



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

DE

ISSN 2314-9051

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2019



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2019

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, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-448-8	ISSN 1977-9836	doi:10.2810/447609	TD-AT-19-001-DE-C
PDF	ISBN 978-92-9497-395-5	ISSN 2314-9051	doi:10.2810/8693	TD-AT-19-001-DE-N

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2019
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Empfohlene Zitierweise: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019), *Europäischer Drogenbericht 2019: 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

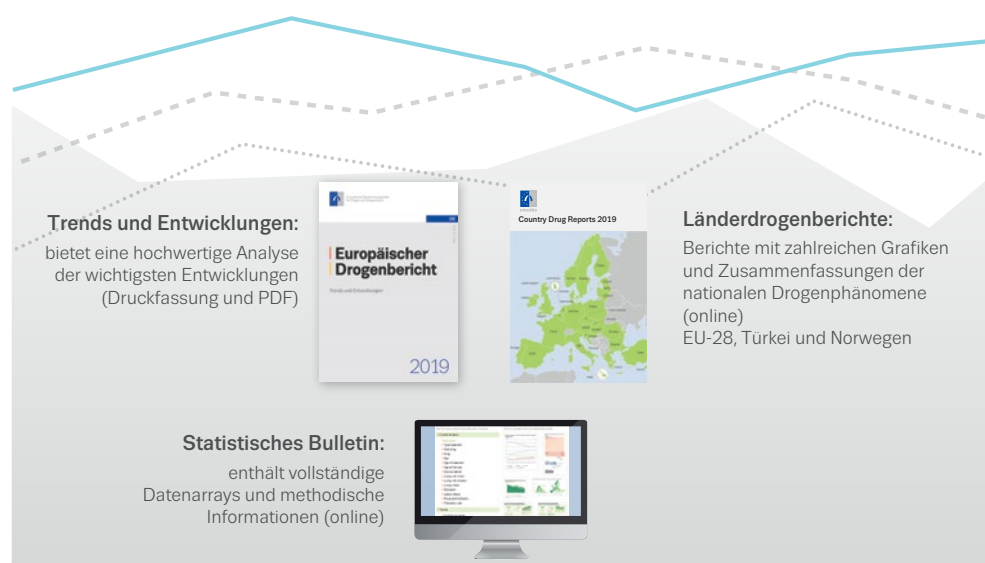
5	Vorwort
9	Einleitende Bemerkungen und Danksagungen
11	KOMMENTAR Die Drogensituation in Europa 2019 verstehen
21	KAPITEL 1 Drogenangebot und Markt
43	KAPITEL 2 Prävalenz und Trends des Drogenkonsums
65	KAPITEL 3 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und diesbezügliche Maßnahmen
89	ANHANG Tabellen mit Länderdaten

Vorwort

Es ist uns eine große Freude, Ihnen den Europäischen Drogenbericht 2019: Trends und Entwicklungen, die wichtigste Veröffentlichung der EMCDDA, vorstellen zu dürfen. Der Bericht bietet eine Analyse der neuesten Daten über die Drogensituation sowie der einschlägigen Maßnahmen in der Europäischen Union, Norwegen und der Türkei. Zudem stützt er sich auf Daten aus anderen Online-Informationsquellen, darunter unserem Statistischen Bulletin. Das Paket des Drogenberichts umfasst ferner 30 Länderdrogenberichte, die einen Überblick über die aktuelle Situation in allen Ländern bietet, die am EU-Drogeninformationsnetzwerk beteiligt sind.

INFORMATIONSPAKET EUROPÄISCHER DROGENBERICHT

Verknüpfte Elemente, die den Zugang zu verfügbaren Daten und Analysen zur Drogenproblematik in Europa und auf nationaler Ebene ermöglichen



Ziel der EMCDDA ist es, zu einem gesünderen und sichereren Europa beizutragen. Wir möchten dies erreichen, indem wir die besten verfügbaren Belege bereitstellen, um die Entwicklung fundierter und gezielter Drogenpolitiken und Maßnahmen zu unterstützen. Unser richtungsweisender Bericht gibt den Interessenträgern einen zeitnahen Überblick über die Drogensituation, die für die Entwicklung wirksamer Antworten auf die heutigen Probleme erforderlich ist. Darüber hinaus bietet er eine Analyse neuer Bedrohungen, die es uns ermöglicht, uns auf künftige Herausforderungen in diesem sich rasch wandelnden und komplexen Bereich vorzubereiten.

Der diesjährige Bericht erscheint zu einem Zeitpunkt, zu dem es angebracht ist, die Entwicklungen der Drogenpolitik zu überdenken, insbesondere angesichts der internationalen Debatte über angemessene Folgemaßnahmen zur Sondersitzung von 2016 der Vereinten Nationen zum Weltrogenproblem. Im nächsten Jahr wird die endgültige Bewertung der aktuellen EU-Drogenstrategie (2013-2020) vorgenommen. In diesem Zeitraum haben sich die Herausforderungen, denen wir in Europa im Bereich Drogen gegenüberstehen, zum Teil wesentlich geändert, wobei hier unter anderem das vermehrte Aufkommen nicht kontrollierter Substanzen zu erwähnen ist. Bedeutende Änderungen waren auch auf dem Drogenmarkt und beim Drogenkonsum zu beobachten; zudem wissen wir nun mehr darüber, was wirksame Maßnahmen ausmacht. Ein Markt, der von pflanzlichen Substanzen, die nach Europa eingeführt werden, dominiert wird, hat sich zu einem Markt entwickelt, in dem synthetische Drogen und die Herstellung innerhalb

Europas an Bedeutung gewonnen haben. Durch die Globalisierung und die technologischen Fortschritte haben sich die strategischen Fragen verändert, die von den politischen Entscheidungsträgern in Europa zu berücksichtigen sind. Wir sind stolz darauf, dass die EMCDDA international den Ruf als Agentur genießt, die mit diesen Veränderungen Schritt hält und die Informationen bereitstellt, die notwendig sind, um die in der Drogenstrategie der EU vorgesehene Zusammenarbeit und Koordinierung zu unterstützen.

Die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten sind entschlossen, die in der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung festgelegten Ziele zu erreichen. Viele Aspekte dieser Ziele beziehen sich direkt und indirekt auf Drogenprobleme. So können beispielsweise die Herstellung und der Handel mit Drogen die physische Umwelt, die institutionellen Strukturen und die erreichbare Lebensqualität der Bürger in den betroffenen Ländern erheblich beeinträchtigen. Die Ziele 3.3 und 3.5 konzentrieren sich auf die Beendigung von Ausbrüchen von Infektionskrankheiten sowie die Verbesserung der Prävention und Behandlung von Problemen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum. In diesem Zusammenhang ist Europa entschlossen, das Ziel der Eliminierung von Virushepatitis bei Menschen, die in den nächsten zehn Jahren Drogen injizieren, weiterzuverfolgen. Das Hepatitis-C-Virus ist in dieser Gruppe stark verbreitet. Durch die jüngsten Fortschritte bei den Arzneimitteln, die zur Behandlung der Infektion erhältlich sind, wurde die Möglichkeit, das Virus zu eliminieren, jedoch zu einem erreichbaren Ziel. Aus diesem Grund weisen wir in dem diesjährigen Europäischen Drogenbericht besonders darauf hin, dass die Bereitstellung von Präventionsmaßnahmen, Tests und Behandlungen eine entscheidende Maßnahme zur Erreichung dieses wichtigen Ziels im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist und verstärkt werden muss.

Schließlich möchten wir uns bei unseren nationalen Ansprechpartnern im Reitox-Netz der nationalen Knotenpunkte, unseren anderen nationalen und internationalen Partnern und dem Wissenschaftlichen Ausschuss der EMCDDA bedanken, ohne deren Unterstützung dieser Bericht nicht möglich wäre. Wir bedanken uns auch bei 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. Unser Dank gebührt zudem den spezialisierten Netzwerken, die mit uns zusammengearbeitet und so unseren Bericht um zukunftsweisende und innovative Daten bereichert haben.

Laura d'Arrigo

Vorsitzende des Verwaltungsrats 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 Überblick über die Drogensituation in Europa und die einschlägigen Maßnahmen bieten. Die hier veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich auf das Jahr 2017 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.

Der Bezugszeitraum für alle Grafiken, Analysen und Daten in diesem Bericht ist die Drogensituation bis Ende 2018. Sämtliche Gruppierungen, Aggregate und Labels spiegeln daher die Situation wider, die 2018 in Bezug auf die Zusammensetzung der Europäischen Union und der an den Berichten der EMCDDA beteiligten Länder gegeben war. Aufgrund der Zeit, die für die Zusammenstellung und Übermittlung der Daten erforderlich ist, stammen viele der hier aufgeführten jährlichen Datensätze aus dem Bezugsjahr Januar bis Dezember 2017.

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 Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE), dem europäischen Netzwerk für drogenbedingte Notfälle (European Drug Emergencies Network, Euro-DEN Plus), dem europäischen Netzwerk zum Sammeln gebrauchter Spritzen und zur Analyse der Rückstände in diesen Spritzen (ESCAPE, European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise), dem transeuropäischen Drogeninformationsnetz TEDI (Trans-European Drug Information) und der europäischen Gruppe für Online-Umfragen über Drogen (European Web Survey on Drugs);
- | 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. Die nationalen Knotenpunkte tragen unter ihrer jeweiligen Regierung die fachliche Verantwortung für die Übermittlung drogenspezifischer Informationen an die EMCDDA. Die Kontaktinformationen der nationalen Knotenpunkte sind der [Website der EMCDDA](#) zu entnehmen.

Kommentar

**Der Europäische Drogenbericht
2019 enthält eine Momentaufnahme
der Drogensituation in Europa**

Die Drogensituation in Europa 2019 verstehen

Die neueste EMCDDA-Analyse des europäischen Drogenphänomens zeigt einen Markt, der widerstandsfähig ist und Entwicklungen auf globaler Ebene widerspiegelt. Die anhaltenden Gesundheits- und Sicherheitsprobleme durch etablierte und neue illegale Drogen stellen eine Herausforderung für die Gestaltung und Umsetzung wirksamer Maßnahmen dar. Der Drogenbericht 2019 liefert eine Momentaufnahme der Drogensituation in Europa auf der Grundlage der neuesten verfügbaren Daten. Dieser einleitende Abschnitt enthält einen kurzen analytischen Kommentar zu einigen der wichtigen Themen, die derzeit in der europäischen Drogenpolitik auf der Tagesordnung stehen.

Opioide: Weitere Anstrengungen zur Bekämpfung eines wachsenden Problems erforderlich

Das europäische Drogenproblem wurde einst vom injizierenden Heroinkonsum bestimmt. Heute ist die Nachfrage nach neuen Heroinbehandlungen historisch betrachtet niedrig; die Raten des injizierenden Konsums sind gesunken und die Zahl neuer HIV-Fälle in Verbindung mit dem injizierenden Drogenkonsum ist in den letzten zehn Jahren jedes Jahr um rund 40 % zurückgegangen. Das sind gute Neuigkeiten. Die europäischen Länder können sich für die Einführung der pragmatischen Schadensminimierung und die Behandlungsmaßnahmen, die zu diesen Erfolgen beigetragen haben, beglückwünschen. Im Gegensatz dazu sind die Opioid-Probleme anderswo weiter gestiegen und führen in Nordamerika und einigen an die Europäische Union angrenzenden Ländern zu sehr hohen Gesundheitskosten. Trotz der in Europa erkennbaren Verbesserungen trägt der Opioid-Konsum weiterhin erheblich zu den drogenbedingten Gesundheits- und Sozialausgaben in Europa bei. Die von diesen Drogen ausgehenden Gefährdungen könnten zukünftig sogar noch zunehmen.

Eine Untersuchung der Maßnahmen für opioidbedingte Probleme zeigt, dass in einer Reihe von Ländern, insbesondere in den östlichen Teilen Europas, weiterhin nur unzureichend wirksame Maßnahmen zur Schadensminimierung und für Behandlungen zur Verfügung stehen. Es gibt außerdem Anzeichen dafür, dass sich die Situation in einigen Ländern mit historisch gesehen guter Leistungsabdeckung verschlechtert hat.

Gleichzeitig steigen die Bedürfnisse einer alternden und häufig immer anfälligeren Kohorte von Langzeit-Opioidkonsumierenden weiter. Das zeigen die Todesfälle durch Überdosierung, denn der Altersdurchschnitt der Opfer beträgt mittlerweile 39 Jahre, aber auch die hohe Prävalenz sowohl der physischen als auch der psychischen Gesundheitsprobleme dieser Gruppe. Darüber hinaus wurde in den letzten fünf Jahren ein allgemeiner Anstieg der Zahl drogenbedingter Todesfälle beobachtet, wobei in allen Altersgruppen über 30 Jahren eine Zunahme verzeichnet wurde. Angebotsseitige Indikatoren zeigen, dass die Gefährdung steigen könnte. Die Menge des sichergestellten Heroins hat zugenommen, die Reinheit der Droge ist weiterhin relativ hoch und der Preis relativ niedrig, was auf eine hohe Verfügbarkeit in vielen Teilen Europas hindeutet. In einigen EU-Ländern wurden vor Kurzem auch Heroinlabore entdeckt, was eine besorgniserregende Entwicklung darstellt.

Bekämpfung von Virushepatitis

Europa hat sich der internationalen Agenda für nachhaltige Entwicklung 2030 verpflichtet. Dieser globale politische Rahmen umfasst die Bekämpfung von Virushepatitis. In der Europäischen Union ist dies für injizierende Drogenkonsumierende von besonderer Bedeutung, da es sich bei ihnen nicht nur um die Personen mit der höchsten Krankheitsbelastung handelt, sondern auch um diejenigen mit dem höchsten Übertragungsrisiko. Die Bekämpfung der gesundheitlichen Auswirkungen von Virushepatitis bis 2030 hängt daher von der Ausweitung von Präventionsmaßnahmen und dem Zugang zu Tests und Behandlungen für Hepatitis B und C für diese Personengruppe ab.

In 17 EU-Ländern und Norwegen gibt es derzeit eine Hepatitis-Strategie; immer mehr Länder gewähren unbeschränkten Zugang zu besser verträglichen und wirksameren direkt wirkenden antiviralen Medikamenten. Dennoch muss noch viel getan werden. Das Hepatitis-C-Screening ist ein entscheidender Einstiegspunkt für eine wirksame Hepatitis-Behandlung und hilft, weitere Übertragungen zu verhindern. Gemeindenahe Drogendienste können hierbei eine wichtige Aufgabe übernehmen. In vielen Ländern gibt es jedoch keine wirksamen Maßnahmen für die Einführung von Tests und geeignete Überweisungswege. Zudem gibt es Widerstand von manchen Behandlern gegen die Behandlung von Drogenkonsumierenden. Die Vorteile, die diese Investition in die Gesundheit sowohl für den Einzelnen als auch für die Allgemeinheit bietet, werden nicht immer anerkannt. Die EMCDDA entwickelt Instrumente zur Unterstützung der Umsetzung von Virushepatitis-Behandlungen im

Zusammenhang mit Drogenbehandlungen. Hierzu gehören eine Checkliste zur Ermittlung von Hindernissen für Hepatitis-C-Tests und -Behandlungen, ein Wissensfragebogen für das Personal sowie Fallstudien, die zeigen, wie innovative gemeindenahe Testansätze positiv zur Bekämpfung dieser Krankheit beitragen können.

Synthetische Opiode spielen eine immer größere Rolle

In den Vereinigten Staaten und Kanada wird die aktuelle Opioid-Epidemie durch den Konsum von synthetischen Opioiden, insbesondere Fentanylderivaten, angetrieben. Dies ist in Europa nicht der Fall, es gibt jedoch Bedenken in dieser Hinsicht. Etwa 50 neue synthetische Opiode wurden dem EU-Frühwarnsystem für neue psychoaktive Substanzen gemeldet. Viele dieser Substanzen wurden mit schweren Vergiftungen und Todesfällen in Verbindung gebracht. Einige, wie Carfentanil, sind extrem potent, d. h. sie können in sehr kleinen Mengen, die schwer zu entdecken sind, geschmuggelt und in tausende Einzeldosen umgewandelt werden. Darüber hinaus scheinen synthetische Opiode, die gewöhnlich als Medikamente verwendet werden, in vielen Teilen Europas eine größere Rolle bei Drogenproblemen zu spielen – hierzu gehören Substanzen zur Substitutionsbehandlung und zur Schmerzlinderung. Eine von fünf Personen, die sich wegen eines opioidbedingten Problems in Behandlung begibt, gibt derzeit ein synthetisches Opioid und nicht Heroin als Primärdroge an; außerdem werden diese Drogen immer häufiger in Fällen von Drogenüberdosierungen entdeckt. Trotz dieser Bedrohung bleiben die aktuellen Kapazitäten zur Ermittlung und Meldung der Verfügbarkeit, des Konsums und der Folgen von synthetischen Opioiden weiterhin beschränkt. Daher muss die Sensibilisierung der diesbezüglichen Informationsquellen verbessert und als Priorität behandelt werden.

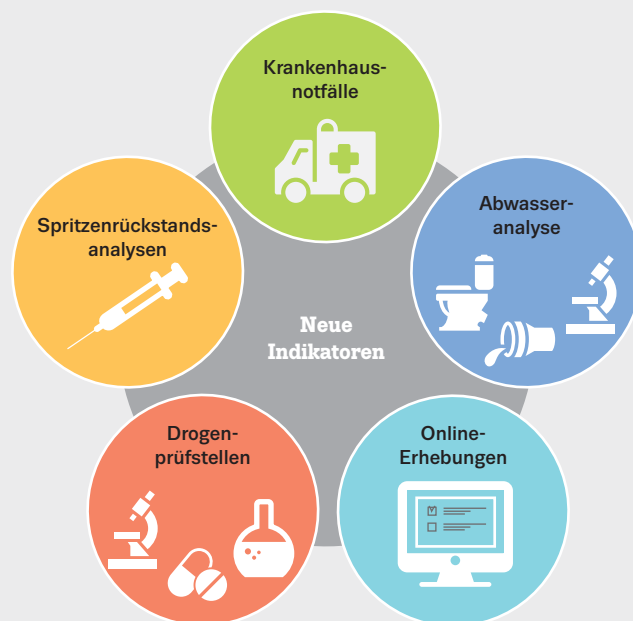
Der Wert toxikologischer und forensischer Datenquellen

Todesfälle durch Überdosierung von Drogen werden selten mit dem Konsum einer einzelnen Substanz in Verbindung gebracht. Moderne Drogenkonsummuster sind äußerst dynamisch, da immer mehr Drogen auf den Markt kommen, und die Konsumierenden üblicherweise – wissentlich oder unwissentlich – eine Reihe verschiedener

Europa hat sich der internationalen Agenda für nachhaltige Entwicklung 2030 verpflichtet

ABBILDUNG 1

Neue Indikatoren zur Ergänzung bestehender Datenquellen



Substanzen zu sich nehmen. Das bedeutet, dass neue Gesundheitsgefahren ohne gute forensische und toxikologische Daten möglicherweise übersehen werden. Es besteht daher das Risiko, dass der Einfluss potenter neuer psychoaktiver Substanzen wie Fentanyl-derivate bei Todesfällen durch Überdosierung übersehen wird, insbesondere, wenn sie neben etablierten Drogen wie Heroin konsumiert wurden. Einige EU-Mitgliedstaaten, insbesondere in Nordeuropa, haben in die Verbesserung der Verfügbarkeit und Sensibilität von toxikologischen Daten investiert, wodurch nun ein besseres Verständnis von Drogentrends und Gesundheitsgefahren ermöglicht wird. Die Einführung umfassender Screenings und eine Erhöhung der Testempfindlichkeit haben in den Proben der untersuchten drogenbedingten Todesfälle in Schweden beispielsweise eine Verdoppelung der Zahl der festgestellten Fentanyl-Fälle ergeben. Eine aktuelle EMCDDA-Studie zeigt jedoch, dass nicht alle Labore in der Lage sind, diese selteneren Substanzen zu erkennen. Für forensische und toxikologische Untersuchungen ist die Verfügbarkeit von Referenzstandards entscheidend; diese sind jedoch für neue psychoaktive Substanzen in vielen Laboren nicht verfügbar. Darüber hinaus stellen fehlende europäische Leitlinien für die forensische Toxikologie bei Untersuchungen drogenbedingter Todesfälle ein Hindernis für die Verbesserung der Überwachung und der Praxis auf diesem Gebiet dar. Da synthetische Drogen aller Art zunehmend an Bedeutung gewinnen, muss allgemein mehr in toxikologische und forensische Datenquellen investiert werden.

Innovative Beobachtungsinstrumente bieten Einsichten in aufkommende Trends

Der diesjährige Europäische Drogenbericht stützt sich auf eine Auswahl neuer zielorientierter Datenquellen. Diese „zukunftsweisenden“ Indikatoren sind zwar nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung und haben weitere Einschränkungen, liefern jedoch nützliche, aktuelle und ergänzende Daten, die wertvolle Einblicke in den Drogenkonsum in Europa bieten (siehe Abbildung 1). Abwasseranalysen liefern beispielsweise eine Momentaufnahme der auf Gemeindeebene in Städten in ganz Europa konsumierten Drogenmenge. Ein Vorteil dieser Daten ist, dass die Informationen schnell gemeldet werden können und somit eine potenzielle Frühwarnung für Veränderungen des Drogenkonsums bieten können. Dies zeigen neue Daten für 2018, die kürzlich von der SCORE-Gruppe und der EMCDDA veröffentlicht wurden und die auf eine breitere geografische Streuung und einen allgemeinen Anstieg des Konsums aller üblichen Kategorien von stimulierenden Drogen hinweisen.

Andere neue Datenquellen, die in diesen Jahresbericht aufgenommen wurden, umfassen die europäische Gruppe für Online-Umfragen über Drogen (European Web Survey on Drugs). Auf der Grundlage einer online ausgewählten Stichprobe von Drogenkonsumierenden liefern die Ergebnisse dieser Befragung Informationen über Konsummuster und Käufe von gewöhnlich konsumierten illegalen Drogen. Informationen von Drogenprüfstellen, bei denen Konsumierende ihre Drogen analysieren lassen können und Informationen über deren Inhaltsstoffe erhalten, werden hier ebenfalls aufgenommen, um Einblicke in den Drogenkonsum in speziellen Freizeitbereichen zu erhalten.

Krankenhaus-Notfalldaten über akute drogenbedingte Schädigungen können unser Verständnis der Auswirkungen des Drogenkonsums auf die öffentliche Gesundheit in Europa verbessern. In ausgewählten Krankenhäusern in 18 europäischen Ländern werden Notfälle mit akuter Toxizität durch das European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) überwacht. Die Ergebnisse der diesjährigen Untersuchungen zeigen, wie sich die für Notfälle verantwortlichen Drogen innerhalb Europas unterscheiden. Stimulanzien wurden beispielsweise mit einer großen Zahl von Notfällen in Verbindung gebracht, Notfälle im Zusammenhang mit Amphetaminen waren jedoch im Norden und Osten Europas am häufigsten, wohingegen Kokain das vorherrschende Stimulans in südlichen und westlichen Ländern war.

Die Rolle von Stimulanzien beim injizierenden Drogenkonsum wird auch von einer neuen Pilotstudie belegt, in der Drogenrückstände aus eingesammelten Spritzen in Nadelaustauschstellen in fünf europäischen Städten untersucht wurden. Mit Ausnahme eines Standorts waren Stimulanzien überall die am häufigsten festgestellten Substanzen. Die Hälfte der untersuchten Spritzen enthielt Spuren von zwei oder mehr Drogen, die häufigste Kombination war dabei eine Mischung aus Stimulans und Opioid. Diese neuen Datenquellen können die bestehenden Datenquellen bestätigen und ergänzen und unser Bewusstsein für weniger gut beobachtete Formen des Drogenkonsums verbessern.

Der europäische Kokainmarkt wächst weiter

Aktuelle Daten zu Kokain zeigen, dass sich sowohl die Zahl der Sicherstellungen als auch die sichergestellten Mengen auf einem Rekordhoch befinden. Kokain gelangt über zahlreiche Routen und Wege nach Europa, hervorzuheben ist jedoch die Zunahme der in Containern über große Häfen geschmuggelten Mengen. Auch der seit zehn Jahren am höchsten eingeschätzte Reinheitsgrad von Kokain deutet auf eine größere Verfügbarkeit der Droge auf Ebene der Endkonsumenten hin. Eine Neuorganisation der Kokain-Lieferkette und der beteiligten Personen ist auf mittlerer und Kleinhandelsebene erkennbar; es entstehen stärker fragmentierte, lockerere und zunehmend horizontale Organisationsstrukturen. Kleinere Gruppen konnten in den Markt eintreten, indem sie eine Reihe von Informationstechnologien wie Verschlüsselung, Darknet-Märkte, soziale Medien und Kryptowährungen für den Handel nutzen innovative Verkaufsstrategien wie Kokain-Callcenter weisen auf ein hohes Ausmaß an Sinn für Unternehmertum im umkämpften Kokainmarkt hin. Diese neuen Methoden scheinen zu einem gewissen Grad die Art von Veränderungen in anderen Bereichen widerzuspiegeln, die sich durch die allgemeine Nutzung von Smartphones ergeben – eine potenzielle „Überisierung“ des Kokainhandels – ein wettbewerbsfähiger Markt, in dem Verkäufer miteinander konkurrieren, indem sie zusätzliche Dienstleistungen wie eine schnelle und flexible Lieferung anbieten.

Kokain: Ausmaß gesundheitlicher Schädigungen nimmt zu

Eine Schätzung der Prävalenz problematischen Kokainkonsums ist besonders schwierig, da diese Droge in etablierten Indikatoren, die sich mehr auf opioidbedingte Probleme konzentrieren, weniger auftaucht. Dennoch gibt es Anzeichen dafür, dass eine höhere Verfügbarkeit von

Kokain zu steigenden Gesundheitskosten führt. Seit 2014 ist die Zahl der neuen Klienten, die sich wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum in Behandlung begeben, auch wenn sie immer noch relativ niedrig ist, um mehr als 35 % gestiegen, wobei rund zwei Drittel der Länder einen Anstieg verzeichnen. In einigen Ländern wurde Kokain mit der Zunahme drogenbedingter Todesfälle in Verbindung gebracht. Die Droge wird häufig zusammen mit Opioiden bei Todesfällen durch Überdosierung in den Teilen Europas nachgewiesen, in denen sie das vorherrschende Stimulans ist. Außerdem wird die Rolle von Kokain bei Todesfällen in Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen möglicherweise nicht erkannt. Soweit Daten verfügbar sind, zeigen sie einen allgemeinen Anstieg der kokainbedingten Notfälle, wobei Kokain die am häufigsten gemeldete illegale Substanz in den 18 Ländern der Euro-DEN-Studie ist. Kokain wurde außerdem in gut einem Viertel der Spritzen nachgewiesen, die in drei der fünf Städte untersucht wurden, die an einem Pilotprojekt zur Analyse von Spritzenrückständen zur Feststellung von Mustern des injizierenden Drogenkonsums teilnehmen. Die neuen verfügbaren Daten deuten außerdem darauf hin, dass sich der Konsum von Crack, einer rauchbaren Form von Kokain, der insbesondere mit problematischem Konsum in Verbindung gebracht wird, möglicherweise weiter verbreitet. In Belgien, Irland, Frankreich, Italien, Portugal sowie im Vereinigten Königreich – dem europäischen Land, das am stärksten mit dem Konsum von Crack in Verbindung gebracht wird – ist seit 2014 ein Anstieg von sich in Behandlung begebender Crack-Konsumenten zu verzeichnen.

Weiterhin liegt nur wenig Evidenz dazu vor, welche Hilfen bei Kokain-Konsumierenden wirksam sind und es gibt in Europa derzeit nur wenige spezifische Programme für Kokain-Konsumierende. Dies ändert sich aktuell, da einige Länder nun zunehmend spezialisierte Maßnahmen zur Schadensminimierung einführen. Da der Bedarf in diesem Bereich zu steigen scheint, sind insgesamt gesehen Investitionen in die Entwicklung und Bewertung von Maßnahmen aller Art, insbesondere wirksamer Behandlungsmodelle, dringend erforderlich, wenn die Dienste so verbessert werden sollen, dass sie diese Klientengruppe erfolgreich behandeln können.

**Eine Schätzung der Prävalenz
des problematischen Kokainkonsums
ist besonders schwierig**

AUF EINEN BLICK – SCHÄTZUNGEN DES DROGENKONSUMS IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Cannabis



Erwachsene (15-64)



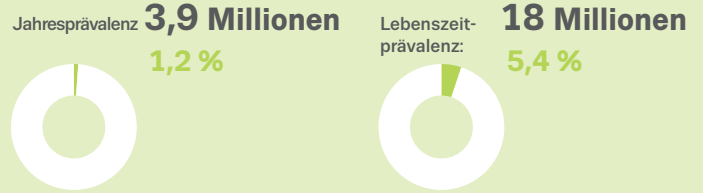
Junge Erwachsene (15-34)



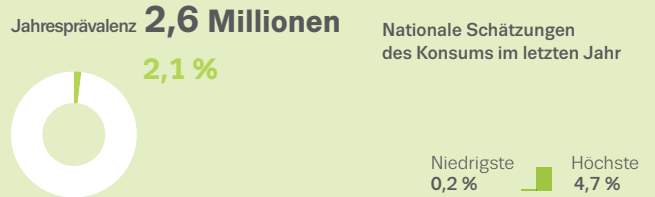
Kokain



Erwachsene (15-64)



Junge Erwachsene (15-34)



MDMA



Erwachsene (15-64)



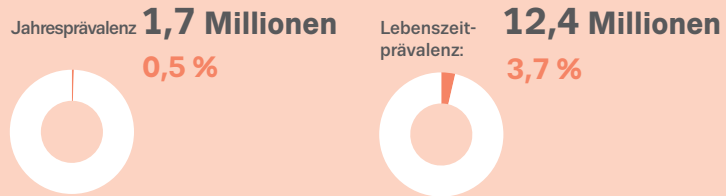
Junge Erwachsene (15-34)



Amphetamine



Erwachsene (15-64)



Junge Erwachsene (15-34)



Opioide



Hochrisiko-Opioide-konsumierende **1,3 Millionen**

654 000 Opioidekonsumierende erhielten im Jahr 2017 eine Substitutionstherapie

Drogentherapienachfragen

Hauptdroge bei etwa 35 % aller Drogentherapienachfragen in der Europäischen Union



Tödliche Überdosierungen

85 %

Bei 85 % aller tödlichen Überdosierungen wurden Opioide nachgewiesen



Europas internationale Rolle bei der Herstellung synthetischer Drogen

Auch wenn sie schwer zu überwachen ist, scheint die Herstellung synthetischer Drogen in Europa zu wachsen, vielfältiger und innovativer zu werden. Diese Ausweitung ergibt sich aus aktuellen Daten, die einen Anstieg an sichergestellten Vorläuferstoffen aufzeigen. Der Europäische Drogenmarktbericht von EMCDDA und Europol, der voraussichtlich Ende 2019 erscheint, liefert eine eingehende Analyse dieser Entwicklungen. Die Entdeckung von Produktionslaboren und Abfallanlagen sowie der Wirkstoffgehalt und die Vielfalt der synthetischen Drogen auf dem europäischen Markt sind in diesem Bereich besonders besorgniserregend.

Es gibt außerdem immer mehr Anzeichen dafür, dass Europa auf dem Weltmarkt für synthetische Drogen eine wichtige Rolle spielt. Dazu gehören erhebliche Sicherstellungen verschiedener Substanzen an den EU-Grenzen; die Tatsache, dass nun mehr MDMA in der Türkei als in der Europäischen Union insgesamt sichergestellt wird; und die Entdeckung von Produktionsstätten für Methamphetamin und andere synthetische Drogen in Europa, die für den Export bestimmt waren. Die Infrastruktur, die es ermöglicht, Waren rasch zwischen Ländern zu befördern, wird vermehrt genutzt, um kontrollierte Drogen, neue psychoaktive Substanzen, Vorläuferstoffe und andere Chemikalien, die für die Drogenherstellung in der Europäischen Union benötigt werden, zu schmuggeln. Dieselbe Infrastruktur wird auch gelegentlich zum Schmuggeln synthetischer Drogen – insbesondere von MDMA, aber auch von anderen Substanzen – in Nicht-EU-Länder genutzt.

Die Herstellung synthetischer Drogen scheint außerdem dazu zu führen, dass den Konsum von Methamphetamin sich in neuen Ländern der Europäischen Union verbreitet. Weltweit stellt Methamphetamin die größte Herausforderung im Bereich der synthetischen Drogen dar. In Europa konzentrierte sich der Methamphetaminkonsum bisher auf einige wenige Länder mit anhaltenden Problemen. Dies ist größtenteils auch heute noch der Fall, doch trotz der weit verbreiteten Verfügbarkeit anderer Stimulanzien, deuten Analysen von Abwasserrückständen darauf hin, dass sich der Konsum der Droge auf neue Länder ausweitete. Die Entdeckung von Laboren deutet auf eine Ausweitung der Produktion und Produktionsaktivitäten für Nicht-EU-Märkte hin.

Cannabis: neue Entwicklungen bei Europas etabliertester Droge

Cannabis ist eine der am längsten etablierten Drogen in Europa. Es ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge, wobei fast 20 % der Personen in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen angeben, im letzten Jahr Cannabis konsumiert zu haben. International und innerhalb Europas ist der Cannabiskonsum weiterhin ein Thema, das erhebliches politisches und öffentliches Interesse weckt, da neue Entwicklungen Debatten darüber auslösen, wie die Gesellschaft auf diese Substanz reagieren sollte.

