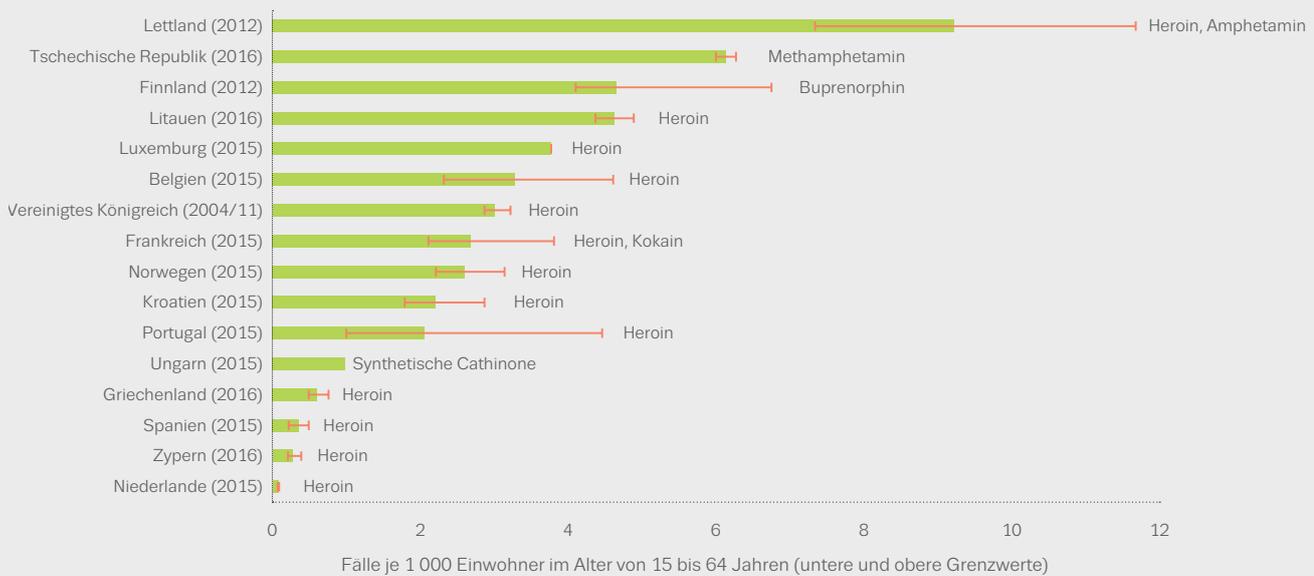


Italien Spanien Deutschland
Vereinigtes Königreich Andere Länder

NB: Mit Ausnahme von Trends beziehen sich die Daten auf alle Klienten mit Heroin als Primärdrugs, die sich in Behandlung begeben haben. Die Daten für Deutschland beziehen sich auf Klienten, die „Opiode“ als Primärdrugs angegeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 25 Ländern. Nur Länder mit Daten für mindestens neun der elf Jahre sind in der Trendgrafik enthalten. Fehlende Werte werden aus den vorherigen Jahren und Folgejahren interpoliert. Aufgrund von Veränderungen in den nationalen Datenreihen sind die ab 2014 für Italien ausgewiesenen Daten nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

ABBILDUNG 2.13

Injizierender Drogenkonsum: aktuellste Schätzungen der Prävalenz und injizierten Hauptdrogen



Erstklienten in Finnland war. Der missbräuchliche Konsum von Buprenorphin wird von rund 30 % der Opioidklienten in der Tschechischen Republik und der missbräuchliche Konsum von Methadon von 22 % der Opioidklienten in Dänemark gemeldet. In Zypern und Polen werden zwischen 20 % und 30 % der Opioidklienten wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum anderer Opiode wie Oxycodon (Zypern) und „Kompot“ (Heroin aus Mohnstroh; Polen) behandelt. Darüber hinaus werden diejenigen, die sich aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit neuen psychoaktiven Substanzen mit opioidähnlicher Wirkung in Behandlung begeben, möglicherweise unter der allgemeinen Rubrik „Opiode“ gemeldet.

Injizierender Drogenkonsum: weiterer Rückgang unter Erstklienten

Der injizierende Drogenkonsum wird gemeinhin mit Opioiden in Verbindung gebracht, wenngleich in einigen

Ländern auch der injizierende Konsum von Stimulanzien wie Amphetaminen oder Kokain ein Problem darstellt.

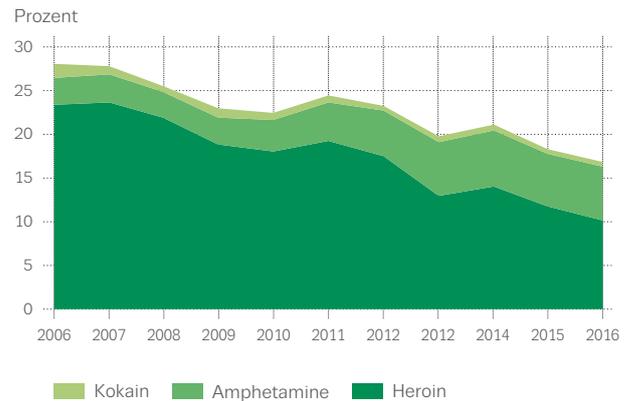
In den nur 16 Ländern, für die seit 2011 Prävalenzschätzungen für den injizierenden Drogenkonsum vorliegen, reichen diese von weniger als einem bis hin zu neun Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. In den meisten dieser Länder lässt sich die am häufigsten injizierte Droge eindeutig identifizieren, wenngleich in manchen Ländern für zwei Drogen ein ähnlich hoher Konsum zu verzeichnen ist. Opiode werden in der Mehrzahl (14) der Länder als am häufigsten injizierte Droge angegeben (siehe Abbildung 2.13). In 13 dieser Länder wird hierfür Heroin angegeben, während in Finnland Buprenorphin genannt wird. Stimulanzien werden in vier Ländern als am häufigsten injizierte Droge angegeben, wobei zu den konsumierten Substanzen synthetische Cathinone (Ungarn), Kokain (Frankreich), Amphetamin (Lettland) und Methamphetamin (Tschechische Republik) gehören.

ABBILDUNG 2.14

Von den Erstklienten, die 2016 eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen und Heroin als Primärdroge angaben, erklärten 27 %, die Droge in erster Linie zu injizieren. Im Jahr 2006 lag dieser Anteil noch bei 43 %. In dieser Gruppe reicht der Anteil der injizierenden Konsumierenden von 8 % in Spanien bis hin zu 90 % oder höher in Lettland, Litauen und Rumänien. Der injizierende Konsum wird von 1 % der Kokain-Erstklienten und 47 % der Erstklienten, die Amphetamine als Primärdroge angaben, als vorwiegende Art der Einnahme angegeben. Das Gesamtbild bei Amphetaminen wird jedoch stark von der Tschechischen Republik beeinflusst, auf die 87 % der neuen Amphetaminklienten in Europa entfallen, die die Droge injizieren. Betrachtet man die drei am häufigsten injizierten Drogen zusammen, so ist bei den Erstklienten in Europa ein Rückgang des injizierenden Konsums als vorwiegender Art der Einnahme von 28 % im Jahr 2006 auf 17 % im Jahr 2016 festzustellen (Abbildung 2.14).

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

Injektion von Heroin, Kokain oder Amphetaminen als Primärdroge bei Erstklienten: Prozentsatz der Konsumierenden, die „Injektion“ als Haupteinnahmeweg angeben



NB: Die Trends basieren auf den 21 Ländern mit Daten für mindestens neun der elf Jahre.



Die Injektion von synthetischen Cathinonen wird weiterhin in bestimmten Populationen berichtet

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ESPAD

2016

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

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

3

**Der Konsum illegaler
Drogen trägt anteilig zur
globalen Krankheitslast bei**

Drogenbedingte Schädigungen und diesbezügliche Maßnahmen

Der Konsum illegaler Drogen trägt anteilig zur globalen Krankheitslast bei. Mit dem Konsum illegaler Drogen werden chronische und akute Gesundheitsprobleme in Verbindung gebracht, die von unterschiedlichen Faktoren bestimmt sind, wie beispielsweise den Eigenschaften der Substanzen, der Art der Verabreichung, der Anfälligkeit des Einzelnen und dem sozialen Kontext des Drogenkonsums. Zu den chronischen Problemen zählen Abhängigkeit und drogenbedingte Infektionskrankheiten. Daneben gibt es eine Reihe akuter Schädigungen, von denen Überdosierungen am besten erfasst sind. Obwohl er eher selten vorkommt, ist der Konsum von Opioiden nach wie vor für einen Großteil der drogenbedingten Morbidität und Mortalität verantwortlich. Injizierender Drogenkonsum erhöht die Risiken. Im Vergleich dazu sind die mit dem Cannabiskonsum in Verbindung gebrachten Gesundheitsprobleme zwar deutlich geringfügiger, jedoch kann der Konsum dieser Droge aufgrund seiner hohen Prävalenz durchaus Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben. Die Vielzahl der unterschiedlichen Wirkstoffe und Reinheitsgrade der verfügbaren Substanzen verstärkt die potenziellen Schädigungen und schafft ein schwieriges Umfeld für die einschlägigen Maßnahmen.

Die Konzeption und Durchführung wirksamer und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhender Strategien zur Bewältigung der Drogenproblematik stellt einen zentralen Schwerpunkt der europäischen Drogenpolitik dar und betrifft ein breites Spektrum von Maßnahmen. Prävention und Konzepte der Frühintervention zielen darauf ab, dem Drogenkonsum und den damit verbundenen Problemen vorzubeugen, während Drogenbehandlungen, d. h. sowohl psychosoziale als auch pharmakologische Ansätze, die Maßnahme der Wahl bei

Drogenabhängigkeit darstellen. Einige der wichtigsten Interventionen, wie beispielsweise die opioidgestützte Substitutionsbehandlung sowie Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, zielen unter anderem auf den injizierenden Opioidkonsum und die damit in Zusammenhang stehenden Probleme ab und haben insbesondere die Eindämmung der Verbreitung von Infektionskrankheiten und der Todesfälle durch Überdosierungen zum Gegenstand.

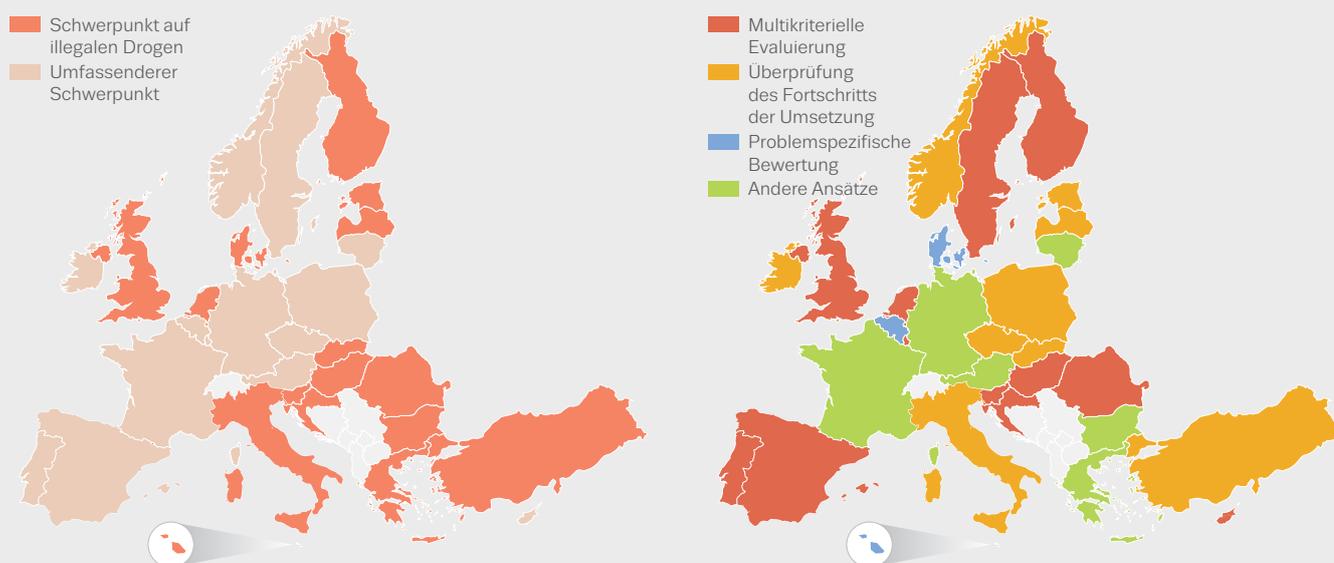
Beobachtung drogenbedingter Schädigungen und diesbezügliche Maßnahmen

Die Daten über die gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenkonsums, darunter auch über die Drogenstrategien und die öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich, werden der EMCDDA von den nationalen Reitox-Knotenpunkten und Sachverständigengruppen zur Verfügung gestellt. Weitere Informationen über die Verfügbarkeit von Interventionen werden Expertenbewertungen entnommen, sofern keine formalen, strukturierten Datenbestände vorliegen. Darüber hinaus wurden für dieses Kapitel wissenschaftliche Belege zur Wirksamkeit der Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ausgewertet. Weiterführende Informationen sind auf der Website der EMCDDA im Dokument *Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Umgang mit Drogenproblemen: ein europäischer LEITFADEN* und zugehörigem Online-Material sowie im *Best Practice Portal* verfügbar.

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

ABBILDUNG 3.1

Schwerpunkt der nationalen Strategiepaper (links) und Evaluierungsmethoden (rechts) im Jahr 2017



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

Drogenstrategien: umfassenderer Schwerpunkt

Fast die Hälfte der 30 Länder, die von der EMCDDA beobachtet werden, nehmen inzwischen neben den illegalen Drogen auch verschiedene Kombinationen von Fragen der Suchtmittelabhängigkeit und Verhaltenssucht in ihre nationalen Drogenstrategien auf. Diese Planungsinstrumente werden von den Regierungen genutzt, um ihren Gesamtansatz und ihre konkreten Maßnahmen bezüglich der verschiedenen gesundheitlichen, sozialen und sicherheitspolitischen Dimensionen von Drogenproblemen weiter auszuarbeiten. Während Dänemark eine nationale Drogenpolitik verfolgt, die in einer Reihe von Strategiepapieren, Rechtsvorschriften und konkreten Maßnahmen ihren Niederschlag findet, stützen sich alle übrigen Länder auf ein nationales Drogenstrategiedokument. In 16 Ländern ist die Drogenstrategie in erster Linie auf illegale Drogen ausgerichtet. In den übrigen 14 Ländern sind die politischen Schwerpunkte breiter gefächert und haben auch andere Suchtmittel und Verhaltensweisen zum Gegenstand (siehe Abbildung 3.1). Im Vereinigten Königreich haben jedoch auch die dezentralen Verwaltungen von Wales und Nordirland umfassende Strategiedokumente verabschiedet. Bezieht man diese beiden Dokumente mit ein, gibt es also insgesamt 16 dieser weiter gefassten Strategien gegen illegale Drogen. Sie haben im Wesentlichen illegale Drogen zum Gegenstand. Inwieweit sie auch andere Substanzen und Abhängigkeiten berücksichtigen, ist von Land zu Land

unterschiedlich. Alle Dokumente befassen sich mit Alkohol, zehn mit Tabak, neun mit Arzneimitteln, drei mit Doping im Sport (z. B. leistungssteigernde Drogen) und acht mit Verhaltenssuchten (z. B. Glücksspiel). Unabhängig vom Fokus wird in allen nationalen Drogenstrategien der ausgewogene drogenpolitische Ansatz verfolgt, der in der Drogenstrategie (2013-2020) und den Aktionsplänen (2017-2020) der EU verankert ist und in dem sowohl Nachfrage- und Angebotsreduzierung berücksichtigt werden.

Alle europäischen Länder evaluieren ihre nationalen Drogenstrategien, allerdings mit einer Reihe unterschiedlicher Ansätze. Dabei wird in der Regel bewertet, inwieweit die Strategie umgesetzt wurde und welche Veränderungen der Drogensituation sich insgesamt im Zeitverlauf vollzogen haben. Den 2017 übermittelten Berichten zufolge wurden in letzter Zeit in zwölf Ländern multikriterielle Evaluierungen, in neun Ländern Überprüfungen der bei der Umsetzung erzielten Fortschritte und in drei Ländern themenspezifische Evaluierungen vorgenommen, während sechs Länder andere Ansätze verfolgten und beispielsweise auf eine Mischung aus Indikatorbewertungen und Forschungsprojekten setzten (siehe Abbildung 3.1). Die Tendenz hin zum Einsatz breit angelegter Strategien spiegelt sich allmählich im Einsatz von Evaluationen mit einem breiteren Fokus wider. Aktuell haben Frankreich, Luxemburg, Schweden und Norwegen Evaluierungen von breit angelegten Strategien veröffentlicht. Dieser

erweiterte Umfang der Strategien bringt die Möglichkeit mit sich, einen stärker integrierten Ansatz im Bereich der öffentlichen Gesundheit verwirklichen zu können, aber auch Herausforderungen in Bezug auf die Koordinierung der Umsetzung, Überwachung und Evaluierung.

Evidenzbasierte Prävention: Unterstützung bei der Umsetzung

Die Prävention von Drogenkonsum und drogenbedingten Problemen bei jungen Menschen ist ein zentrales Ziel der nationalen Drogenstrategien in Europa und umfasst ein breites Spektrum von Ansätzen. Milieubezogene und universale Strategien zielen dabei auf ganze Bevölkerungsgruppen ab, die selektive Prävention ist auf besonders anfällige Gruppen ausgerichtet, bei denen unter Umständen ein größeres Risiko für drogenbedingte Probleme besteht, während die indizierte Prävention den Schwerpunkt auf gefährdete Personen legt.

Das Interesse an der Umsetzung evidenzbasierter Präventionsprogramme in Europa hat in den letzten Jahren zugenommen, unterstützt durch die Einrichtung von Registern, Ausbildungsinitiativen und Qualitätsstandards. Im Jahr 2018 wurden in mehr als einem Drittel der 30 EMCDDA-Länder Register eingerichtet oder befinden sich in der Entwicklung. Die Register haben Eintragungs- und Bewertungskriterien für die Wirksamkeit der Programme. Das europäische Register Xchange ist mit den nationalen Registern verlinkt und enthält etwa 20 auf bestimmten Grundlagen basierende Drogenpräventionsprogramme, die streng evaluiert und deren Ergebnisse bewertet wurden. Darüber hinaus werden Erfahrungen von Praktikern bei der Umsetzung von Themen wie organisatorische und kulturelle Hindernisse bei der Umsetzung (Rekrutierung, Zeitplanung, Herausforderungen bei der Anpassung) und deren Überwindung vermittelt.

Für die erfolgreiche Einführung von Präventionsansätzen ist eine professionelle Ausbildung unerlässlich. Die Möglichkeiten für eine offizielle Ausbildung in der Präventionswissenschaft sind jedoch begrenzt. Eine neue Initiative, der Universal Prevention Curriculum (Lehrplan für universelle Prävention), der auf internationalen Evidenzstandards basiert, wurde kürzlich an eine europäische Zielgruppe angepasst, sowohl mit einem 9-wöchigen Universitätslehrplan als auch mit einem komprimierten 3- bis 5-tägigen Ausbildungskurs (UPC-Adapt) für regionale oder lokale Entscheidungsträger und Meinungsmacher. Die Kurzfassung wird 2018 in einem Drittel der EU-Mitgliedstaaten eingeführt.

Milieubezogene Prävention: auf die Nachtclubszene abzielende Programme mit mehreren Komponenten

Der verstärkte Einsatz von milieubezogenen Präventionsansätzen in der Nachtclubszene wird von einer Reihe von Ländern, vor allem im Norden Europas, berichtet. Die meisten milieubezogenen Ansätze zielen in erster Linie auf Alkohol ab, aber die gemeinsamen (kontextuellen) Risikofaktoren für den problematischen Konsum von Alkohol und anderen Drogen können solche Ansätze auch für die Prävention anderer Substanzen nützlich machen. Sie werden bis dato jedoch nur in beschränktem Maße umgesetzt. Ein interessanter Ansatz sind aus mehreren Komponenten bestehende, auf die Nachtclubszene abzielende Zusammenschlüsse, die die Ausbildung von Bedienungspersonal, die Einlasskontrolle und sowohl die Aufsicht als auch die Mobilisierung durch die Gemeinschaft miteinander verbinden. Es gibt einige Hinweise darauf, dass dieser Ansatz bei der Reduzierung der durch Alkohol und Drogen verursachten Schäden wirksam sein könnte. Ein Beispiel, das STAD-Projekt in Schweden, wird nun in sechs weiteren EU-Ländern eingeführt. Dennoch berichten im Jahr 2016 nur zwei Länder (Finnland, Vereinigtes Königreich) über eine umfassende Verfügbarkeit von mehrkomponentigen Interventionen.

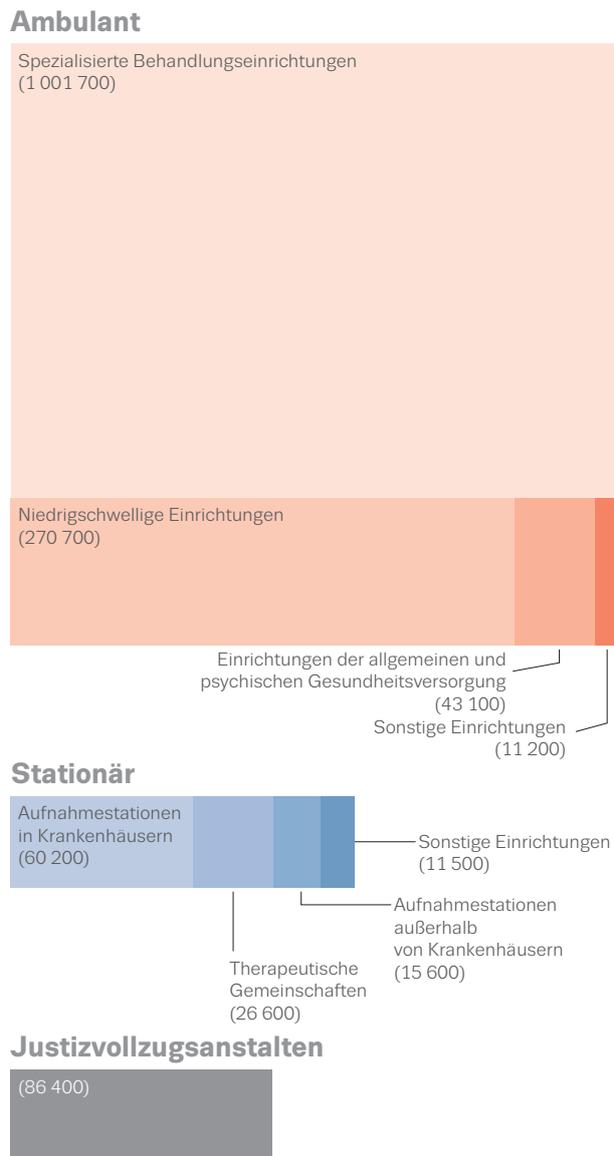
M-health: Verbesserung des Zugangs zu Interventionen

Zunehmend wird auch eine breite Palette von Drogeninterventionen online angeboten, unter anderem über Anwendungssoftware im Gesundheitsbereich auf Smartphones (m-health). Internetbasierte und im Zusammenhang mit m-health durchgeführte Interventionen haben das Potenzial, die Reichweite und geografische Abdeckung der Präventions- und Behandlungsprogramme zu erweitern und auch Menschen mit zu erreichen, die womöglich keine andere Möglichkeit haben, Zugang zu spezialisierten Betreuungseinrichtungen für Drogenkonsumierende zu finden. Die über Smartphones zugänglichen Interventionen reichen von E-Learning-Tools für im Drogenbereich tätige Fachkräfte, Drogenprävention und Schadensminimierung sowie digitaler Kontaktpflege innerhalb von Plattformen in den sozialen Medien bis hin zu Patientenmonitoring, -beobachtung und -behandlung.

In einer aktuellen Studie der EMCDDA wurden mehr als 60 drogenbezogene, in Online-App-Stores erhältliche m-health-Anwendungen (oder „Apps“) ermittelt, von denen fast die Hälfte aus Europa stammt. Die meisten Apps

ABBILDUNG 3.2

Anzahl der Klienten in Drogenbehandlung in Europa im Jahr 2016, nach Einrichtung



lieferten drogenbezogene Informationen, verbunden mit irgendeiner Art von Intervention. Die europäischen Interventionen im Rahmen von m-health zielten in erster Linie darauf ab, die Schadensminimierung bei Partygängern und Jugendlichen zu fördern. Zu den in den Apps verwendeten Techniken gehörten etablierte internetbasierte Behandlungsmethoden, wie z. B. Konsumtagebücher, personalisiertes Feedback zu selbst gesteckten Zielen zur Reduzierung des Drogenkonsums und die Interaktion mit Behandlungsprofis, z. B. durch verschlüsseltes Messaging. Einige Apps verwenden auch effektive Präventionstechniken wie den soziale Normen-Ansatz und die Reduzierung von Fehleinschätzungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum von Gleichaltrigen. Der Mangel an Qualitätsstandards für m-health-Apps im Drogenbereich sowie die Sorge um den Datenschutz und die Knappheit der Evidenzbasis stellen Herausforderungen für die zukünftige Entwicklung in diesem Bereich dar. Dennoch dürften m-health-Anwendungen zu wichtigen drogenbezogenen Interventionsinstrumenten für Anwender und Fachleute in ganz Europa werden.

Drogenbehandlung: gemeindenahe Dienste

Für Personen, die aufgrund ihres Drogenkonsums Probleme wie beispielsweise eine Abhängigkeit entwickeln, ist die Drogenbehandlung die Maßnahme der Wahl. Dabei stellt die Gewährleistung eines problemlosen Zugangs zu geeigneten Behandlungseinrichtungen eine zentrale politische Zielsetzung dar.

Die meisten Drogenbehandlungen in Europa erfolgen ambulant, wobei der größte Teil der behandelten Drogenkonsumierenden auf spezialisierte ambulante Behandlungseinrichtungen entfällt (Abbildung 3.2). Niedrigschwellige Einrichtungen sind die am zweithäufigsten genutzte Einrichtungsart, gefolgt von Zentren der primären Gesundheitsversorgung und der allgemeinen psychiatrischen Versorgung. Die letztgenannte Kategorie umfasst unter anderem hausärztliche Praxen, die in einigen großen Ländern wie Frankreich und Deutschland eine wichtige Rolle bei der Verschreibung opioidgestützter Substitutionsbehandlungen spielen. In anderen Ländern, wie beispielsweise in Slowenien, spielen Einrichtungen der ambulanten psychischen Gesundheitsversorgung bezüglich der Bereitstellung des Behandlungsangebotes eine Rolle.

Ein geringerer Anteil der Drogenbehandlungen in Europa erfolgt stationär, vor allem in stationären Aufnahmestationen (z. B. in psychiatrischen Kliniken), aber

auch in therapeutischen Gemeinschaften und spezialisierten stationären Therapieeinrichtungen. Hinsichtlich der relativen Bedeutung ambulanter und stationärer Angebote innerhalb der nationalen Behandlungssysteme bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern.

Drogenbehandlung: Einstiegswege und Wege für Klienten

Im Jahr 2016 wurden in der Europäischen Union schätzungsweise 1,3 Millionen Menschen wegen des Konsums illegaler Drogen behandelt (unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei: 1,5 Millionen). Nach wie vor finden die meisten Menschen aus eigenem Antrieb den

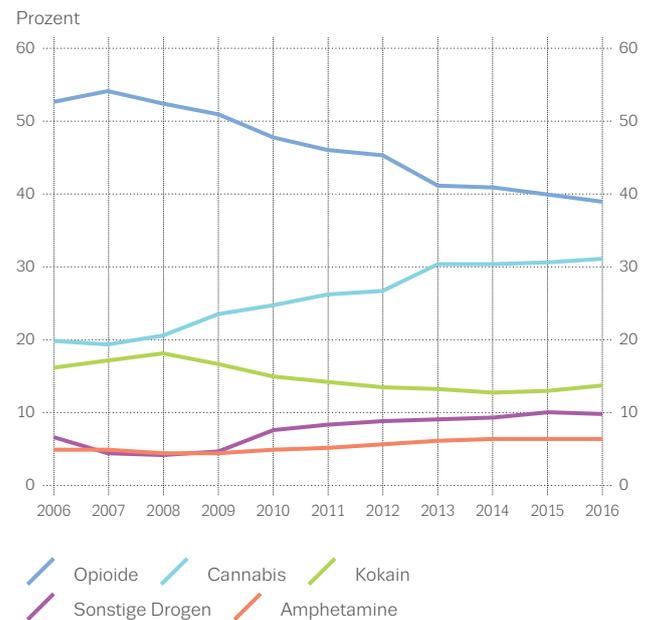
ABBILDUNG 3.3

Weg in die spezialisierte Drogenbehandlung. Auf diese Form der Einweisung, die auch das Anraten von Familienangehörigen oder Freunden umfasst, entfielen im Jahr 2016 fast die Hälfte (48 %) der Klienten, die sich in Europa in spezialisierte Drogenbehandlung begaben. Etwa ein Viertel (26 %) der Klienten wurden von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialdiensten, einschließlich anderer Drogenbehandlungszentren, überwiesen, während 16 % vom Strafjustizsystem eingewiesen wurden. In mehreren Ländern gibt es Regelungen, um Drogenstraftäter aus dem Strafjustizsystem in Drogenbehandlungsprogramme zu überweisen. In einigen Fällen geschieht dies durch eine gerichtliche Anordnung oder durch die Verhängung einer Bewährungsstrafe mit der Auflage, dass sich der Täter einer Behandlung unterzieht. In manchen Ländern erfolgt die Überweisung aber auch bereits in einer früheren Phase der Strafverfolgung.

Die Praktiken zur Behandlungsüberweisung unterscheiden sich stark, und zwar sowohl nach Land als auch nach Primärdroge. Das Strafjustizsystem spielt eine besonders wichtige Rolle bei der Überweisung von Cannabiskonsumierenden zur Behandlung. Insgesamt werden in Europa 26 % der Cannabisklienten von der Strafjustiz zur Behandlung überwiesen. Der Anteil ist jedoch von Land zu Land sehr unterschiedlich. Im Jahr 2016 reichte unter den Ländern mit mehr als 100 neuen Klienten in der Cannabisbehandlung der Anteil der von Gerichten, im Rahmen der Bewährung oder von der Polizei überwiesenen Personen von 2 % in den Niederlanden bis zu mehr als 80 % in Ungarn und Rumänien.