Es findet eine Diskussion über den therapeutischen Nutzen von Cannabis, Cannabis-Präparaten und Medikamenten aus Cannabispflanzen statt. In einigen Ländern wurde Cannabis legalisiert, was eine Abwägung der Kosten und Nutzen verschiedener Regulierungs- und Kontrolloptionen ausgelöst hat. Dies ist ein komplexes Themenfeld. In Europa fließen erhebliche polizeiliche Ressourcen in die Kontrolle von Cannabis; mehr als die Hälfte der 2017 gemeldeten 1,2 Millionen Delikte im Zusammenhang mit Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den Eigengebrauch standen mit Cannabis in Verbindung. Aktivitäten am Cannabismarkt können auch eine treibende Kraft für die Jugendkriminalität und eine wichtige Einnahmequelle der organisierten Kriminalität sein. Darüber hinaus ist unser Verständnis der potenziellen Gesundheitsrisiken durch den Cannabiskonsum, insbesondere bei jungen Menschen, gestiegen. Klienten, die sich erstmals in spezialisierte Drogenbehandlung begeben, nennen inzwischen am häufigsten Cannabis als die Substanz, wegen der sie Hilfe suchen. Dies ist besorgniserregend, da die EMCDDA in den letzten Jahren insgesamt festgestellt hat, dass der Trend des Cannabiskonsums größtenteils stabil geblieben ist. Dieser Trend wird nun jedoch durch neue Daten in Frage gestellt, denn eine Reihe von Ländern meldet einen Anstieg des Konsums vor allem durch jüngere Kohorten.

Die Entwicklung neuer Formen von Cannabis in den letzten Jahren als Folge von Fortschritten beim Anbau, bei der Extraktion und bei den Herstellungstechniken trägt zu dieser Komplexität bei. Hybride Mehrstammpflanzen, die höherpotentes Cannabis erzeugen, ersetzen etablierte Formen von Pflanzen sowohl in Europa als auch in Marokko, woher das meiste des in Europa konsumierten Cannabisharzes stammt. Eine kürzlich von der EMCDDA unterstützte Studie zeigt, dass der Wirkstoffgehalt von Cannabisharz und Cannabiskraut im Laufe der letzten zehn Jahre gestiegen ist. Die Schaffung legaler Cannabismärkte für den Freizeitbereich treibt Innovationen voran, was zur Entwicklung von neuen Cannabisprodukten wie Esswaren, E-Liquids und Konzentraten geführt hat.

Einige davon tauchen nun auf dem europäischen Markt auf, wo sie eine neue Herausforderung für die Aufdeckung und Drogenkontrolle darstellen.

Angesichts der dynamischen und komplexen Form der Cannabispolitik hat die EMCDDA eine neue Reihe von Publikationen veröffentlicht, die Überblicksarbeiten und Analysen in diesem Bereich bereitstellen. Hierzu gehört ein Überblick über die Entwicklung der Versorgung mit medizinischem Cannabis in der Europäischen Union. Eine sachkundige Debatte in diesem Bereich wird durch ein fehlendes gemeinsames begriffliches Verständnis von medizinischem Cannabis behindert. Sie wird außerdem durch die Vielfalt der verfügbaren Produkte erschwert, die von medizinischen Produkten mit Verbindungen aus der Cannabispflanze bis zu Roh-Cannabis-Präparaten reichen können.

Cannabis-Produkte mit geringem THC werfen regulatorische Fragen auf

Ein weiteres Beispiel für die raschen Entwicklungen in Verbindung mit Cannabis ist das Auftauchen von schwach wirksamem Cannabiskraut und Cannabisölen in den letzten beiden Jahren in einigen EU-Ländern, die in Naturkostläden oder Fachgeschäften verkauft werden. Der Verkauf erfolgt auf der Grundlage, dass diese Produkte eine geringe oder keine toxische Wirkung haben und daher nicht den Drogengesetzen unterliegen. Cannabis enthält viele verschiedene Chemikalien, aber die größte Aufmerksamkeit erregen zwei Cannabinoide, nämlich Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). THC ist die Hauptsubstanz in Cannabis, die für die psychoaktiven Wirkungen verantwortlich ist. Produkte mit CBD werden zunehmend in Verbindung mit Aussagen über positive Wirkungen vermarktet. Die komplexe und sich entwickelnde Literatur über Belege für die medizinische Verwendung von THC und CBD wird in einer kürzlich von der EMCDDA veröffentlichten Publikation behandelt. Die neuen Produkte sollen weniger als 0,2 % bzw. 0,3 % THC enthalten und können im Wesentlichen in zwei Produktkategorien unterteilt werden: eine zum Rauchen für Cannabiskonsumierende und eine andere – Rezepturen wie Öle und Cremes – für Menschen, die an möglichen medizinischen Verwendungszwecken interessiert sind. Einige EU-Mitgliedstaaten betrachten Produkte mit niedrigem THC-Gehalt als Cannabis-Extrakte, die strafrechtlichen Sanktionen unterliegen, andere behandeln sie als verschreibungspflichtige Medikamente und einige wenige klassifizieren sie als Produkte, die keine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen und somit keine Handelslizenz erfordern. Diese Entwicklung wirft für die Regulierung sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene Probleme auf.

Nutzung der Digitalisierung zum gesundheitlichen Nutzen

Junge Menschen sind eine wichtige Zielgruppe für viele Drogenmaßnahmen. Sie sind der Teil der Bevölkerung, der wahrscheinlich am meisten in vielen Bereichen ihres Lebens Informations- und Kommunikationstechnologien nutzt und offen dafür ist. Sie sind außerdem die Gruppe, die wahrscheinlich am ehesten bereit ist, die Nutzung dieser Technologien zur Bereitstellung von Drogenpräventionsmaßnahmen, Behandlungen und zur Schadensminimierung zu akzeptieren und davon zu profitieren. Im diesjährigen Europäischen Drogenbericht werden einige der Neuentwicklungen im Bereich der mobilen Gesundheits- bzw. m-health-Dienste untersucht, die für eine breite Palette an Themen, vom Zugang zu Dienstleistungen bis hin zur Vermittlung von Kompetenzen an diejenigen, die im Drogenbereich tätig sind, eingesetzt werden sollen. Entwicklungen in diesem Bereich nutzen Online-Ressourcen und mobile Anwendungen sowie einige neue innovative Ansätze, mit denen untersucht wird, wie die virtuelle Realität beispielsweise zur Drogenbehandlung verwendet werden kann und Patienten hilft, Widerstandsfähigkeit gegenüber Drogen zu entwickeln oder Entzugserscheinungen zu reduzieren. Hier ist eine wichtige Anmerkung geboten, da die neuen Anwendungen in diesem Bereich nicht immer mit robusten Qualitätsnormen, Datenschutzvorschriften und Evaluierungsergebnissen einhergehen. Wie in allen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung sind dies wesentliche Aspekte, wenn die potenziellen Vorteile der neuen Technologie für Drogenmaßnahmen genutzt werden sollen.

Stärkung des EU-Frühwarnsystems und Risikobewertung bei neuen psychoaktiven Substanzen

2018 wurde etwa jede Woche eine neue psychoaktive Substanz an das EU-Frühwarnsystem für neue psychoaktive Substanzen gemeldet. Die Anzahl der 2018 neu entdeckten Drogen entspricht mit 55 dem Wert von 2017, ist jedoch im Vergleich zu 2013 und 2014 erheblich

Junge Menschen sind eine wichtige Zielgruppe für viele Drogenmaßnahmen

niedriger. Während dies auf einen Rückgang an Innovationen in diesem Bereich hindeutet, ist festzustellen, dass eine erhebliche Zahl an Substanzen, die bereits gemeldet wurden, weiterhin jedes Jahr auf dem europäischen Drogenmarkt auftauchen, was zu dem Schluss führt, dass diese Substanzen im Laufe der Zeit im Markt verbleiben. Es gibt außerdem Veränderungen bei der Art der beobachteten Substanzen, die möglicherweise darauf hinweisen, dass neue psychoaktive Substanzen verstärkt auf Langzeit- und problematischere Drogenkonsumierende ausgerichtet sind. Während dem EU-Frühwarnsystem für neue psychoaktive Substanzen beispielsweise weiterhin unterschiedliche Substanzen gemeldet werden, tauchen mehr synthetische Opioide und Benzodiazepine auf.

Frühwarnung und Risikobewertung spielen bei der Reaktion Europas auf die Entwicklungen im Bereich der neuen psychoaktiven Substanzen eine zentrale Rolle. 2018 wurde das europäische System überarbeitet, um die Fähigkeit der EU zur Erkennung, Bewertung und Bekämpfung von Gefahren für die Gesundheit und die Gesellschaft durch neue Drogen zu stärken und zu beschleunigen. Dies bietet nicht nur eine Frühwarnung für ganz Europa, sondern auch die Möglichkeit einer schnelleren Risikobewertung und Kontrolle von Substanzen auf europäischer Ebene. Die Veränderungen stärken außerdem das Netzwerk, das die EMCDDA und Europol bei ihrer Arbeit unterstützt, wobei nun formelle Arbeitsvereinbarungen zwischen der EMCDDA und der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA), dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) bestehen.

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.

Beobachtung von Drogenmärkten, Handel und Gesetzen

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

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

ABBILDUNG 1.1

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 wachsende Online-Märkte.

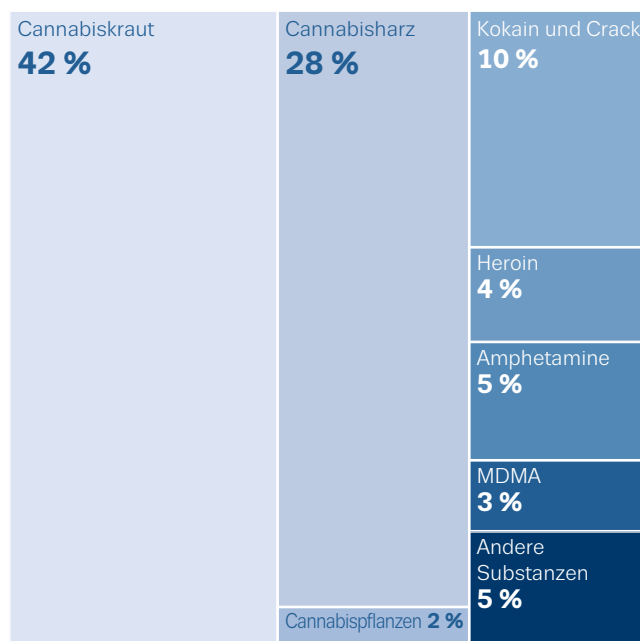
Illegale Drogenmärkte in Europa: komplex und vielschichtig

Die illegalen Drogenmärkte umfassen eine Reihe komplexer, miteinander verbundener Aktivitäten, von der Herstellung und dem Schmuggel über die Verteilung bis hin zum Verkauf von Drogen an die Endkunden. Sie erstrecken sich über große geografische Entfernungen. An den verschiedenen Phasen können unterschiedliche Akteure beteiligt sein, doch organisierte kriminelle Gruppen dominieren den illegalen Drogenhandel, der jedes Jahr einen Wert von mehreren Milliarden Euro erreicht.

Auf Ebene der Endkunden wird der Verkauf von Drogen weiterhin vorwiegend über den direkten Kontakt zwischen den Anbietern und den Konsumierenden abgewickelt. Mobile Technologien und Verschlüsselungsmethoden werden jedoch zunehmend von Drogennetzwerken genutzt. Online-Plattformen für den Verkauf illegaler Drogen haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, auch wenn sie immer noch einen relativ geringen Anteil am Gesamtmarkt haben. Online-Märkte gibt es im sogenannten „Surface Web“ – dem indizierten oder durchsuchbaren Teil des Internets –, z. B. in Online-Shops und sozialen Medienplattformen, und im „Darknet“ – einem verschlüsselten Netz, für das besondere Zugangstools erforderlich sind –, wo Verkäufer und Käufer ihre Identität verbergen können.

Seit der Entstehung anonymer Online-Märkte im Jahr 2010 hat es weltweit zu unterschiedlichen Zeiten über 100 Darknet-Märkte gegeben. Im Juli 2017 wurde AlphaBay, der bis dahin größte Markt, durch einen internationalen Polizeieinsatz zerschlagen, bei dem auch eine weitere große Internetseite, der Hansa-Markt, geschlossen wurde. Diese Strafverfolgungsmaßnahme hat möglicherweise dem Vertrauen der Konsumierenden in die Sicherheit dieser Märkte geschadet. Untersuchungen von

Anzahl der gemeldeten Sicherstellungen, aufgeschlüsselt nach Drogen, 2017



EMCDDA und Europol zeigen jedoch, dass die Einnahmen und das Handelsvolumen in Verbindung mit Drogenverkäufen im Darknet nach einem Jahr wieder auf das Niveau vor dieser Maßnahme angestiegen sind.

Über eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen

Die Sicherstellung illegaler Drogen durch die Strafverfolgungsbehörden ist ein wichtiger Indikator für die Drogenmärkte; 2017 wurden in Europa über 1,1 Millionen Sicherstellungen illegaler Drogen gemeldet. Bei den meisten gemeldeten Sicherstellungen handelt es sich um kleine Mengen von Drogen, die bei den Konsumierenden konfisziert wurden. Beschlagnahmte Drogensendungen mit einem Volumen von mehreren Kilogramm machen jedoch den größten Teil der sichergestellten Gesamtdrogenmenge aus. Die drei Länder mit den meisten Sicherstellungen von Drogen, die zusammen mehr als zwei Drittel aller Sicherstellungen in der Europäischen Union ausmachen, sind Spanien, das Vereinigte Königreich und Frankreich. Einschränkend ist anzumerken, dass für die Niederlande keine Daten über die Zahl der Sicherstellungen vorliegen, und die aktuellsten Daten für Deutschland und Slowenien aus dem Jahr 2015 stammen. Nahezu drei Viertel der Gesamt-Sicherstellungen aller illegalen Drogen in Europa entfallen auf Cannabis (Abbildung 1.1).

Cannabis: Mehr Sicherstellungen, höherer Wirkstoffgehalt, stabile Preise

Auf dem europäischen Drogenmarkt sind im Wesentlichen zwei Cannabisprodukte erhältlich: Cannabiskraut („Marihuana“) und Cannabisharz („Haschisch“). Cannabisöl ist vergleichsweise selten, obwohl in den letzten Jahren einige größere Sicherstellungen gemeldet wurden. Das in Europa konsumierte Cannabiskraut wird hauptsächlich in Europa angebaut, wenngleich auch ein Teil aus dem Ausland eingeschmuggelt wird. In Europa wird Cannabiskraut vorwiegend im Innenanbau kultiviert. Cannabisharz wird vorwiegend aus Marokko eingeführt, wobei sich Libyen zu einem wichtigen Umschlagplatz für den Harzschmuggel entwickelt hat. Berichten zufolge wird auch in der Europäischen Union Cannabisharz hergestellt. Zudem wird in den Niederlanden seit einigen Jahren die Herstellung des sogenannten „Nederhash“ dokumentiert. Darüber hinaus sind die westlichen Balkanstaaten eine Quelle für Cannabiskraut und seit kürzerer Zeit auch für Cannabisöl.

Im Jahr 2017 wurden in den EU-Mitgliedstaaten 782 000 Sicherstellungen von Cannabisprodukten gemeldet; davon entfielen 440 000 auf Cannabiskraut, 311 000 auf Cannabisharz und 22 700 auf Cannabispflanzen. Seit dem Jahr 2009 wird Cannabiskraut häufiger sichergestellt als Cannabisharz. In Bezug auf die Menge wird jedoch mehr als doppelt so viel Cannabisharz wie Cannabiskraut sichergestellt (466 Tonnen gegenüber 209 Tonnen). Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass Cannabisharz in größeren Mengen über nationale Grenzen geschmuggelt wird, was die Wahrscheinlichkeit von Sicherstellungen erhöht. Aufgrund der Nähe zu Marokko ist Spanien in Bezug auf die Mengen sichergestellten Cannabisharzes von großer Bedeutung, da dort fast drei Viertel (72 %) der gesamten in der Europäischen Union 2017 sichergestellten Menge beschlagnahmt wurde (Abbildung 1.2).

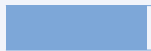
CANNABIS



HARZ

Sicherstellungen

Anzahl

311 000 EU  **329 000** EU + 2

Mengen

466 EU  **550** EU + 2

Preis

(EUR/g)

Wirkstoffgehalt

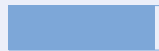
(% THC)



KRAUT

Sicherstellungen

Anzahl

440 000 EU  **486 000** EU + 2

Mengen

209 EU  **304** EU + 2

Preis

(EUR/g)

Wirkstoffgehalt

(% THC)

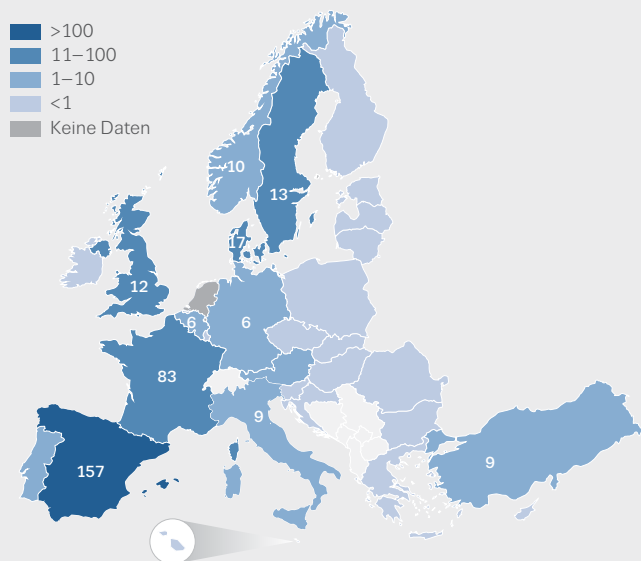


Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Wirkstoffgehalt der Cannabisprodukte: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

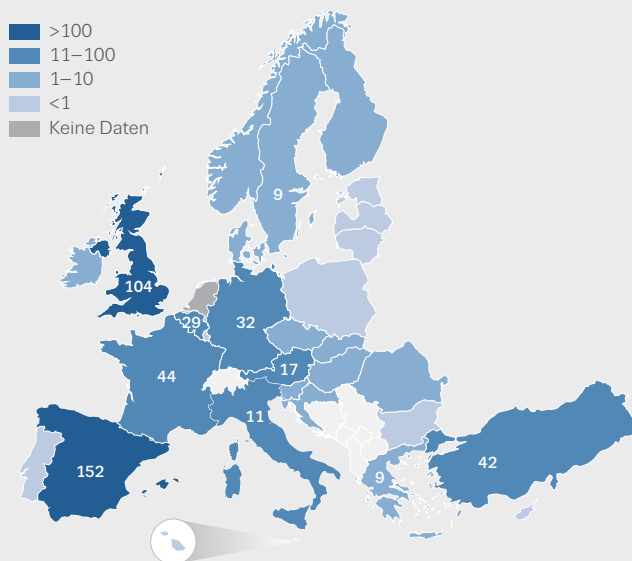
ABBILDUNG 1.2

Sicherstellungen von Cannabisharz und Cannabiskraut, 2017 bzw. aktuellstes Jahr

Anzahl der Sicherstellungen von Cannabisharz (in Tausend)

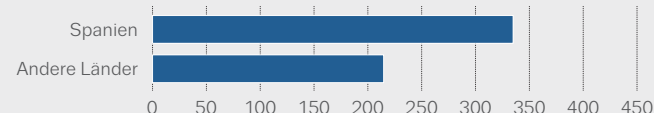


Zahl der Sicherstellungen von Cannabiskraut (in Tausend)

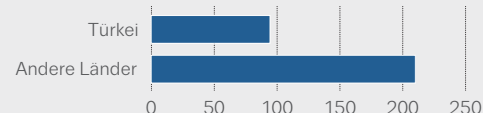


NB: Zahl der Sicherstellungen für die zehn Länder mit den höchsten Werten.

Menge des sichergestellten Cannabisharzes (in Tonnen)



Menge des sichergestellten Cannabiskrauts (in Tonnen)



Die Zahl der in der Europäischen Union gemeldeten Sicherstellungen von Cannabis, sowohl von Harz- als auch von Krautprodukten, ist seit 2012 relativ stabil (Abbildung 1.3). Nach einem Rückgang im Jahr 2015 ist die Menge an sichergestelltem Cannabiskraut jedoch in vielen Ländern gestiegen. Der zwischen 2016 und 2017 verzeichnete Gesamtanstieg ist in erster Linie auf einen erheblichen Anstieg in Griechenland, Spanien und vor allem in Italien zurückzuführen. Seit 2009 wurde in der Türkei Jahr für Jahr mehr Cannabiskraut als in den einzelnen EU-Ländern sichergestellt; 2017 entsprach die Menge an sichergestelltem Cannabiskraut in Italien jedoch fast der in der Türkei sichergestellten Menge. Darüber hinaus wiesen einige Länder, in denen im Allgemeinen kleinere Mengen an Cannabiskraut sichergestellt werden, im Jahr 2017 ebenfalls beträchtliche Zunahmen auf. Ein Beispiel hierfür ist Ungarn, wo die sichergestellte Menge sieben Mal höher war als die im Vorjahr sichergestellte Menge (über 3,5 Tonnen im Jahr 2017 im Vergleich zu 0,5 Tonnen im Jahr 2016).

Die Sicherstellungen von Cannabispflanzen können als Indikator für die Produktion der Droge innerhalb eines Landes dienen. Aufgrund der unterschiedlichen Prioritäten der einzelnen Länder bei der Strafverfolgung und der

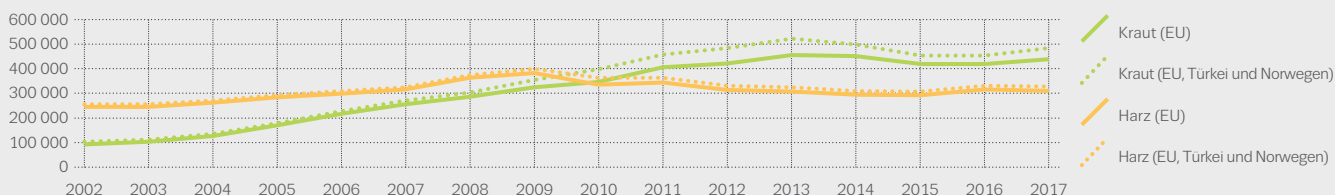
Berichterstattung sind die Daten jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Die Zahl der in Europa sichergestellten Pflanzen erreichte aufgrund eines intensiven Verbots in Italien im Jahr 2012 einen Höchststand von 7 Millionen, bevor sie im Jahr 2015 auf 2,5 Millionen Pflanzen zurückging und im Jahr 2017 auf 3,4 Millionen Pflanzen stieg. 2017 meldeten die europäischen Länder 490 Sicherstellungen von Cannabisöl, wobei in der Türkei (50 Liter bei 3 Sicherstellungen) und Griechenland (12 kg bei 37 Sicherstellungen) die größten Mengen beschlagnahmt wurden.

Die Analyse der indexierten Trends in denjenigen Ländern, die regelmäßig Daten zu Preisen und Wirkstoffgehalten übermitteln, zeigt seit 2007 einen starken Anstieg des Wirkstoffgehalts sowohl bei Cannabiskraut als auch bei Cannabisharz. Der Wirkstoffgehalt von Cannabisharz ist seit 2009 kontinuierlich gestiegen. Der Anstieg des durchschnittlichen Wirkstoffgehalts bei Cannabisharz ist wahrscheinlich auch auf die Einführung hochpotenter Pflanzen und neuer Produktionstechniken in Marokko und in geringerem Maße auf die verstärkte Nutzung von Harz-Extraktionsverfahren in Europa, die Produkte mit höherem Wirkstoffgehalt erzeugen, zurückzuführen. Nach einer stabilen Phase zwischen 2013 und 2016 ist der

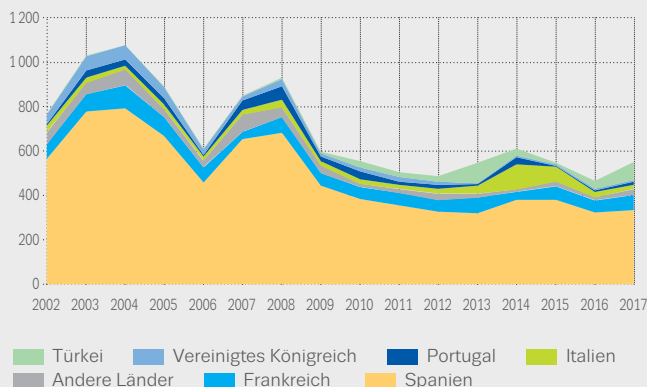
ABBILDUNG 1.3

Zahl der Cannabis-Sicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends für Harz und Kraut

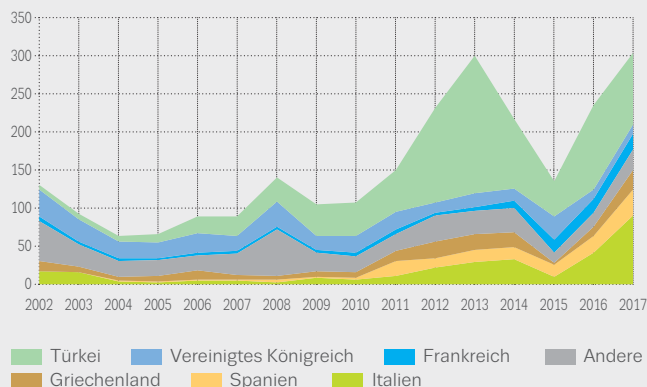
Anzahl der Sicherstellungen



Harz (in Tonnen)



Kraut (in Tonnen)



durchschnittliche Wirkstoffgehalt von Cannabiskraut seit 2017 gestiegen. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob dieser Anstieg der Beginn eines neuen Trends ist. Aus den Daten geht hervor, dass der Endkundenpreis pro Gramm für Cannabisharz und Cannabiskraut ähnlich ist und dass die Preise seit 2009 stabil geblieben sind.

Verfügbarkeit von Cannabis-Produkten mit geringem THC-Gehalt

Seit 2017 werden Cannabiskraut und Cannabisöl in einigen EU-Ländern in Naturkostläden oder Fachgeschäften frei zum Verkauf angeboten. Der Verkauf erfolgt auf der Grundlage, dass diese Produkte eine geringe oder keine toxische Wirkung haben und daher nicht den Drogengesetzen unterliegen.

Cannabiskraut und Cannabiskraut-Extrakte sind für die beiden Cannabinoide Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) bekannt. THC kann zu Vergiftungen führen, während CBD mit gesundheitlichem Nutzen in Verbindung gebracht wird, obwohl es für die meisten untersuchten Beschwerden derzeit kaum Belege gibt. Der jeweilige Anteil dieser Cannabinoide kann von Pflanze zu Pflanze stark variieren. Die gemeinsame Agrarpolitik der EU subventioniert den Anbau bestimmter Sorten von Cannabispflanzen für die industrielle Nutzung, sofern der THC-Gehalt 0,2 % nicht übersteigt (ein Grenzwert, mit dem

ursprünglich zwischen Pflanzenarten unterschieden werden sollte und der kein Sicherheitsprofil für den menschlichen Konsum darstellt). Die nationalen Grenzwerte liegen zwischen 0 und 0,3 %.

Die neuen Produkte enthalten angeblich weniger als 0,2 % bzw. 0,3 % THC und können in zwei grobe Kategorien unterteilt werden, die sich jedoch überschneiden können. Die erste Kategorie wird illegalen Cannabis-Konsumierenden als „legaler“ Cannabis angeboten, und zwar in Formen, die üblicherweise geraucht werden. Die zweite Kategorie, die mit „Gesundheit“ und „Wohlbefinden“ in Verbindung gebracht wird, wobei der CBD-Anteil hervorgehoben wird, wird häufig in Form von Ölen oder Cremes vermarktet. Diese Kategorien spiegeln sich auch in der Art und optischen Gestaltung der Verkaufsstellen wider. Da es keinen vereinbarten Prüfstandard für diese Produkte gibt, kann der THC- und der CBD-Gehalt von den auf den Etiketten angegebenen Werten oder von den „Testergebnissen“, die auf dem Produkt oder in der Verkaufsstelle angegeben werden, abweichen.

Heroin: Anstieg der sichergestellten Mengen

Heroin ist 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 Morphin gewonnen wird, das aus in Afghanistan angebautem Mohn extrahiert wird. Weniger verbreitet ist das weiße Heroin (in Salzform), das in der Vergangenheit aus Südostasien eingeschmuggelt wurde, mittlerweile aber auch in Afghanistan oder benachbarten Ländern produziert werden könnte. Andere Opioide, die auf illegalen Märkten in Europa erhältlich sind, sind Opium und die Medikamente Morphin, Methadon, Buprenorphin, Tramadol und verschiedene Fentanyl-derivate. Einige dieser 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 angebautem Mohn beschränkt. Die Entdeckung von Laboren zur Herstellung von Heroin aus Morphin unter Verwendung von Essigsäureanhydrid in Bulgarien, Tschechien, Spanien und den Niederlanden in den letzten Jahren legt in Verbindung mit dem Anstieg an sichergestelltem Morphin und Opium den Schluss nahe, dass ein Teil des Heroins nun näher an den Verbrauchermärkten 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 billiger als in den Opium erzeugenden Ländern sind. Die Herstellung der Droge in der Nähe des Konsumentenmarktes kann auch darauf abzielen, das Risiko für Sicherstellungen zu reduzieren.

Heroin gelangt im Wesentlichen auf vier Schmuggelrouten nach Europa. Die beiden wichtigsten sind die „Balkanroute“ und die „Südroute“. Die Balkanroute ist wichtiger und führt über die Türkei in die Balkanländer (Bulgarien, Rumänien oder Griechenland) und von dort aus weiter nach Mittel-, Süd- und Westeuropa. Zudem ist ein Ableger der Balkanroute über Syrien und den Irak entstanden. 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“ von Afghanistan über Zentralasien nach Russland sowie eine Route durch den südlichen Kaukasus und über das Schwarze Meer.

In einigen europäischen Ländern wurde etwa 2010/11 eine Phase mit einer geringeren Heroinverfügbarkeit in Verbindung mit einem allgemeinen Rückgang sowohl der Sicherstellungen als auch der sichergestellten Mengen beobachtet. Seitdem hat sich die Zahl der Sicherstellungen stabilisiert; im Jahr 2017 wurden bei 37 000 Sicherstellungen 5,4 Tonnen Heroin beschlagnahmt. In der Türkei wird weiterhin mehr Heroin als in allen anderen europäischen Ländern zusammen sichergestellt (Abbildung 1.4). Nach einem erheblichen Rückgang der Sicherstellungen von 12,8 auf 5,6 Tonnen

HEROIN

Sicherstellungen

Anzahl

37 000 EU  **50 000** EU + 2

Mengen

5,4 EU  **22,9** EU + 2

Preis

(EUR/g)

140 €
28–58 €
15 €

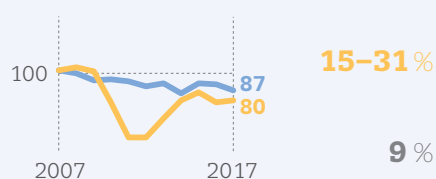
Reinheit

(%)

51 %
15–31 %
9 %

Indexierte Trends

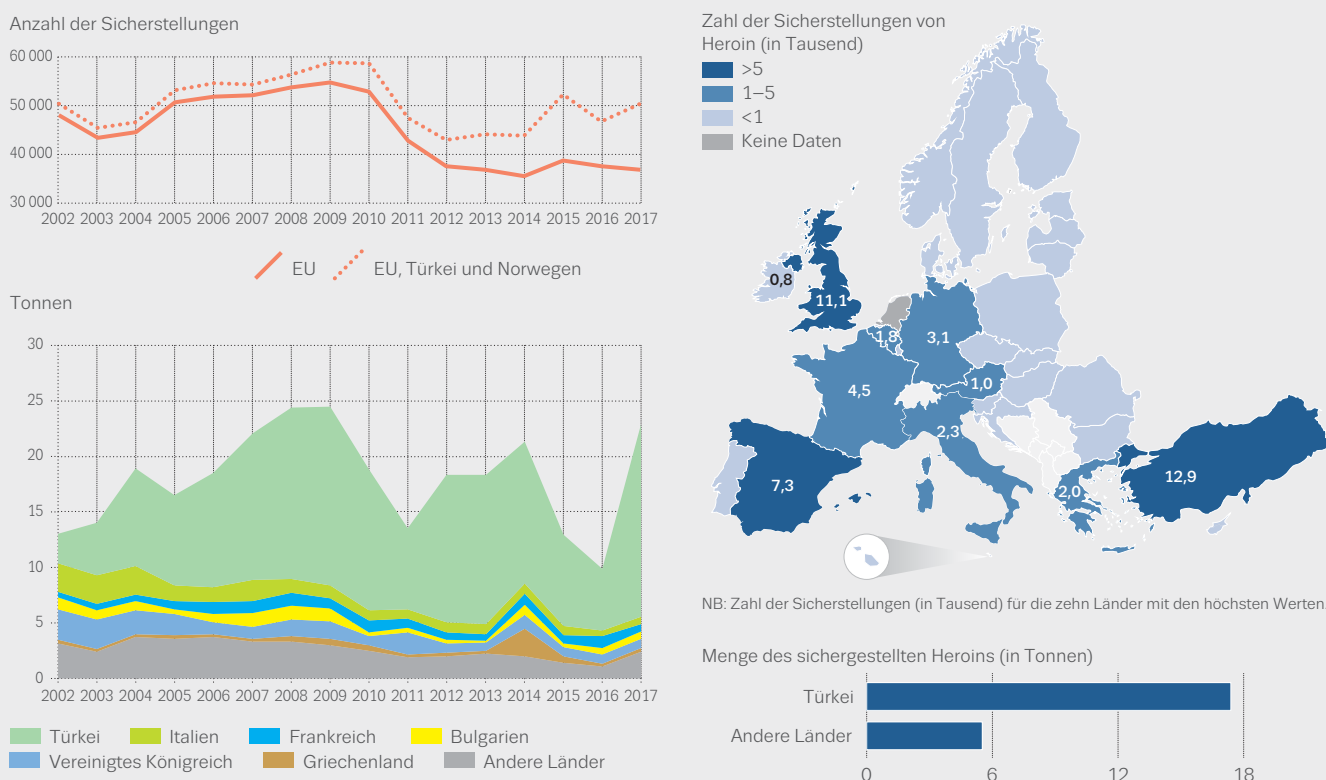
Preis und Reinheitsgrad



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

ABBILDUNG 1.4

Zahl der Heroin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2017 bzw. aktuellstes Jahr



im Zeitraum 2014 bis 2016 wurden im Jahr 2017 in der Türkei 17,4 Tonnen Heroin sichergestellt, was die größte Menge innerhalb von zehn Jahren war.