Die Behandlungswege der Drogenklienten sind häufig durch die Inanspruchnahme unterschiedlicher Dienste, mehrfache Behandlungsaufnahmen und Behandlungen mit unterschiedlicher Verweildauer geprägt. Opioidkonsumierende bilden die größte Klientengruppe in spezialisierter Behandlung. Auf sie entfällt auch der größte Anteil der verfügbaren Behandlungsressourcen, die für diese Patienten zumeist in Form von Substitutionsbehandlungen bereitgestellt werden. Die Ergebnisse einer 2016 vorgenommenen Analyse der Daten aus spezialisierten Behandlungseinrichtungen in neun europäischen Ländern geben Aufschluss über die Behandlungswege. Von den 370 000 Klienten, die in dem genannten Jahr in diesen Ländern in Behandlung waren, waren knapp 20 % Erstklienten, 27 % hatten erneut eine Behandlung aufgenommen, nachdem sie bereits in der Vergangenheit eine Behandlung erhalten hatten, und über die Hälfte befand sich seit mehr als einem Jahr durchgehend in Behandlung. Die meisten der letztgenannten Klienten waren Männer im Alter von Ende 30, die seit mehr als 3 Jahren wegen Problemen im

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



Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden, insbesondere Heroin, in Behandlung waren.

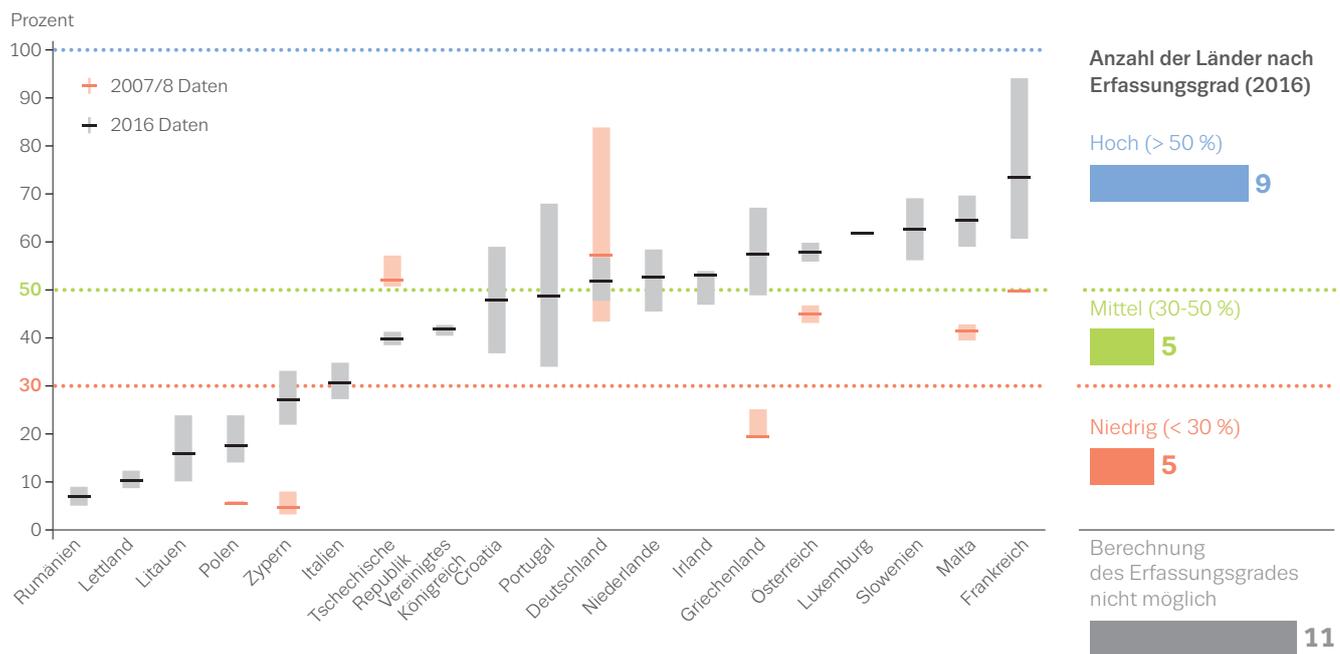
Opioidgestützte Substitutionsbehandlung: Unterschiede beim nationalen Angebot

Die Substitutionsbehandlung, häufig in Kombination mit psychosozialer Betreuung, ist die häufigste Therapieform bei Opioid-Abhängigkeit. Die verfügbaren Daten sprechen für dieses Konzept und belegen positive Ergebnisse im Hinblick auf den Verbleib in der Behandlung und die Eindämmung des illegalen Opioidkonsums, des gemeldeten Risikoverhaltens, der drogenbedingten Schädigungen und der Mortalität. Cannabis- und Kokainkonsumierende sind die zweit- und drittgrößten Gruppen, die Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen (Abbildung 3.3). Psychosoziale Betreuung ist die wichtigste Behandlungsform für diese Klienten.

Im Jahr 2016 haben in der Europäischen Union schätzungsweise 628 000 Opioidkonsumierende eine Substitutionsbehandlung erhalten (unter Einbeziehung Norwegens: 636 000). Die Trendanalyse zeigt, dass die Zahl der Klienten bis 2010 insgesamt stieg und anschließend bis 2016 um 10 % zurückging. Zwischen 2010 und 2016 war in zwölf Ländern eine rückläufige Entwicklung zu beobachten, wobei der stärkste Rückgang (um mehr als 25 %) aus Spanien, den Niederlanden und Portugal gemeldet wurde. Diese sinkenden Klientenzahlen könnten auf Nachfrage- oder Angebotsfaktoren zurückzuführen sein, wie beispielsweise dem Schrumpfen

ABBILDUNG 3.4

Erfassungsgrad der opioidgestützten Substitutionsbehandlung (prozentualer Anteil der geschätzten Hochrisiko-Opioidkonsumierenden, die eine solche Behandlung erhalten) im Jahr 2016 oder im aktuellsten Jahr sowie 2007/2008



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

der Bevölkerungsgruppe der alternden, chronischen Opioidkonsumierenden oder Verschiebungen bei den Behandlungszielen in einigen Ländern. Andere Länder haben ihr Behandlungsangebot weiter ausgebaut und versuchen, eine flächendeckende Verfügbarkeit zu gewährleisten, wobei 16 Länder zwischen 2010 und 2016 steigende Zahlen von einer Substitutionsbehandlung erhaltenden Klienten meldeten, darunter Lettland (173 %), Rumänien (167 %) und Griechenland (57 %).

Der Vergleich mit den aktuellen Schätzungen zur Zahl der Hochrisiko-Opioidkonsumierenden in Europa legt den Schluss nahe, dass insgesamt etwa die Hälfte von ihnen eine Substitutionsbehandlung erhält, wobei allerdings Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festzustellen sind (Abbildung 3.4). In den Ländern, in denen Daten aus den Jahren 2007 oder 2008 zum Vergleich zur Verfügung stehen, war im Allgemeinen ein Anstieg der Reichweite zu verzeichnen. In einigen Ländern ist die Verfügbarkeit jedoch nach wie vor gering.

Mit einem Anteil von fast zwei Dritteln (63 %) der Opioid-Substitutionsklienten ist Methadon das am häufigsten verschriebene Opioid-Substitutionsmittel. Weiteren 35 % der Klienten werden mit Medikamenten auf Basis von Buprenorphin behandelt, dem wichtigsten Substitutionsmittel in acht Ländern (Abbildung 3.5). Andere Substanzen, wie etwa Morphin in Retardform (mit langsamer Wirkstofffreisetzung) und Diacetylmorphin (Heroin) werden seltener eingesetzt und in Europa

schätzungsweise 2 % der Substitutionsklienten verordnet. Die Mehrheit der Klienten, die sich in Europa in Substitutionsbehandlung befinden, ist über 35 Jahre alt und wird seit mehr als zwei Jahren behandelt. Alternative Behandlungsangebote für Opioidkonsumierende sind in allen europäischen Ländern verfügbar. In den 13 Ländern, für die Daten vorliegen, erhalten zwischen 3 % und 28 % aller Opioidklienten eine Therapie ohne Opioidsubstitution.

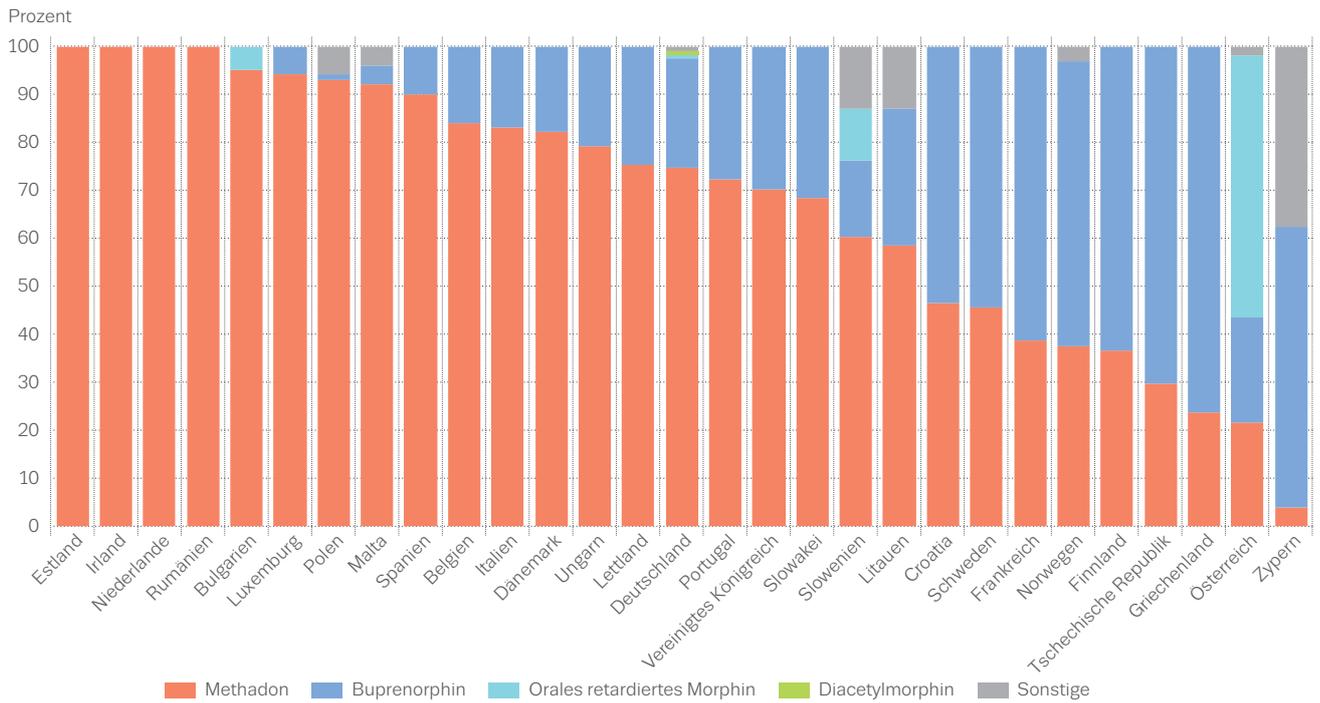
Behandlungsergebnisse: die Rolle von Qualitätsstandards

Die Überwachung der Behandlungsergebnisse ist wichtig, um die Behandlungswege der Klienten zu verbessern und die Leistungen so anzupassen, dass sie den festgestellten Bedürfnissen besser entsprechen. Die Umsetzung einer Ergebnisüberwachung wird jedoch durch fehlende Einigkeit über die Behandlungsziele und angemessene diesbezügliche Maßstäbe behindert. Eine kürzlich durchgeführte Überprüfung der EMCDDA hat die große Variabilität der gemessenen Ergebnisse aufgezeigt und acht verschiedene Ergebnisbereiche identifiziert: „Drogenkonsum“, „Kriminalität“, „Gesundheit“, „behandlungsbedingte Ergebnisse“, „soziales Funktionieren“, „Schädigungen“, „Mortalität“ und „wirtschaftliche Schätzungen“.

Die Anwendung von Qualitätsstandards ist eine weitere Möglichkeit, die angemessene Umsetzung der in den

ABBILDUNG 3.5

Anteil der Klienten, die verschiedene Arten von verschriebenen Opioid-Substitutionsmedikamenten in den europäischen Ländern erhielten



NB: Datenabdeckung im Vereinigten Königreich: England, Wales und Nordirland

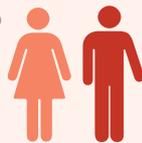
PATIENTEN IN OPIOIDGESTÜTZTER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Population

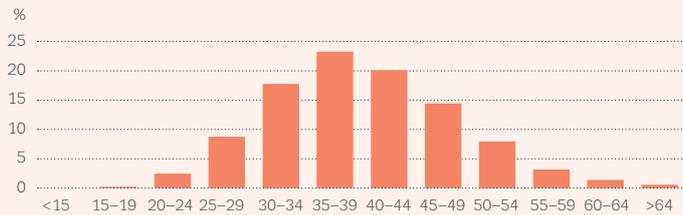
628 000 EU

636 000 EU + Norwegen

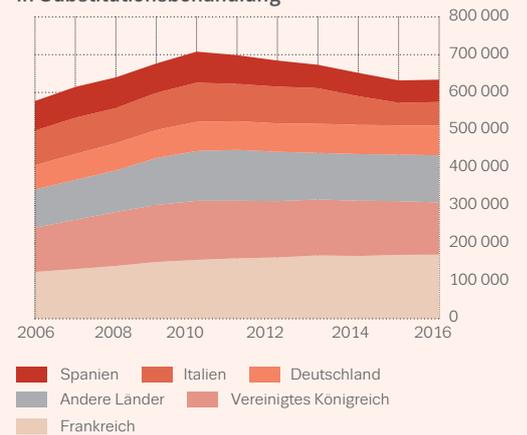
26% 74%



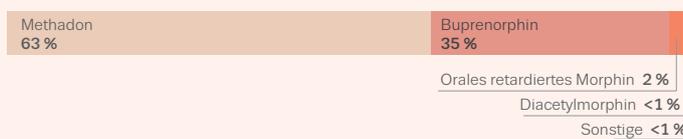
Altersverteilung



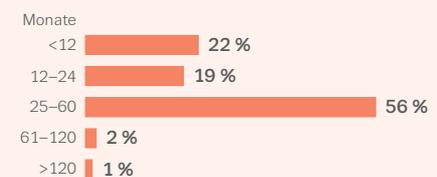
Trends bei der Anzahl der Patienten in Substitutionsbehandlung



Art des Medikaments



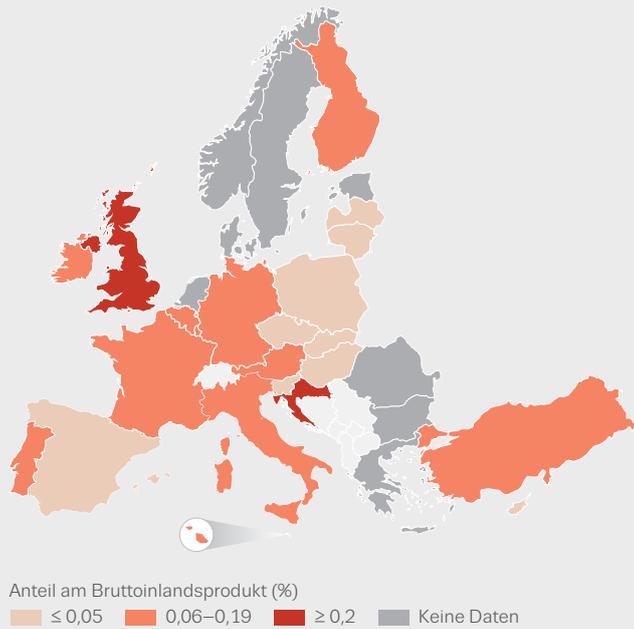
Behandlungsdauer



NB: Nur Länder mit Daten für mindestens acht der elf Jahre sind in der Trendgrafik enthalten. Fehlende Werte werden aus den vorherigen Jahren und Folgejahren interpoliert.

ABBILDUNG 3.6

Neueste Schätzungen der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich (% BIP)



Leitlinien enthaltenen Maßnahmen und Empfehlungen für die Praxis sicherzustellen. Während die Umsetzung mithilfe von Standards im Allgemeinen auf lokaler Ebene erfolgt, gibt es auch internationale Standards, die dazu dienen, einen Konsens über allgemeine Grundsätze für Maßnahmen zu erzielen. Die vom EU-Rat verabschiedeten europäischen Mindestqualitätsstandards zur Reduzierung der Drogennachfrage legen beispielsweise allgemeine Grundsätze fest, die auf nationaler Ebene unterschiedlich umgesetzt werden.

Reaktion auf Drogenprobleme: Ausgaben und Kosten

Die Einschätzung der Kosten von Maßnahmen im Drogenbereich ist sowohl für die Entwicklung als auch die Evaluierung von politischen Maßnahmen wichtig. Gleichwohl liegen in Europa sowohl auf kommunaler als auch auf nationaler Ebene nach wie vor nur lückenhafte und heterogene Informationen über die öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich vor. Im letzten Jahrzehnt haben 22 Länder vollständige Schätzungen der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich erstellt (Abbildung 3.6). Die Schätzungen reichen von 0,01 % bis 0,5 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP), wobei etwa die Hälfte der Schätzungen zwischen 0,05 % und 0,2 % des BIP liegt.

Der Anteil der Ausgaben für Initiativen zur Nachfragereduzierung am allgemeinen Drogenbudget schwankt zwischen den Ländern erheblich, wobei dies laut

Schätzungen, die der EMCDDA in den letzten zehn Jahren vorgelegt wurden, 21 % bis 75 % der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich darstellt. Behandlung aufgrund von drogenindizierten Problemen und andere Gesundheitskosten machen einen großen Teil der geschätzten Ausgaben im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Nachfragereduzierung aus. Während nationale Unterschiede zum Teil auf unterschiedliche Politik- und Angebotsentscheidungen sowie auf Unterschiede bei den Drogenproblemen und der Organisation der öffentlichen Dienste zurückzuführen sind, haben die unterschiedlichen Schätzmethoden auch einen großen Einfluss auf die Ergebnisse.

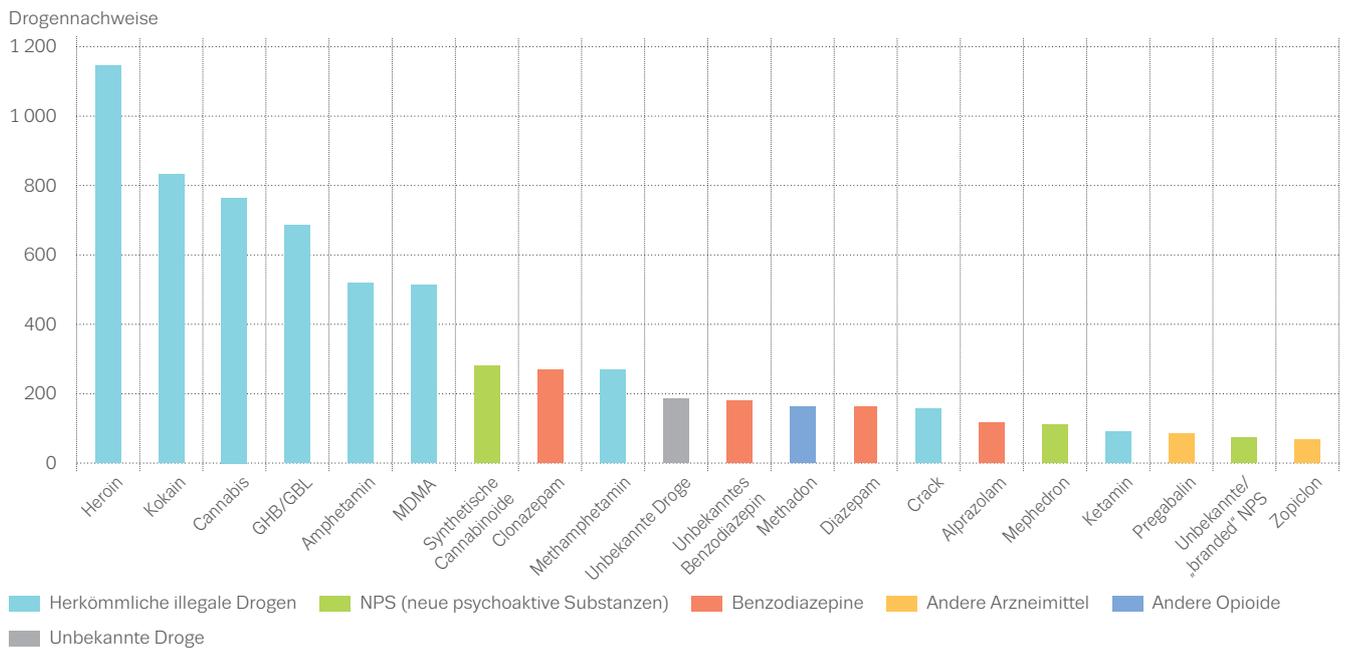
Akute drogenbedingte Schäden: Heroin und Kokain vorherrschend

Krankenhaus-Notfalldaten können Aufschluss über akute drogenbedingte Schäden geben und unser Verständnis der Auswirkungen des Drogenkonsums auf die öffentliche Gesundheit in Europa verbessern. Nur wenige Länder überwachen akute Drogennotfälle auf nationaler Ebene. Von diesen meldeten Litauen und das Vereinigte Königreich einen Anstieg der heroinderbedingten Notfälle. Die Tschechische Republik und Dänemark hingegen meldeten rückläufige Tendenzen bei heroinderbedingten Notfällen. In Spanien spielte Kokain bei fast der Hälfte der gemeldeten drogenbedingten Notfälle im Jahr 2015 eine Rolle, wobei der Anteil sich nach einer rückläufigen Entwicklung derzeit stabilisiert. Gleichzeitig hat der Anteil der Cannabis-Notfälle weiter zugenommen. Slowenien meldet auch für 2016 einen Aufwärtstrend bei der Zahl der Notfälle im Zusammenhang mit Kokain, Amphetaminen und GHB. Im Jahr 2016 berichteten beobachtete Regionen in den Niederlanden über 272 Notfälle im Zusammenhang mit 4-Fluoramphetamin (4-FA), einem neuen Stimulans für das zentrale Nervensystem. Die meisten dieser Fälle wurden an Erste-Hilfe-Stellen im Nachtleben beobachtet, während fast ein Drittel der drogenbedingten Rettungseinsätze mit dem Konsum von GHB verbunden waren.

In 19 (beobachteten) Krankenhäusern in 13 europäischen Ländern werden Notfälle mit akuter Toxizität durch das European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) überwacht. Im Jahr 2016 verzeichnete das Projekt 4 874 Notfälle mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren; die meisten der Patienten waren männlich (77 %). Fast drei Viertel der vorstellig werdenden Patienten wurden per Krankenwagen ins Krankenhaus gebracht. Die Mehrheit (78 %) wurde innerhalb von 12 Stunden aus dem Krankenhaus entlassen. Eine kleine Minderheit (6 %) wurde in die Intensivstation oder in die Psychiatrie

ABBILDUNG 3.7

Die 20 am häufigsten nachgewiesenen Drogen bei Notfällen in beobachteten Krankenhäusern im Jahr 2016



NB: Ergebnisse aus 4 874 Notfällen in 19 beobachteten Krankenhäusern in 13 europäischen Ländern.
 Quelle: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

aufgenommen (4 %). Insgesamt wurden 22 Todesfälle verzeichnet, davon 13 unter Beteiligung von Opioiden.

Im Durchschnitt wurden in jedem der Notfälle etwa 1,5 Drogen nachgewiesen (insgesamt 7 423). Die am häufigsten beteiligten waren Heroin, Kokain, Cannabis, GHB/GBL, Amphetamin und MDMA (Abbildung 3.7). Ein Fünftel (21 %) der Notfälle betraf den Missbrauch von verschreibungspflichtigen oder rezeptfreien Medikamenten (am häufigsten Opioide und Benzodiazepine); 7 % betrafen neue psychoaktive Substanzen (gegenüber 9 % im Jahr 2015 und 6 % im Jahr 2014). Die Zahl der Notfälle im Zusammenhang mit synthetischen Cathinonen ging deutlich zurück, von 400 im Jahr 2014 auf 160 im Jahr 2016, während gleichzeitig die Zahl der Notfälle im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden von 28 auf 282 stieg. Der Anstieg der Zahl der Notfälle im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden ist hauptsächlich auf Meldungen von den Zentren in London und Polen zurückzuführen.

Unterschiede bei den Drogen, die bei Notfällen zwischen den Zentren auftreten, können auf Unterschiede im Einzugsgebiet des Krankenhauses und auf lokale Konsummuster zurückzuführen sein. So waren beispielsweise in Dublin (Irland) und Oslo (Norwegen) die häufigsten Notfälle im Zusammenhang mit Heroin zu verzeichnen, während in London (Vereinigtes Königreich) Notfälle im Zusammenhang mit GHB/GBL, Kokain und MDMA vorherrschend waren.

Neue Drogen: hoher Wirkstoffgehalt und massive Schädigungen

Neue psychoaktive Substanzen, zu denen synthetische Opioide, synthetische Cannabinoide und synthetische Cathinone gehören, verursachen in Europa eine Reihe ernstzunehmender Schädigungen und stellen die Drogenpolitik vor eine Herausforderung. Synthetische Opioide und synthetische Cannabinoide sind zwei Gruppen von Substanzen, die von besonderer Bedeutung sind.

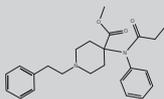
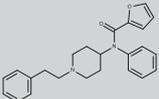
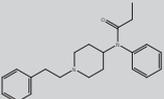
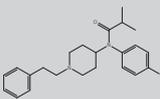
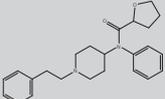
Obwohl sie auf dem europäischen Drogenmarkt nur eine geringe Rolle spielen, stellen neue Opioide eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit des Einzelnen und der öffentlichen Gesundheit dar. Besonders besorgniserregend sind die Fentanylderivate, die die Mehrheit der von der EMCDDA überwachten neuen Opioide ausmachen. Diese Substanzen können besonders

wirkungsvoll sein, da sie in geringen Mengen lebensbedrohliche Vergiftungen durch rasch einsetzende und schwere Atemdepression verursachen können. Dies macht sie besonders gefährlich, insbesondere für ahnungslose Konsumierende, die glauben, Heroin, andere illegale Drogen oder Schmerzmittel zu kaufen. In solchen Fällen sollte unter Umständen die Verfügbarkeit des Opioid-Antidots Naloxon geprüft werden. Fentanylderivate bergen nicht nur die akute Gefahr einer Überdosierung, sondern haben auch ein hohes Missbrauchs- und Suchtpotenzial, was die Gefahren für die öffentliche Gesundheit sowie die sozialen Probleme, die in der Regel mit dem hochriskanten Opioidkonsum verbunden sind, weiter verschärfen kann.

Gemeinsame Untersuchungen und Risikobewertung

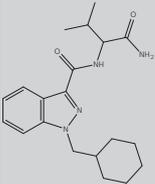
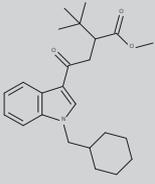
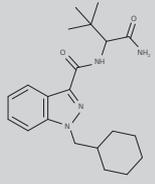
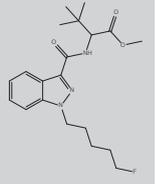
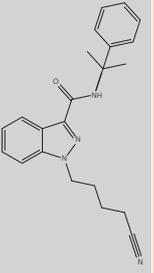
Nach den beiden gemeinsamen Untersuchungen zu Acryloylfentanyl und Furanylfentanyl, die von der EMCDDA und Europol im Jahr 2016 durchgeführt wurden, wurden im Jahr 2017 weitere fünf Fentanylderivate untersucht, nachdem über das EU-Frühwarnsystem Todesfälle gemeldet wurden. Die Substanzen (4-Fluoroisobutyrylfentanyl, Tetrahydrofuranylfentanyl, Carfentanil, Methoxyacetylfentanyl, Cyclopropylfentanyl) waren an mehr als 160 Todesfällen beteiligt, von denen viele direkt auf diese Substanzen zurückzuführen waren. Insgesamt wurden im Jahr 2017 fünf dieser sieben Stoffe von der EMCDDA auch formell einer Risikobewertung unterzogen (Tabelle 1); die beiden anderen Stoffe werden 2018 bewertet. Bisher wurden Acryloylfentanyl und Furanylfentanyl auf EU-Ebene wegen der Risiken für die öffentliche Gesundheit in Europa Kontrollmaßnahmen unterzogen.

Tabelle 1. Wichtigste Erkenntnisse aus den Risikobewertungen von fünf Fentanylderivaten

Gebäuchliche Bezeichnung	Carfentanil	Furanylfentanyl	Acryloylfentanyl	4F-iBF (4-Fluoroisobutyryl-fentanyl)	THF-F (Tetrahydro-furanylfentanyl)
Chemische Struktur					
Formelle Meldung an das EU-Frühwarnsystem	12. Februar 2013	3. November 2015	7. Juli 2016	26. August 2016	23. Dezember 2016
Anzahl der Todesfälle	61	23	47	20	14
Anzahl der Länder, in denen assoziierte Todesfälle auftraten	8	6	3	2	1
Anzahl der Sicherstellungen durch die Strafverfolgungs-behörden	801	143	162	24	53
Anzahl der Länder, in denen Sicherstellungen stattgefunden haben (EU, Türkei und Norwegen)	7	14	5	4	1

Ebenfalls im Jahr 2017 wurden vier synthetische Cannabinoide untersucht, was zu Risikobewertungen führte (Tabelle 2). Die Substanzen (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) waren an mehr als 80 Todesfällen beteiligt. Diese folgten auf MDMB-CHMICA, das erste Cannabinoid, das von der EMCDDA einer Risikobewertung unterzogen wurde. Die Gründe für die schwere Toxizität, die diese Stoffe verursachen können, sind ihr hoher Wirkstoffgehalt und ihre schlechte Herstellungspraxis. Die Evidenzdaten deuten darauf hin, dass die Hersteller bei der Produktion von „Räuchermischungen“ die hinzuzugebenden Substanzmengen lediglich schätzen. Darüber hinaus ist es aufgrund der unausgereiften Herstellungsverfahren möglich, dass die Substanz ungleichmäßig im Produkt verteilt ist. Dies kann dazu führen, dass einige Produkte giftige Mengen des Stoffes enthalten, was zu einem erhöhten Vergiftungsrisiko führen kann.