Unter den Ländern, die regelmäßig Daten zu Preisen und Reinheitsgehalten vorlegen, legen indexierte Trends nahe, dass die Heroinreinheit nach einem starken Rückgang zwischen 2009 und 2011 rasch anstieg, bevor sie sich in den letzten Jahren unter dem Niveau von 2007 einpegelte. Im Gegensatz dazu ist der Endkundenpreis von Heroin in den letzten zehn Jahren insgesamt leicht zurückgegangen, wobei dieser Rückgang auch 2017 verzeichnet wurde.

Neben Heroin werden in europäischen Ländern auch andere Opioid-Produkte sichergestellt. Obwohl sie nur einen Bruchteil der gesamten Opioid-Sicherstellungen ausmachten, stiegen sie im Jahr 2017 deutlich an. Die anderen Opioide, die am häufigsten sichergestellt werden, sind u. a. die medizinischen Opioide Tramadol, Buprenorphin und Methadon (siehe Tabelle 1.1). Im Jahr 2017 wurde das zweite Jahr in Folge ein Anstieg der sichergestellten Mengen an Tramadol und Fentanylderivaten gemeldet. Darüber hinaus waren die sichergestellten Opium- und Morphin-Mengen im Jahr 2017 wesentlich höher als im Vorjahr.

TABELLE 1.1

Sicherstellungen anderer Opioide als Heroin im Jahr 2017

Opioid	Anzahl	Menge				Anzahl der Länder
		Kilogramm	Liter	Tabletten	Pflaster	
Methadon	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorphin	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Fentanylderivate	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morphin	358	246,0	1,3	9 337		13
Opium	1 837	2 177,9				17
Codein	522	0,1		18 475		8
Dihydrocodein	21			1 436		4
Oxycodon	560	0,0001		18 035		8

Europas Stimulanzienmarkt: regionale Unterschiede

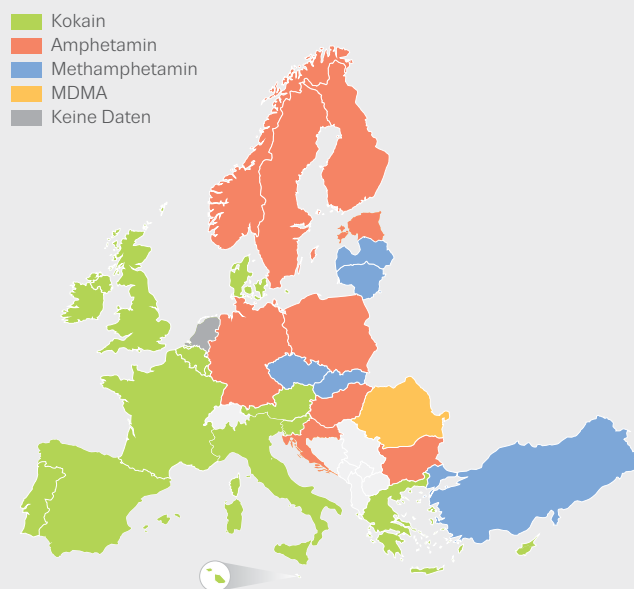
Die in Europa am weitesten verbreiteten illegalen Stimulanzien sind Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und MDMA. Im Hinblick auf die am häufigsten sichergestellten Stimulanzien sind erhebliche regionale Unterschiede festzustellen (Abbildung 1.5), abhängig von der geografischen Lage der Einfuhrpunkte 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: Sicherstellungen in historischer Höhe

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 Kolumbien, Bolivien und Peru angebaut. Kokain wird von verschiedenen Ausgangspunkten in Süd- und Mittelamerika über verschiedene Wege nach Europa geschmuggelt, u. a. mit Linienflügen, per Luftfracht und mit Privatflugzeugen, Jachten und anderen kleinen Schiffen. Die größte Menge scheint jedoch per Seefracht, vor allem in Containern, geschmuggelt zu werden. Die Karibik sowie West- und Nordafrika sind wichtige Durchgangsgebiete für Kokain, das nach Europa geschmuggelt wird.

ABBILDUNG 1.5

In Europa am häufigsten sichergestellte Stimulanzien, 2017 bzw. aktuellstes Jahr



2017 erreichte die Zahl der Kokain-Sicherstellungen mit über 104 000 Sicherstellungen und die sichergestellte Gesamt-Kokainmenge mit 140,4 Tonnen das höchste jemals in der Europäischen Union verzeichnete Niveau. Die sichergestellte Menge überschritt die Rekordmenge von 2006 um mehr als 20 Tonnen, was der doppelten sichergestellten Menge von 2016 entspricht (siehe Abbildung 1.6). Belgien (45 Tonnen) und Spanien (41 Tonnen) machten zusammen mit 86 Tonnen einen Anteil von 61 % der geschätzten Sicherstellungen im Jahr 2017 in der EU aus; Frankreich (17,5 Tonnen) und die Niederlande (14,6 Tonnen) meldeten ebenfalls große Mengen. Darüber hinaus hat die Reinheit von Kokain auf

KOKAIN

Sicherstellungen

Anzahl

104 000 EU  **109 000** EU + 2

Mengen

140,4 EU  **142,0** EU + 2

Preis

(EUR/g)

135 €

55–82 €

38 €

Reinheit

(%)

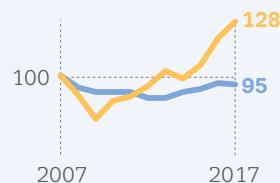
88 %

49–71 %

27 %

Indexierte Trends

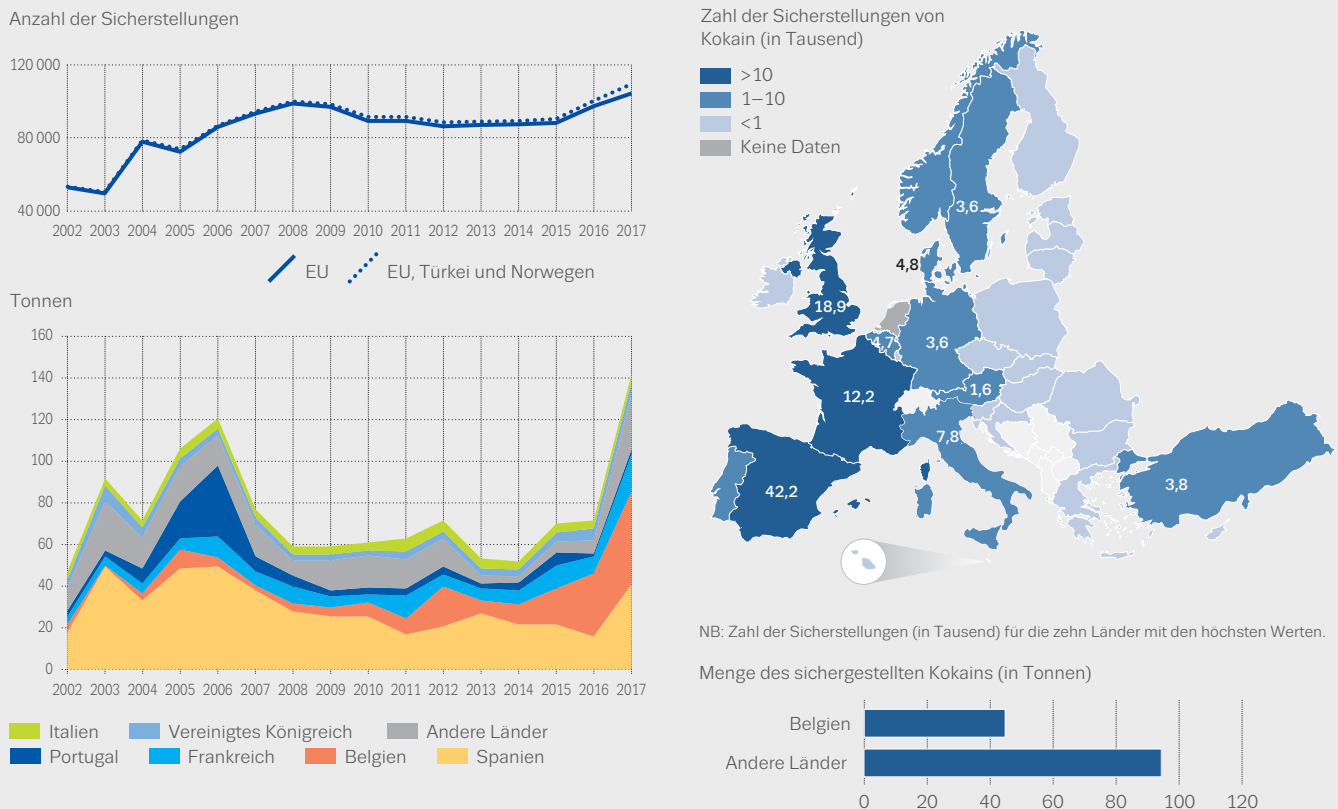
Preis und Reinheitsgrad



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

ABBILDUNG 1.6

Zahl der Kokain-Sicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2017 bzw. aktuellstes Jahr



Konsumentenbasis seit 2010 zugenommen, vor allem in den Jahren 2016 und 2017, als sie den höchsten Stand der letzten zehn Jahre erreichte. Der Endkundenpreis für Kokain ist stabil geblieben. Zusammengenommen legen diese Indikatoren nahe, dass die Kokainverfügbarkeit auf einem Rekordhoch ist.

Die Zahl der Crack-Sicherstellungen ist in den Ländern, die diesbezügliche Daten vorlegen, niedrig und stabil. Dies lässt sich teilweise dadurch erklären, dass Crack in Europa in der Nähe der Verbrauchermärkte hergestellt wird und nicht über Grenzen befördert wird, an denen üblicherweise Sicherstellungen erfolgen.

Die Zahl und Menge der Sicherstellungen von Kokablättern ist auf insgesamt 204 kg Kokablätter im Jahr 2017 gestiegen; außerdem wurde eine kleinere Menge an Kokapaste beschlagnahmt. Dies deutet auf eine Änderung der Produktionstaktik einiger krimineller Organisationen hin, da in Europa in den meisten der früher ausfindig gemachten Kokainlabore keine Kokablätter verarbeitet wurden, sondern es sich dabei um „sekundäre Extraktionslabore“ handelte, in denen Kokain aus Materialien gewonnen wird, in die es eingearbeitet wurde (wie Wein, Kleidung, Kunststoffe).

**Die Indikatoren legen nahe,
dass die Kokainverfügbarkeit
auf einem Rekordhoch ist**

Drogenherstellung: Entwicklungen bei den Vorläuferstoffen

Vorläuferstoffe von Drogen sind Chemikalien, die zur Herstellung illegaler Drogen benötigt werden. Historisch betrachtet liegt das Hauptproblem in Europa bei den Vorläuferstoffen für die Herstellung von synthetischen Drogen wie Amphetaminen, Methamphetaminen und MDMA. Die Entstehung von Heroinlaboren in der EU hat jedoch die Abzweigung von Essigsäureanhydrid, dem Vorläuferstoff zur Umwandlung von Morphin in Heroin, stärker in den Vordergrund gerückt. Da viele dieser Vorläuferstoffe rechtmäßig verwendet werden, sind sie nicht verboten, aber ihr Handel wird durch EU-Verordnungen, die bestimmte Chemikalien erfassen, überwacht und kontrolliert. Die Verfügbarkeit von Vorläuferstoffen und anderen Chemikalien, die für die Drogenherstellung erforderlich sind, hat große Auswirkungen auf den Markt für synthetische Drogen und auf die Produktionsmethoden in illegalen Laboren. Nach und nach entstehen auch Herstellungstechniken, um Aufdeckung, Kontrollen und Sanktionen zu verhindern. Zu den Änderungen gehört meist die Nutzung alternativer Substanzen zur Herstellung synthetischer Drogen oder deren Vorläuferstoffen, was dann zur bevorzugten Produktionsmethode wird. Durch die zusätzliche Verarbeitung aufgrund der Verwendung dieser alternativen Substanzen und die komplexeren Syntheseverfahren können mehr Chemikalien erforderlich sein, wodurch mehr

Abfall entsteht, der bei unsachgemäßer Entsorgung potenziell zu größeren Umweltschäden führt.

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 zeigt weiterhin Wirkung; die sichergestellte Menge sank von 48 Tonnen im Jahr 2013 auf rund 5 Tonnen im Jahr 2017. Die Zahl der Sicherstellungen der alternativen Chemikalie APAA (Alpha-Phenylacetoacetamid) stieg im Jahr 2016 und noch einmal im Jahr 2017 stark an. Auch die sichergestellte Menge von Glycidderivaten von BMK, die ebenfalls leicht in BMK umgewandelt werden können und erstmals im Jahr 2015 gemeldet wurden, stieg im Jahr 2016 auf 3 Tonnen und im Jahr 2017 auf fast 6 Tonnen.

Die sichergestellten Mengen von PMK (Piperonylmethylketon) und nicht erfassten Chemikalien für die Herstellung von MDMA nahmen im Jahr 2017 drastisch zu. Alle Sicherstellungen von PMK und die meisten Sicherstellungen von Glycidderivaten von PMK fanden 2017 in den Niederlanden statt. Darüber hinaus wurden in den Niederlanden große Mengen von 2-Brom-4-Methylpropiofenon, einem Vorläuferstoff für synthetische

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 Drogen verwendet werden, 2017

Geplant/nicht geplant	Sicherstellungen		Abgefangene Lieferungen		GESAMT	
	Anzahl	Menge	Anzahl	Menge	Anzahl	Menge
MDMA oder verwandte Substanzen						
PMK (Liter)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrol (Liter)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonal (kg)	3	37	4	4 800	7	4 837
Glycid-Derivate von PMK (kg)	21	11 213	0	0	21	11 213
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Amphetamin und Methamphetamin						
BMK (Liter)	29	1 021	0	0	29	1 021
Ephedrin, in loser Form (kg)	13	23	1	<1	14	23
Pseudoephedrin, in loser Form (kg)	23	1 381	0	0	23	1 381
APAAN (kg)	9	71	0	0	9	71
PAA, Phenylessigsäure (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	92	11 566	0	0	91	11 566
Glycid-Derivate von BMK (kg)	4	1 625	0	0	4	1 625
Sonstige						
Essigsäureanhydrid (Liter)	15	20 559	64	303 741	79	324 300
2-Brom-4-Methylpropiofenon (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-Phenethyl-4-Piperidon (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

Cathinone, sowie große Mengen von BMK (und Glycidderivaten von BMK) sichergestellt, was die zentrale Rolle des Landes bei der Herstellung von synthetischen Drogen in der Europäischen Union bestätigt.

Im Jahr 2017 wurden über 81 Tonnen Essigsäureanhydrid sichergestellt und weitere 243 Tonnen wurden vor der Auslieferung abgefangen; dies stellt im Vergleich zu den Vorjahren einen großen Anstieg dar. Darüber hinaus muss erwähnt werden, dass Estland die Sicherstellung einer erheblichen Menge von *N*-Phenethyl-4-Piperidon meldete, einem Vorläuferstoff zur Herstellung von Fentanylderivaten.

Amphetamin- und Methamphetamin-Sicherstellungen: Anzeichen für kontinuierlichen Anstieg

Amphetamin und Methamphetamin sind synthetische Stimulanzien, die in einigen Datensätzen als „Amphetamine“ zusammengefasst werden. Die Daten zu den in den letzten zehn Jahren vorgenommenen

Sicherstellungen lassen darauf schließen, dass die Verfügbarkeit von Methamphetamin leicht gestiegen ist und sich geografisch ausgeweitet hat, jedoch nach wie vor deutlich niedriger ist als die Verfügbarkeit von Amphetamin.

Beide Drogen werden in Europa für den europäischen Markt hergestellt. Die verfügbaren Daten lassen darauf schließen, dass Amphetamine vorwiegend in Belgien, den Niederlanden und Polen sowie in geringerem Maße in den baltischen Staaten und Deutschland hergestellt werden. Alle Stufen der Amphetaminherstellung werden gewöhnlich am selben Standort durchgeführt. Sicherstellungen von Amphetaminöl in einigen Mitgliedstaaten legen jedoch nahe, dass das Produkt zwischen den Ländern geschmuggelt wird und die letzte Produktionsstufe am oder in der Nähe des vorgesehenen Bestimmungsortes durchgeführt wird.

In der Europäischen Union wird auch Amphetamin für den Export, in erster Linie in den Nahen Osten, hergestellt. Große

AMPHETAMINE



AMPHETAMIN

Sicherstellungen

Anzahl

35 000 EU  **40 000** EU + 2

Mengen

6,4 EU  **13,4** EU + 2

Preis

(EUR/g)

22€
7–13€
4€

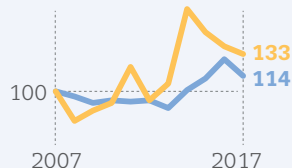
Reinheit

(%)

50 %
17–29 %
13 %

Indexierte Trends

Preis und Reinheitsgrad



METHAMPHETAMIN

Sicherstellungen

Anzahl

9 000 EU  **19 000** EU + 2

Mengen

0,7 EU  **1,4** EU + 2

Preis

(EUR/g)

130€
12–83€
10€

Reinheit

(%)

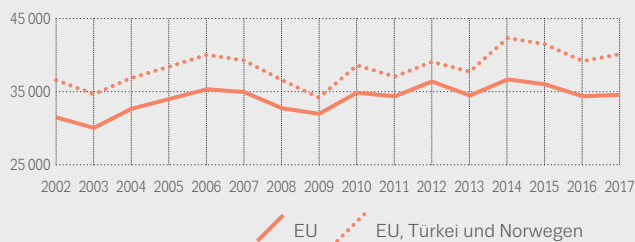
90 %
21–72 %
12 %

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

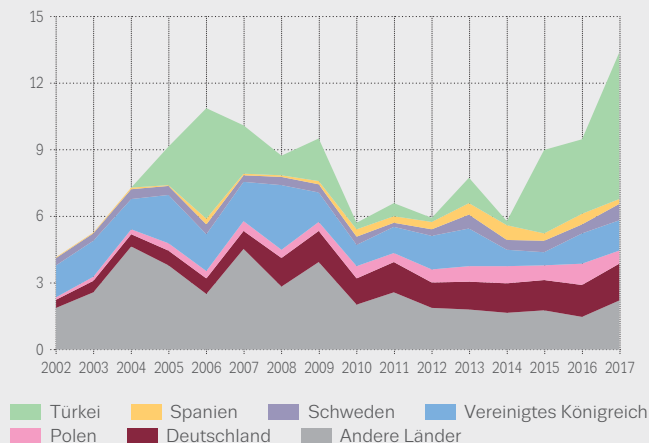
ABBILDUNG 1.7

Zahl der Amphetamin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge: Trends und 2017 bzw. aktuellstes Jahr

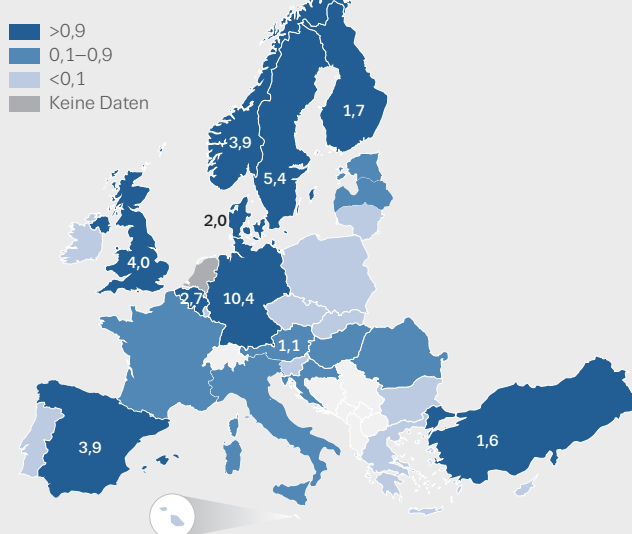
Anzahl der Sicherstellungen



Tonnen

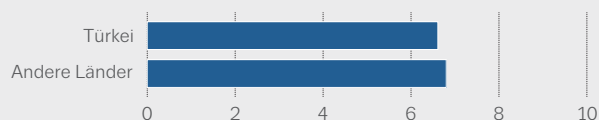


Zahl der Sicherstellungen von Amphetamin (in Tausend)



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

Menge des sichergestellten Amphetamins (in Tonnen)



Mengen an Amphetamintabletten mit einem „Captagon“-Logo, die in der Türkei sichergestellt wurden, werden den Meldungen zufolge mit Syrien in Verbindung gebracht.

In Europa sichergestelltes Methamphetamin wird vorwiegend in Tschechien und in den Grenzgebieten der angrenzenden Länder hergestellt. Eine kleinere Zahl illegaler Methamphetaminlabore wird jedes Jahr in den Niederlanden entdeckt. Manchmal handelt es sich dabei um recht große Anlagen, die hauptsächlich für die Märkte in Fernost und Ozeanien produzieren. In Tschechien wird Methamphetamin vor allem aus Pseudoephedrin hergestellt, das aus medizinischen Produkten extrahiert wird. Im Jahr 2017 wurden in der Europäischen Union 298 illegale Methamphetaminlabore gemeldet, davon 264 in Tschechien. Dabei handelt es sich überwiegend um kleine Labore, die von lokalen konsumierenden Händlern betrieben werden und den heimischen Markt versorgen. In den vergangenen Jahren wurden jedoch auch größere Einrichtungen entdeckt, in denen nicht tschechische organisierte kriminelle Gruppen Methamphetamin für andere europäische Länder herstellen.

Im Jahr 2017 meldeten die EU-Mitgliedstaaten 35 000 Sicherstellungen von insgesamt 6,4 Tonnen Amphetamin. Die geschätzte Menge des in der Europäischen Union sichergestellten Amphetamins

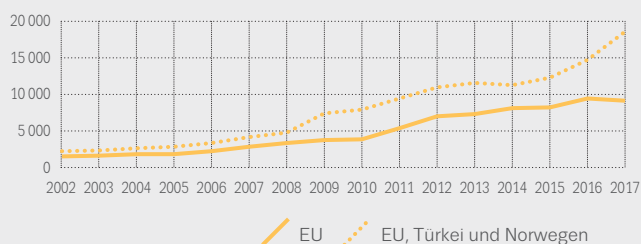
schwankt seit 2010 im Allgemeinen um jährlich 5 bis 6 Tonnen, auch wenn die Menge in den letzten beiden Jahren gestiegen ist (Abbildung 1.7). In Deutschland und dem Vereinigten Königreich werden im Allgemeinen die größten Mengen sichergestellt – oft mehr als eine Tonne je Sicherstellung. Im Jahr 2017 wurden in der Europäischen Union im Rahmen von 9 000 Sicherstellungen insgesamt 0,7 Tonnen Methamphetamin sichergestellt, wobei der größte Anteil auf Frankreich (122 kg), Deutschland (114 kg) und Tschechien (93 kg) entfiel (Abbildung 1.8). Die Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin ist seit 2002 gestiegen, wobei sich in den letzten Jahren Anzeichen für eine Stabilisierung zeigen; die sichergestellte Menge hat, wenn auch mit einigen Schwankungen, seit 2009 zugenommen.

Im Jahr 2017 wurde in der Türkei mehr Amphetamin (6,6 Tonnen) als in allen EU-Mitgliedstaaten zusammen (6,4 Tonnen) sichergestellt. Fast das gesamte in der Türkei sichergestellte Amphetamin war in Tablettenform (26,3 Millionen Tabletten – über 99,5 % der geschätzten gesamten Sicherstellungen). Darunter fanden sich auch große Mengen „Captagon“-Tabletten mit Amphetamin. Die Türkei beschlagnahmte im Jahr 2017 außerdem eine ungewöhnlich große Menge an Methamphetamin (658 kg), die mit der in der Europäischen Union sichergestellten Menge (662 kg) vergleichbar ist.

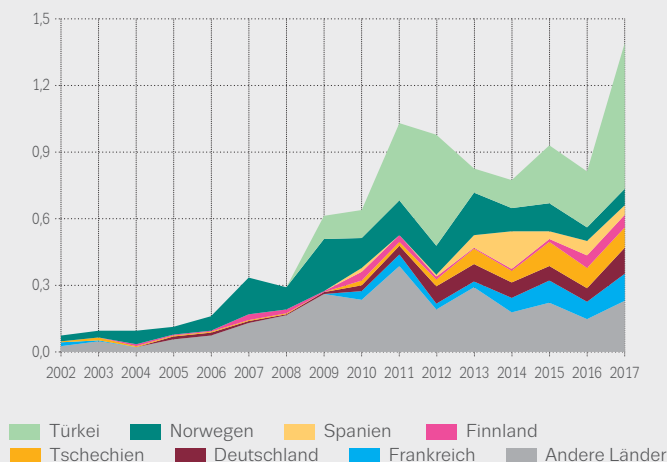
ABBILDUNG 1.8

Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin und sichergestellte Menge: Trends und 2017 bzw. aktuellstes Jahr

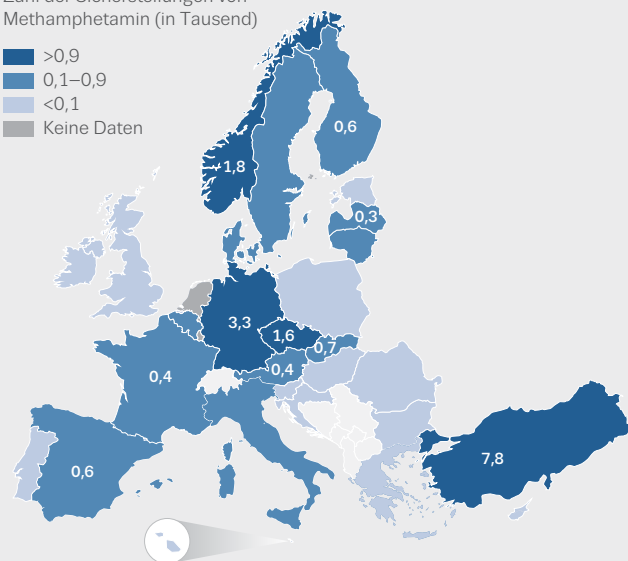
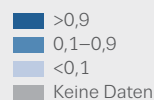
Anzahl der Sicherstellungen



Tonnen

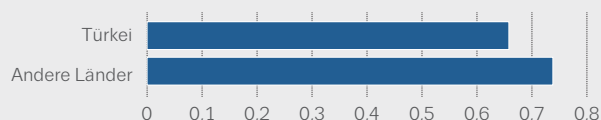


Zahl der Sicherstellungen von Methamphetamin (in Tausend)



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

Menge des sichergestellten Methamphetamins (in Tonnen)



Im Vergleich zu 2007 waren sowohl der Preis als auch die Reinheit des Amphetamins in Europa im Jahr 2017 höher, wenngleich im Vergleich zu 2016 ein leichter Rückgang verzeichnet wurde. In der Regel sind der bei Stichproben nachgewiesene durchschnittliche Reinheitsgrad und Preis bei Methamphetamin höher als bei Amphetamin.

MDMA: erhöhte Produktion und mehr Sicherstellungen

MDMA (3,4-Methylendioxyamphetamin) 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

MDMA



Sicherstellungen

Anzahl

23 000 EU 31 000 EU + 2

Mengen

6,6 EU MILLIONEN TABLETTEN 15,2 EU + 2

1,7 EU TONNEN 1,7 EU + 2

Preis

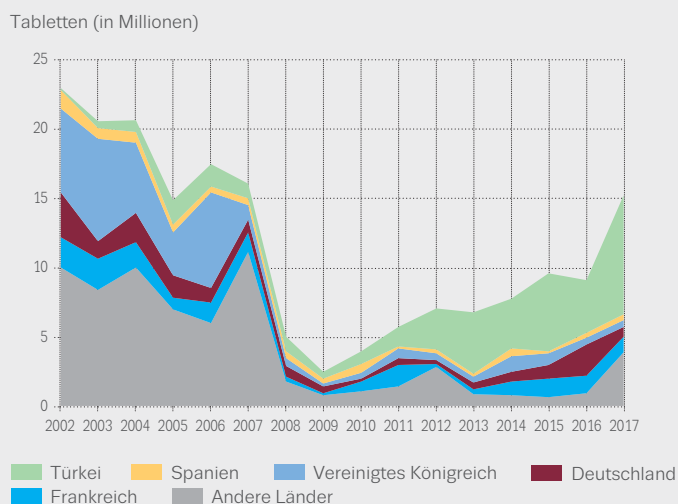
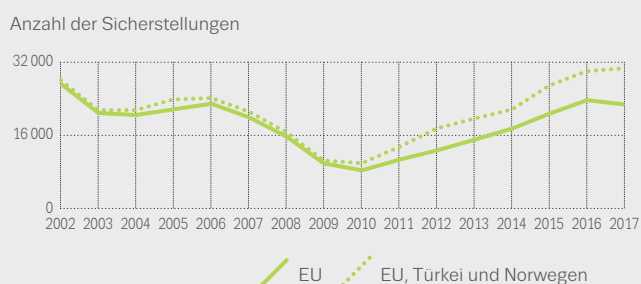
(EUR/Tablette)



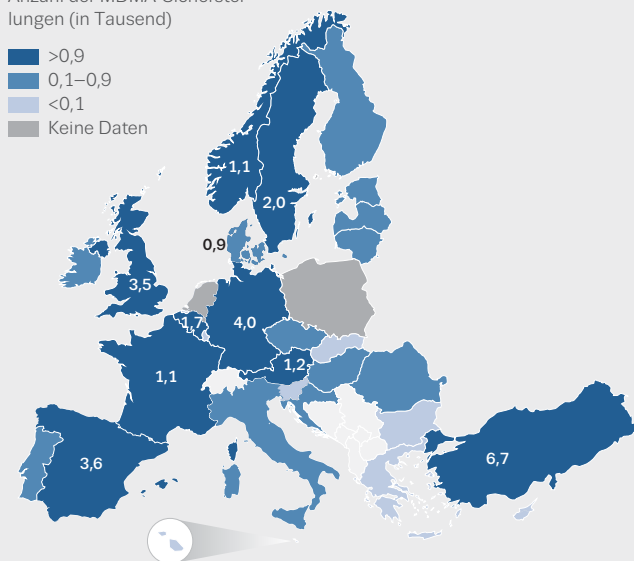
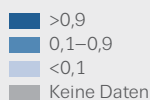
Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheitsgrad von MDMA: nationale Durchschnittswerte – Mindestwert, Höchstwert und Quartilabstand. Je nach Indikator sind unterschiedliche Länder erfasst.

ABBILDUNG 1.9

Zahl der MDMA-Sicherstellungen (alle Formen) und sichergestellte Tablettenmenge: Trends und 2017 bzw. aktuellstes Jahr

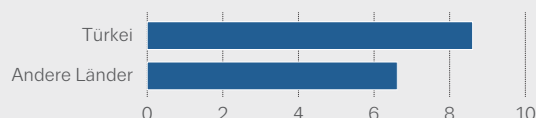


Anzahl der MDMA-Sicherstellungen (in Tausend)



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

Menge der sichergestellten MDMA-Tabletten (in Millionen)



Ecstasy – oder als Pulver und in kristalliner Form konsumiert. Internationale Bemühungen zur Kontrolle von Drogenausgangsstoffen – Chemikalien, die für die Herstellung illegaler Drogen benötigt werden – beeinträchtigten Ende der 2000er Jahre den MDMA-Markt. In letzter Zeit gab es am MDMA-Markt jedoch einen Aufschwung, da die Hersteller einen Ersatzstoff für die Herstellung der Droge fanden, der sich aus nicht kontrollierten Chemikalien zusammensetzt. Dies zeigt sich im durchschnittlichen MDMA-Gehalt der Tabletten in den Ländern, die regelmäßig Daten melden: Dieser ist seit 2010 gestiegen und erreichte im Jahr 2017 den höchsten Stand seit zehn Jahren. Marketing scheint beim Verkauf eine Rolle zu spielen, sodass ständig neue Tabletten in verschiedenen Farben, Formen und mit Markenlogos eingeführt werden.

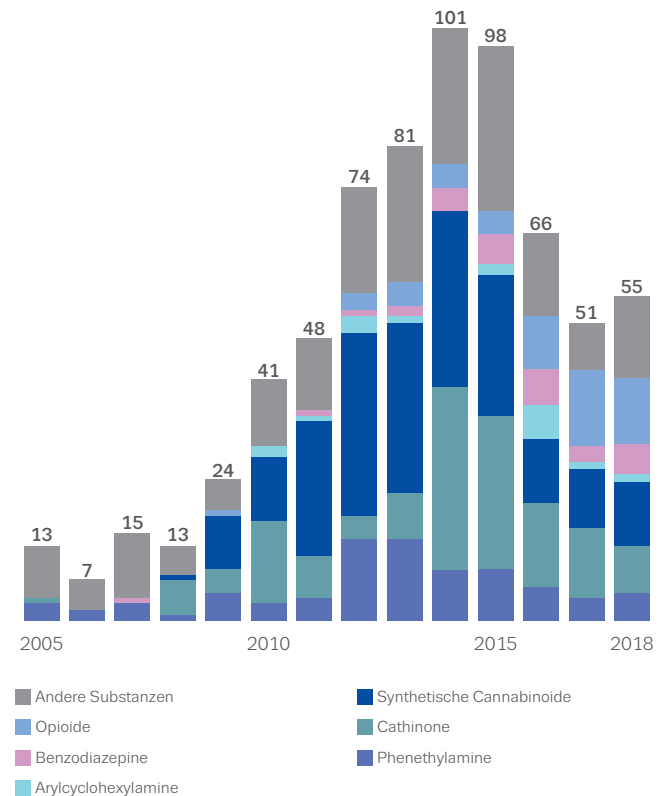
Die Herstellung von MDMA findet in Europa hauptsächlich in den Niederlanden und in Belgien statt. Im Jahr 2017 wurden in der Europäischen Union insgesamt 21 aktive MDMA-Labore ausgehoben (fast doppelt so viele wie im Jahr 2016), die sich alle in den Niederlanden befanden. In Belgien legen Berichte über die Entsorgung von chemischen Abfällen aus der MDMA-Herstellung nahe, dass die Droge auch hier weiter produziert wird, auch wenn 2017 keine MDMA-Produktionsstätten entdeckt wurden.

Berichte über Sicherstellungen außerhalb Europas, die durch die Überwachung von Informationen aus offenen Quellen und Analysen von Marktdaten aus dem Darknet ermittelt wurden, zeigen die wichtige Rolle, die europäische Hersteller beim globalen Angebot von MDMA spielen. Die im Darknet überwachten Marktdaten zeigen u. a., dass diese Märkte zur Vereinfachung des Direktverkaufs an Konsumierende, aber auch von Händlern weltweit genutzt werden, um in Europa hergestelltes MDMA einzukaufen. Analysen haben ergeben, dass die Geschäfte mit Mengen an MDMA-Tabletten, die auf die mittlere Handelsebene hindeuten, mehr als das Doppelte der Umsätze der Mengen auf Kleinhandelsebene ausmachen. Im Gegensatz dazu werden Cannabis- und Kokain-Geschäfte fast ausschließlich auf Kleinhandelsebene getätigt.

Die Zahl der gemeldeten MDMA-Sicherstellungen in der Europäischen Union befindet sich seit 2010 im Aufwärtstrend. Die sichergestellte MDMA-Menge wird häufiger mit der Stückzahl der Tabletten als in Gewicht angegeben. Die geschätzten 6,6 Millionen MDMA-Tabletten, die im Jahr 2017 sichergestellt wurden, stellen den höchsten seit 2007 in der Europäischen Union verzeichneten Wert dar. Bei der Zahl der jährlich in der Europäischen Union sichergestellten MDMA-Tabletten lassen sich über einen längeren Zeitraum Schwankungen

ABBILDUNG 1.10

Anzahl und Kategorien der dem EU-Frühwarnsystem erstmals gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2005–2018



beobachten, die teilweise auf einzelne Sicherstellungen großer Mengen zurückzuführen sind. In einigen Ländern wurde auch MDMA-Pulver sichergestellt. Die in der Europäischen Union gemeldete Menge an sichergestelltem MDMA-Pulver stieg von 0,3 Tonnen im Jahr 2016 auf 1,7 Tonnen im Jahr 2017. Dieser Anstieg ist hauptsächlich auf Sicherstellungen in den Niederlanden zurückzuführen – ein Land, das nun erstmals seit fünf Jahren in der Lage ist, die sichergestellte MDMA-Menge anzugeben, und so zu einer umfassenderen Analyse in diesem Bereich beiträgt.

Große Mengen an MDMA-Tabletten wurden 2017 in der Türkei sichergestellt, mit 8,6 Millionen Tabletten mehr als doppelt so viele wie im Vorjahr und mehr als die gesamte Menge, die in der Europäischen Union sichergestellt wurde (Abbildung 1.9).

Sicherstellungen von LSD, GHB und Ketamin

In der Europäischen Union wurden eine Reihe anderer illegaler Drogen sichergestellt, unter anderem 74 000 Dosen LSD (Lysergsäurediethylamid), die 2017 im Rahmen von über 2 000 Sicherstellungen beschlagnahmt wurden. Die Zahl der Sicherstellungen von LSD hat sich seit 2010 mehr als verdoppelt, wobei die sichergestellten Mengen schwanken. Sechzehn Länder meldeten rund 2 000 Sicherstellungen von Ketamin, bei denen schätzungsweise 194 Kilogramm und 5 Liter dieser Droge sichergestellt wurden. Der größte Anteil dieser Mengen entfiel auf Belgien, Frankreich und das Vereinigte Königreich. Auch Norwegen meldete eine geringe Zahl von Ketamin-Sicherstellungen – 42 Sicherstellungen in Höhe von 0,1 Kilogramm. Im Jahr 2017 wurden von 14 EU-Ländern, Norwegen und der Türkei Sicherstellungen von GHB (Gamma-Hydroxybutyrat) oder GBL (Gamma-Butyrolacton) gemeldet, wobei auf Norwegen über ein Viertel der gesamten Sicherstellungen entfiel. Zusammengefasst wurden bei den geschätzten 1 600 Sicherstellungen fast 127 Kilogramm und 1 300 Liter der Droge beschlagnahmt. In Belgien wurde fast die Hälfte der Gesamtmenge sichergestellt, hauptsächlich GBL.

Neue psychoaktive Substanzen: ein komplexer Markt

Bis Ende 2018 überwachte die EMCDDA über 730 neue psychoaktive Substanzen, von denen 55 im Jahr 2018 erstmals in Europa entdeckt wurden. Diese Substanzen bilden eine breite Palette an Drogen wie synthetische Cannabinoide, Stimulanzien, Opioiden und Benzodiazepine.

Viele der neuen psychoaktiven Substanzen werden in China von Chemie- und Pharmaunternehmen in großen Mengen hergestellt. Aus China werden sie nach Europa versandt, wo sie in Produkte weiterverarbeitet, verpackt und verkauft werden. Sie werden manchmal offen in Ladengeschäften verkauft. Obwohl der offene Verkauf dieser Produkte in einigen Ländern durch Auflagen eingeschränkt wurde, sind sie möglicherweise dennoch verdeckt erhältlich. Sie sind außerdem in Online-Shops oder im Darknet erhältlich oder könnten auf dem illegalen Drogenmarkt verkauft werden. In solchen Fällen können sie unter ihrem eigenen Namen oder als Mischung mit anderen Drogen wie Heroin, Kokain, MDMA oder psychoaktiven Arzneimitteln verkauft werden.

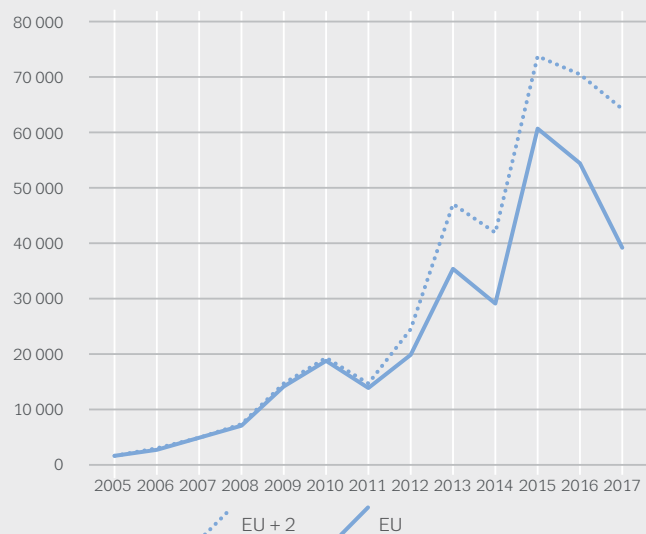
Die Zahl der jährlich erstmals entdeckten Substanzen war 2014–15 auf einem Höchststand, hat sich aber seither auf einem mit den Jahren 2012 und 2013 vergleichbaren Niveau eingependelt (Abbildung 1.10). Die Ursachen hierfür sind unklar, sie könnten jedoch die Ergebnisse verstärkter Bemühungen zur Kontrolle neuer Substanzen in Europa sowie gesetzgeberischer Maßnahmen in China sein.

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. So wurden 2017

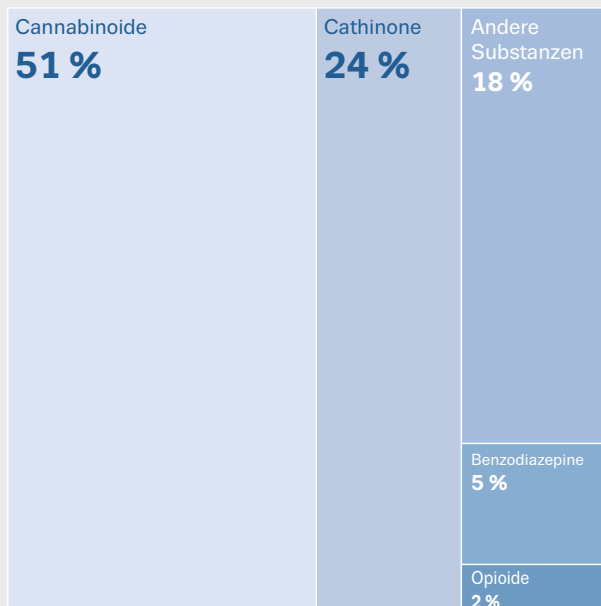
ABBILDUNG 1.11

Dem EU-Frühwarnsystem gemeldete Sicherstellungen: Trends bei den gesamten Sicherstellungen und Anzahl der Sicherstellungen nach Kategorie im Jahr 2017

Zahl der Sicherstellungen



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



beispielsweise 390 Substanzen, etwa die Hälfte der neuen Substanzen, die vom EU-Frühwarnsystem überwacht werden, in Europa entdeckt; einige davon tauchten erstmals vor über zehn Jahren auf. Dies zeigt, wie dynamisch dieser Teil des Drogenmarktes ist: Substanzen tauchen auf und verschwinden dann schnell wieder, die Zahl der sich im Umlauf befindlichen Substanzen bleibt jedoch nach wie vor hoch.

Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen

Im Laufe des Jahres 2017 meldeten Strafverfolgungsbehörden aus ganz Europa fast 64 160 Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen an das EU-Frühwarnsystem. 39 115 dieser Sicherstellungen wurden von den 28 EU-Mitgliedstaaten gemeldet (Abbildung 1.11).

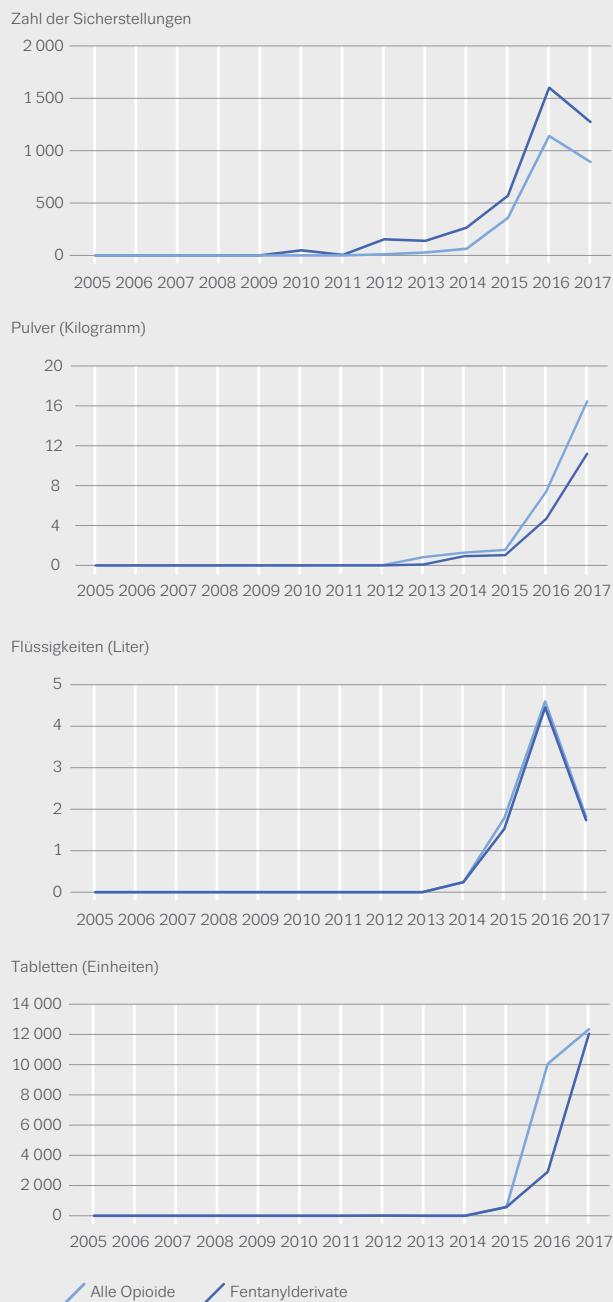
2017 wurden neue psychoaktive Substanzen in allen Kategorien am häufigsten in Form von Pulver sichergestellt und beliefen sich auf 2,8 Tonnen. Dies ist mit den Vorjahreszahlen vergleichbar. Darüber hinaus wurden knapp 240 Kilogramm pflanzlichen Materials gemeldet, von denen zwei Drittel die Form rauchbarer Mischungen mit synthetischen Cannabinoiden aufwiesen. Neue Substanzen wurden auch in Form von Tabletten (6 769 Fälle mit 2,8 Millionen Dosen), Blottern (980 Fälle mit 23 000 Dosen) und Flüssigkeiten (1 430 Fälle mit 490 Litern) gefunden. Einige dieser Flüssigkeiten wurden

als gebrauchsfertige Nasensprays sowie als E-Liquids zum Rauchen („Vapen“) in E-Zigaretten verkauft.

In Europa werden bei neuen psychoaktiven Substanzen normalerweise vor allem synthetische Cannabinoide und Cathinone sichergestellt. In den letzten Jahren ist jedoch eine größere Vielfalt zu verzeichnen, wobei andere Gruppen von Substanzen größere Bedeutung erlangt haben. Die in Europa sichergestellte Menge an Opioiden und Benzodiazepinen scheint beispielsweise zuzunehmen.

ABBILDUNG 1.12

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



NB: Die Daten beziehen sich auf die Europäische Union, die Türkei und Norwegen. Sicherstellungen von Tramadol sind nicht enthalten.

**1 300 Sicherstellungen
von neuen Opioiden wurden
an das EU-Frühwarnsystem
gemeldet**

Neue synthetische Opiode

Seit 2009 wurden auf dem europäischen Drogenmarkt insgesamt 49 neue synthetische Opiode festgestellt – davon wurden 11 erstmals im Jahr 2018 gemeldet. Darin enthalten sind 34 Fentanyl-derivate, von denen sechs erstmals im Jahr 2018 gemeldet wurden. Viele neue Opiode (vor allem solche der Fentanyl-Familie) spielen zwar gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle auf dem europäischen Drogenmarkt, sind jedoch hochpotent und stellen eine ernstzunehmende Bedrohung für den Einzelnen und die öffentliche Gesundheit dar.

Im Jahr 2017 wurden von den Strafverfolgungsbehörden rund 1 300 Sicherstellungen neuer Opiode an das EU-Frühwarnsystem gemeldet. In den meisten dieser Fälle (70 %) wurden Fentanyl-derivate sichergestellt (Abbildung 1.12), es wurden jedoch auch eine Reihe anderer Opiode (wie U-47,700 und U-51,754) gemeldet. Die Gesamtmenge des gemeldeten Opioidpulvers und der gemeldeten Opioidtabletten ist seit 2012 kontinuierlich gestiegen (Abbildung 1.12). Insgesamt beliefen sich die Sicherstellungen neuer Opiode im Jahr 2017 auf rund 17 Kilogramm Pulver, 1,8 Liter Flüssigkeiten und über 29 000 Tabletten. Weniger häufig wurden Opiode in Blottern und in rauchbaren pflanzlichen Mischungen gefunden; in diesen Fällen fehlen bisweilen Angaben über die enthaltenen potenten Opiode, was ein Vergiftungsrisiko für Konsumierende darstellt, insbesondere, wenn diese empfindlich auf Opiode reagieren.

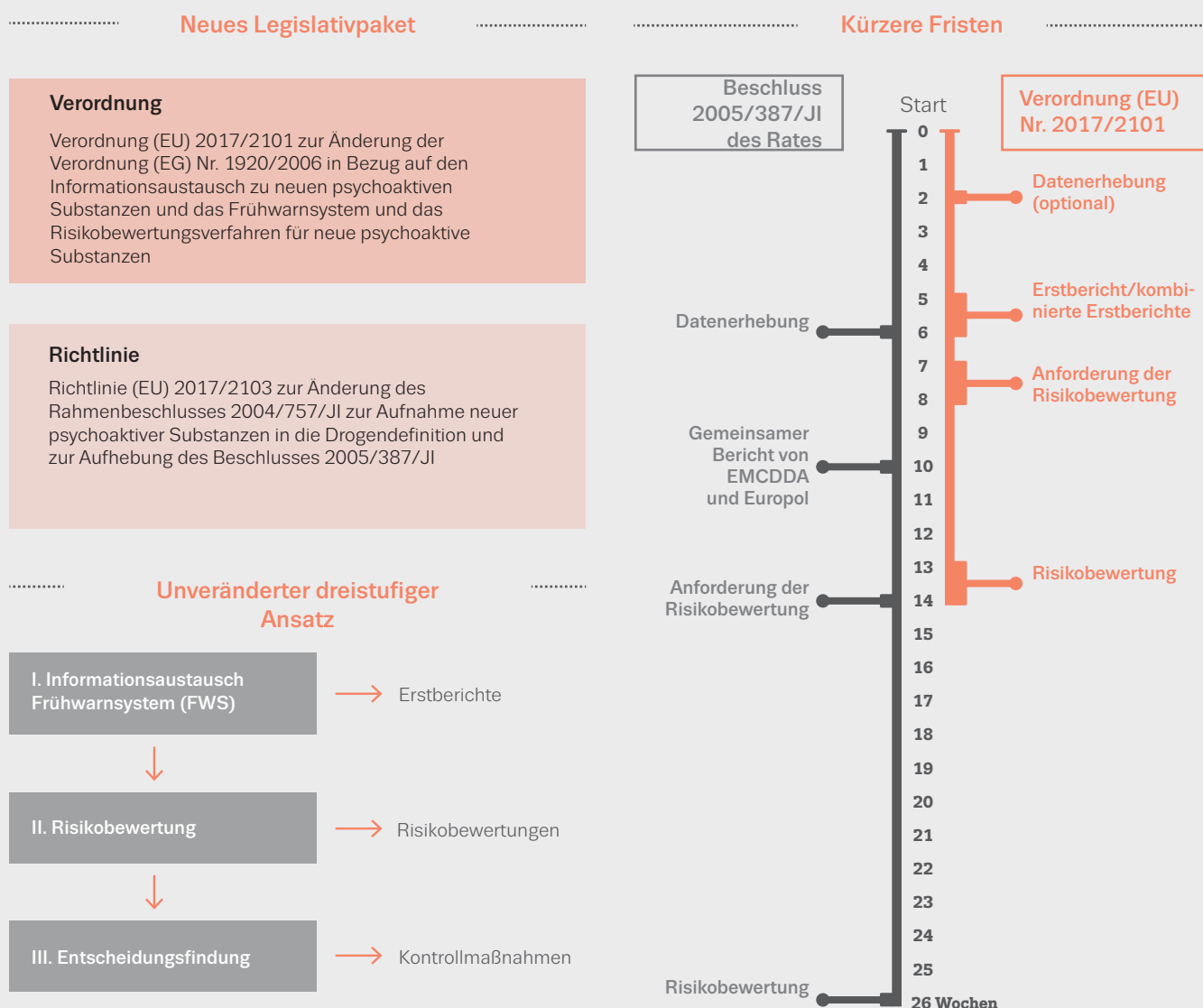
Besonders besorgniserregend sind die Sicherstellungen von Carfentanil in Europa, bei dem es sich um eines der potentesten bekannten Opiode handelt. Im Jahr 2017 wurden in Europa über 300 Sicherstellungen von Carfentanil gemeldet. Bei diesen Sicherstellungen wurden rund 4 Kilogramm Pulver und 250 Milliliter Flüssigkeiten beschlagnahmt. Einige dieser Pulver wurden als Heroin oder vermischt mit Heroin verkauft.

Neue Benzodiazepine

In den letzten Jahren scheint die Zahl, Art und Verfügbarkeit neuer psychoaktiver Substanzen, die zur Klasse der Benzodiazepine gehören und die keinen internationalen Drogengesetzen unterliegen, zu steigen. Einige davon werden als gefälschte Versionen häufig verordneter Arzneimittel gegen Angstzustände wie Alprazolam (Xanax) und Diazepam über bestehende Vertriebsnetzwerke im illegalen Drogenmarkt verkauft. Andere werden online verkauft und manchmal unter ihrem eigenen Namen als „legale“ Versionen zugelassener Medikamente vermarktet.

ABBILDUNG 1.13

Neue beschleunigte EU-Verfahren zur Ermittlung und Reaktion auf neue psychoaktive Substanzen, die in der Europäischen Union auftauchen



Die EMCDDA überwacht derzeit 28 neue Benzodiazepine – von denen 23 erstmals in den letzten fünf Jahren in Europa entdeckt wurden. Im Jahr 2017 wurden fast 3 500 Sicherstellungen neuer Benzodiazepine an das EU-Frühwarnsystem gemeldet. Am häufigsten wurden dabei Tabletten beschlagnahmt (2,4 Millionen Stück), was einen deutlichen Anstieg um rund eine halbe Million Tabletten im Jahr 2016 bedeutet. Dieser Anstieg lässt sich auf eine große Zahl an Sicherstellungen von Etizolam – einer Substanz, die 2011 erstmals an das Frühwarnsystem gemeldet wurde – in einem Land zurückführen. Darüber hinaus wurden im Jahr 2017 rund 27 Kilogramm Pulver, 1,4 Liter Flüssigkeiten und 2 400 Blotter mit neuen Benzodiazepinen beschlagnahmt.

Neue psychoaktive Substanzen: neue gesetzliche Maßnahmen

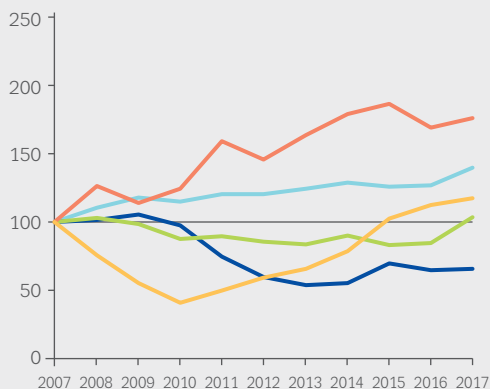
Die europäischen Staaten ergreifen Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenangebots nach Maßgabe von drei Übereinkommen der Vereinten Nationen, in denen ein Rahmen für die Kontrolle von Herstellung, Handel und Besitz von mehr als 240 psychoaktiven Substanzen festgelegt ist. Das rasche Aufkommen neuer psychoaktiver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

ABBILDUNG 1.14

Drogendelikte in der Europäischen Union im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, dem Besitz für den Eigengebrauch oder dem Angebot von Drogen: indexierte Trends und gemeldete Delikte, 2017

Besitz-/Konsumdelikte

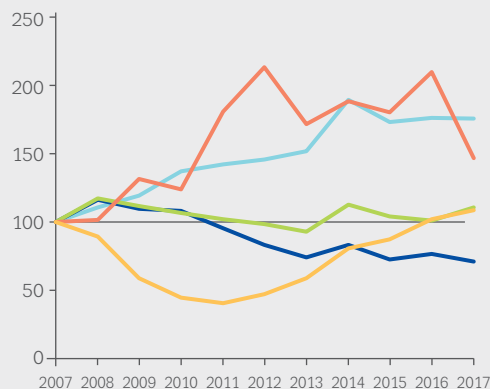
Indexierte Trends



Anzahl der Delikte (Millionen)

**Angebotsdelikte**

Indexierte Trends



Heroin Kokain MDMA Cannabis Amphetamine Andere Substanzen

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

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. 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 Gruppene Definitionen 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, um ein schnelleres und wirksameres System

zu schaffen (Abbildung 1.13). 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 zwei 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 umzusetzen, sobald die Entscheidung in Kraft tritt. Diese neue Gesetzgebung gilt seit dem 23. November 2018 in ganz Europa.

Drogendelikte: Cannabis dominiert

Die Umsetzung der einschlägigen Gesetze wird anhand von Daten über gemeldete Drogendelikte beobachtet. Die Zahlen spiegeln Unterschiede bei den nationalen Gesetzgebungen und Prioritäten und den unterschiedlichen Methoden zur Anwendung und Durchsetzung der Gesetze wider.

In der Europäischen Union wurden im Jahr 2017 schätzungsweise 1,5 Millionen Drogendelikte gemeldet, ein Anstieg um ein Fünftel (20 %) seit 2007. Die meisten

dieser Delikte (79 %), rund 1,2 Millionen Fälle, betrafen die Nutzung oder den Besitz von Drogen, was einem Anstieg von 27 % im Vergleich zu vor zehn Jahren entspricht. Delikte wegen Drogenkonsums oder Drogenbesitzes im Zusammenhang mit Cannabis nahmen kontinuierlich zu. Drei Viertel (75 %) der Straftaten wegen Drogenkonsums oder Drogenbesitzes betrafen Cannabis, obwohl diese Zahl im Vergleich zu 2016 um zwei Prozentpunkte zurückging. Der Aufwärtstrend bei den Delikten im Zusammenhang mit dem Konsum oder Besitz von MDMA hat sich im Jahr 2017 fortgesetzt, obwohl sie immer noch nur 2 % der konsumbedingten Delikte ausmachen (Abbildung 1.14).

Insgesamt ist die Zahl der Drogenangebotsdelikte in der Europäischen Union seit 2007 um 22 % gestiegen, dies entspricht schätzungsweise mehr als 230 000 Fällen im Jahr 2017. Der Großteil der Angebotsdelikte (57 %) stand auch hier in Verbindung mit Cannabis. Meldungen von Drogenangebotsdelikten in Verbindung mit MDMA sind seit 2011 gestiegen (Abbildung 1.14), wohingegen Drogenangebotsdelikte in Verbindung mit Heroin leicht zurückgegangen sind, während die Situation in Verbindung mit Kokain über den gesamten Zeitraum relativ stabil geblieben ist.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

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

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

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 Paper.

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

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

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

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.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und Eurojust

2016

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

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

2

**Unter den Drogenkonsumierenden
ist der polyvalente Drogenkonsum
weit verbreitet**

Prävalenz und Trends des Drogenkonsums

In Europa wird mittlerweile 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. Cannabis ist die am häufigsten konsumierte Droge – die Prävalenz des Konsums ist etwa fünfmal so hoch wie bei anderen 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. Das Ausmaß des Stimulanzienkonsums und die Arten der häufigsten Stimulanzien unterscheiden sich von Land zu Land. Insgesamt gibt es immer mehr Anzeichen für einen Anstieg bei den injizierbaren Stimulanzien. Grundsätzlich konsumieren Männer häufiger Drogen als Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist insbesondere bei intensiveren oder regelmäßigen Konsummustern noch stärker ausgeprägt.

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 werden Analysen der kommunalen Abwässer auf Drogenrückstände herangezogen, die in ausgewählten europäischen Städten durchgeführt werden.

Darüber hinaus tragen Studien, in denen Schätzungen zum hochriskanten Drogenkonsum vorgenommen werden, dazu bei, 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, die Merkmale des hochriskanten Drogenkonsums und die diesbezüglichen Trends besser zu verstehen.

Hier werden auch andere, zielgerichtete Datenquellen verwendet. Diese „Schlüsselindikatoren“ bieten einen Einblick in die sich verändernden Drogenkonsummuster und die Art der konsumierten Drogen. Wenngleich sie nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind, bieten diese Quellen ergänzende Daten. Alle Datenquellen zum Drogenkonsum haben Stärken und Schwächen, und sowohl die Verfügbarkeit als auch die Qualität der Daten kann von Land zu Land variieren. Daher verfolgt die EMCDDA einen vorsichtigen und auf mehreren Indikatoren beruhenden Ansatz zur Beschreibung der europäischen Drogensituation.

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

Rund 96 Millionen Erwachsene haben illegale Drogen konsumiert

Schätzungsweise haben rund 96 Millionen oder 29 % der Erwachsenen (zwischen 15 und 64 Jahren) in der Europäischen Union bereits einmal in ihrem Leben illegale Drogen probiert. Unter Männern (57,8 Millionen) ist die Lebenszeitprävalenz höher als unter Frauen (38,3 Millionen). Die am häufigsten probierte Droge ist Cannabis (55,4 Millionen Männer und 36,1 Millionen Frauen), während die Lebenszeitprävalenzen für Kokain (12,4 Millionen Männer und 5,7 Millionen Frauen), MDMA (9,3 Millionen Männer und 4,6 Millionen Frauen) und Amphetamine (8,3 Millionen Männer und 4,1 Millionen Frauen) deutlich niedriger sind. Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums sind von Land zu Land sehr unterschiedlich und reichen von etwa 4 % der Erwachsenen in Malta bis hin zu 45 % in Frankreich.

Der Drogenkonsum der letzten zwölf Monate wird als Messwert für den aktuellen Drogenkonsum unter jungen Erwachsenen herangezogen. Schätzungsweise haben 19,1 Millionen junge Erwachsene (zwischen 15 und 34 Jahren) in den letzten zwölf Monaten Drogen konsumiert (16 %), wobei rund doppelt so viele Männer (20 %) wie Frauen (11 %) dies berichten.

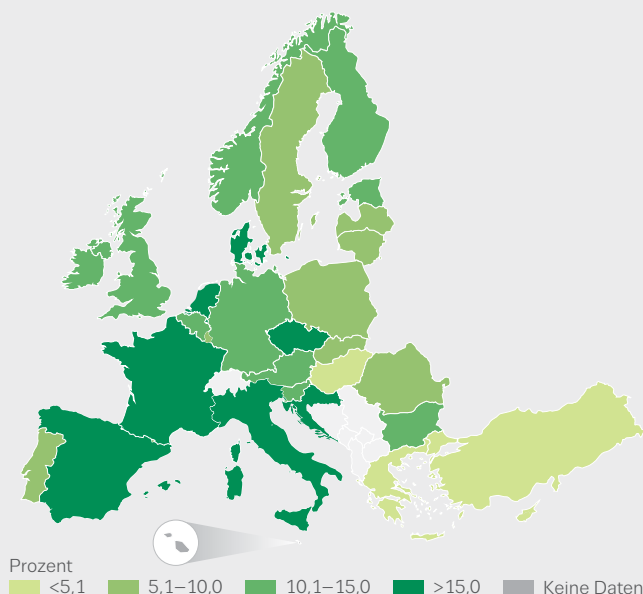
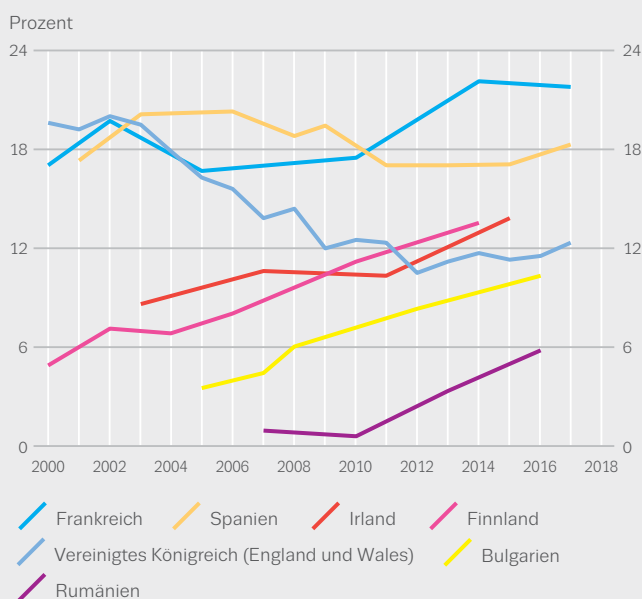
Cannabiskonsum unter jungen Menschen

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 91,2 Millionen Erwachsene in der Europäischen Union (zwischen 15 und 64 Jahren) bzw. 27,4 % dieser Altersgruppe während ihres Lebens Cannabis probiert haben. Schätzungsweise haben etwa 17,5 Millionen junge Erwachsene (zwischen 15 und 34 Jahren) bzw. 14,4 % dieser Altersgruppe in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenzraten unter jungen Menschen reichen von 3,5 % in Ungarn bis hin zu 21,8 % 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. Betrachtet man nur die 15- bis 24-Jährigen, so ist die Prävalenz des Cannabiskonsums höher, wobei 18 % (10,1 Millionen) die Droge in den letzten zwölf Monaten und 9,3 % (5,2 Millionen) die Droge im letzten Monat konsumiert haben.