Tabelle 2. Wichtigste Erkenntnisse aus den Risikobewertungen von fünf synthetischen Cannabinoiden

Gebrauchliche Bezeichnung	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Chemische Struktur					
Formelle Meldung an das EU-Frühwarnsystem	10. April 2014	12. September 2014	24. September 2014	8. Januar 2015	4. März 2016
Anzahl der Todesfälle	31	29	13	28	11
Anzahl der Länder, in denen assoziierte Todesfälle auftraten	6	6	3	2	2
Anzahl der Sicherstellungen durch die Strafverfolgungsbehörden	6422	> 3600	3794	1986	2461
Anzahl der Länder, in denen Sicherstellungen stattgefunden haben (EU, Türkei und Norwegen)	26	25	19	27	12

Neue Opiode stellen eine ernste Bedrohung für die Gesundheit des Einzelnen und die öffentliche Gesundheit dar



ABBILDUNG 3.8

Beispiele für die Techniken und Anwendungen der Substanzanalyse von Drogen



Dienste für die Substanzanalyse von Drogen (Drug-Checking): Verfügbarkeit in Europa

Mit Diensten für die Substanzanalyse von Drogen (Drug-Checking-Diensten) können Konsumierende ihre Drogen analysieren lassen, um Informationen über den Inhalt der Probe zu erhalten. Die Ziele der Drug-Checking-Dienste reichen von der Schadensbegrenzung durch das Angebot von Beratung und Auskunft für Drogenkonsumierende bis hin zur Beobachtung aktueller und sich abzeichnender Drogentrends. In einigen Ländern sind Drug-Checking-Dienste integraler Bestandteil der nationalen Frühwarnsysteme, die insbesondere die Identifizierung und Überwachung neuer psychoaktiver Substanzen unterstützen.

Drug-Checking-Dienste sind in zehn EU-Ländern verfügbar. Die Dienstleistungen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht, einschließlich Ort, Methoden, Aktualität der Ergebnisse, Art und Weise, wie die Ergebnisse kommuniziert werden und zu welchem Zweck (Abbildung 3.8). Die Analysedienste können in festen Labors oder in mobilen Labors, z. B. bei Musikfestivals und in Clubs, eingerichtet sein. Die verwendeten Methoden reichen von Selbsttestkits, die das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer bestimmten Droge oder eines bestimmten Verfälschungsmittels anzeigen, bis hin zu hoch entwickelten Geräten, die zahlreiche Substanzen identifizieren und quantifizieren können. Die Zeit, die benötigt wird, um Ergebnisse zu liefern, kann ebenfalls

variieren, und zwar von einigen Sekunden bis zu einigen Tagen.

Die Kommunikation der Ergebnisse ist für Drug-Checking-Dienste wichtig, und oft werden zusammen mit den Ergebnissen begleitende Beratung oder Kurzinterventionen angeboten. Als Kommunikationsmethoden werden u.a. öffentliche Gesundheits- und Verbraucherwarnungen, Informationstafeln bei Tanzveranstaltungen, Online-Veröffentlichungen von Ergebnissen oder Ergebnisse, die direkt an Einzelpersonen weitergegeben werden, eingesetzt.

Chronische drogenbedingte Schädigungen: HIV rückläufig, aber Diagnosen erfolgen nach wie vor spät

Für Drogenkonsumierende und insbesondere injizierende Drogenkonsumierende besteht die Gefahr einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch die gemeinsame Nutzung von Spritzbestecken und durch ungeschützten Geschlechtsverkehr. Das Risikoverhalten beim injizierenden Drogenkonsum spielt im Zusammenhang mit durch Blut übertragbaren Infektionen nach wie vor eine entscheidende Rolle; dies gilt beispielsweise für die Übertragung des Hepatitis-C-Virus (HCV) und, in einigen Ländern, des Human-Immunschwäche-Virus (HIV). Im Jahr 2016 wurden in der

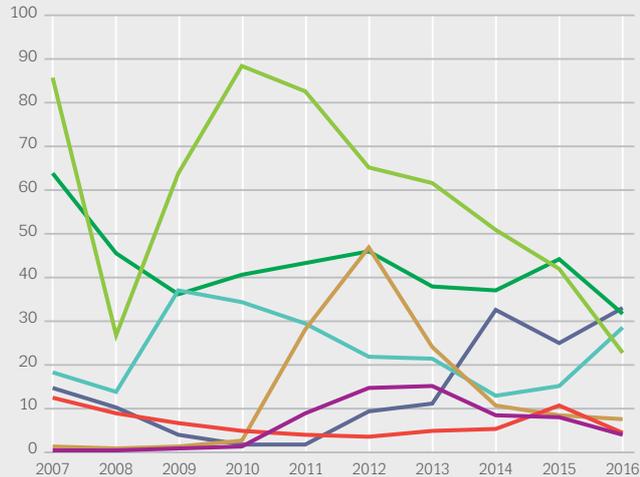
ABBILDUNG 3.9

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

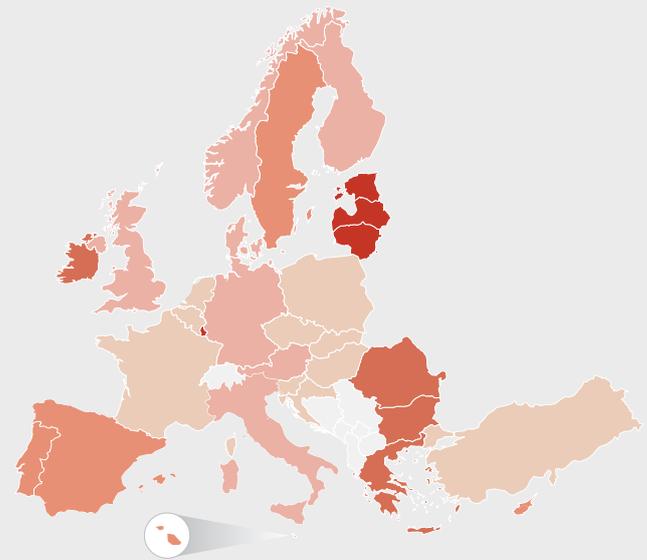
Fälle in der Europäischen Union



Fälle je 1 Million Einwohner



/ Luxemburg / Lettland / Litauen / Estland
 / Griechenland / Irland / Rumänien



Fälle je 1 Million Einwohner

<1 1,0–2 2,1–3 3,1–8 >8

Quelle: ECDC. Daten für 2016.

Europäischen Union 1 027 HIV-Neudiagnosen gemeldet, die mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht wurden (Abbildung 3.9). Dies entspricht 5 % aller HIV-Diagnosen, für die der Übertragungsweg bekannt ist. Dieser Anteil ist in den letzten zehn Jahren auf niedrigem Niveau stabil geblieben. In den meisten europäischen Ländern ist die Zahl der HIV-Neuinfektionen unter injizierenden Drogenkonsumierenden gesunken, wobei zwischen 2007 und 2016 insgesamt ein Rückgang um 51 % zu verzeichnen war. Allerdings bleibt der injizierende Drogenkonsum in einigen Ländern ein wichtiger Übertragungsweg: Laut den dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) gemeldeten Daten wurde 2016 mehr als ein Viertel der neu diagnostizierten HIV-Fälle in Litauen (47 %), Luxemburg (29 %) und Lettland (27 %) auf den injizierenden Drogenkonsum zurückgeführt. Im Jahr 2017 ging in Rumänien und Griechenland die Zahl der HIV-Neuinfektionen, die auf den injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen sind zwar weiter zurück, liegt aber weiterhin über dem Niveau der Neuinfektionen vor dem Jahr 2012.

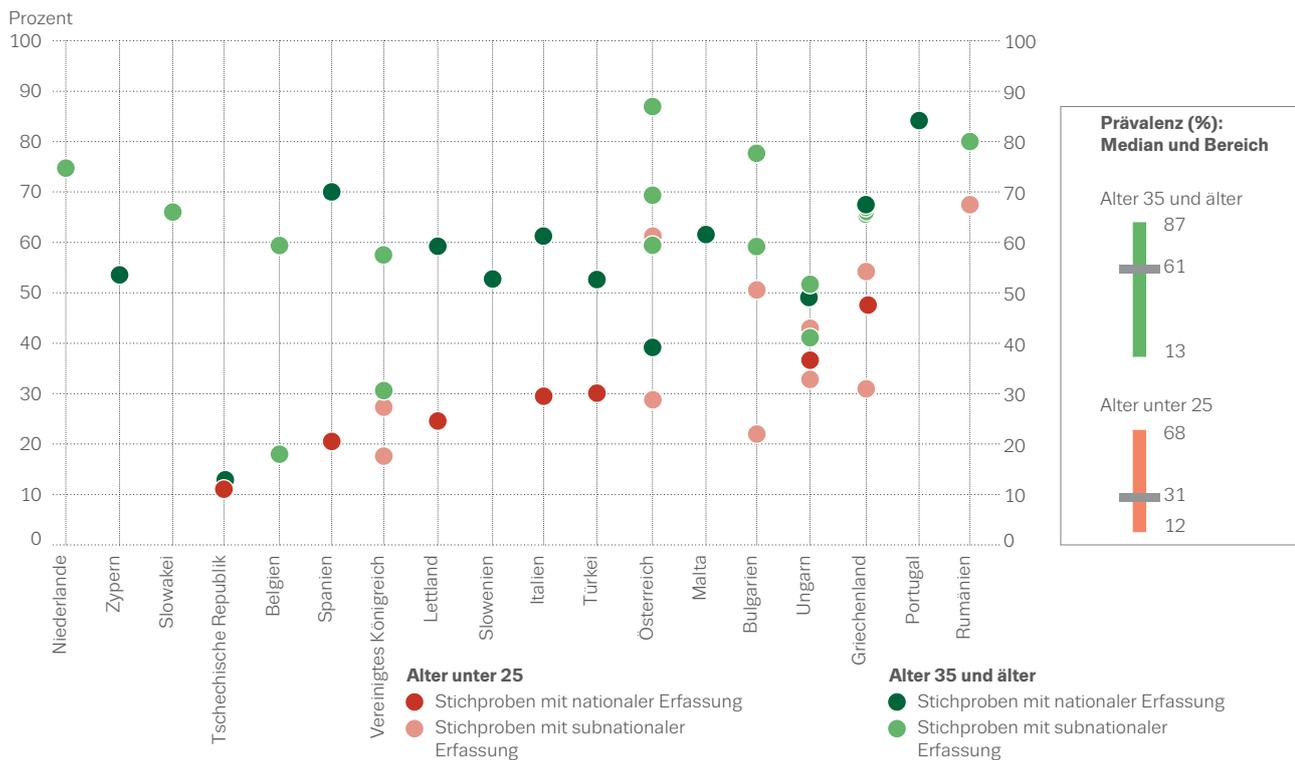
Die meisten Länder meldeten zwischen 2015 und 2016 einen Rückgang der Zahl der durch injizierenden

Drogenkonsum bedingten HIV-Fälle, darunter Irland und das Vereinigte Königreich, die im Jahr 2015 einen Anstieg gemeldet hatten. In Irland und im Vereinigten Königreich stand dies teilweise in Zusammenhang mit örtlich begrenzten Ausbrüchen. Der im Jahr 2014 in Luxemburg gemeldete Ausbruch hat sich bis 2016 fortgesetzt. Ein Anstieg des injizierenden Konsums von Stimulanzien ist neben einer hohen Marginalisierung der Konsumierenden ein Faktor für diesen Ausbruch. Litauen meldete einen starken Anstieg der HIV-Neuinfektionen bei injizierenden Drogenkonsumierenden, der sich von 44 auf 83 Fälle im Jahr 2016 fast verdoppelte. Darüber hinaus wurde der injizierende Konsum von Stimulanzien im sexuellen Kontext („Slamming“) in kleinen Gruppen von Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten mit einem erhöhten Übertragungsrisiko in Verbindung gebracht.

Im Jahr 2016 wurden 13 % der neu gemeldeten AIDS-Fälle in der Europäischen Union mit einem bekannten Übertragungsweg dem injizierenden Drogenkonsum zugeschrieben. Die 422 Meldungen im Zusammenhang mit Injektionen sind weniger als ein Viertel der vor zehn Jahren gemeldeten Meldungen.

ABBILDUNG 3.10

Prävalenz der Hepatitis-C-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumierenden, nach Alter, 2015 bis 2016



NB: Proben mit einem Stichprobenumfang von weniger als zehn werden nicht gezeigt. Die Reihenfolge der Länder folgt den Daten für Konsumierende unter 25.

Wo die Informationen verfügbar waren, wurde die Hälfte der HIV-Neudiagnosen, die 2016 in der Europäischen Union dem injizierenden Drogenkonsum zugeschrieben wurden, verspätet gestellt – das heißt, als das Virus bereits begonnen hatte, das Immunsystem zu schädigen. In Griechenland und Rumänien wurden etwa zwei von drei neuen HIV-Fällen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum zu spät diagnostiziert. Die späte HIV-Diagnose ist mit Verzögerungen bei der Einleitung einer antiretroviralen Therapie und einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden. Die Test-and-Treat-Strategie, d. h. die Einleitung einer antiretroviralen Therapie unmittelbar nach der HIV-Diagnose, bewirkt eine Eindämmung der Übertragung und ist insbesondere in Gruppen mit hochriskanten Verhaltensweisen, wie beispielsweise bei injizierenden Drogenkonsumierenden, wichtig. Wird HIV in einem frühen Stadium diagnostiziert und frühzeitig eine antiretrovirale Therapie eingeleitet, haben die Infizierten eine normale Lebenserwartung.

HCV-Prävalenz: Unterschiede zwischen den Ländern

Die virale Hepatitis, insbesondere die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) verursachte Infektion, ist unter injizierenden Drogenkonsumierenden in Europa weit verbreitet. Von

100 HCV-infizierten Personen entwickeln 75 bis 80 eine chronische Infektion. Dies hat erhebliche Langzeitfolgen, da chronische HCV-Infektionen, oft verschlimmert durch starken Alkoholkonsum, eine Zunahme der Todesfälle sowie der Fälle mit schwerer Lebererkrankung, darunter Leberzirrhose und Leberkrebs, in einer alternden Kohorte der Hochrisiko-Drogenkonsumierenden verursachen.

In nationalen Stichproben injizierender Drogenkonsumierender wurden im Zeitraum 2015/2016 für HCV-Antikörper, die auf eine akute oder frühere Infektion hinweisen, Prävalenzraten zwischen 15 % und 82 % ermittelt, wobei sechs der 13 Länder, für die nationale Daten verfügbar sind, Raten von über 50 % meldeten. Vier der Länder, für die nationale Trenddaten für den Zeitraum 2010 bis 2016 vorliegen, meldeten einen Rückgang der HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumierenden, während zwei Länder steigende Prävalenzraten verzeichneten.

HCV ist bei älteren injizierenden Drogenkonsumierenden häufiger anzutreffen als bei ihren jüngeren Gegenübern, was die Häufung von Risiken im Laufe der Jahre und die hohe Infektionslast bei den älteren Gruppen hervorhebt (Abbildung 3.10).

Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) sind unter Drogenkonsumierenden weniger weit verbreitet als

HCV-Infektionen. Indes weist bei diesem Virus das HBV-Oberflächenantigen auf eine aktuelle Infektion hin, die entweder akut oder chronisch sein kann. In den sieben Ländern, für die nationale Daten verfügbar sind, litten schätzungsweise 1,5 % bis 11 % der injizierenden Drogenkonsumierenden an einer aktuellen HBV-Infektion.