ABBILDUNG 2.1

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



NB: Andere Altersspannen als 15-34 werden von Dänemark, dem Vereinigten Königreich und Norwegen (16-34), Schweden (17-34), Deutschland, Frankreich, Griechenland und Ungarn (18-34) angegeben.

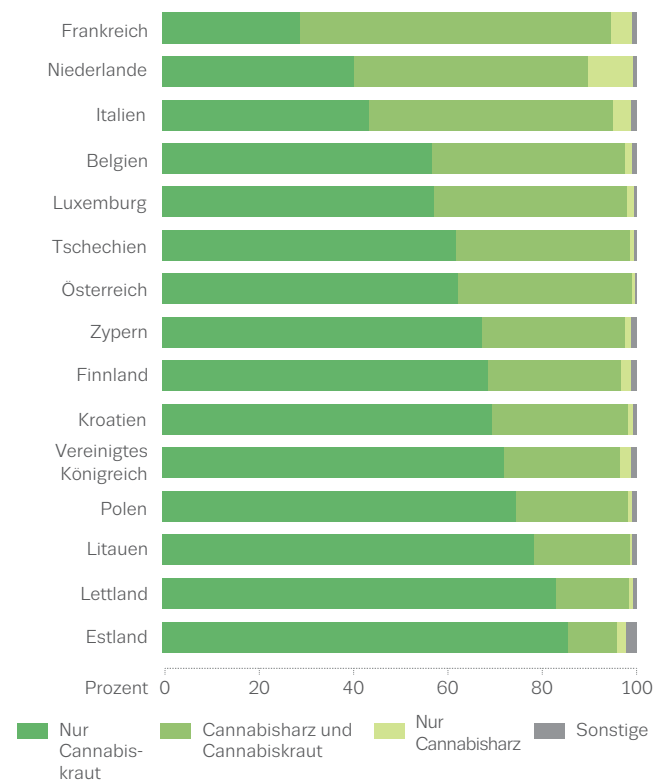
ABBILDUNG 2.2

In den meisten Ländern zeigen jüngste Umfrageergebnisse unter jungen Erwachsenen entweder einen stabilen oder einen steigenden Cannabiskonsum im letzten Jahr. Von den Ländern, die seit 2016 Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelten sechs höhere und fünf unveränderte Werte, während ein Land zu niedrigere Schätzungen gelangte im Vergleich zu vorangegangenen Erhebung. In elf dieser Länder wurde in der jüngsten Umfrage ein Anstieg des Konsums unter den 15- bis 24-Jährigen festgestellt.

Nur in wenigen Ländern liegt ausreichendes Datenmaterial aus Erhebungen vor, um eine statistische Analyse langfristiger Trends beim Cannabiskonsum der letzten zwölf Monate unter jungen Erwachsenen (zwischen 15 und 34 Jahren) durchzuführen: Die in Spanien und im Vereinten Königreich (England und Wales) beobachteten rückläufigen Trend der letzten Jahre haben sich aktuellen Daten zufolge stabilisiert. Im Vereinten Königreich wurde zudem im letzten Jahr ein Anstieg auf 12,3 % verzeichnet (Abbildung 2.1). Generell ist in einer Reihe von Ländern seit dem Jahr 2000 eine steigende Tendenz bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen zu beobachten. Dazu gehören Irland und Finnland, wo sich die Werte laut den jüngsten Daten dem EU-Durchschnitt von 14,4 % annähern, sowie (wenn auch auf niedrigerem Niveau) Bulgarien und Rumänien. In Frankreich haben die jüngsten Erhebungen eine hohe, aber stabile Prävalenz von 22 % ergeben. In Dänemark haben Erhebungen von 2017 einen Rückgang auf 15,4 % ergeben, von geschätzten 17,6 % im Jahr 2013.

Daten aus Interneterhebungen liefern ergänzende Informationen zu Befragungen der Allgemeinbevölkerung und weitere Einblicke in den Drogenkonsum in Europa. Diese Umfragen sind zwar für die Allgemeinbevölkerung nicht repräsentativ, können aber große Stichproben von drogenkonsumierenden Personen erreichen. Die europäische Online-Umfrage über Drogen (European Web Survey on Drugs) hat von 40 000 Drogenkonsumierenden, vorwiegend über die sozialen Medien, Informationen über Konsummuster und Kaufmuster der am häufigsten konsumierten illegalen Drogen erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass Cannabiskraut häufiger konsumiert wird als Cannabisharz. Viele Befragte, insbesondere in Frankreich, Italien und den Niederlanden, gaben jedoch an, dass sie beide Arten konsumierten. Der Konsum von Cannabisharz allein wurde nur selten angegeben (Abbildung 2.2).

Formen des Cannabiskonsums in den letzten zwölf Monaten je Teilnehmer einer Online-Umfrage, die angaben, die Droge zu konsumieren



NB: Die Erhebung wurde in zwei Phasen durchgeführt, eine im Jahr 2016 (Tschechien, Frankreich, Kroatien, Niederlande, Vereinigtes Königreich) und eine in den Jahren 2017/18 (übrige zehn EU-Länder).
Quelle: European Web Survey on Drugs.

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge

Hochriskanter Cannabiskonsum: Anzeichen einer Stabilisierung

Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung zufolge konsumiert schätzungsweise etwa 1 % der Erwachsenen in der Europäischen Union täglich oder fast täglich Cannabis, d. h. die Betroffenen haben die Droge an mindestens 20 Tagen des letzten Monats konsumiert. Rund 60 % davon sind unter 35 Jahren alt und rund drei Viertel sind männlich.

Gemeinsam mit anderen Indikatoren können Daten über Konsumierende, die sich wegen cannabisbedingter Probleme in Behandlung begeben, zu einem besseren Verständnis von Merkmalen und Ausmaß des hochriskanten Cannabiskonsums in Europa beitragen. Im Jahr 2017 begaben sich in Europa etwa 155 000 Menschen wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum in Drogenbehandlung, von diesen etwa 83 000 zum ersten Mal in ihrem Leben. In jenen 24 Ländern, in denen Daten verfügbar sind, stieg die Gesamtzahl der Personen, die sich erstmals wegen cannabisbedingter Probleme in Behandlung begaben, zwischen 2006 und 2017 um 76 %.

Insgesamt gaben 47 % der Cannabiskonsumierenden, die sich im Jahr 2017 erstmals in Behandlung begaben, an, dass sie die Droge in den letzten Monaten täglich konsumiert hatten, wobei die Zahlen von maximal 10 % in Lettland, Ungarn und Rumänien bis zu 68 % oder mehr in Spanien, den Niederlanden und der Türkei reichten.

Kokainkonsum: Anzeichen für einen Anstieg

Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa, wobei der Konsum dieser Droge in den süd- und westeuropäischen Ländern besonders hoch ist. In den letzten Jahren ist der Kokainkonsum in Europa gestiegen. Bei Kokainkonsumierenden wird zu Forschungszwecken zwischen der Konsumumgebung, dem konsumierten Produkt oder der Motivation für den Konsum unterschieden. Bei regelmäßig Konsumierenden kann tendenziell ein Unterschied zwischen sozial besser integrierten Konsumierenden, nämlich jenen, die Kokainpulver (Kokainhydrochlorid) schnupfen und marginalisierten Kokainkonsumierenden beobachtet werden. Letztere injizieren Kokain oder rauchen Crack (Kokainbase) und konsumieren mitunter auch Heroin. In vielen Datenquellen ist es nicht möglich, zwischen Kokainpulver und Crack zu unterscheiden, und der Begriff Kokainkonsum umfasst beide Konsumformen.

Schätzungsweise haben 18,0 Millionen Erwachsene in der Europäischen Union (zwischen 15 und 64 Jahren) bzw. 5,4 % dieser Altersgruppe während ihres Lebens Kokain probiert. Von diesen haben etwa 2,6 Millionen junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren (2,1 % dieser Altersgruppe) in den zurückliegenden zwölf Monaten Kokain konsumiert.

Sechs Länder, nämlich Dänemark, Irland, Spanien, Frankreich, die Niederlande und das Vereinigte Königreich melden für junge Erwachsene eine 12-Monats-Prävalenz

BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON CANNABISKONSUMIERENDEN

Merkmale

17% 83%



17 Durchschnittsalter bei Erstkonsum
25 Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme

83 000

Erstklienten



59 000

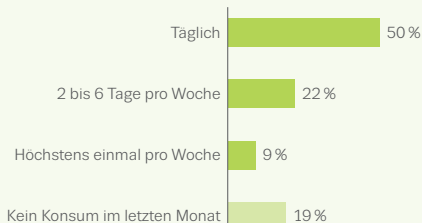
Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben

58%

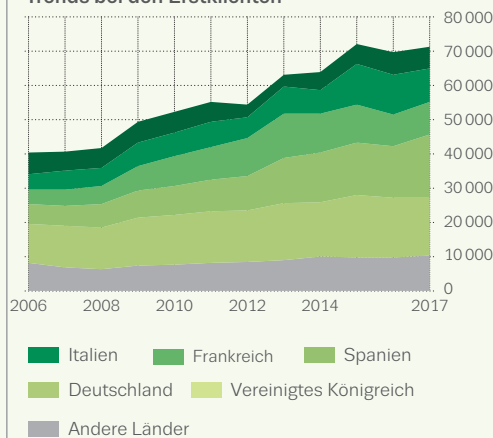
42%

Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

Durchschnittlicher Konsum: 5,3 Tage pro Woche



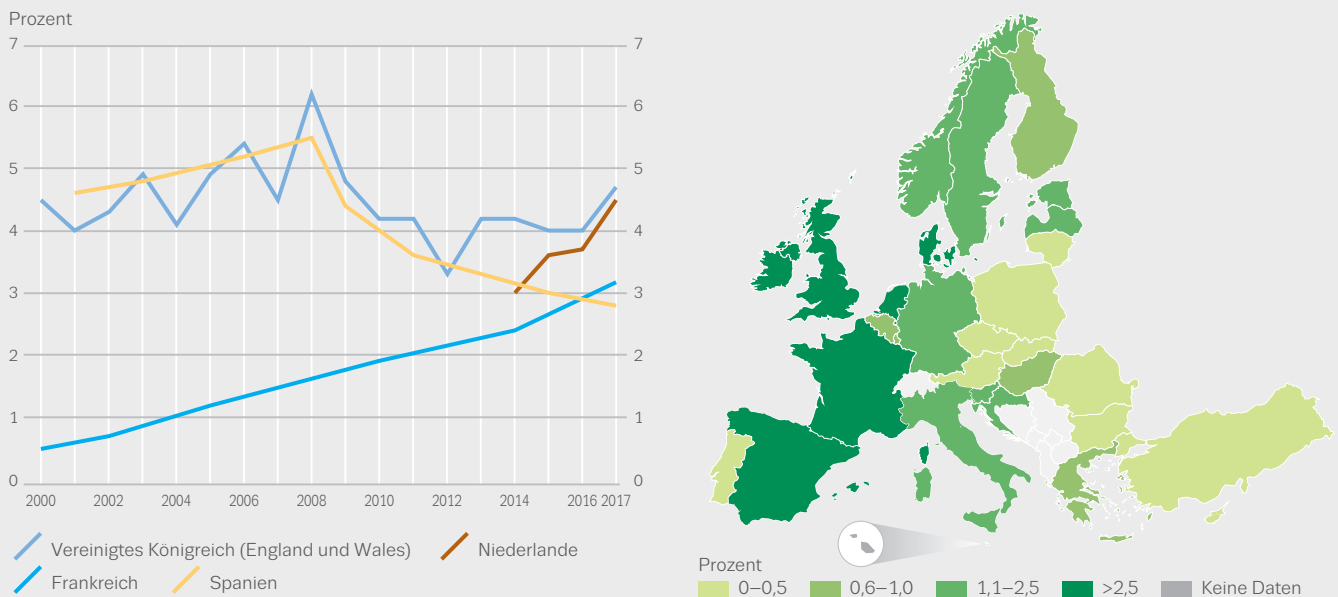
Trends bei den Erstklienten



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 24 Ländern. Nur Länder mit Daten für mindestens elf der zwölf 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. Aufgrund von Veränderungen am Meldesystem sind die Gesamtzahlen des Jahres 2017 für Deutschland Schätzungen auf der Grundlage von Daten aus dem Jahr 2016.

ABBILDUNG 2.3

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



NB: Andere Altersspannen als 15-34 werden von Dänemark, dem Vereinigten Königreich und Norwegen (16-34), Schweden (17-34), Deutschland, Frankreich, Griechenland und Ungarn (18-34) angegeben.

des Kokainkonsums von mindestens 2,5 % (Abbildung 2.3). Von den Ländern, die seit 2016 Erhebungen durchführen und Konfidenzintervalle gemeldet haben, ist in drei Ländern die Prävalenz gestiegen und in neun Ländern unverändert geblieben.

Eine statistische Untersuchung der langfristigen Trends bei der 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen ist nur in wenigen Ländern möglich; bei diesen gibt es Anzeichen für einen erhöhten Konsum: die jährliche Erhebung im Vereinigten Königreich ergab nach einer Zeit relativer Stabilität einen Anstieg auf 4,7 %; die vierte vergleichbare jährliche Erhebung in den Niederlanden bestätigte mit 4,5 % einen Aufwärtstrend und in Frankreich setzte sich der Anstieg fort und lag erstmals über 3 %. Dagegen meldete Spanien weiterhin einen Rückgang der Prävalenz, die auf 2,8 % sank (Abbildung 2.3).

Eine 2018 von der EMCDDA durchgeführte Trendspotter-Studie, bei der mehrere Datenquellen analysiert wurden, ergab, dass die Zunahme der Verfügbarkeit von Kokain mit einer höheren Reinheit auf den europäischen Drogenmärkten zu einem Wiederaufleben des Kokainkonsums in einigen Ländern führen könnte. Die Studie fand auch Anzeichen dafür, dass neue Märkte für Kokain entstehen, v. a. in Osteuropa, wo bis dato wenig Kokain konsumiert wurde.

Die im Rahmen einer in mehreren Städten auf kommunaler Ebene durchgeführten Abwasseranalysen auf Kokainrückstände ergänzen die Ergebnisse der Erhebungen

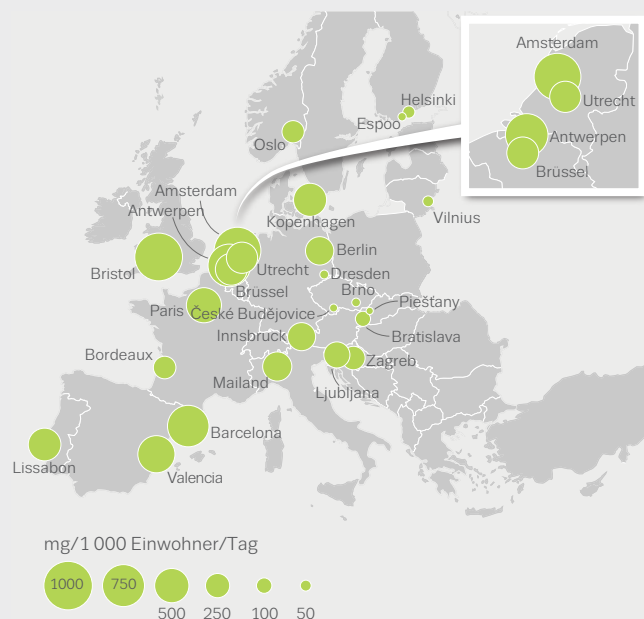
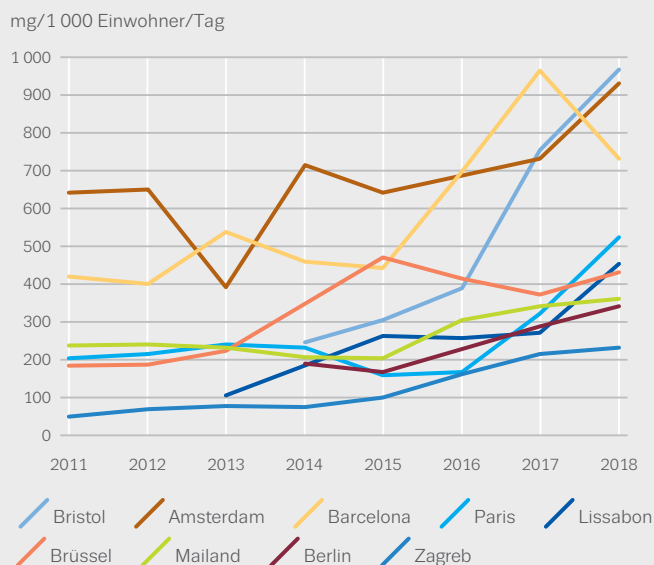
in der Allgemeinbevölkerung. Abwasseranalysen lassen Rückschlüsse auf den gesamten Konsum bestimmter Substanzen innerhalb einer Kommune zu, wobei ihre Ergebnisse nicht unmittelbar mit den Prävalenzschätzungen aus den nationalen Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung vergleichbar sind. Die Ergebnisse der Abwasseranalysen weisen die Drogenrückstände in standardisierten Einheiten (Belastung je 1 000 Einwohner je Tag) aus. Sie können zwar Aufschluss über die Menge an Kokain geben, die an einem bestimmten Ort konsumiert wurde, liefern aber keine direkten Informationen über die Zahl der Konsumierenden.

Die Abwasseranalyse im Jahr 2018 zeigte die höchsten Belastungen von Benzoylcegonin – dem wichtigsten Kokainmetaboliten – in Städten in Belgien, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. In den meisten der untersuchten osteuropäischen Städte wurden äußerst geringe Konzentrationen gefunden (siehe Abbildung 2.4), allerdings weisen die neuesten Daten Anzeichen für einen Anstieg auf. Ein Vergleich mit den Daten aus dem Vorjahr weist auf eine allgemeine Zunahme des Kokainkonsums hin. Von den 38 Städten, aus denen Daten für 2017 und 2018 vorliegen, meldeten 22 eine steigende, fünf eine rückläufige und elf eine gleichbleibende Tendenz. Die meisten der 13 Städte, aus denen Daten für 2011 und 2018 verfügbar sind, beobachteten längerfristig steigende Werte.

Daten aus der europäischen Online-Umfrage über Drogen liefern Einblicke in die Muster des Kokainkonsums in

ABBILDUNG 2.4

Kokainrückstände im Abwasser ausgewählter europäischer Städte: Trends und aktuellste Daten



NB: Mittlere tägliche Benzoylcegoninmengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde von 2011 bis 2018 jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

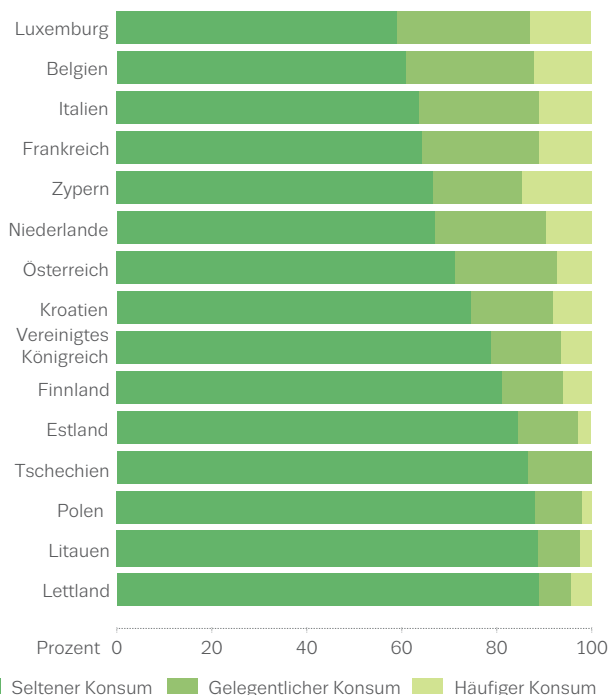
verschiedenen Gruppen und wie sich diese in den einzelnen Ländern unterscheiden. Vergleicht man die in den einzelnen Ländern konsumierten Mengen, muss angemerkt werden, dass sich in den einzelnen Ländern sowohl der Preis als auch die Reinheit des Kokains auf dem Markt unterscheidet, was Auswirkungen auf die konsumierte Menge haben könnte. Unter den Befragten, die angaben, Kokain zu konsumieren, reichte der Anteil derjenigen, die die Droge häufig konsumierten (an mehr als 50 Tagen in den letzten zwölf Monaten) von gar 0 % Tschechien bis über 10 % in Belgien, Zypern, Frankreich, Italien und Luxemburg (Abbildung 2.5). Der Kokainkonsum variierte in den einzelnen Ländern und reichte von durchschnittlich 1,3 Gramm täglich in Österreich, Belgien und Frankreich bis 3,5 Gramm in Zypern. Im Allgemeinen konsumierten häufig Konsumierende im Vergleich zu weniger häufig Konsumierenden täglich größere Mengen der Droge.

Hochriskanter Kokainkonsum: Anstieg der jüngsten Behandlungsnachfrage in vielen Ländern

Die Prävalenz des hochriskanten Kokainkonsums unter Erwachsenen in Europa ist insofern schwer abzuschätzen, als dass nur aus vier Ländern aktuelle Schätzungen vorliegen. Darüber hinaus sind diese Schätzungen nicht direkt vergleichbar, da sie auf Basis unterschiedlicher Definitionen und Methoden erstellt wurden. In Spanien wurde in einer aktuellen Erhebung in der

ABBILDUNG 2.5

Häufigkeit des Kokainkonsums unter den Teilnehmern einer Online-Umfrage, die angegeben haben, die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben



NB: Die Erhebung wurde in zwei Phasen durchgeführt, eine im Jahr 2016 (Tschechien, Frankreich, Kroatien, Niederlande, Vereinigtes Königreich) und eine in den Jahren 2017/18 (übrige zehn EU-Länder). Konsum in den letzten zwölf Monaten: häufig, an mehr als 50 Tagen; gelegentlich, an 11 bis 50 Tagen; selten, an 1 bis 10 Tagen.
Quelle: European Web Survey on Drugs.

Allgemeinbevölkerung eine hohe Konsumhäufigkeit herangezogen, um den risikoreichen Kokainkonsum in den Jahren 2017/18 auf 0,3 % unter den 15- bis 64-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 0,2 % festgestellt. Im Jahr 2017 schätzte Italien anhand von Behandlungs- und Strafjustizdaten, dass 0,69 % der erwachsenen Bevölkerung als Hochrisiko-Kokainkonsumierende eingestuft werden könnten. In Frankreich wurde in einer Capture-Recapture-Studie im Jahr 2017 die Prävalenz von Hochrisiko-Crackkonsumierenden auf 0,07 % geschätzt.

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 etwa 73 000 Klienten, die 2017 eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen, und von über 33 000 Erstklienten als Primärdrugs angegeben.

Nach einer Phase des Rückgangs stieg die Gesamtzahl der Personen, die sich erstmals wegen Kokain in Behandlung begaben, zwischen 2014 und 2017 um 37 %. Während ein Großteil dieses Anstiegs auf Italien und das Vereinigte Königreich zurückzuführen ist, verzeichneten insgesamt 19 Länder im gleichen Zeitraum ebenfalls einen Anstieg. Insgesamt weisen die jüngsten europäischen Daten auf

einen Zeitraum von 11 Jahren zwischen dem ersten Kokainkonsum (im Durchschnitt im Alter von 23 Jahren) und der ersten Behandlung wegen kokainbedingter Probleme (im Durchschnitt im Alter von 34 Jahren) hin.

Es sind mehrheitlich Konsumierende von Kokainpulver als Leitdroge (55 000 oder 14 % aller Drogenkonsumierenden im Jahr 2017), die sich in spezialisierte Behandlung begeben. Die meisten Klientinnen/Klienten mit Leitdroge Kokain begeben sich wegen der Droge allein (46 % aller Kokainpulverklienten) oder in Kombination mit Cannabis (20 %), Alkohol (23 %) oder anderen Substanzen (10 %) in Behandlung. Diese Gruppe gilt im Vergleich zu denjenigen, die sich wegen opioidbedingter Probleme in Behandlung begeben, im Allgemeinen als sozial relativ gut integriert, mit stabilen Lebensbedingungen und regelmäßiger Beschäftigung. Dies trifft jedoch nicht auf Personen zu, die sich wegen Primär-Crack-Konsums in Behandlung begeben (11 000 Klienten oder 3 % aller Drogenklienten im Jahr 2017); bei ihnen ist eine stärkere Ausgrenzung festzustellen. Die meisten crackbedingten Behandlungsnachfragen werden vom Vereinigten Königreich gemeldet (65 %). Viele Primär-Crack-Konsumierende geben Heroin als sekundäre Problem-drugs an. In Belgien, Irland, Frankreich, Italien, Portugal und im Vereinigten Königreich wird seit 2014 ein Anstieg der Anzahl der Crackklienten gemeldet.

Der Konsum von Kokain in Kombination mit Heroin oder anderen Opioiden wird von 56 000 Klienten gemeldet, die

BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON KOKAINKONSUMIERENDEN

Merkmale

15% 85%



23 Durchschnittsalter bei Erstkonsum
34 Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme

33 500

Erstklienten

48%

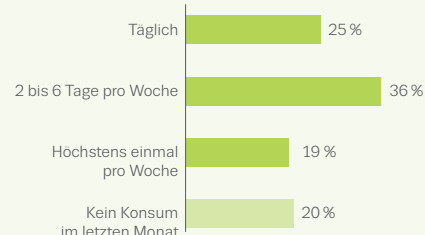
36 800

Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben

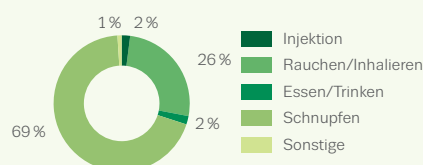
52%

Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

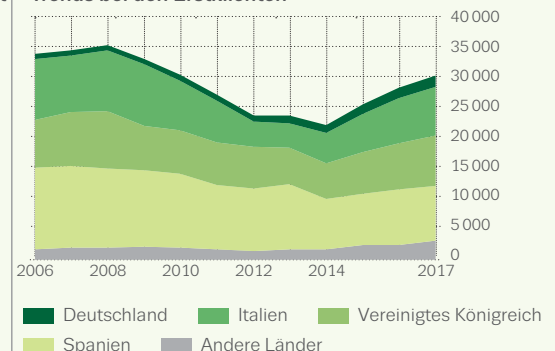
Durchschnittlicher Konsum: 4 Tage pro Woche



Einnahmeweg



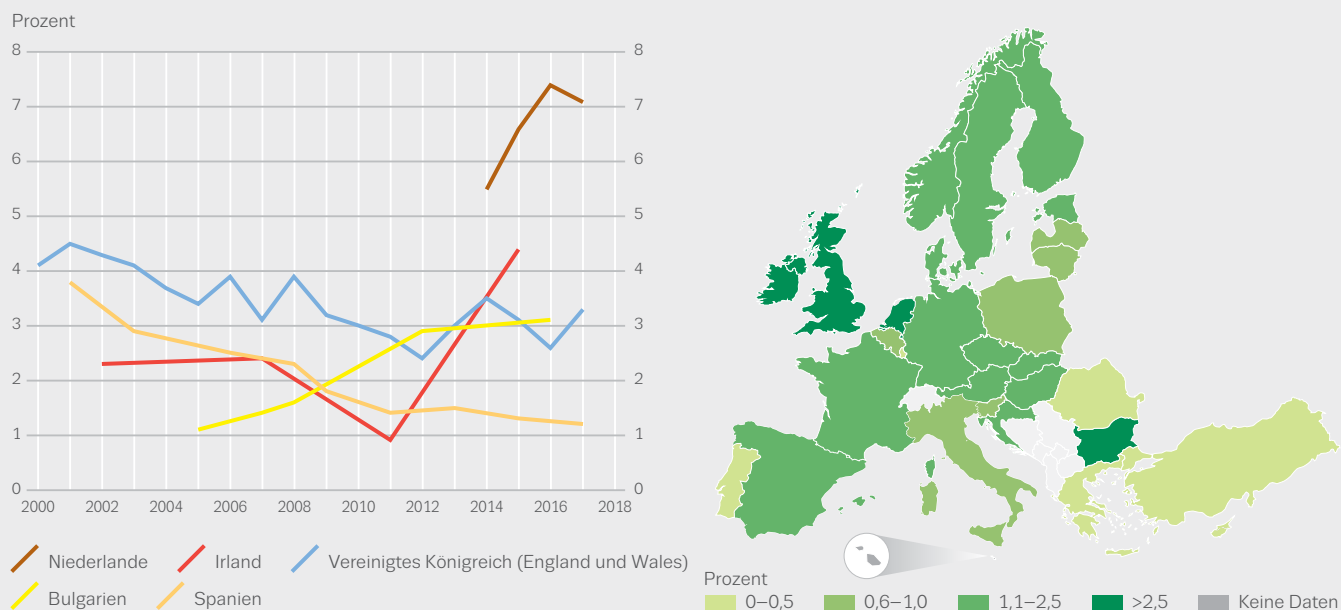
Trends bei den Erstklienten



NB: Mit Ausnahme von Trends beziehen sich die Daten auf alle Klienten mit Kokain als Primärdrugs, die sich in Behandlung begeben haben. Die Trends bei den Erstklienten basieren auf den Daten aus 24 Ländern. Nur Länder mit Daten für mindestens elf der zwölf 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. Aufgrund von Veränderungen am Meldesystem sind die Gesamtzahlen des Jahres 2017 für Deutschland Schätzungen auf der Grundlage von Daten aus dem Jahr 2016.

ABBILDUNG 2.6

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



NB: Andere Altersspannen als 15-34 werden von Dänemark, dem Vereinigten Königreich und Norwegen (16-34), Schweden (17-34), Deutschland, Frankreich, Griechenland und Ungarn (18-34) angegeben.

sich im Jahr 2017 in Europa in eine spezialisierte Drogenbehandlung begaben. Diese Zahl entspricht 16 % all derjenigen, die sich in Behandlung begaben und für die Informationen sowohl zu Primär- als auch zu Sekundärdrogen vorliegen.

MDMA-Konsum: ein gemischtes Bild

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

Es wird geschätzt, dass in der Europäischen Union 13,7 Millionen Erwachsene (zwischen 15 und 64 Jahren) oder 4,1 % dieser Altersgruppe während ihres Lebens MDMA/Ecstasy probiert haben. Jüngste Konsumdaten unter jungen Erwachsenen belegen, dass 2,1 Millionen junge Erwachsene (1,7 % der 15- und 34-Jährigen) in den letzten zwölf Monaten MDMA konsumiert haben, wobei die nationalen Schätzwerte von 0,2 % in Portugal und Rumänien bis hin zu 7,1 % in den Niederlanden reichen (Abbildung 2.6). Die geschätzte Prävalenz bei den 15- bis 24-Jährigen ist höher, wobei schätzungsweise 2,3 % (1,3 Millionen) in den letzten zwölf Monaten MDMA konsumiert haben.

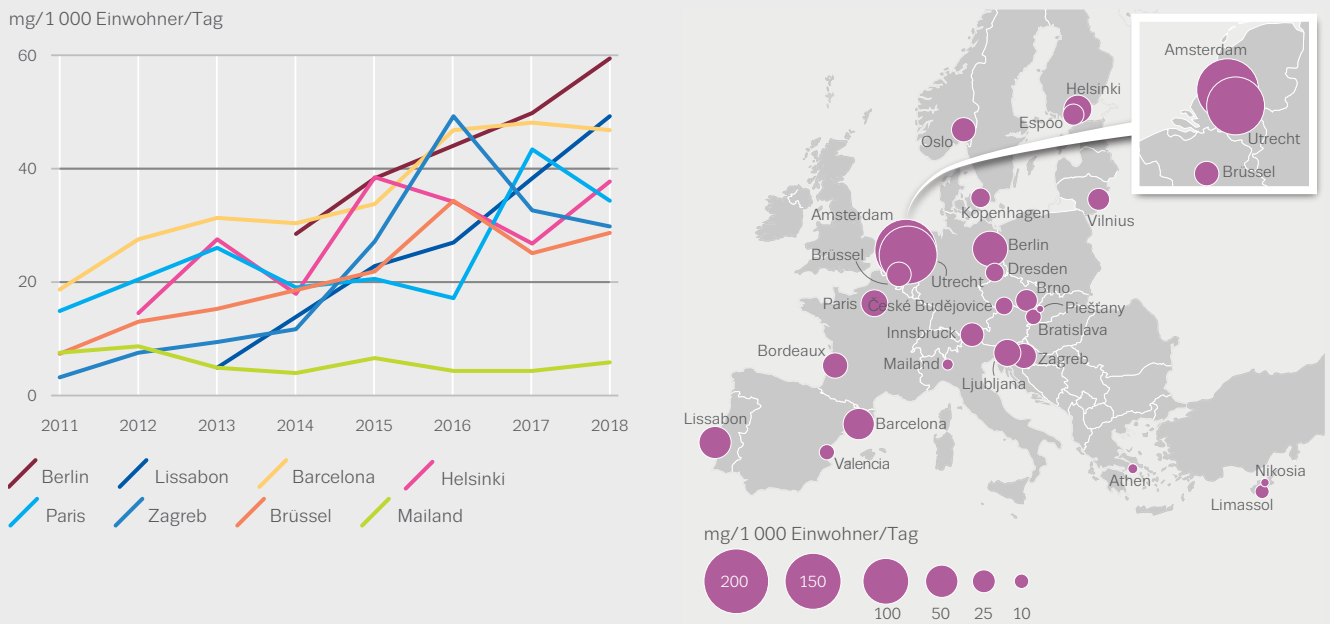
Bis vor kurzem war die Prävalenz des MDMA-Konsums in vielen Ländern rückläufig, nachdem sie Anfang bis Mitte der 2000er Jahre ihren Höchststand erreicht hatte. In den letzten Jahren zeigten Routine-Datenquellen ein gemischtes Bild ohne eindeutige Trends. Von jenen Ländern, die seit 2016 neue Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, berichteten vier über höhere Schätzungen als in der vorherigen vergleichbaren Erhebung, sechs über stabile Schätzungen und zwei Länder über eine niedrigere Schätzung.