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

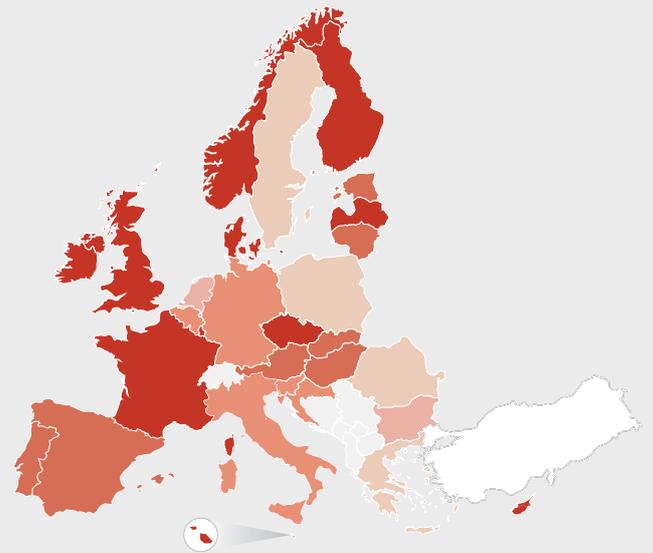
Prävention von Infektionskrankheiten: effektive Maßnahmen

Um die Verbreitung drogenbedingter Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumierenden einzudämmen, werden die folgenden Maßnahmen empfohlen: Bereitstellung opioidgestützter Substitutionsbehandlung, Ausgabe steriler Spritzbestecke, Impfungen, Tests auf Infektionskrankheiten, Hepatitis- und HIV-Therapien sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen mit Schwerpunkt auf sicherem Injektionsverhalten und der Reduzierung von sexuell riskantem Verhalten.

Bei injizierenden Opioidkonsumierenden sinkt das Infektionsrisiko mit einer Substitutionsbehandlung deutlich. Einige Analysen lassen den Schluss zu, dass diese schützende Wirkung steigt, wenn ein flächendeckendes Behandlungsangebot mit der Ausgabe von Spritzen in großem Maßstab kombiniert wird. Die Evidenzdaten belegen, dass Nadel- und Spritzenaustauschprogramme die Übertragung von HIV unter injizierenden Drogenkonsumierenden eindämmen können. Mit Ausnahme der Türkei stellen alle 30 von der EMCDDA beobachteten Länder über spezielle Ausgabestellen kostenlos saubere Spritzbestecke bereit. Allerdings bestehen zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede bei der geografischen Verteilung der Ausgabestellen für Spritzen (siehe Abbildung 3.11). Die Länder unterscheiden sich außerdem darin, wie flächendeckend die Maßnahme für die Zielpopulation angeboten wird (Abbildung 3.12). Informationen über die Bereitstellung von Spritzen im Rahmen spezieller Programme liegen aus 25 Ländern vor, die im am kürzesten zurückliegenden Jahr, für das Daten vorliegen (2015/2016), insgesamt etwa 54 Millionen ausgegebene Spritzen meldeten. Diese Schätzung ist deutlich zu niedrig

ABBILDUNG 3.11

Geografische Verfügbarkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in der Europäischen Union, Norwegen und der Türkei



Prozentualer Anteil von Landesteilen mit einer oder mehr Ausgabestellen

0 <20 20–39 40–59 60–79 >80

NB: Basierend auf Eurostat-NUTS-3-Gebietskörperschaften. Werte für Spanien, Deutschland und Italien basieren auf Expertenschätzungen. Die geografische Verfügbarkeit spiegelt möglicherweise nicht den Anteil der durch die Maßnahme erreichten Zielpopulation wider.

angesetzt, da mehrere große Länder, wie beispielsweise Deutschland, Italien und das Vereinigte Königreich, keine vollständigen nationalen Daten über die Ausgabe von Spritzen übermitteln.

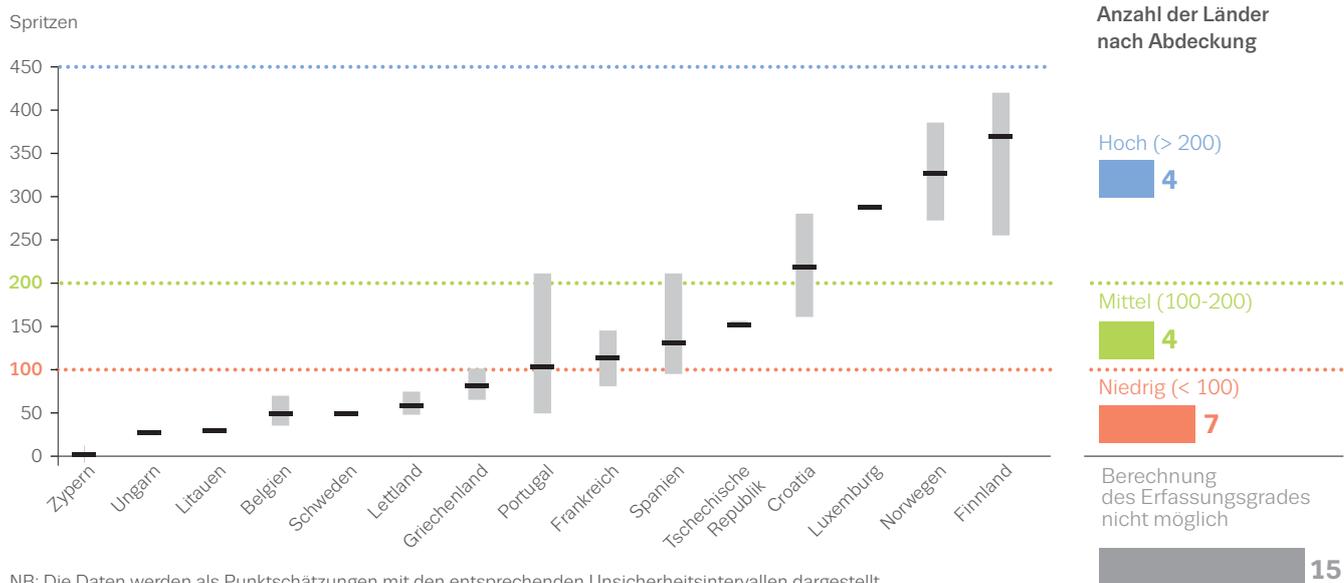
Die europäischen Länder berichten neben Spritzen und Nadeln auch über die Verteilung anderer Materialien durch spezialisierte Drogenbehörden. Mehr als die Hälfte der Länder gibt beispielsweise schriftliche Informationen über sichereren Konsum, Kondome, Desinfektionstupfer und Zitronensäure an. Die Bereitstellung von Folie oder Pfeifen, um Konsumierende dazu zu befähigen und zu bewegen, Drogen zu inhalieren, anstatt sie zu injizieren, wird von acht Ländern gemeldet, während in der Tschechischen Republik Gelatine-Kapseln verteilt werden, um den oralen Konsum von Methamphetamin (Pervitin) zu fördern.

Eliminierung von HCV: Zugang zu Tests und Therapien

Die EU-Mindestqualitätsstandards für Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage treiben die Bereitstellung freiwilliger Tests auf durch Blut übertragbare Infektionskrankheiten bei öffentlichen Behörden sowie die Beratung über risikoreiche Verhaltensweisen und die Unterstützung beim Umgang mit Krankheiten voran. Die Stigmatisierung und Marginalisierung von

ABBILDUNG 3.12

Erfassungsgrad spezieller Spritzenaustauschprogramme: Anzahl der ausgegebenen Spritzen je geschätztem injizierendem Drogenkonsumierendem



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

Drogenkonsumierenden stellen jedoch nach wie vor Hindernisse für die Inanspruchnahme von Tests und Therapien dar. Um diese Herausforderungen zu meistern, sind innovative Methoden erforderlich, insbesondere der breitere Einsatz von Beratung und Tests durch geschulte Mitarbeiter sozialer Einrichtungen. Darüber hinaus sollte jede Ausweitung der Tests auf Infektionskrankheiten auch von Maßnahmen begleitet werden, die eine angemessene Behandlung von Infektionen gewährleisten.

Europäische Expertenrichtlinien empfehlen, die HCV-Behandlung bei Personen mit hohem Risiko für eine Übertragung des Virus – einschließlich aktiver injizierender Drogenkonsumierender und inhaftierter Personen – unverzüglich in Erwägung zu ziehen.

Neue wirksame, besser verträgliche, rein orale, interferonfreie Behandlungsschemata mit direkt wirkenden Virostatika können in 95 % der Fälle zu einer Heilung führen. Aufgrund der hohen Kosten für diese Medikamente ist nach wie vor nur selten uneingeschränkter Zugang zur Behandlung möglich. Bis Oktober 2017 hatte jedes zweite europäische Land seinen Ansatz zur Hepatitisprävention und -behandlung in einem Strategiepapier festgelegt. Klinische Richtlinien in neun Ländern enthielten jedoch Kriterien, die den Zugang zur HCV-Behandlung für Menschen, die Drogen konsumieren, einschränken (und z. B. die Abstinenz vom Drogenkonsum für drei bis zwölf Monate voraussetzen).

Interventionen in Justizvollzugsanstalten: Unterschiede bei der nationalen Verfügbarkeit

Den Angaben Strafgefangener zufolge ist ihre Lebenszeitprävalenz Drogen zu konsumieren höher als die der Allgemeinbevölkerung. Zugleich zeigen sich schädlichere Konsummuster (einschließlich des injizierenden Drogenkonsums) im Haftsetting. Infolgedessen sind Justizvollzugsanstalten ein wichtiges Umfeld für drogenspezifische Interventionen. Viele Strafgefangene haben im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung komplexe Bedürfnisse, sodass die Beurteilung des Drogenkonsums und die Feststellung drogenbedingter Probleme in zahlreichen Ländern einen Bestandteil der bei Haftantritt vorgenommenen medizinischen Untersuchung darstellen. Die Analyse der Daten über die HIV- und HCV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumierenden aus 17 europäischen Ländern, die die Jahre 2006 bis 2017 abdecken, ergab, dass die Prävalenz dieser Infektionen bei Personen, die mindestens einmal inhaftiert wurden, in den meisten Ländern signifikant höher war. Dies war der Fall in zehn von 17 Ländern bei HIV und in 14 von 17 Ländern bei HCV.

Tests auf Infektionskrankheiten (HIV, HBV, HCV und Tuberkulose) sind in den meisten Ländern in den Justizvollzugsanstalten verfügbar, obwohl dies auf Tests bei Haftantritt oder die ausschließliche Durchführung von Tests bei Personen mit Symptomen beschränkt sein kann. Die Bereitstellung der Hepatitis-C-Behandlung wird nur aus elf Ländern gemeldet. Hepatitis-B-Impfprogramme sind den Meldungen zufolge in 16 Ländern verfügbar. Die Bereitstellung von sauberem Spritzbesteck ist weniger

stark verbreitet: fünf Länder berichteten über entsprechende Angebote in diesem Umfeld, und nur drei Länder meldeten die tatsächliche Umsetzung der Intervention.

Zwei wichtige Grundsätze für die Durchführung medizinischer Interventionen in Justizvollzugsanstalten betreffen deren Gleichwertigkeit mit dem Angebot in Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge im extramuralen Setting und die kontinuierliche Betreuung nach der Haftentlassung. In 28 Ländern ist es möglich, opioidgestützte Substitutionsbehandlungen in Justizvollzugsanstalten anzubieten, aber in den meisten Ländern ist die Verfügbarkeit gering. Die Interventionen für Strafgefangene umfassen Entgiftung, Einzel- und Gruppenberatung sowie Behandlung in therapeutischen Gemeinschaften und auf speziellen stationären Stationen. Fast alle Länder melden die Bereitstellung einer oder mehrerer dieser Behandlungsmöglichkeiten. In den meisten europäischen Ländern wurden einrichtungsübergreifende Partnerschaften zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen in Justizvollzugsanstalten und Anbietern im Gemeinwesen aufgebaut. Diese sorgen dafür, dass in den Justizvollzugsanstalten eine Gesundheitsaufklärung erfolgt und Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden, und stellen eine Kontinuität der Betreuung nach dem Haftantritt und der Entlassung sicher. Maßnahmen zur Vorbereitung auf die Haftentlassung und zur sozialen

Reintegration werden in allen Ländern durchgeführt. Programme zur Eindämmung des Risikos einer Überdosierung, das unter injizierenden Opioidkonsumierenden in der ersten Zeit nach ihrer Haftentlassung besonders hoch ist, werden aus fünf Ländern gemeldet. Sie umfassen Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen sowie die Bereitstellung von Naloxon bei der Entlassung.

Todesfälle durch Überdosierung: Anstieg bei Hochrisiko-Drogenkonsumierenden

Der Drogenkonsum ist anerkanntermaßen eine Ursache für vermeidbare Todesfälle unter erwachsenen Europäern. Kohortenstudien unter Hochrisiko-Drogenkonsumierenden weisen gemeinhin jährliche Gesamtmortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus. Insgesamt ist in Europa die Mortalität unter Opioidkonsumierenden 5- bis 10-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung derselben Alters- und Geschlechtsgruppe. Diese erhöhte Mortalität unter Opioidkonsumierenden ist in erster Linie auf Überdosierungen zurückzuführen, jedoch spielen auch andere, indirekt mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehende Todesursachen eine wichtige Rolle, wie beispielsweise Infektionen, Unfälle, Gewalt und Suizid. Gesundheitliche Probleme mit mehreren, miteinander in Zusammenhang stehenden Erkrankungen sind in dieser Bevölkerungsgruppe an der Tagesordnung.

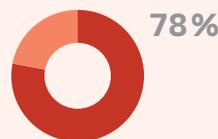
DROGENINDUZIERTE TODESFÄLLE

Merkmale

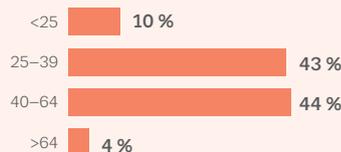


Durchschnittsalter der Verstorbenen **39** Jahre

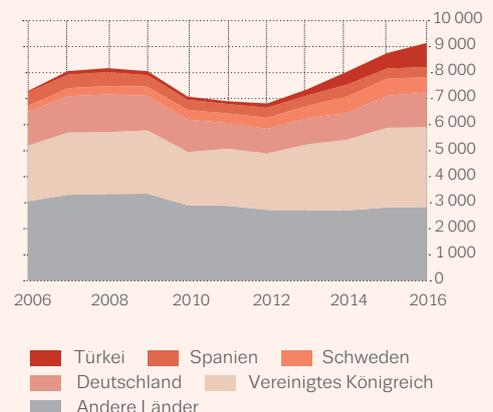
Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden



Alter der Verstorbenen



Trends in Bezug auf Todesfälle durch Überdosierung



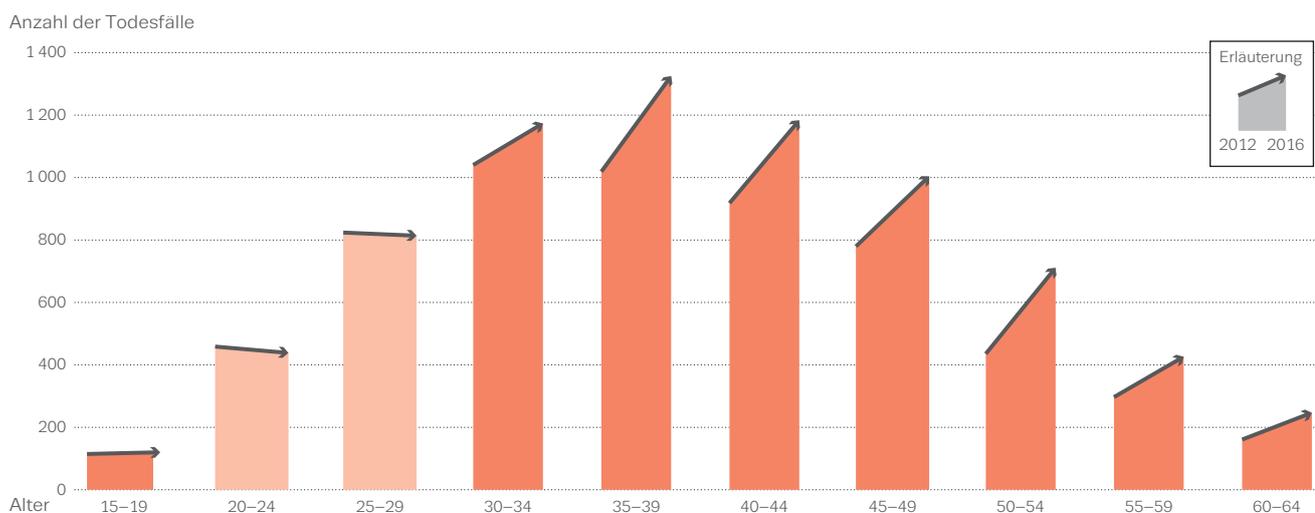
Anzahl der Todesfälle



NB: Die Daten beziehen sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen (EU + 2).