Soweit Daten für eine statistische Trendanalyse des MDMA-Konsums in den letzten zwölf Monaten unter jungen Erwachsenen vorliegen, lassen die jüngsten Daten ein gemischtes Bild erkennen (Abbildung 2.6). Im Vereinigten Königreich zeigen sich, dass die Prävalenz des Konsums nach einem Anstieg zwischen 2012 und 2014 und nach einem Rückgang in den Jahren 2015 und 2016 wieder zugenommen hat. In Spanien zeigt der langfristige Trend weiterhin nach unten, obwohl die jüngsten Werte stabil sind. Die jüngsten Daten zeigen in Bulgarien einen kontinuierlichen Aufwärtstrend. Die Daten der Erhebung 2017 in den Niederlanden bestätigen die hohen Werte der drei vorangegangenen jährlichen Erhebungen.

Im Jahr 2018 wurden im Rahmen einer in mehreren Städten durchgeführten Abwasseranalyse die höchsten MDMA-Belastungen in belgischen, deutschen und niederländischen Städten gemessen (Abbildung 2.7). Von jenen 37 Städten, aus denen Daten für 2017 und 2018

ABBILDUNG 2.7

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



NB: Mittlere tägliche MDMA-Mengen in Milligramm je 1 000 Einwohner. Die Probenahme wurde von 2011 bis 2018 jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

vorliegen, meldeten 21 eine steigende, neun eine gleichbleibende und sieben eine rückläufige Tendenz. Die längerfristigen Trends zeigen, dass in den meisten Städten, aus denen für 2011 und 2018 Daten vorliegen (zehn Städte), die MDMA-Belastung im Abwasser 2018 höher war als 2011. Die im Zeitraum 2011 bis 2016 beobachteten starken Anstiege schienen sich in den meisten Städten 2017 zu stabilisieren. Allerdings weisen die jüngsten Daten 2018 auf einen Anstieg in den meisten Städten hin.

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. In der europäischen Online-Umfrage über Drogen wurde festgestellt, dass unter den Menschen, die in den vergangenen zwölf Monaten MDMA konsumiert haben, der Anteil derjenigen, die einen häufigen Konsum angeben (über 50 Tage im vergangenen Jahr) von 0 % in Zypern bis zu rund 8 % in Österreich und Kroatien reicht.

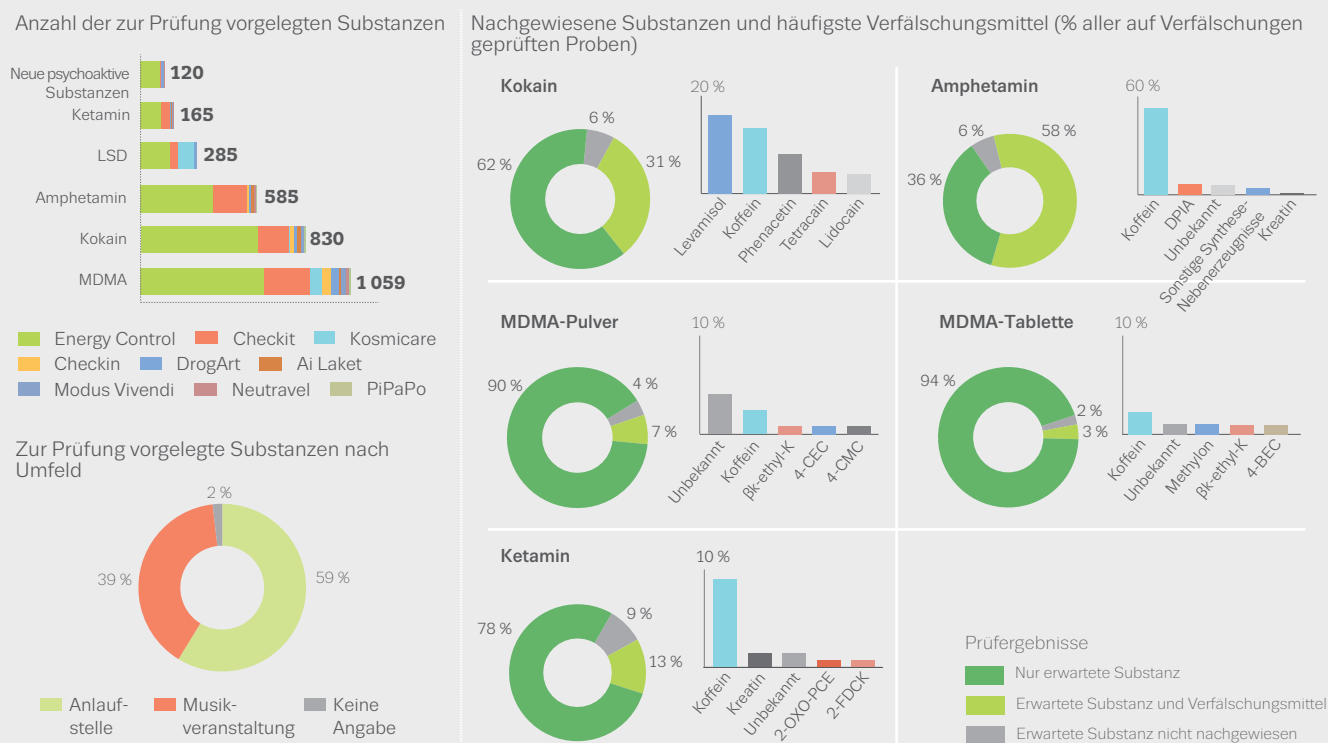
Der MDMA-Konsum wird selten als Grund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogenbehandlung

genannt. 2017 gaben weniger als 1 % (rund 1 700 Fälle) der Personen, die sich in Europa in Behandlung begaben, an, MDMA zu konsumieren. Von diesen 1 700 Personen fielen 68 % auf Frankreich, Ungarn, das Vereinigte Königreich und die Türkei.

**MDMA wird häufig gemeinsam
mit anderen Substanzen
konsumiert, darunter
auch mit Alkohol**

ABBILDUNG 2.8

Von Drogenprüfstellen zwischen Januar und Juli 2018 untersuchte Drogenproben



NB: Die Verfälschungsmittel beziehen sich nur auf Substanzen, die aktive pharmakologische Eigenschaften haben. Inaktive Verbindungen werden nicht als Verfälschungsmittel betrachtet.

Quelle: Die Daten wurden von Drogenprüfstellen in Österreich (Checkit), Belgien (Modus Vivendi), Italien (Neutavel), Luxemburg (PiPaPo), Portugal (Kosmicare und Checkin), Slowenien (DrogArt) und Spanien (Energy Control und Ai Laket) bereitgestellt.

Beobachtung des Drogenkonsums im Freizeitbereich: innovative Methoden

Studien belegen immer wieder, dass Drogenkonsum häufiger in Erhebungen im Nachtleben (wie in Clubs, Bars oder auf Musikfestivals) angegeben wird als bei Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung. Möglichkeiten zur Beobachtung des Drogenkonsums im Freizeitbereich stützen sich nicht allein auf selbst angegebene Umfragedaten, sondern nutzen chemische Analysen von Proben aus einer Reihe von Quellen, bspw. biologische Proben wie Atem-, Urin- und Haarproben, Inhalte von anonymen Drogenabfallbehältern oder Drogen, die zu Drogenprüfeinrichtungen gebracht werden.

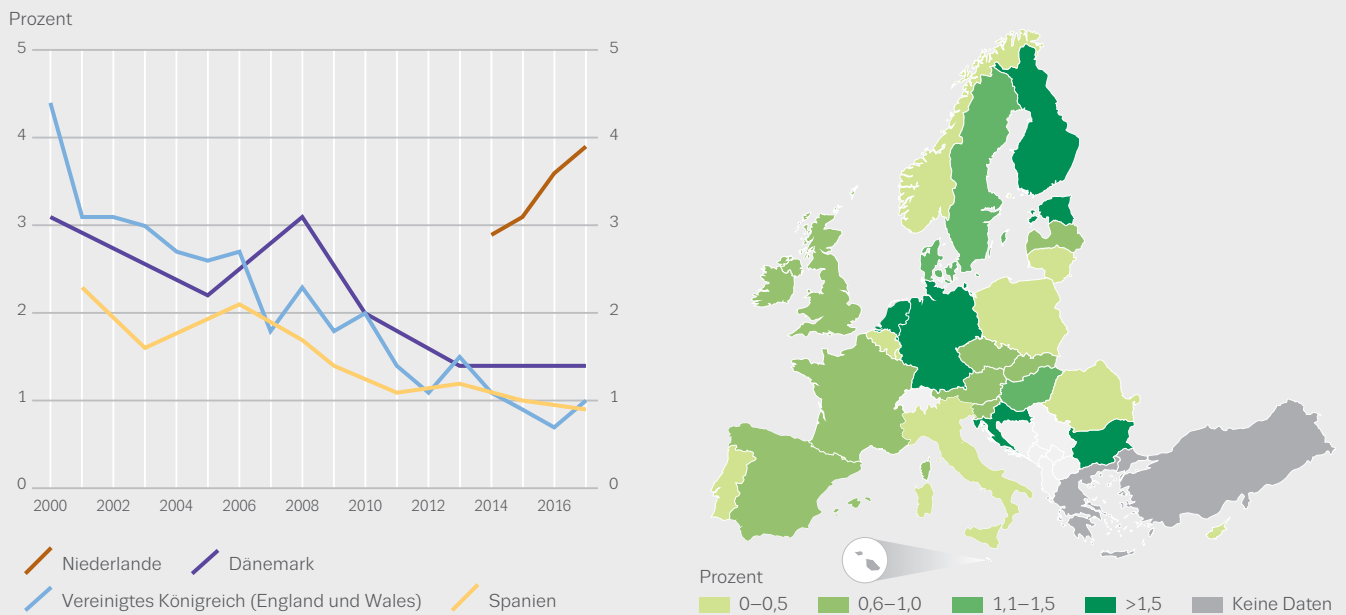
Es liegen Ergebnisse aus 3 044 Analysen von Drogenproben vor, die von konsumierende in neun Substanzanalyse-Angeboten in sieben EU-Mitgliedstaaten abgegeben wurden; die Untersuchungen wurden zwischen Januar und Juli 2018 durchgeführt und vom transeuropäischen Drogeninformationsnetz (TEDi) zusammengestellt. Etwa die Hälfte der Proben wurde bei Musikveranstaltungen und etwa die Hälfte in Anlaufstellen getestet. Es wurden doppelt so viele Kokainproben in Anlaufstellen, vor allem in Spanien, abgegeben wie bei Musikveranstaltungen.

Insgesamt waren MDMA (in Tabletten- und Pulverform), Kokain und Amphetamin die drei am häufigsten zur Prüfung abgegebenen Drogen, obwohl die Zahlen in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausfielen. Amphetamin wurde in Belgien und Portugal nur selten zur Prüfung abgegeben, in Italien und Österreich machte es jedoch mehr als 25 % der Proben aus. Neue psychoaktive Substanzen, vorwiegend synthetische Cathinone, machten nur 3 % aller zur Untersuchung vorgelegten Drogen aus, wobei einige synthetische Cathinone, wie 4-CMC und 4-CEC, gelegentlich als Verfälschungsmittel in abgegebenen MDMA-Proben zu finden waren (Abbildung 2.8).

Die Daten über die Reinheit von Drogen aus acht Substanzanalyse-Angeboten in der ersten Hälfte des Jahres 2018 bestätigen jüngste Berichte über eine gestiegene Verfügbarkeit von hochreinem MDMA und Kokain auf den Drogenmärkten in Westeuropa. Die höchste Durchschnittsdosis von MDMA in Tabletten, die in Substanzanalyse-Angeboten getestet wurden, wurde in Belgien gemeldet (182 mg). Fünf Stellen meldeten Einzeltabletten mit einem hohen Gehalt an MDMA (mehr als 250 mg). Insgesamt enthielten die Proben, die in den Stellen als MDMA vorgelegt wurden, keine unerwarteten Bestandteile, wobei gestrecktes MDMA-Pulver oder

ABBILDUNG 2.9

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



NB: Andere Altersspannen als 15–34 werden von Dänemark, dem Vereinigten Königreich und Norwegen (16–34), Schweden (17–34), Deutschland, Frankreich, Griechenland und Ungarn (18–34) angegeben.

gestreckte MDMA-Tabletten weniger als 10 % aller untersuchten MDMA-Proben ausmachten. Koffein war das häufigste Verfälschungsmittel in diesen Proben. Trotz des hohen durchschnittlichen Reinheitsgrades von Kokain (73 %) waren Proben, die als Kokain vorgelegt wurden, häufig mit potenziell schädlichen Substanzen wie Levamisol und Phenacetin sowie mit Lokalanästhetika wie Lidocain und Tetracain verfälscht. Unter allen in den Substanzanalyse-Angeboten untersuchten Substanzen waren Proben, die als Amphetamin vorgelegt wurden, mit einer durchschnittlichen Reinheit von 34 % am häufigsten gestreckt und wiesen häufig einen hohen Koffeingehalt auf.

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 Tschechien und seit einiger Zeit auch die Slowakei beschränkt, allerdings ist in den letzten Jahren eine Zunahme des Konsums in anderen Ländern zu beobachten. Einige Datensätze lassen keine Unterscheidung zwischen diesen beiden Substanzen zu; in diesen Fällen wird der Oberbegriff Amphetamine verwendet.

Beide Drogen können sowohl geschluckt als auch über die Nase aufgenommen werden; außerdem stellt der

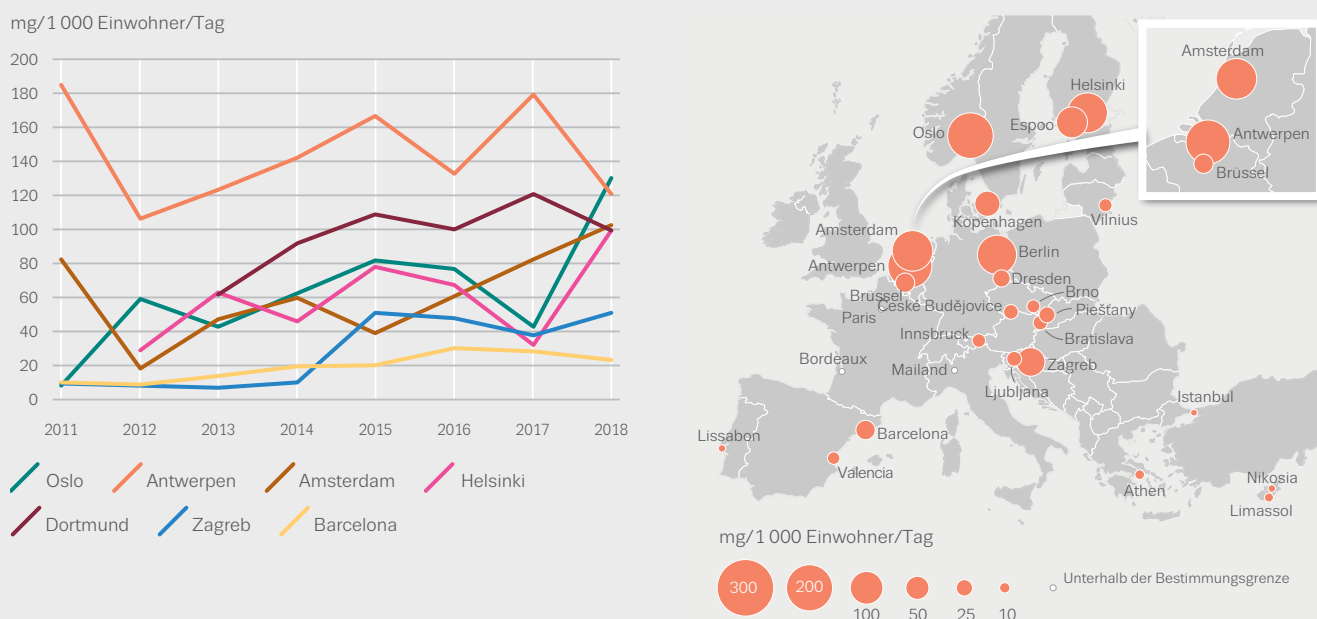
injizierende Konsum in einigen Ländern einen wesentlichen Teil des Drogenproblems dar. Methamphetamin kann auch geraucht werden, diese Form der Einnahme ist allerdings in Europa weniger verbreitet.

Es wird geschätzt, dass 12,4 Millionen Erwachsene (zwischen 15 und 64 Jahren) in der Europäischen Union bzw. 3,7 % dieser Altersgruppe während ihres Lebens Amphetamine probiert haben. Zahlen über den jüngsten Konsum unter jungen Erwachsenen (zwischen 15- und 34 Jahren) legen nahe, dass 1,3 Millionen (1,0 %) in den letzten zwölf Monaten Amphetamine konsumiert haben, wobei die jüngsten nationalen Schätzungen der Prävalenz von 0 % in Portugal bis 3,9 % in den Niederlanden reichen (Abbildung 2.9). 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 2016 neue Erhebungen durchgeführt und Konfidenzintervalle gemeldet haben, übermittelte kein Land höhere, acht Länder unveränderte Werte und drei Länder niedrigere Schätzungen 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 2.9). Die vierte vergleichbare Erhebung aus den Niederlanden lässt einen Aufwärtstrend erkennen.

ABBILDUNG 2.10

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 2018 jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Bei der 2018 auf kommunaler Ebene durchgeführten Abwasseranalyse wurden hinsichtlich der Amphetamin-Belastungen erhebliche Unterschiede innerhalb Europas festgestellt, wobei die höchsten Werte aus nord- und osteuropäischen Städten gemeldet wurden (Abbildung 2.10). In südeuropäischen Städten wurden deutlich niedrigere Amphetamin-Werte gemessen.

Von den 38 Städten, aus denen Daten für 2017 und 2018 vorliegen, meldeten 21 eine steigende, sieben eine gleichbleibende und zehn eine rückläufige Tendenz. Insgesamt zeigten die Daten aus den Städten von 2011 bis 2018 ein vielseitiges Bild, jedoch in den meisten Städten mit relativ stabilen Trends für Amphetamin.

Methamphetamin, dessen Konsum insgesamt niedrig ist und sich ursprünglich auf Tschechien und die Slowakei konzentrierte, wird nun offenbar auch in Zypern, Ostdeutschland, Spanien und Nordeuropa konsumiert (Abbildung 2.11). Von den 40 Städten, aus denen für 2017 und 2018 Daten über Methamphetamin-Rückstände im Abwasser vorliegen, meldeten fünf eine steigende, 20 eine gleichbleibende und 15 eine rückläufige Tendenz.

Hochriskanter Amphetaminkonsum: hohe Behandlungsnachfrage

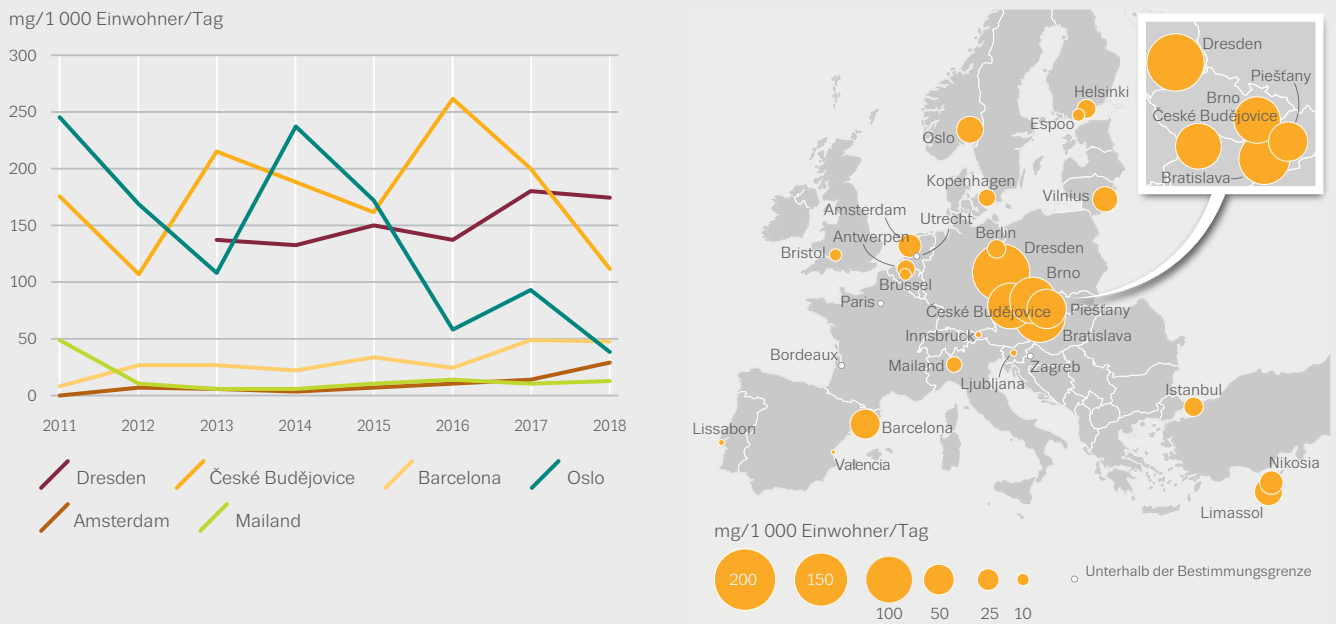
Probleme im Zusammenhang mit dem Langzeit-, dem chronischen und dem injizierenden Amphetaminkonsum

waren ursprünglich vor allem in den nordeuropäischen Ländern zu beobachten. Dagegen waren durch den Konsum von Methamphetamin bedingte Probleme vorwiegend in Tschechien und der Slowakei verbreitet. In einer Schätzung für Deutschland aus dem Jahr 2015 wurden 0,19 % oder 102 000 Erwachsene mit hochriskantem Amphetaminkonsum gemeldet. Amphetamin-Konsumierende machen wahrscheinlich den Großteil der geschätzten 2 234 (0,18 %) Hochrisiko-Konsumierenden von Stimulanzien aus, die im Jahr 2017 von Lettland gemeldet wurden; letzteres stellt einen Rückgang im Vergleich zu den 6 540 (0,46 %) konsumierenden im Jahr 2010 dar. In Tschechien wurde der hochriskante Methamphetaminkonsum bei Erwachsenen (15-64 Jahre) im Jahr 2017 auf etwa 0,50 % geschätzt (das entspricht 34 700 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 2017 beläuft sich auf 0,03 % bzw. 176 Konsumierende.

Im Jahr 2017 gaben europaweit etwa 30 000 Klienten, die eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen, Amphetamine als Primärdroge an, darunter etwa 12 000 Erstklienten. In Deutschland, Lettland, Polen und Finnland entfielen 15 % oder mehr der Erstbehandlungen auf Primär-Amphetamin-Konsumierende. In Deutschland ist seit 2009 eine steigende Tendenz zu beobachten. Die Anteile der Klienten, die eine Behandlung aufnahmen und

ABBILDUNG 2.11

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 2018 jährlich in ausgewählten europäischen Städten über einen Zeitraum von einer Woche durchgeführt.
Quelle: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Methamphetamin als Primärdroge angegeben, waren in Tschechien, der Slowakei, Polen und der Türkei besonders hoch; auf diese Länder entfielen fast 88 % der europaweit insgesamt 5 000 Methamphetaminklienten, die eine spezialisierte Behandlung aufnahmen. Amphetamine sind die Drogen mit dem geringsten geschlechtsspezifischen

Unterschied, wobei Frauen immer noch nur etwa ein Viertel (26 %) der Amphetaminklienten ausmachen. Betrachtet man die Einnahmeform, so gaben 14 % aller Klienten an, Amphetamine oral zu konsumieren, 65 % gaben an zu schnupfen und 9 % zu injizieren.

BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON AMPHETAMINKONSUMIERENDEN

Merkmale

26% 74%



20
30

Durchschnittsalter bei
Erstkonsum
Durchschnittsalter bei
erstmaliger
Behandlungsaufnahme

12 200

Erstpatienten

42%



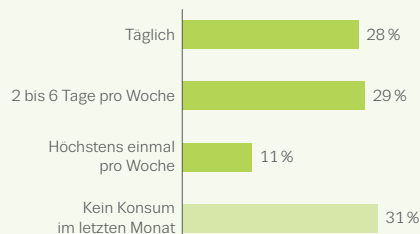
17 100

Klienten, die sich
zuvor bereits einer
Behandlung
unterzogen haben

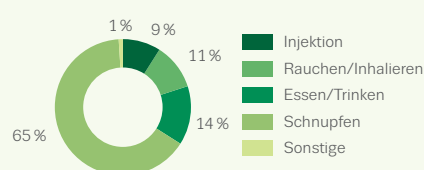
58%

Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

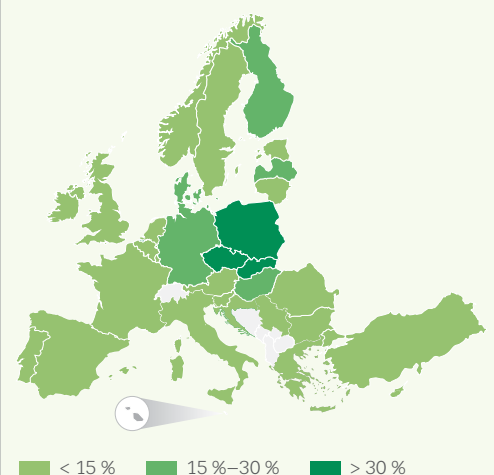
Durchschnittlicher Konsum: 4,3 Tage pro Woche



Einnahmeweg



Anteil der Erstpatienten bei allen Drogen (%)



NB: Mit Ausnahme der Karte beziehen sich die Daten auf alle Klienten mit Amphetamin als Primärdroge, die sich in Behandlung begeben haben. Die Daten für Deutschland, Schweden und Norwegen beziehen sich auf Klienten, die andere Stimulanzien als Kokain als Primärdroge angegeben haben.

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 einer 2017 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 (16 bis 34 Jahre) lag im Jahr 2017 schätzungsweise bei 0,6 % in Dänemark und 1,7 % 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 (15 bis 34 Jahre) wird in den nationalen Erhebungen eine 12-Monats-Prävalenz von weniger als 1 % für beide Substanzen im Jahr 2017 oder im letzten Erhebungsjahr festgestellt, mit Ausnahme Finnlands (1,9 %) und der Niederlande (1,6 %) für halluzinogene Pilze sowie Norwegens (1,1 %) und Finnlands (1,3 %) für LSD.

Neue psychoaktive Substanzen: niedriger Konsum und sinkende Behandlungsnachfrage

Seit 2011 haben mehr als die Hälfte der europäischen Länder nationale Schätzungen über den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen (ohne Ketamin und GHB) in ihren Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung gemeldet, obwohl ein Vergleich zwischen den Ländern aufgrund der unterschiedlichen Methoden und Erhebungsfragen nur begrenzt möglich ist. Unter jungen Erwachsenen (zwischen 15 und 34 Jahren) reichte die 12-Monats-Prävalenz des Konsums dieser Substanzen von 0,1 % in Norwegen bis 3,2 % in den jüngsten Ergebnissen aus den Niederlanden (2016), wobei 4-Fluoramphetamin (4FA) am häufigsten konsumiert wurde. Aus dem Vereinigten Königreich (England und Wales) liegen Erhebungsdaten über den Konsum von Mephedron vor. In der jüngsten Erhebung (2017) wurde die 12-Monats-Prävalenz des Konsums dieser Droge unter 16- bis 34-Jährigen auf 0,2 %

geschätzt und lag damit unter dem 2014/15 verzeichneten Wert von 1,1 %. In ihren jüngsten Erhebungen lag der Konsum synthetischer Cannabinoide bei den 15- bis 34-Jährigen im vergangenen Jahr zwischen 0,1 % in den Niederlanden und 1,5 % in Lettland.

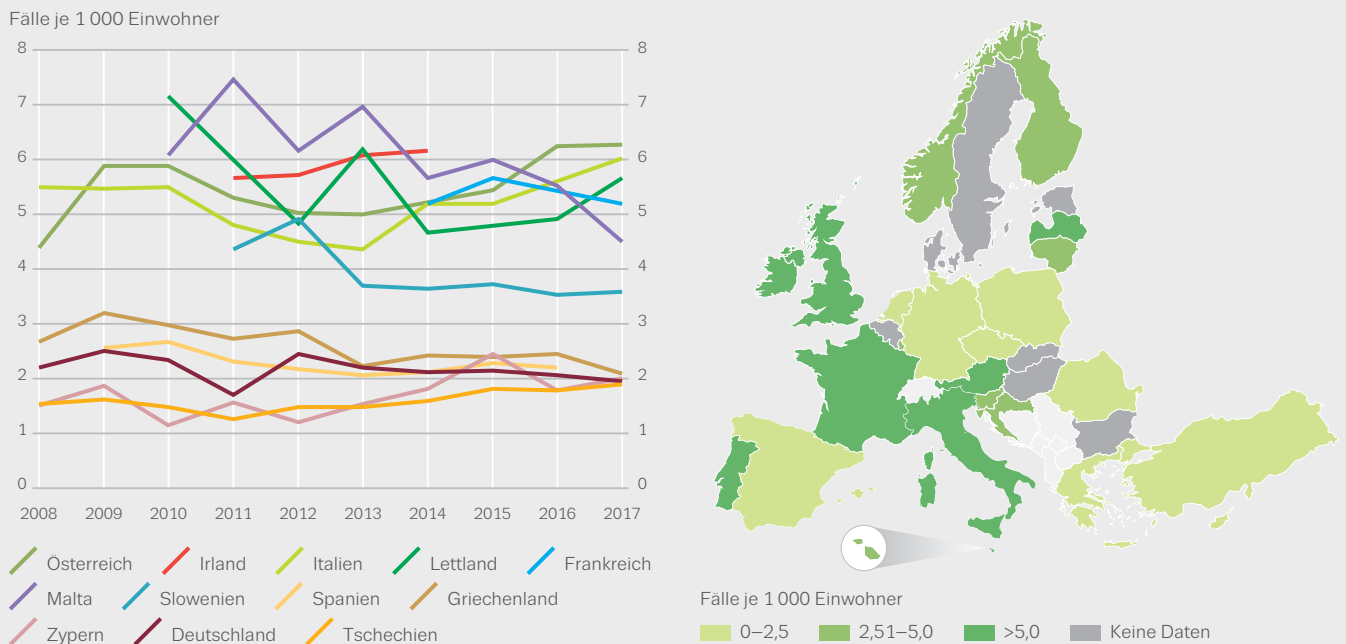
Während der Konsum neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) in Europa insgesamt gering ist, haben in einer Studie der EMCDDA im Jahr 2016 mehr als zwei Drittel der Länder gemeldet, dass der NPS-Konsum durch Hochrisiko-Drogenkonsumierende zu gesundheitlichen Problemen geführt habe. Insbesondere die Verwendung 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 einigen europäischen Ländern als Problem identifiziert.

Insgesamt begeben sich derzeit in Europa nur wenige Personen wegen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum neuer psychoaktiver Substanzen in Behandlung. In einigen Ländern sind diese Substanzen jedoch von Bedeutung. In den jüngsten Daten wurde der Konsum synthetischer Cannabinoide für 19 % der Klienten in der Türkei und für 6 % in Ungarn als Hauptgrund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogenbehandlung angegeben. Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum synthetischer Cathinone als Primärdroge wurden von 0,2 % der Erstklienten im Vereinigten Königreich genannt. Alle drei Länder verzeichneten jedoch in den jüngsten Daten einen Rückgang bei der Aufnahme von Behandlungen im Zusammenhang mit neuen psychoaktiven Substanzen.



ABBILDUNG 2.12

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



Hochrisiko-Opioidkonsum: der Heroinkonsum geht in den meisten Ländern erstmals zurück

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

Europa hat verschiedene Wellen des problematischen Heroinkonsums 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 regelmäßig oder sporadisch in Substitutionsbehandlung sind oder andere Dienste nutzen.

Die Prävalenz des hochriskanten Opioidkonsums unter Erwachsenen (zwischen 15 und 64 Jahren) liegt schätzungsweise bei 0,4 % der Bevölkerung der EU; damit belief sich die Zahl der Hochrisiko-Opioidkonsumierenden im Jahr 2017 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 insgesamt 62 % der Bevölkerung entfallen, sind Wohnsitzland von drei Viertel (77 %) der Hochrisiko-

Opioidkonsumierenden (Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien, Vereinigtes Königreich). Von den zwölf Ländern mit regelmäßigen Schätzungen des hochriskanten Opioidkonsums zwischen 2008 und 2017 zeigen Griechenland, Malta, Slowenien und Spanien einen statistisch signifikanten Rückgang, während Tschechien und Irland (bis 2014) einen statistisch signifikanten Anstieg aufweisen (Abbildung 2.12).