ABBILDUNG 3.13

Anzahl der in der Europäischen Union gemeldeten drogenbedingten Todesfälle in den Jahren 2012 und 2016 bzw. im aktuellsten Jahr nach Altersklassen



Chronische Lungen- und Lebererkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit verbreitet und Ursache für einen steigenden Anteil der Todesfälle unter älteren und chronischen Drogenkonsumierenden.

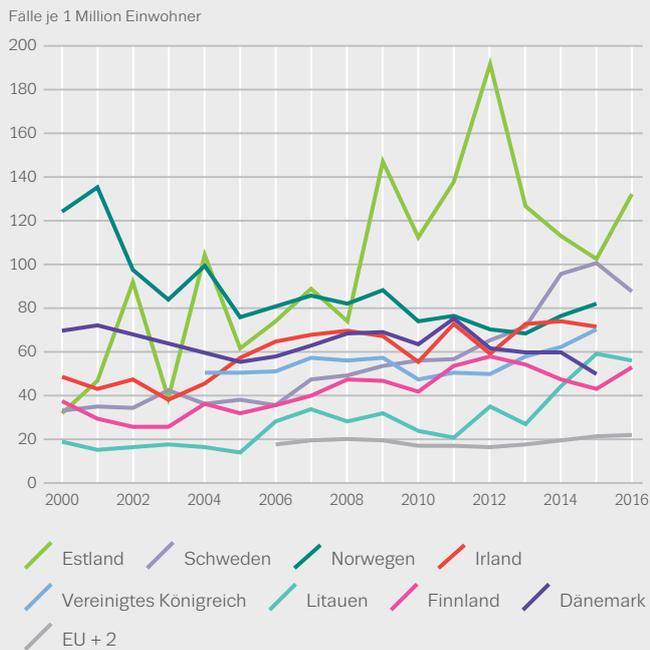
Überdosierungen sind in Europa nach wie vor die häufigste Todesursache unter Hochrisiko-Drogenkonsumierenden, wobei mehr als drei Viertel der Todesopfer männlich sind (79 %). Bei der Interpretation von Daten zu Überdosierungen, insbesondere zur EU-Gesamtzahl, ist aus mehreren Gründen Vorsicht geboten, beispielsweise wegen der systematisch unzureichenden Meldepraxis in einigen Ländern und aufgrund von Registrierungsverfahren, die zu Verzögerungen bei der Meldung von Fällen führen. Die jährlichen Schätzungen stellen daher einen vorläufigen Mindestwert dar.

Im Jahr 2016 kam es in der Europäischen Union zu schätzungsweise mindestens 7 929 Todesfällen aufgrund von Überdosierungen, bei denen mindestens eine illegale Droge nachgewiesen wurde. Unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei sind es schätzungsweise 9 138 Todesfälle, was einem Anstieg von 4 % gegenüber dem korrigierten Wert von 8 749 im Jahr 2015 entspricht; die Lage in der EU ist im Vergleich zu 2015 insgesamt stabil. Wie in den Vorjahren entfällt etwa die Hälfte der in Europa insgesamt verzeichneten Todesfälle auf das Vereinigte Königreich (34 %) und Deutschland (15 %). Dies ist zum einen auf die Größe der Risikogruppen in diesen Ländern zurückzuführen, zum anderen aber auch auf die unzureichende Meldepraxis in einigen anderen Ländern. Mit Blick auf Länder mit relativ robusten Meldesystemen und verfügbaren Daten für 2016 wurde ein Anstieg der Zahl der Todesfälle durch Überdosierungen in Estland und Deutschland beobachtet. In den Niederlanden ist noch nicht klar, ob ein starker Anstieg der gemeldeten Überdosis-Todesfälle (um 91 % gegenüber 2014) eine reale Zunahme der Zahl der drogenbedingten Todesfälle darstellt oder auf andere Ursachen, wie z. B. Änderungen bei der Registrierung, zurückzuführen ist. Im Vereinigten Königreich wurde mit 13 % mehr Todesfällen als 2014 und 21 % mehr als 2013 im Jahr 2015 ein Anstieg verzeichnet. Vorläufige Daten deuten darauf hin, dass sich dieser Anstieg im Jahr 2016 fortsetzte. Der seit einigen Jahren zu beobachtende Aufwärtstrend in Schweden hat sich im Jahr 2016 umgekehrt. Die Türkei meldet weiterhin starke Zuwächse, wobei sich die Zahl für 2016 im Vergleich zu 2014 fast verdoppelt hat; dies scheint jedoch größtenteils auf Verbesserungen bei der Datenerhebung und -berichterstattung zurückzuführen zu sein.

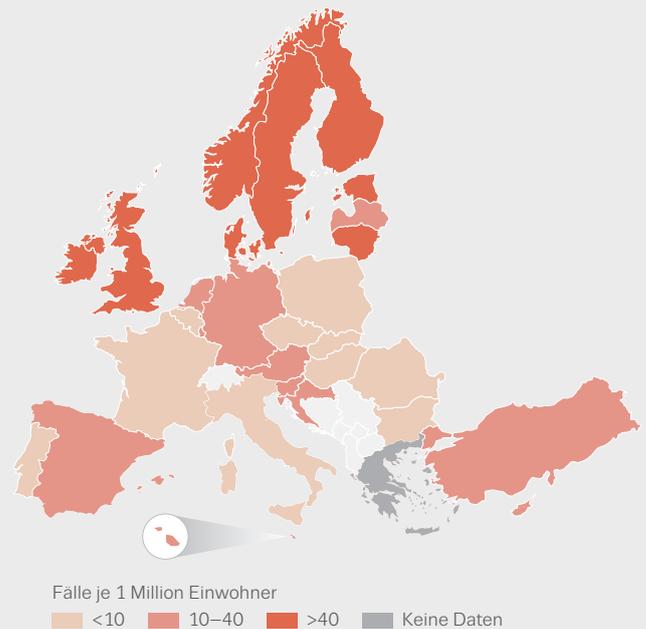
Überdosierungen sind nach wie vor die häufigste Todesursache unter Hochrisiko-Drogenkonsumierenden

ABBILDUNG 3.14

Drogenbedingte Mortalität unter Erwachsenen (15–64 Jahre): ausgewählte Trends und aktuellste Daten



NB: Trends in den acht Ländern, die 2016 oder 2015 die höchsten Werte gemeldet haben, und gesamteuropäischer Trend. Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen.



Der steigende Trend bei der gemeldeten Zahl der Todesfälle durch Überdosierung bei älteren Altersgruppen ist repräsentativ für die alternde Population der Opioidkonsumierenden in Europa, die am stärksten vom Tod durch Überdosierung bedroht sind. Zwischen 2012 und 2016 nahmen die Todesfälle durch Überdosierung in der Europäischen Union in allen Altersgruppen über 30 Jahren zu (Abbildung 3.13). Die Zahl der Todesfälle bei den über 50-Jährigen stieg insgesamt um 55 %, während die Zahl der Todesfälle bei den 30- bis 49-Jährigen um 25 % zunahm. Die Zahl der Todesfälle durch Überdosierung bei jüngeren Altersgruppen ist in der Europäischen Union insgesamt stabil geblieben. Die Analyse der von der Türkei im Jahr 2016 gemeldeten tödlichen Überdosen zeigt ein jüngeres Profil als das der Europäischen Union mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren (gegenüber 39 Jahren) und einem Drittel der Fälle bei Personen unter 25 Jahren.

Drogenbedingte Mortalität: höchste gemeldete Raten in Nordeuropa

Im Jahr 2016 lag die Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in Europa bei schätzungsweise 21,8 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Unter Männern (34,7 Fälle je 1 Million Männer) ist die Rate nahezu viermal höher als unter

Frauen (8,9 Fälle je 1 Million Frauen). Die Sterblichkeitsraten aufgrund von Überdosierungen sind am höchsten bei Männern im Alter von 35-39 Jahren mit 57,4 Todesfällen pro 1 Million Einwohner und bei Frauen im Alter von 40-44 Jahren mit 12,4 Todesfällen pro 1 Million Einwohner. Das mittlere Todesalter liegt jedoch sowohl bei Männern als auch bei Frauen bei 39 Jahren. Zwischen den einzelnen Ländern sind hinsichtlich der Mortalitätsraten und ihrer Entwicklung erhebliche Unterschiede festzustellen (Abbildung 3.14). Dabei spielen neben Faktoren wie Prävalenz und Muster des Drogenkonsums auch die nationale Meldepraxis sowie die Verfahren für die Erfassung von Informationen und die Kodierung von Überdosierungen, einschließlich schwankender Niveaus im Hinblick auf die unzureichende Berichterstattung, in den nationalen Mortalitätsdatenbanken eine Rolle. Den jüngsten verfügbaren Daten zufolge verzeichneten acht nordeuropäische Länder Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner, wobei die höchsten Raten aus Estland (132 je 1 Million Einwohner), Schweden (88 je 1 Million Einwohner), Norwegen (81 je 1 Million Einwohner), Irland (70 je 1 Million Einwohner) und dem Vereinigten Königreich (70 je 1 Million Einwohner) gemeldet wurden (Abbildung 3.14).

Tödliche Überdosierungen: überwiegend opioidbedingte Todesfälle

Bei den meisten der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen werden Heroin oder seine Metaboliten nachgewiesen, oftmals in Verbindung mit anderen Substanzen. Die jüngsten Daten belegen einen Anstieg der Zahl der heroинbedingten Todesfälle in Europa, insbesondere im Vereinigten Königreich; dort ist an der Mehrheit der Todesfälle durch Überdosierung (87 %) eine Art von Opioid beteiligt. In England und Wales wurde bei 1 177 der im Jahr 2015 erfassten Todesfälle Heroin oder Morphin nachgewiesen. Dies entspricht einer Zunahme um 18 % gegenüber dem Vorjahr und um 44 % gegenüber dem Jahr 2013. Auch in Schottland (Vereinigtes Königreich) nahmen die Todesfälle im Zusammenhang mit Heroin oder Morphin zu. 2016 wurden 473 solcher Todesfälle registriert, was einem Anstieg von 37 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. In Frankreich war Heroin an 30 % der Todesfälle durch Überdosierung im Jahr 2015 beteiligt, verglichen mit 15 % im Jahr 2012. Neben Heroin werden in toxikologischen Berichten regelmäßig weitere Opiode genannt. Diese Substanzen, in erster Linie Methadon, aber auch Buprenorphin (Finnland), Fentanyl und seine Derivate (vor allem in Estland) und Tramadol, sind in einigen Ländern mit einem erheblichen Anteil an Todesfällen durch Überdosierung verbunden.

Stimulanzien wie Kokain, Amphetamine, MDMA und Cathinone spielten in Europa bei weniger Todesfällen

durch Überdosierung eine Rolle, wenngleich bezüglich der Bedeutung dieser Substanzen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festzustellen waren. Im Vereinigten Königreich (England und Wales) stieg die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain zwischen 2013 und 2015 von 169 auf 340; allerdings geht man davon aus, dass es sich in vielen dieser Fälle um Heroin-Überdosierungen bei Personen handelte, die außerdem Crack konsumierten. Im Jahr 2016 wurden von den in der Türkei verzeichneten stimulanzenbedingten Todesfällen 100 mit Kokain, 98 mit Amphetaminen und 252 mit MDMA in Verbindung gebracht. Auch in der Türkei stieg die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden stark an: von 137 im Jahr 2015 auf 373 im Jahr 2016. Im Vereinigten Königreich ist die Zahl der Todesfälle durch neue psychoaktive Substanzen nach wie vor relativ gering, hat aber seit 2010 zugenommen, insbesondere in Schottland.

Überdosierung und drogenbedingte Todesfälle: Interventionen zur Prävention

Die Verringerung der Morbidität und Mortalität durch Überdosierungen ist eine große Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen in Europa. Mit breiter gefassten Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit in diesem Bereich soll die Anfälligkeit derjenigen, die Drogen konsumieren, verringert werden, insbesondere durch die Beseitigung von Hindernissen, die Bereitstellung von

ABBILDUNG 3.15

Wichtige Ansätze zur Reduzierung opioidbedingter Todesfälle

Reduzierung tödlicher Verläufe von Überdosierungen

Überwachter Drogenkonsum
Sofortige erste Hilfe bei Drogennotfällen

Programme zum Mitnehmen von Naloxon
Verbesserte Reaktion von Beobachtern

Reduzierung des Überdosierungsrisikos

Verbleib in der opioidgestützten Substitutionsbehandlung
Reduzierung des Konsums und der Injektion von Drogen

Bewertungen des Überdosierungsrisikos
In Einrichtungen zur stationären Behandlung und Justizvollzugsanstalten

Bewusstsein für Überdosierungen
Kenntnis des Risikos und des sichereren Konsums

Reduzierung der Anfälligkeit

Aufsuchende Betreuung und niedrigschwellige Dienstleistungen
Zugängliche Dienstleistungen

Unterstützendes Umfeld
Entfernung von Barrieren für die Bereitstellung von Dienstleistungen

Unterstützung von Drogenkonsumierenden
Unterstützung von Drogenkonsumierenden beim Selbstschutz

Ansatz des öffentlichen Gesundheitswesens
Anerkennung weitläufigerer Auswirkungen

Dienstleistungen und durch die Bestärkung der Drogenkonsumierenden, weniger Risiken einzugehen (Abbildung 3.15). Die Bewertung des Überdosierungsrisikos bei Drogenkonsumierenden und die Stärkung des Bewusstseins für Überdosierungen in Verbindung mit einer wirksamen Drogenbehandlung tragen dazu bei, dem Auftreten von Überdosierungen vorzubeugen. Phasen mit erhöhtem Risiko, wie Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt und Entlassung aus oder Abbruch der Behandlung, erfordern besondere Aufmerksamkeit. Maßnahmen wie überwachte Drogenkonsumräume sowie Programme zum Mitnehmen von Naloxon sind stark zielgerichtete Aktionen, mit denen die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer Überdosierung verbessert werden soll.

Überwachte Drogenkonsumräume sind Einrichtungen, in denen Drogenkonsumierende unter hygienischen und sichereren Bedingungen Drogen konsumieren können. Mit dieser Maßnahme soll sowohl das Auftreten von Überdosierungen verhindert als auch sichergestellt werden, dass im Falle einer Überdosierung professionelle Unterstützung zur Verfügung steht. Diese Einrichtungen bieten in der Regel Zugang zu einer breiten Palette von medizinischen und sozialen Diensten sowie Überweisungen zur Behandlung Drogenkonsumierender und sind in der Lage, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen für sich zu gewinnen. Einzelne Einrichtungen überwachen eine große Anzahl von Konsumfällen, die anderenfalls auf der Straße oder unter anderen riskanten Umständen stattgefunden hätten. Es gibt zunehmend Belege für die Vorteile von Konsumräumen, zu denen die Verringerung des Risikoverhaltens, der Sterblichkeit bei Überdosierung und der Übertragung von Infektionen sowie der verbesserte Zugang der Drogenkonsumierenden zu Behandlungen und anderen Gesundheits- und Sozialdiensten gehören. Zugleich kann durch sie der Drogenkonsum in der Öffentlichkeit verringert und der öffentliche Raum in der Umgebung der städtischen Drogenmärkte aufgewertet werden. Derzeit werden in 56 Städten in sechs EU-Ländern und Norwegen insgesamt 78 derartige Einrichtungen betrieben. In Deutschland, wo solche

Einrichtungen seit Anfang der 1990er Jahre betrieben werden, wurden kürzlich die gesetzlichen Regelungen überarbeitet, damit diese Einrichtungen auch risikoärmere Konsumarten wie Schnupfen, Rauchen und Inhalieren überwachen können. Darüber hinaus haben zwei der 16 Bundesländer begonnen, den Konsum von Menschen in Substitutionsbehandlung zuzulassen.