Im Jahr 2017 wurde der Konsum von Opioiden von 171 000 Klientinnen/Klienten bzw. 35 % aller Klientinnen/Klienten, die sich in Europa in Drogenbehandlung begaben, als Hauptgrund für die Aufnahme einer spezialisierten Drogenbehandlung angegeben. Davon waren 32 000 Erstklientinnen/-klienten. Primärheroinkonsumierende machten 78 % (20 500 Klientinnen/-klienten) der Primäropioidkonsumierenden aus, die erstmals eine Behandlung aufnahmen; dies ist ein Rückgang von 4 700 Klienten bzw. von 17 % im Vergleich zum Vorjahr.

Laut den vorliegenden Trenddaten hat sich die Zahl der Heroin-Erstklientinnen/-klienten von einem Höchststand im Jahr 2007 auf einen Tiefststand im Jahr 2013 mehr als halbiert und anschließend stabilisiert. Zwischen 2016 und 2017 ging die Zahl der Primärheroinkonsumierenden, die erstmals eine Behandlung aufnahmen, in 16 der 27 Ländern, für die Daten vorliegen, zurück.

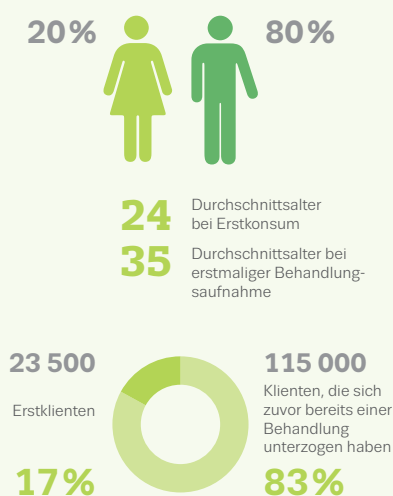
Synthetische Opiode: verschiedene Substanzen in ganz Europa festgestellt

Zwar ist Heroin nach wie vor das am häufigsten konsumierte illegale Opioid, jedoch weisen einige Quellen auf einen zunehmenden missbräuchlichen Konsum legaler synthetischer Opiode (wie beispielsweise Methadon, Buprenorphin und Fentanyl) hin. Erstklientinnen/-klienten berichten u. a. von missbräuchlich konsumiertem

Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, Codein, Morphin, Tramadol und Oxycodon. Diese Opiode werden mittlerweile von 22 % aller Primäropioidklientinnen/-klienten konsumiert. In einigen Ländern stellt nicht Heroin sondern andere Opiode die häufigste Form des Opioidkonsums unter den Klienten, die sich in spezialisierte Behandlung begeben, dar. Im Jahr 2017 wurden den Meldungen zufolge in 19 europäischen Ländern mehr als 10 % aller Opioidklientinnen/-klienten, die sich in spezialisierte Drogenbehandlung begaben, primär wegen Problemen mit anderen Opioiden als Heroin vorstellig (Abbildung 2.13). So konsumierten in Estland die meisten Klienten, die beim Behandlungsbeginn ein Opioid als Primärdrugs nannten, Fentanyl, während Buprenorphin das am häufigsten angegebene Opioid als Leitdroge unter den Erstklientinnen/-klienten in Finnland war. Der missbräuchliche Konsum von Buprenorphin wird von rund 22 % der Opioidklienten in Tschechien und der missbräuchliche Konsum von Methadon von 33 % der Opioidklienten in Deutschland und 19 % in Dänemark gemeldet. In Zypern und Polen werden zwischen 20 % und 50 % 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.

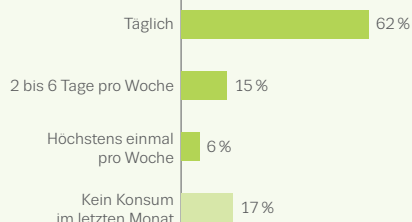
BEHANDLUNGS-AUFNAHMEN VON HEROINKONSUMIERENDEN

Merkmale

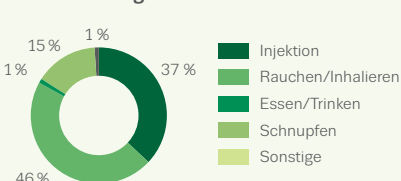


Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

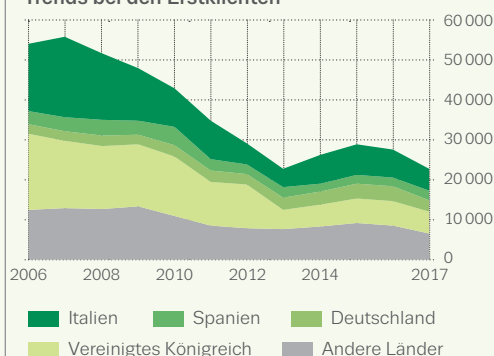
Durchschnittlicher Konsum: **5,9** Tage pro Woche



Einnahmeweg



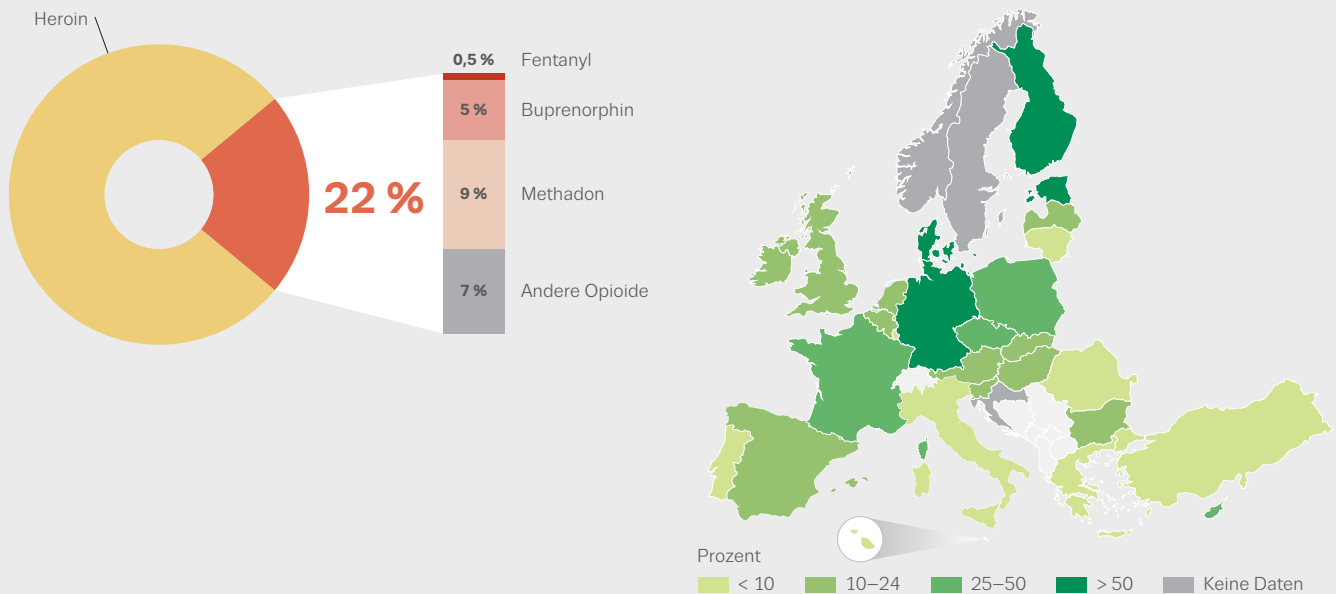
Trends bei den Erstklienten



NB: Mit Ausnahme der 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 24 Ländern. Nur Länder mit Daten für mindestens elf der zwölf 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. Aufgrund von Veränderungen am Meldesystem sind die Gesamtzahlen des Jahres 2017 für Deutschland Schätzungen auf der Grundlage von Daten aus dem Jahr 2016.

ABBILDUNG 2.13

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



Injizierender Drogenkonsum geht unter den neuen Heroinklienten weiter zurück

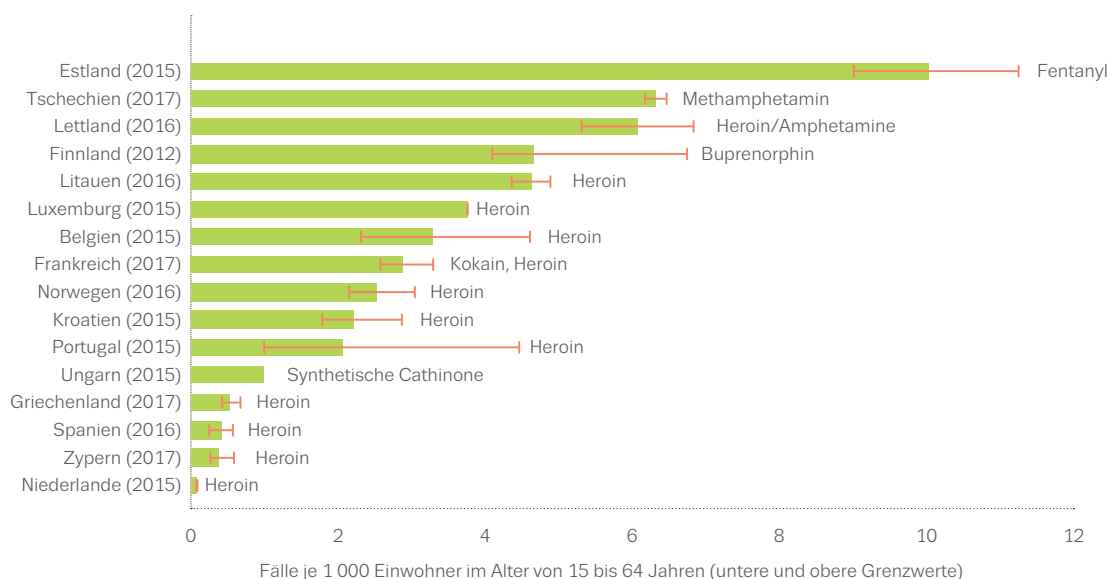
Der injizierende Drogenkonsum wird gemeinhin mit Opioiden in Verbindung gebracht, wenngleich in einigen Ländern auch der injizierende Konsum von Stimulanzien wie Amphetaminen oder Kokain verbreitet ist.

In den 16 Ländern, für die seit 2012 Prävalenzschätzungen für den injizierenden Drogenkonsum vorliegen, reichen diese von weniger als einem bis hin zu über zehn 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 2.14). In zwölf dieser Länder wird hierfür Heroin angegeben, während in Finnland Buprenorphin und in Estland Fentanyl 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 (Tschechien) gehören.

Der injizierende Drogenkonsum wird gemeinhin mit Opioiden in Verbindung gebracht

ABBILDUNG 2.14

Injizierender Drogenkonsum: jüngste Schätzungen der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums in den letzten zwölf Monaten und hauptsächlich injizierte Droge

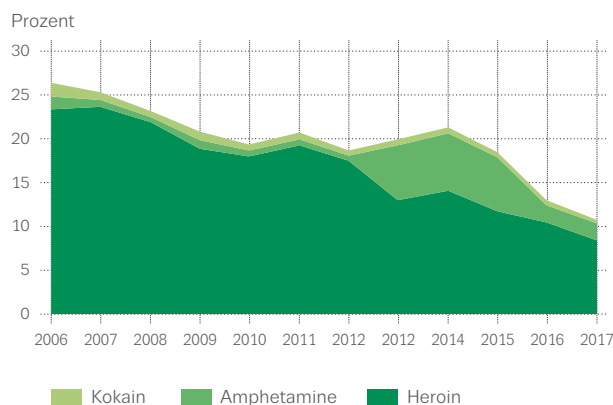


Von den Erstklienten, die 2017 eine spezialisierte Drogenbehandlung aufnahmen und Heroin als Primärdroge angaben, gaben 25 % an, die Droge vorwiegend zu injizieren. Im Jahr 2006 lag dieser Anteil noch bei 43 %. Dieser Anteil streut länderspezifisch von 8 % in Spanien bis hin zu 90 % oder höher in Lettland. Der injizierende Konsum wird von weniger als 1 % der Kokain-Erstklientinnen/-klienten und 9 % der Erstklientinnen/-klienten, die Amphetamine als Primärdroge angaben, als vorwiegende Art der Einnahme genannt. Das Gesamtbild bei Amphetaminen wird jedoch stark von Tschechien beeinflusst, auf das 50 % der neuen Amphetaminklientinnen/-klienten in Europa entfallen und die injizierend konsumieren. Betrachtet man die drei am häufigsten injizierten Drogen zusammen, so ist bei den Erstklientinnen/-klienten in Europa der injizierende Konsums als vorwiegende Art der Einnahme von 26 % im Jahr 2006 auf 11 % im Jahr 2017 zurückgegangen (Abbildung 2.15).

Der injizierende Konsum synthetischer Cathinone ist zwar nicht weit verbreitet, spielt jedoch in einigen Ländern unter injizierenden Opioidkonsumierenden bzw. Klientinnen/-klienten in Drogenbehandlung – sowie in Ungarn bei Klienten von Nadelaustauschprogrammen nach wie vor eine Rolle. In einer kürzlichen Studie der EMCDDA meldeten zehn Länder, dass synthetische Cathinone – häufig mit anderen Stimulanzien und GHB – injiziert wurden. Dies wurde am häufigsten im Zusammenhang mit Sexpartys unter Männern mit gleichgeschlechtlichem Sexualkontakt angegeben.

ABBILDUNG 2.15

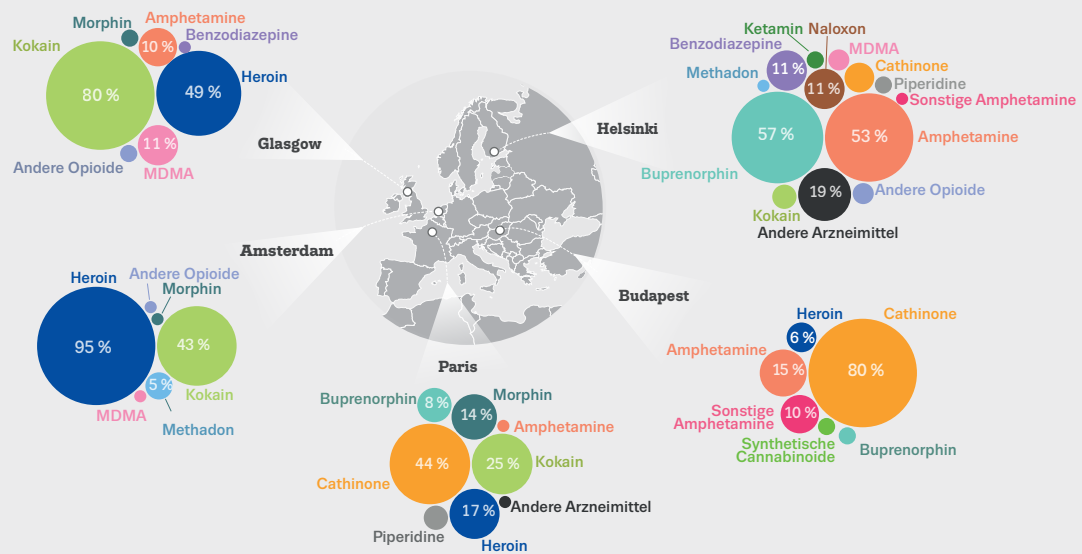
Injizierender Drogenkonsum unter Erstklienten mit Heroin, Kokain oder Amphetaminen als Primärdroge: Anteil derjenigen, die als Haupteinnahmeweg Injektionen angaben



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

ABBILDUNG 2.16

Drogenrückstände in gebrauchten Spritzen in ausgewählten europäischen Städten



NB: Die Kreisfläche ist proportional zum prozentualen Anteil der Spritzen an den Orten, wo die Substanz gefunden wurde. In einer einzelnen Spritze kann mehr als eine Substanz gefunden worden sein. Im Jahr 2017 durchgeführte Studie.

Quelle: Netzwerk „European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise“ (ESCAPE).

Einblicke aus den Daten über Rückstände in gebrauchten Spritzen: Stimulanzien häufig gefunden

Daten aus Drogenbehandlungen und Schätzungen des Hochrisiko-Drogenkonsums können durch die Ergebnisse des Netzwerks „European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise“ (ESCAPE) ergänzt werden, das Informationen über injizierte Substanzen durch die Analyse von Rückständen in gebrauchten Spritzen zusammenstellt. Die Spritzen wurden 2017 in Spritzentausch-Programmen in einem Netzwerk von fünf europäischen Städten gesammelt: Amsterdam, Budapest, Glasgow, Helsinki und Paris. Der Inhalt von 1 288 gebrauchten Spritzen wurde in fünf Labors untersucht.

**Die Hälfte
der untersuchten
Spritzen enthielt zwei
oder mehr Drogen**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die injizierten Substanzen von Stadt zu Stadt, aber auch innerhalb der Städte variieren (Abbildung 2.16). Ein hoher Anteil der Spritzen enthielt in allen fünf Städten Stimulanzien, wobei häufig Kokain, Amphetamine und synthetische Cathinone gefunden wurden. Die Hälfte der untersuchten Spritzen enthielt zwei oder mehr Drogen. Dabei war die häufigste Kombination eine Mischung aus Stimulans und Opioid. In den Fällen, in denen Benzodiazepine gefunden wurden, befanden sich diese häufig in Spritzen mit Opioiden.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, 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.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ESPAD

2016

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

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

3

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

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum 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, abhängig von den Eigenschaften der Substanzen, der Konsumform, von individuellen Vulnerabilitäten und dem sozialen Kontext des Drogenkonsums. Zu den chronischen Problemen zählen die Abhängigkeit und drogenbedingte Infektionskrankheiten. Daneben gibt es eine Reihe akuter Schädigungen, von denen Überdosierungen am besten dokumentiert sind. Trotz geringer Konsumprävalenz ist der Konsum von Opioiden nach wie vor für den Großteil der drogenbedingten Morbidität und Mortalität verantwortlich. Injizierender Drogenkonsum erhöht die Risiken. Im Vergleich dazu sind die mit dem Cannabiskonsum assoziierte 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.

Beobachtung der gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums und diesbezügliche Maßnahmen

Informationen zu gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenkonsums, darunter auch zu Drogenstrategien und öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich, werden der EMCDDA von den nationalen Reitox-Knotenpunkten und spezifischen Arbeitsgruppen zur Verfügung gestellt. Weitere Informationen über die Verfügbarkeit von Interventionen werden Expertenbewertungen entnommen, sofern keine formalen, strukturierten Daten vorliegen. Darüber hinaus wurden für dieses Kapitel wissenschaftliche Belege zur Wirksamkeit der Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ausgewertet. Weiterführende Informationen sind auf der Website der EMCDDA in den Leitlinien zu gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen ([Health and social responses to drug problems: a European guide](#)) und in damit verbundenem Online-Material sowie im „[Best Practice Portal](#)“ verfügbar.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten sowie die mit dem Drogenkonsum verbundene Mortalität und Morbidität sind die wichtigsten gesundheitlichen Folgen, die von der EMCDDA systematisch beobachtet werden. Darüber hinaus werden in eingeschränkterem 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 Indikatoren ([Key epidemiological indicators](#)) und zu Maßnahmen im Zusammenhang mit neuen Drogen ([Action on new drugs](#)) sowie im [Statistical Bulletin](#) verfügbar.

Die Konzeption und Umsetzung 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 Spritzentauschprogramme, 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. Da sich die Drogenprobleme verändern, müssen neue Ansätze entwickelt und bewertet werden. Einige dieser neuen Ansätze werden nachfolgend erörtert.

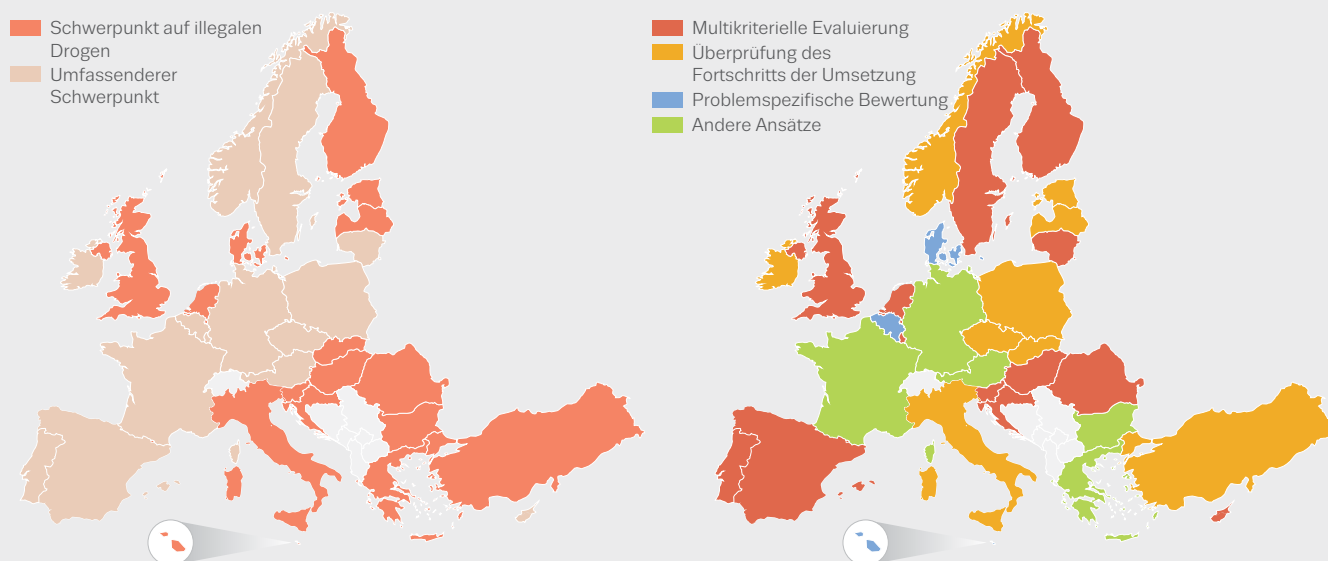
Drogenstrategien: Ansätze für die Bewertung

Fast die Hälfte der 30 von der EMCDDA beobachteten Länder hat nun nationale Drogenstrategien, die neben

illegalen Drogen verschiedene Kombinationen von substanzbasierten und verhaltensbedingten Abhängigkeitsproblemen umfassen. Diese Planungsinstrumente werden von den Regierungen genutzt, um den Gesamtansatz und konkrete Maßnahmen hinsichtlich diverser gesundheitlicher, sozialer und sicherheitspolitischer Dimensionen von Drogenproblemen weiter zu entwickeln. Während Dänemark's nationale Drogenpolitik auf einer Reihe von Strategiepapieren, Rechtsvorschriften und konkreten Maßnahmen basiert, stützen sich alle übrigen Länder auf ein einzelnes nationales Drogenstrategiedokument. In 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 zudem die dezentralen Verwaltungen von Schottland, Wales und Nordirland umfassende Strategiedokumente verabschiedet. Bezieht man diese drei Dokumente mit ein, gibt es also insgesamt 17 dieser weiter gefassten Drogenstrategien. Diese legen ganz allgemein den Fokus auf illegale Drogen. Inwiefern sie auch andere Substanzen und Abhängigkeiten – unabhängig vom Legalstatus – berücksichtigen, variiert von Land zu Land. Alle Strategien beziehen Alkohol, zehn Strategien Tabak und neun Strategien Medikamente mit ein. Acht der Strategien behandeln zudem andere suchterzeugende Verhaltensweisen wie das Glücksspiel. Unabhängig vom Fokus wird in allen nationalen

ABBILDUNG 3.1

Schwerpunkte der nationalen Drogenstrategiedokumente (links) und Bewertungsmethode (rechts) im Jahr 2018



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 Schottland, Wales und Nordirland umfassende Strategiedokumente verabschiedet, die sich auch auf Alkohol beziehen.

Drogenstrategien explizit ein ausgewogener drogenpolitischer Ansatz verfolgt, der die Bedeutung sowohl der Nachfrage- als auch der Angebotsreduzierung betont. Dieser Ansatz ist auch in der EU-Drogenstrategie (2013-20) und den EU-Aktionsplänen (2017-20) verankert. Dieser ausgewogene Ansatz ermöglicht einerseits einen stärkeren Einfluss im Bereich der öffentlichen Gesundheit, andererseits ergeben sich daraus Herausforderungen in Bezug auf die Koordinierung der Umsetzung, Überwachung und Evaluierung.

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 insgesamt im Zeitverlauf erreicht wurden. Den 2018 übermittelten Berichten zufolge wurden in letzter Zeit in 13 Ländern multikriterielle Evaluierungen, in neun Ländern Überprüfungen der bei der Umsetzung der Ziele und in drei Ländern themenspezifische Evaluierungen vorgenommen. Fünf Länder verfolgten andere Evaluierungsansätze wie beispielsweise eine Mischung aus Indikatorbewertungen und Forschungsprojekten (siehe Abbildung 3.1). Die Tendenz hin zu umfassenden Strategien führt vermehrt auch zum Einsatz von breiter angelegten Evaluierungen. Aktuell haben Frankreich, Luxemburg, Schweden und Norwegen Evaluierungen von breit angelegten Strategien veröffentlicht.

Prävention des Drogenkonsums: strukturelle Ansätze

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. Strukturelle 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 „isländische Modell“ der Prävention, das die konsequente Anwendung einer Kombination wirksamer Präventionsgrundsätze auf Bevölkerungsebene umfasst, hat in jüngster Zeit große internationale Aufmerksamkeit erzielt. Der Ansatz umfasst neben der elterlichen Kontrolle, Ausgehverboten für unter 18-Jährige auch begleitete nachschulische Freizeitaktivitäten mit Zugang zu sportlichen und kulturellen Aktivitäten für Jugendliche. Das isländische Modell wurde in Europa in einigen

Gemeinden in Spanien, den Niederlanden und Rumänien umgesetzt. Eine weitere Evaluierung ist erforderlich, um zu klären, ob der in den letzten zehn Jahren beobachtete signifikante Rückgang des Drogenkonsums in Island, der einen Rückgang des Drogenkonsums unter Jugendlichen in einigen anderen europäischen Ländern widerspiegelt, in erster Linie auf die Präventionsstrategie des Landes und seine Alkoholpolitik zurückzuführen ist oder ob andere Faktoren von Bedeutung sind.

Das isländische Modell basiert auf einem strukturellen Präventionsansatz, dem zufolge es möglich ist, ungewünschte Verhaltensweisen durch Änderung der physischen, wirtschaftlichen und regulatorischen Aspekte des Lebensumfelds, die das Auftreten von Verhaltensmustern ermöglichen oder verringern, zu verändern. Dies wiederum kann die soziale Akzeptanz, Normalität und Sichtbarkeit gewisser Verhaltensmuster reduzieren. Entsprechende Maßnahmen sind beispielsweise die Regulierung der Verfügbarkeit und die Preisfestsetzung für Substanzen, die Verringerung der Portionsgrößen von Alkohol oder eine Minderung der Verkaufsstellendichte.

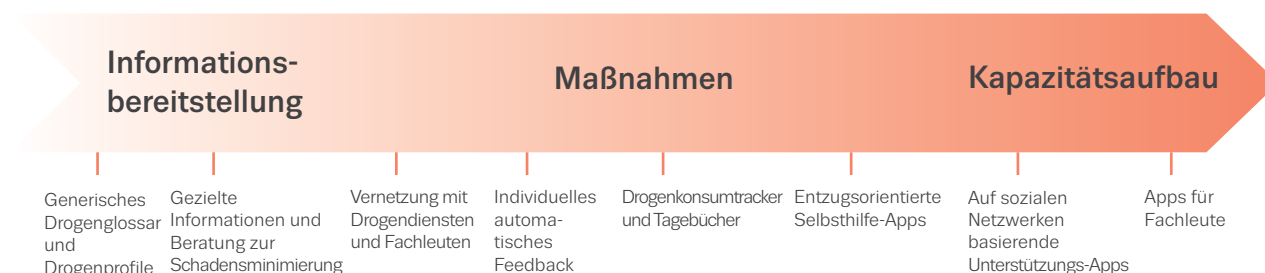
Strukturelle Präventionsgrundsätze sind außerdem wichtig für „gutes Verhalten“ (Good Behaviour Game), ein handbuchbasiertes Programm für Grundschulkinder, das sich in einigen Forschungsstudien als wirksam erwiesen hat. Risikoverhalten soll durch Verhaltensanreize auf Gruppenebene verringert werden, um positive Normen und Regeln zu stärken. Im weiteren Sinne ist der veränderte Status und der Rückgang des Zigarettenkonsums in vielen EU-Ländern wohl ein Beispiel für einen strukturellen Präventionsansatz in der Praxis.

Für die erfolgreiche Einführung ist eine professionelle Ausbildung wahrscheinlich unerlässlich. Im Rahmen einer kürzlich ergriffenen Initiative wurde ein europäischer allgemeiner Präventionslehrplan (European Universal Prevention Curriculum), der auf Erkenntnissen und internationalen Standards beruht, für regionale und lokale Entscheidungsträger und Meinungsbildner eingeführt. 2018 wurde der Lehrplan in einem Drittel der EU-Mitgliedstaaten auf unterschiedlichen Ebenen implementiert.

**Alle europäischen Länder
evaluieren ihre nationalen
Drogenstrategien**

ABBILDUNG 3.2

Umfang der m-health-Apps auf der Grundlage ihrer primären Ziele



Reaktion auf den Drogenkonsum: neue Technologien

Die Maßnahmen zur Prävention und Behandlung des Drogenkonsums entwickeln sich ständig weiter. Dabei nimmt auch der Einsatz neuer digitaler Lösungen wie die Nutzung computergestützter Technologien zu. Digitale Maßnahmen („Apps“) können auf einer Reihe von Geräten, von Desktop-Computern bis hin zu mobilen Geräten und zunehmend auch Smartphones, genutzt werden. Diese mobilen Anwendungen oder m-health-Apps werden für viele Zwecke eingesetzt, z. B. zur Drogenprävention, zur Schadensminimierung, zur digitalen Verbreitung in den sozialen Medien, zur Beobachtung, Überwachung sowie zur Behandlung von Patienten (Abbildung 3.2). Einige Apps bieten praktische Hilfe, einschließlich Glossaren, Informationen und Beratung zu Drogen. Ein innovatives Beispiel ist die Nutzung von Standortdaten, die injizierenden Drogenkonsumierenden helfen, Nadel- und Spritzentauschstellen zu finden. Andere Apps verwenden effektive Präventionstechniken wie soziale Normen-Ansätze und den Abbau von Fehleinschätzungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum unter Gleichaltrigen. Obwohl bereits viele m-health-Apps öffentlich erhältlich sind, hat eine kürzlich erschienene Studie der EMCDDA ergeben, dass nur wenige wissenschaftlich evaluiert wurden. Es fehlten Qualitätsstandards und es gibt Bedenken im Hinblick auf den Datenschutz.

Die Anwendung von Technologien der virtuellen Realität im Rahmen der Expositionstherapie wird ebenfalls untersucht. Mithilfe von Headsets für virtuelle Realität werden realistische und immersive drogenspezifische Umgebungen stimuliert, die akutes Verlangen nach Drogen hervorrufen und die Patienten in der Reaktion auf diese Stimulationen schulen.

Drogenbehandlung: ambulante Dienste überwiegen

Die Drogenbehandlung bleibt nach wie vor die wichtigste Maßnahme für Personen, die Probleme mit ihrem Drogenkonsum und möglicherweise eine Abhängigkeit

entwickelt haben. Die Gewährleistung eines leichten Zugangs zu geeigneten Behandlungseinrichtungen stellt daher eine zentrale politische Zielsetzung dar.

Die meisten Drogenbehandlungen in Europa erfolgen ambulant, wobei der größte Teil der behandelten Drogenkonsumierenden auf spezialisierte Behandlungseinrichtungen entfällt (Abbildung 3.3). Niederschwellige 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 Polen und Slowenien, wird diese Art der Behandlung vorwiegend über Einrichtungen der ambulanten psychischen Gesundheitsversorgung abgedeckt.