■ Naloxon: Programme „zum Mitnehmen“

Der Opioidantagonist Naloxon kann im Falle einer Überdosierung die Wirkung des beteiligten Opioids umkehren. Er wird in der Notaufnahme von Krankenhäusern, von Rettungsdienstpersonal und von Mitarbeitern anderer Dienste, die regelmäßig mit Drogenkonsumierenden in Kontakt kommen, eingesetzt. In den letzten Jahren wurden die Programme „zum Mitnehmen“ von Naloxon ausgeweitet, bei denen die Medikamente den Opioidkonsumierenden, ihren Partnern, Gleichgesinnten und Familien zur Verfügung gestellt werden. Zudem werden Schulungen zum Erkennen und Reagieren auf Überdosierungen durchgeführt. Im Jahr 2017 wurden 16 „Take-Home“-Programme mit Naloxon in zehn europäischen Ländern durchgeführt. Im Rahmen einer [systematischen Untersuchung](#) der Wirksamkeit von Programmen zum Mitnehmen von Naloxon wurde festgestellt, dass diese in Kombination mit Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen die Mortalität infolge von Überdosierungen senken. Diese Maßnahmen dürften insbesondere bestimmten Bevölkerungsgruppen zugutekommen, für die ein erhöhtes Risiko von Überdosierungen besteht, wie etwa kürzlich entlassene Strafgefangene. In Estland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich sind Strafgefangene in die Programme zum Mitnehmen von Naloxon einbezogen, und in Norwegen soll 2018 mit der Verteilung von Naloxon in den Justizvollzugsanstalten begonnen werden.

Die meisten von Drogen- und Gesundheitsdienstleistern ausgegebenen Naloxon-Kits enthalten entweder generisches injizierbares Naloxon (0,4 oder 1 mg/1 ml) in Ampullen oder in mit dem Medikament vorgefüllten Spritzen. In Frankreich wurde im Juli 2017 eine konzentriertere nasale Verabreichungsform des Medikaments (0,9 mg/0,1 ml), die seit 2016 auf Versuchsbasis angewendet wird, zugelassen, was eine breitere Anwendung erleichtert. Im November 2017 genehmigte die Europäische Kommission die Vermarktung eines Nasensprays in der EU, in Norwegen, Island und Lichtenstein. Das Spray enthält 1,8 mg Naloxon in 0,1 ml Lösung.

Die Verringerung der Morbidität und Mortalität bei Überdosierungen ist eine große Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ECDC

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

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

Anhang

Nationale Daten zu Prävalenzschätzungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum: problematischer Opioidkonsum, Substitutionsbehandlungen, Gesamtzahl der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumierenden, Behandlungsaufnahmen, injizierender Drogenkonsum, drogenbedingte Todesfälle, drogenbedingte Infektionskrankheiten, Ausgabe von Spritzen und Sicherstellungen. Die Daten sind dem **Statistical Bulletin 2018 der EMCDDA entnommen und bilden einen Teil der Datensätze dieses Bulletins, dem darüber hinaus Anmerkungen und Metadaten zu entnehmen sind. Die Bezugsjahre der Daten sind jeweils angegeben.**

TABELLE A1

OPIOIDE

Land	Schätzung des Hochrisiko-Opioidkonsums		Behandlungsaufnahmen während des Jahres						Patienten in Substitutionsbehandlung
			Opioidklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Opioidklienten (Haupteinnahmeweg)			
			Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	
Land	Bezugsjahr	Fälle je 1 000	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	Anzahl
Belgien	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgarien	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Tschechische Republik	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Dänemark	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Deutschland	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estland	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irland	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Griechenland	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Spanien	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Frankreich	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Kroatien	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italien	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Zypern	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Lettland	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litauen	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Ungarn	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Niederlande	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Österreich	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polen	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumänien	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slowenien	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slowakei	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finnland	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Schweden ⁽¹⁾	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Vereinigtes Königreich	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Türkei	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norwegen ⁽²⁾	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Europäische Union	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EU, Türkei und Norwegen	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2016 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Tschechische Republik, 2014; Dänemark, Spanien, Niederlande und Türkei, 2015.

Die Daten über Klienten in Substitutionsbehandlung beziehen sich auf das Jahr 2016 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Dänemark, Spanien, Ungarn, Polen und Finnland, 2015; Niederlande, 2014; Türkei, 2011. Die Daten für Schweden umfassen nicht alle Klienten.

⁽¹⁾ Die Daten über Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich nur auf die krankenhausinterne Versorgung und auf spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen.

⁽²⁾ Der angegebene Anteil der Opioidklienten stellt einen Mindestwert dar, da er Opioidklienten die als polytoxikomane Konsumierende registriert sind nicht berücksichtigt.

TABELLE A2

KOKAIN

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres					
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Kokainklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Kokainklienten (Haupteinnahmeweg)		
	Erhebungs-jahr	Lebens-zeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebens-zeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgarien	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dänemark (¹)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Deutschland (²)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estland	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irland	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Griechenland (³)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spanien	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Frankreich	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italien	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Zypern	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Lettland	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Ungarn (²)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Niederlande	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Österreich	2015	3,0	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumänien	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slowakei	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finnland	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Schweden (¹,³)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Vereinigtes Königreich (¹,⁴)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Türkei	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norwegen (¹)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Europäische Union	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2016; nur Flandern), Spanien (2016), Deutschland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; Alter 15 Jahre), Schweden (2016) und dem Vereinigten Königreich (2014; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2016 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Tschechische Republik, 2014; Dänemark, Spanien, Niederlande und Türkei, 2015.

(¹) Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16–64, 16–34.

(²) Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18–64, 18–34.

(³) Die Daten für Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich nur auf die krankenhausinterne Versorgung und auf spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen.

(⁴) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

TABELLE A3

AMPHETAMINE

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres					
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Amphetaminklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Amphetaminklienten (Haupteinnahmeweg)		
	Erhebungsjahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erst-klienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erst-klienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgarien	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Tschechische Republik	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dänemark (¹)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Deutschland (²)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estland	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irland	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Griechenland	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spanien	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Frankreich	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italien	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Zypern	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Lettland	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litauen	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Ungarn (²)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Niederlande	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Österreich	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumänien	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slowakei	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finnland	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Schweden 1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Vereinigtes Königreich 1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Türkei	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norwegen (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Europäische Union	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2016; nur Flandern), Spanien (2016), Deutschland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; Alter 15 Jahre), Schweden (2016) und dem Vereinigten Königreich (2014; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2016 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Tschechische Republik, 2014; Dänemark, Spanien, Niederlande und Türkei, 2015. Die Daten für Deutschland, Schweden und Norwegen beziehen sich auf Konsumierende von „anderen Stimulanzien als Kokain“.

(¹) Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16–64, 16–34.

(²) Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18–64, 18–34.

(³) Die Daten für Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich nur auf die krankenhausinterne Versorgung und spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen.

(⁴) Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

TABELLE A4

MDMA

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	MDMA-Klienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Erhebungsjahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	
Belgien	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgarien	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Tschechische Republik	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dänemark ⁽¹⁾	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Deutschland ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Griechenland ⁽²⁾	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanien	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Frankreich	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italien	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Zypern	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Lettland	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litauen	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Ungarn ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Niederlande	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Österreich	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumänien	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slowenien	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slowakei	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finnland	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Schweden ⁽¹⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Vereinigtes Königreich ^(1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Türkei	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norwegen ⁽¹⁾	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Europäische Union	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2016; nur Flandern), Spanien (2016), Deutschland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; Alter 15 Jahre), Schweden (2016) und dem Vereinigten Königreich (2014; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2016 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Tschechische Republik, 2014; Dänemark, Spanien, Niederlande und Türkei, 2015.

⁽¹⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

TABELLE A5

CANNABIS

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Cannabisklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Erhebungsjahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	
Belgien	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgarien	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Tschechische Republik	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dänemark ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Deutschland ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estland	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irland	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Griechenland ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spanien	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Frankreich	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	–	59,5 (458)	–
Italien	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Zypern	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Lettland	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litauen	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Ungarn ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Niederlande	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Österreich	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polen	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumänien	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slowenien	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slowakei	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finnland	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Schweden ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Vereinigtes Königreich ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Türkei	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norwegen ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Europäische Union	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2016; nur Flandern), Spanien (2016), Deutschland (2011), Italien (2016), Luxemburg (2010; Alter 15 Jahre), Schweden (2016) und dem Vereinigten Königreich (2014; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2016 bzw. das letzte verfügbare Jahr: Tschechische Republik, 2014; Dänemark, Spanien, Niederlande und Türkei, 2015.

⁽¹⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Für die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung herangezogene Altersspannen: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Die Daten für Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich nur auf die krankenhausinterne Versorgung und spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen.

⁽⁴⁾ Die Prävalenzschätzungen für die Allgemeinbevölkerung beziehen sich ausschließlich auf England und Wales.

TABELLE A6

ANDERE INDIKATOREN

Land	Drogenbedingte Todesfälle (15–64 Jahre)	HIV-Diagnosen bei injizierenden Drogenkonsumierenden (ECDC)	Schätzung des injizierenden Drogenkonsums		Im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebene Spritzen
	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Bezugsjahr	Fälle je 1 000 Einwohner	Anzahl
Belgien	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgarien	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Tschechische Republik	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Dänemark	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Deutschland	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irland ⁽¹⁾	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Griechenland	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spanien ⁽²⁾	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Frankreich ⁽¹⁾	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Kroatien	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italien	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Zypern	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Lettland	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litauen	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Ungarn	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Niederlande	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Österreich	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polen	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumänien ⁽³⁾	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slowenien	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slowakei	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finnland	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Schweden	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Vereinigtes Königreich ⁽⁴⁾	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Türkei	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norwegen	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Europäische Union	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Türkei und Norwegen	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Beim Vergleich der Statistiken zu drogenbedingten Todesfällen ist aufgrund von Unterschieden hinsichtlich Kodierung und Abdeckung sowie unzureichender Meldung in einigen Ländern Vorsicht geboten.

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

⁽²⁾ Die Angaben zu den im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebenen Spritzen beziehen sich auf das Jahr 2015.

⁽³⁾ Drogeninduzierte Todesfälle: subnationale Erfassung.

⁽⁴⁾ Angaben zu den im Vereinigten Königreich ausgegebenen Spritzen: England, keine Daten; Schottland 4 742 060 und Wales 3 100 009 (beide 2016); Nordirland 309 570 (2015).

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN

Land	Heroin		Kokain		Amphetamine		MDMA	
	Sicher- gestellte Menge	Anzahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Anzahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Anzahl der Sicher- stellungen	Sichergestellte Menge	Anzahl der Sicher- stellun- gen
	kg	Anzahl	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Tabletten (kg)	Anzahl
Belgien	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgarien	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Tschechische Republik	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Dänemark	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Deutschland	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estland	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irland	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Griechenland	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Spanien	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Frankreich	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Kroatien	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italien	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Zypern	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Lettland	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litauen	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Ungarn	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Niederlande	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Österreich	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polen	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Rumänien	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slowenien	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slowakei	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finnland	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Schweden	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Vereinigtes Königreich	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Türkei	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norwegen	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Europäische Union	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EU, Türkei und Norwegen	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Der Begriff „Amphetamine“ bezieht sich auf Amphetamin und Methamphetamin.
Alle Daten beziehen sich auf 2016 oder das aktuellste Jahr.

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN (Fortsetzung)

Land	Cannabisharz		Cannabiskraut		Cannabispflanzen	
	Sicher-gestellte Menge	Anzahl der Sicher-stellungen	Sicher-gestellte Menge	Anzahl der Sicher-stellungen	Sichergestellte Menge	Anzahl der Sicher-stellungen
Land	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Pflanzen (kg)	Anzahl
Belgien	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgarien	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Tschechische Republik	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Dänemark	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Deutschland	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estland	548	22	46	575	- (79)	28
Irland	-	192	-	1 049	- (-)	182
Griechenland	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spanien	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Frankreich	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Kroatien	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italien	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Zypern	2	20	171	753	311 (-)	37
Lettland	3	96	44	872	- (50)	22
Litauen	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Ungarn	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Niederlande	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Österreich	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polen	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumänien	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slowenien	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slowakei	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finnland	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Schweden	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Vereinigtes Königreich	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Türkei	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norwegen	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Europäische Union	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Türkei und Norwegen	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29771)	25 583

Alle Daten beziehen sich auf 2016 oder das aktuellste Jahr.

Die EU kontaktieren

Besuch

In der Europäischen Union gibt es Hunderte von „Europe-Direct“-Informationsbüros. Über diesen Link finden Sie ein Informationsbüro in Ihrer Nähe: https://europa.eu/european-union/contact_de

Telefon oder E-Mail

Der Europe-Direct-Dienst beantwortet Ihre Fragen zur Europäischen Union. Kontaktieren Sie Europe Direct

- über die gebührenfreie Rufnummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (manche Telefondienstleister berechnen allerdings Gebühren),
- über die Standardrufnummer: +32 22999696 oder
- per E-Mail über: https://europa.eu/european-union/contact_de

Informationen über die EU

Im Internet

Auf dem Europa-Portal finden Sie Informationen über die Europäische Union in allen Amtssprachen: https://europa.eu/european-union/index_de

EU-Veröffentlichungen

Sie können – zum Teil kostenlos – EU-Veröffentlichungen herunterladen oder bestellen unter <https://publications.europa.eu/de/publications>. Wünschen Sie mehrere Exemplare einer kostenlosen Veröffentlichung, wenden Sie sich an Europe Direct oder das Informationsbüro in Ihrer Nähe (siehe https://europa.eu/european-union/contact_de).

Informationen zum EU-Recht

Informationen zum EU-Recht, darunter alle EU-Rechtsvorschriften seit 1952 in sämtlichen Amtssprachen, finden Sie in EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>

Offene Daten der EU

Über ihr Offenes Datenportal (<http://data.europa.eu/euodp/de>) stellt die EU Datensätze zur Verfügung. Die Daten können zu gewerblichen und nichtgewerblichen Zwecken kostenfrei heruntergeladen werden.

Über diesen Bericht

Der Bericht „Trends und Entwicklungen“ bietet auf höchster Ebene einen Überblick über das Drogenphänomen in Europa und geht dabei besonders auf das Drogenangebot, den Drogenkonsum, Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie drogenpolitische Strategien und Maßnahmen ein. Zusammen mit dem online verfügbaren [Statistical Bulletin](#) und 30 [Länderdrogenberichten](#) (Country Drug Reports) bildet er das Informationspaket „[Europäischer Drogenbericht 2018](#)“.

Über die EMCDDA

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

Die Veröffentlichungen der EMCDDA sind eine hervorragende Informationsquelle für unterschiedlichste Adressatengruppen wie politische Entscheidungsträger und deren Berater, Fachleute und Wissenschaftler aus dem 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.