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

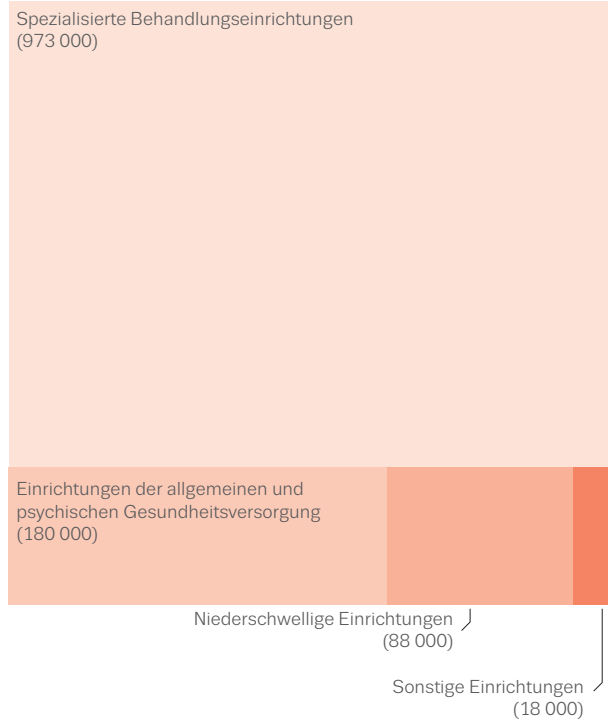
Zugang zur Drogenbehandlung: Selbsteinweisung ist der häufigste Weg

Im Jahr 2017 wurden in der Europäischen Union schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen wegen des Konsums illegaler Drogen behandelt (unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei: 1,5 Millionen). Nach wie vor finden die meisten Menschen aus eigenem Antrieb den Weg in die spezialisierte Drogenbehandlung. Auf diese Art der Einweisung, wozu auch das Anraten durch Angehörige oder Freunde gezählt werden kann, entfielen im Jahr 2017 fast die Hälfte (54 %) der Klienten, die sich in Europa in

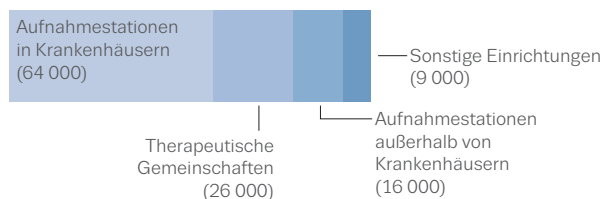
ABBILDUNG 3.3

Anzahl der Klienten in Drogenbehandlung in Europa im Jahr 2017, nach Einrichtung

Ambulant



Stationär



Justizvollzugsanstalten

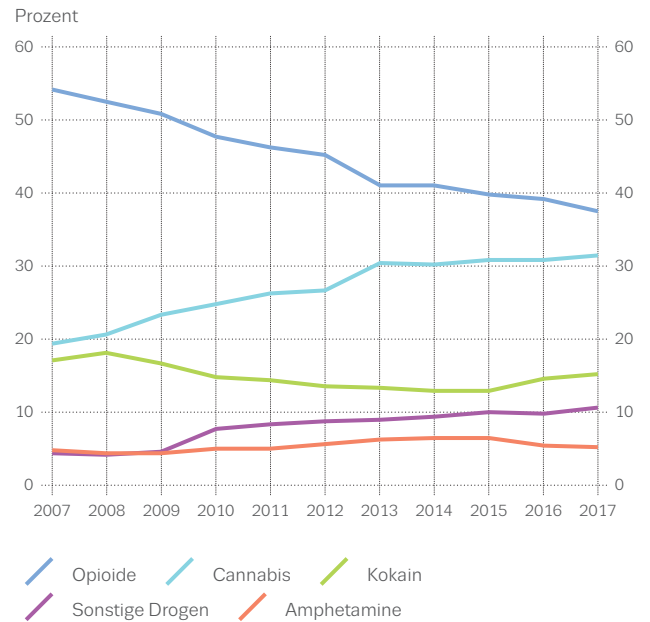


spezialisierte Drogenbehandlung begaben. Rund 17 % der Klienten wurden von der Strafjustiz überwiesen, während 15 % von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialdiensten, einschließlich anderen Drogenbehandlungszentren überwiesen wurden. In mehreren Ländern gibt es Regelungen, um Drogenstraftäter aus dem Strafjustizsystem in Drogenbehandlungsprogramme zu überweisen. In einigen Fällen geschieht dies durch gerichtliche Anordnung oder durch Verhängung einer Bewährungsstrafe mit der Auflage, dass sich der Täter einer Behandlung unterzieht.

In den Ländern, in denen mehr als 100 Menschen zur Behandlung von der Strafjustiz eingewiesen wurden, reichte der Anteil der Klienten, die auf diese Weise eine Behandlung aufnahmen, im Jahr 2017 von weniger als 5 % in Tschechien, Griechenland, den Niederlanden und

ABBILDUNG 3.4

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

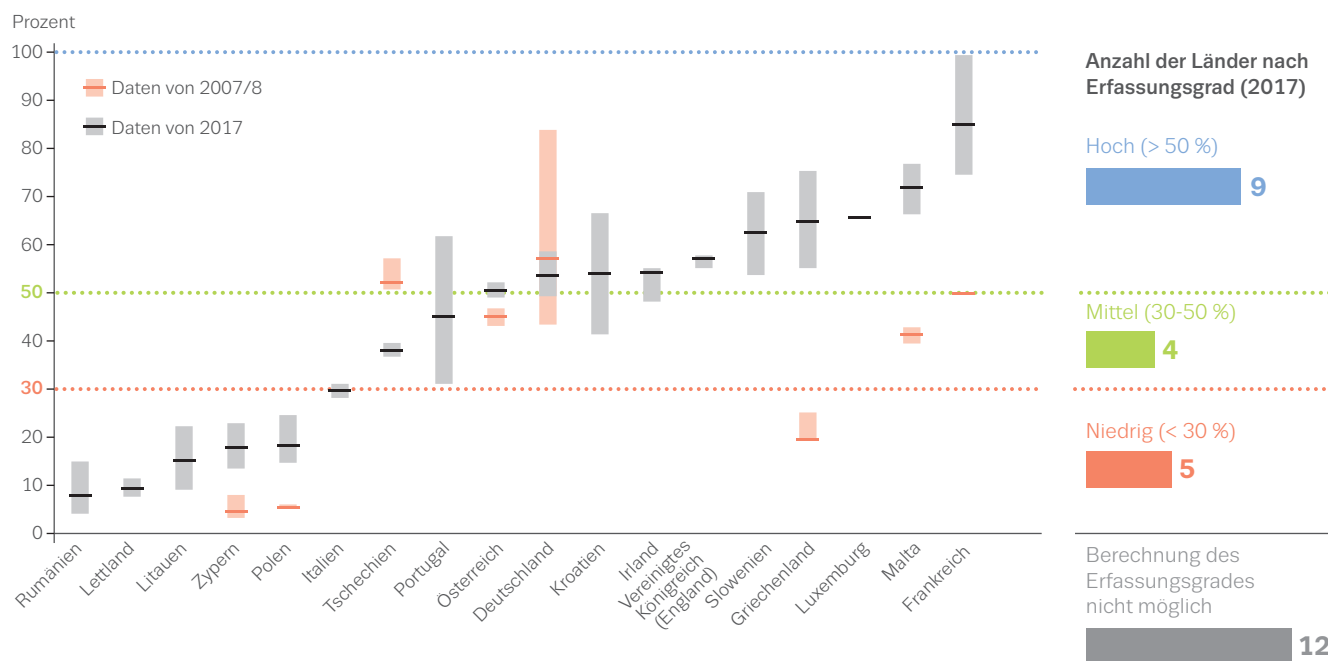


Polen bis zu etwa 70 % in Ungarn. Insgesamt werden vor allem Primärcannabiskonsumierende von der Strafjustiz zur Behandlung eingewiesen, während dies bei Primäropioidkonsumierende am seltensten geschieht.

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. Cannabis- und Kokainkonsumierende sind die zweit- und drittgrößten Gruppen, die Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen (Abbildung 3.4). Angebote für diese Klientengruppe sind häufig vielfältiger, basieren aber meistens auf psychosozialen Interventionen. Die Ergebnisse einer von 2014 bis 2017 vorgenommenen Analyse der Daten aus spezialisierten Behandlungseinrichtungen in zehn europäischen Ländern geben Aufschluss über die Behandlungswege. Von den 300 000 Klienten, die in diesen Ländern in Behandlung waren, war mehr als die Hälfte länger als ein Jahr in ununterbrochener Behandlung. Davon hatten viele Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden, vor allem Heroin. Die übrigen Klienten hatten die Behandlung in demselben Jahr aufgenommen. Von diesen begaben sich 16 % erstmals in ihrem Leben in Behandlung, während 28 % erneut eine Behandlung in Anspruch nahmen und bereits früher behandelt worden

ABBILDUNG 3.5

Erfassungsgrad der opioidgestützten Substitutionsbehandlung (prozentualer Anteil der geschätzten Hochrisiko-Opioidkonsumierenden, in Behandlung) im Jahr 2017 oder im aktuellsten Jahr sowie 2007/2008



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

waren. Diese Daten spiegeln den wiederkehrenden und langfristigen Charakter vieler drogenbedingter Erkrankungen wider.

Opioidgestützte Substitutionsbehandlung: die Reichweite variiert

Die Substitutionsbehandlung, häufig in Kombination mit psychosozialer Betreuung, ist die häufigste Behandlungsform 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 gesundheitlichen Folgen und der Mortalität.

Im Jahr 2017 erhielten in der Europäischen Union schätzungsweise 654 000 Opioidkonsumierende eine Substitutionsbehandlung (unter Einbeziehung Norwegens: 662 000). Nach einem kontinuierlichen Rückgang zwischen 2010 und 2015 stellt der Wert für 2017 im Jahresvergleich einen Anstieg um 4 % dar. Zwischen 2015 und 2017 wurde in 17 Ländern – darunter Schweden (21 %), Rumänien (21 %) und Italien (16 %) – ein Anstieg beobachtet, während in neun Ländern, die Daten übermittelten in den letzten Jahren ein Rückgang

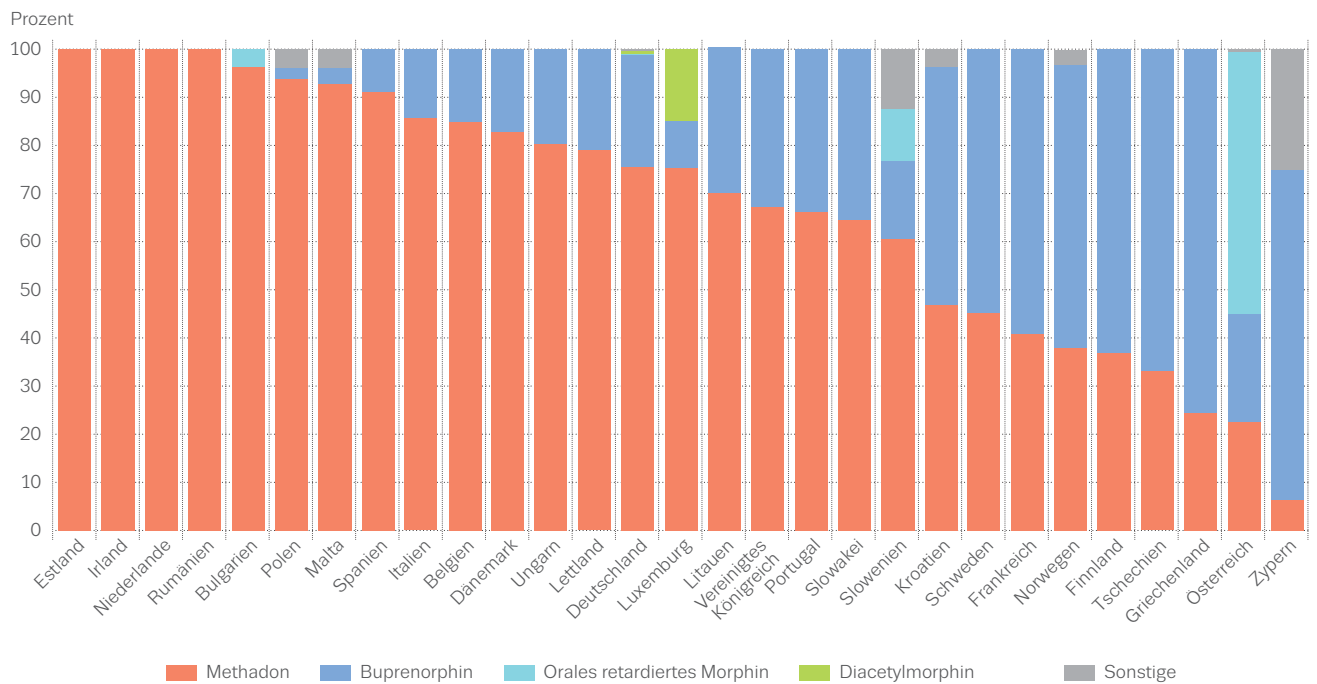
verzeichnet wurde, beispielsweise in Litauen (18 %) und Zypern (17 %).

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 bei der Reichweite zwischen den einzelnen Ländern festzustellen sind (Abbildung 3.5). Einige Länder liegen unter den empfohlenen Werten. Bei Betrachtung der Länder, in denen Daten aus den Jahren 2007 oder 2008 zum Vergleich zur Verfügung stehen, war insgesamt ein Anstieg der Reichweite zu verzeichnen.

Mit einem Anteil von fast zwei Dritteln (63 %) der Opioid-Substitutionsklienten ist Methadon das am häufigsten verschriebene Opioid-Substitutionsmittel. Weiteren 34 % werden mit Medikamenten auf Basis von Buprenorphin behandelt, dem wichtigsten Arzneimittel für die Substitutionsbehandlung in acht Ländern (Abbildung 3.6). Andere Substanzen, wie etwa Morphin in Retardform (mit langsamer Wirkstofffreisetzung) und Diacetylmorphin (Heroin) werden seltener eingesetzt und in Europa schätzungsweise 3 % der Substitutionspatienten verordnet. Die europäische Substitutionsklienten-Kohorte altert, und die meisten Klienten sind bereits über 40 Jahre alt und gewöhnlich seit mehr als zwei Jahren in Behandlung. Alternative Behandlungsangebote für Opioidkonsumierende sind in allen europäischen Ländern

ABBILDUNG 3.6

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



NB: In den Niederlanden wird etwa 10 % der Klienten, die Methadon erhalten, auch Diacetylmorphin verschrieben. In Finnland beinhaltet die Behandlung Buprenorphin allein oder in Verbindung mit Naloxon. Die Daten des Vereinigten Königreichs gelten nur für Wales.

PATIENTEN IN OPIOIDGESTÜTZTER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Bevölkerungsgruppe

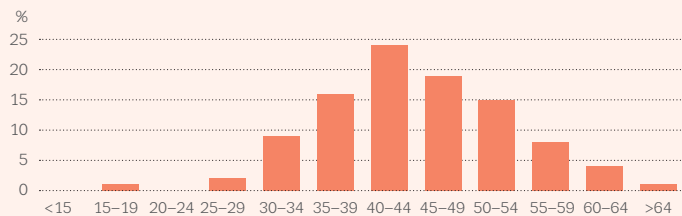
654 000 EU

662 000 EU + Norwegen

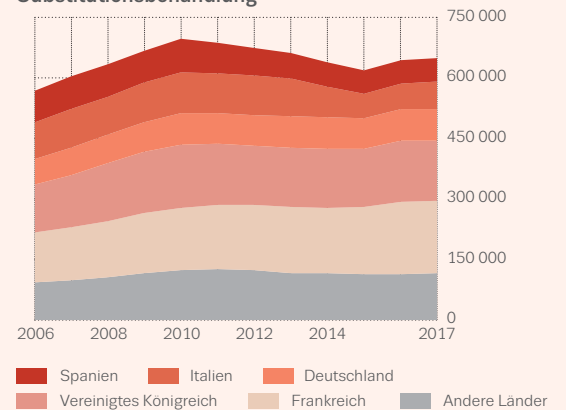
25% 75%



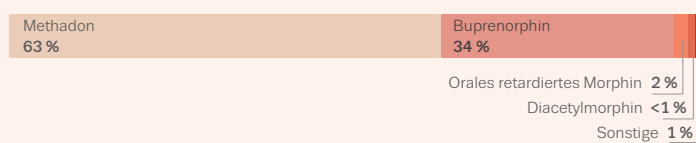
Altersverteilung



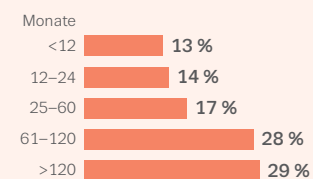
Trends bei der Anzahl der Patienten in Substitutionsbehandlung



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 3.7

verfügbar, werden jedoch in geringem Umfang in Anspruch genommen. In den 11 Ländern, für die Daten vorliegen, erhalten zwischen 2 % und 17 % aller Opioidklienten eine Behandlung ohne Opioidsubstitution.

Reaktion auf Drogenprobleme: Ausgaben und Umsetzungsmechanismen

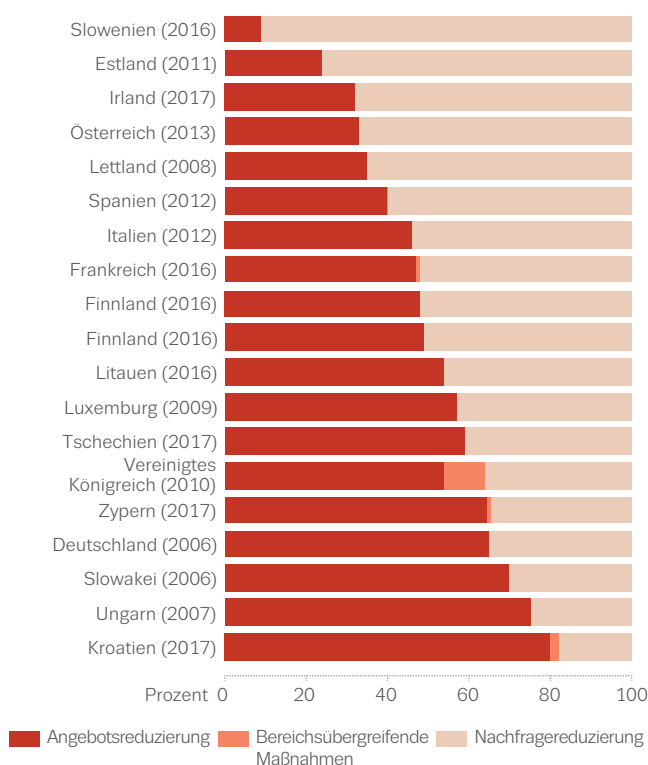
Eine Einschätzung der Kosten von Maßnahmen im Drogenbereich ist für die Entwicklung wie auch die Evaluierung von politischen Maßnahmen relevant. Dennoch liegen in Europa, sowohl auf kommunaler als auch auf nationaler Ebene, nach wie vor nur lückenhafte und heterogene Informationen über die öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich vor. Im letzten Jahrzehnt haben 26 Länder Schätzungen der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich erstellt. Die Schätzungen variieren von 0,01 % bis 0,5 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP), wobei etwa die Hälfte der Schätzungen zwischen 0,05 % und 0,2 % des BIP liegt.

19 Länder erstellten zwischen 2006 und 2017 eine Ausgabenschätzung für Initiativen zur Nachfragereduzierung als Teil der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich insgesamt. Diese Schätzungen unterscheiden sich erheblich in den einzelnen Ländern, wobei sie von 8 % bis 80 % reichen (Abbildung 3.7). Die Ausgaben für Drogenbehandlungen machen dort, wo sie bekannt sind, einen großen Anteil der geschätzten Ausgaben zur Nachfragereduzierung aus.

Die erfolgreiche Umsetzung eines Programms muss den Fokus unter anderem auf die Kosten, die Qualitäts-Standards und die Ausbildung legen. Kosten-Nutzen-Analysen der Maßnahmen für Drogenbehandlungen können helfen, die Zuweisung von Finanzmitteln zu optimieren. Trotz der Kosten für ambulante Behandlungen und Verschreibungen im Zusammenhang mit Pharmakotherapien bei Opioidabhängigkeit führt dies zu niedrigeren Gesundheitskosten insgesamt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diejenigen, die eine solche Behandlung in Anspruch nehmen, weniger häufig kostenintensive Leistungen wie Notfall- oder stationäre Behandlung benötigen.

Eine kürzliche Erhebung der EMCDDA ergab, dass mindestens 80 % der Daten liefernden Länder eine Art von Leitlinie zur Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen der Nachfragereduktion herausgegeben haben. Zudem gaben 60 % der Länder an, dass sie Qualitätsstandards verwenden. 70 % der Länder berichten von Akkreditierungssystemen, bei denen die Bewilligung von Dienstleistungen im Rahmen von staatlich finanzierten

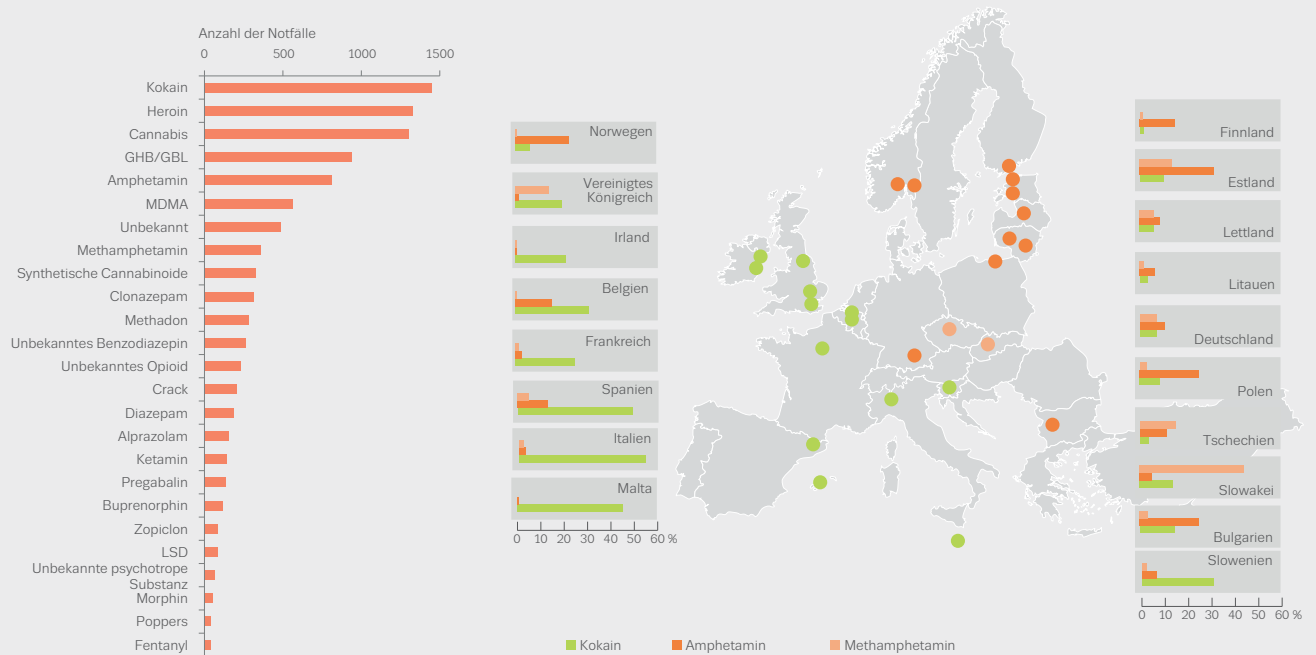
Öffentliche Ausgaben im Drogenbereich: geschätzte Aufteilung zwischen Nachfrage- und Angebotsreduzierung



Programmen mit der Umsetzung von Qualitätsstandards verbunden ist. Darüber hinaus geben die meisten Länder (80 %) an, dass Schulungen für Fachkräfte verfügbar sind. Weniger häufig werden Register oder Verzeichnisse von evidenzbasierten oder bewährten Programmen gemeldet; diese gibt es jedoch in einem Viertel der Länder. Im Vergleich zu den Vorjahren ist positiv zu verzeichnen, dass bereits wesentlich mehr Länder Leitlinien und Standards für Maßnahmen veröffentlicht und eine Art Akkreditierungssystem für die Erbringung von Leistungen eingeführt haben. Insgesamt scheint es, dass es mehr Ausbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte im Drogenbereich gibt, obwohl allgemein anerkannt wird, dass in diesem Bereich weitere Investitionen sinnvoll wären.

ABBILDUNG 3.8

Die wichtigsten 25 Drogen bei Notfällen in beobachteten Krankenhäusern im Jahr 2017 (links) und Häufigkeit der Notfälle im Zusammenhang mit Kokain und Amphetaminen (Anteil der Notfälle), aggregiert nach Land (rechts)



NB: Ergebnisse von 7 267 Notfällen in 26 von Euro-Den Plus (beobachteten) Krankenhäusern in 18 europäischen Ländern.
Quelle: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Akute drogenbedingte gesundheitliche Folgen: Anstieg bei Kokain, Rückgang bei Heroin

Krankenhaus-Notfalldaten können Aufschluss über akute drogenbedingte Schäden und die Auswirkungen des Drogenkonsums auf die öffentliche Gesundheit in Europa geben. In insgesamt 26 (beobachteten) Krankenhäusern in 18 europäischen Ländern werden Daten zu Notfällen mit akuter Toxizität durch das European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) gesammelt. Im Jahr 2017 meldeten diese Krankenhäuser 7 267 Notfälle, die vorwiegend männliche Patienten (76 %) betrafen. Fast drei Viertel der Notfallpatienten wurden mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus transportiert, wobei die meisten (78 %) innerhalb von zwölf Stunden wieder entlassen wurden. Ein geringer Anteil (6 %) musste jedoch stationär auf die Intensivstation oder in die Psychiatrie (4 %) aufgenommen werden. Es wurden 30 Todesfälle verzeichnet, davon 17 unter Beteiligung von Opioiden.

Kokain war im Jahr 2017 die bei Notfällen am häufigsten involvierte Droge, gefolgt von Heroin und Cannabis (Abbildung 3.8). Fast ein Viertel der Notfälle stand mit dem Missbrauch von verschreibungspflichtigen oder rezeptfreien Arzneimitteln (am häufigsten Benzodiazepine und Opiode), über 10 % mit GHB/GBL und 4 % mit neuen psychoaktiven Substanzen in Zusammenhang.

Unterschiede hinsichtlich der Drogen, die bei Notfällen zwischen den Krankenhäusern auftreten, scheinen sich auf Unterschiede im Einzugsgebiet und auf lokale Konsummuster zurückführen zu lassen. Notfälle im Zusammenhang mit Amphetaminen traten beispielsweise am häufigsten in Nord- und Osteuropa auf, wohingegen Notfälle im Zusammenhang mit Kokain vor allem in Süd- und Westeuropa auftraten.

ABBILDUNG 3.9

Die Gesamttendenz der 15 Zentren, die im Zeitraum von 2014-17 Daten gemeldet haben, zeigen einen Rückgang bei der Zahl der Notfälle im Zusammenhang mit Heroin und einen Anstieg bei Kokainpulver und Crack (Abbildung 3.9). Im gleichen Zeitraum gab es einen allgemeinen Rückgang bei Notfällen im Zusammenhang mit synthetischen Cathinonen und einen Anstieg bei Notfällen im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden.

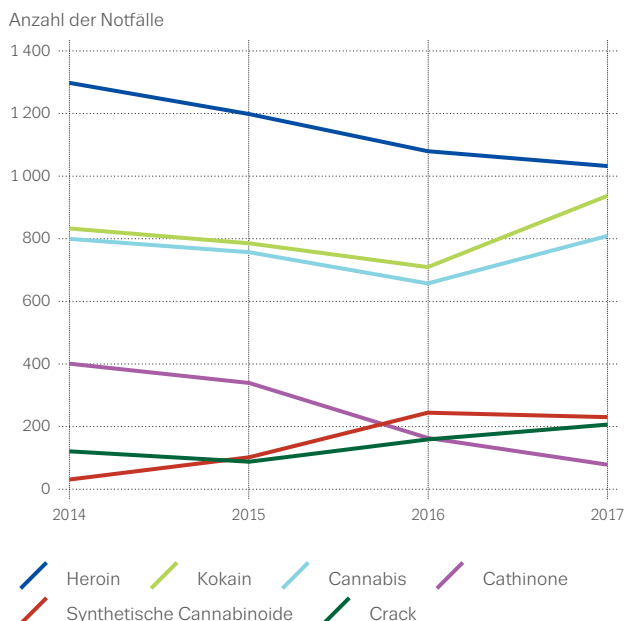
Nur wenige Länder überwachen akute Drogennotfälle auf nationaler Ebene. Von diesen Ländern meldeten Tschechien, Dänemark, Litauen und Slowenien eine rückläufige Tendenz bei heroинbedingten Notfällen. Dänemark meldete für den Zeitraum zwischen 2013 und 2017 einen Anstieg bei den Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Opioiden ohne Heroin und Methadon und eine Verdoppelung der Fälle kokainbedingter Vergiftungen. In Spanien war Kokain bei fast der Hälfte der im Jahr 2016 gemeldeten drogenbedingten Notfälle involviert, während in den Niederlanden bei regionalen Beobachtungen zwischen 2016 und 2017 ein Rückgang der Notfälle im Zusammenhang mit MDMA und dem Stimulans 4-Fluoramphetamin (4-FA) bei den Erste-Hilfe-Stellen verzeichnet wurde. Fast ein Drittel der drogenbedingten Rettungseinsätze in den Niederlanden stand mit dem Konsum von GHB in Zusammenhang.

Kokain und Crack: gesundheitpolitische Maßnahmen

Für Menschen, die Kokain und Crack konsumieren, stehen spezifische Maßnahmen zur Verfügung. In Europa sind dies vor allem psychosoziale Maßnahmen, z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Motivationsgespräche, Kurzmaßnahmen, Notfallmanagement und symptomatische pharmakologische Behandlungen. Zu den aktuell untersuchten Behandlungsmöglichkeiten gehören die Verwendung medikamentöser Stimulanzien wie Modafinil und Lisdexamfetamin zur Verringerung von Entzugs- und Entwöhnungssymptomen und eines Kokain-Impfstoffs zur Verringerung der euphorischen und belohnenden Wirkungen von Kokain.

Derzeit liegen nur relativ schwache Erkenntnisse bezüglich der Bewertung einer wirksamen Behandlung bei kokainbedingten Problemen vor. In diesem Bereich sind daher weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten notwendig. Dementsprechend gibt es nur wenige spezielle Programme, die sich konkret an Kokainkonsumierende in Europa richten. In Anbetracht der steigenden Zahl an Personen, die sich wegen kokainbedingter Probleme in Behandlung begeben, geben jedoch einige Länder an,

Trends bei der Anzahl von Notfällen im Zusammenhang mit ausgewählten Drogen in beobachteten Krankenhäusern



NB: Daten aus den 15 von Euro-Den Plus beobachteten Krankenhäusern, die jährlich zwischen 2014 und 2017 Daten meldeten.
Quelle: Euro-Den Plus.

passende Maßnahmen zu entwickeln. Hierzu gehören Programme, in denen konsumentennahe Verstärkeransätze mit Notfallmanagement (Belgien) und die Anpassung der Öffnungszeiten an den Bedarf der Kokainklienten (Luxemburg, Österreich) kombiniert werden.

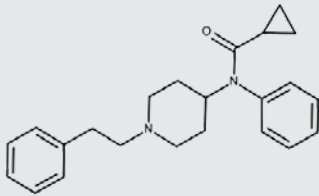
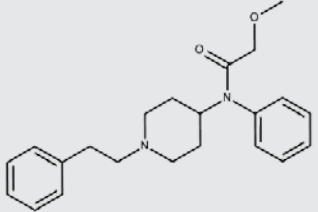
In einigen Ländern sind auch Maßnahmen zur Schadensminimierung bei Kokain- und Crackkonsumierenden verfügbar, die auf Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit dem Injizieren von Kokain oder dem Rauchen von Crack und riskantem Sexualverhalten abzielen. Hierzu gehören beaufsichtigte Drogenkonsumräume in Dänemark, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden und die Bereitstellung von Crack-Kits (Pfeifen und Filter) in Frankreich und Portugal. In einigen EU-Ländern gibt es Substanzanalyse-Angebote, um die Risiken im Zusammenhang mit hochreinem oder gestrecktem Kokain zu senken.

Gemeinsame Untersuchungen und Risikobewertung

2017 bewertete der Wissenschaftliche Beirat der EMCDDA offiziell die Risiken von neun neuen psychoaktiven Substanzen, einschließlich fünf Fentanylderivaten (Acryloylfentanyl, Furanylfentanyl, 4-Fluorisobutyrylfentanyl, Tetrahydrofanylfentanyl und Carfentanil). Auf internationaler Ebene werden diese seither gemäß den Bedingungen des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1961 kontrolliert.

Im Nachgang zu den gemeinsamen Untersuchungen von EMCDDA und Europol, die im Jahr 2017 zu Cyclopropylfentanyl und Methoxyacetylfentanyl eingeleitet wurden, wurden die Risiken dieser beiden Fentanylderivate – die mit fast 90 Todesfällen in Verbindung gebracht wurden – im Jahr 2018 offiziell von der EMCDDA bewertet (Tabelle 1). Auf der Grundlage der Risikobewertungsberichte und auf Initiative der Europäischen Kommission beschlossen der Rat der Europäischen Union und das Europäische Parlament, diese beiden Substanzen Kontrollmaßnahmen in ganz Europa zu unterwerfen.

Tabelle 1. Wichtigste Erkenntnisse aus den Risikobewertungen von zwei Fentanylderivaten (2018)

Gebräuchliche Bezeichnung	Cyclopropylfentanyl	Methoxyacetylfentanyl
Chemische Bezeichnung	<i>N</i> -Phenyl- <i>N</i> -[1-(2-Phenylethyl)Piperidin-4-yl]Cyclopropancarboxamid	2-Methoxy- <i>N</i> -Phenyl- <i>N</i> -[1-(2-Phenylethyl)Piperidin-4-yl]Acetamid
Chemische Struktur		
Formelle Meldung an das EU-Frühwarnsystem	4. August 2017	9. Dezember 2016
Konsumbedingte Todesfallmeldungen	78	13
Anzahl der Länder, in denen assoziierte Todesfälle auftraten	3	4
Anzahl der Sicherstellungen durch Strafverfolgungsbehörden	144	48
Anzahl der Länder, in denen Sicherstellungen stattfanden (EU, Türkei und Norwegen)	6	10
Gesamte sichergestellte Menge	1,76 kg Pulver; 772 ml Flüssigkeit; 329 Tabletten	180 g Pulver; 352 ml Flüssigkeit; 119 Tabletten

Neue Drogen: hoch potente synthetische Opiode

Neue psychoaktive Substanzen, einschließlich synthetischer Opiode, synthetischer Cannabinoide und synthetischer Cathinone, werden weiterhin mit Todesfällen und akuten Vergiftungen in Europa in Verbindung gebracht und stellen trotz zahlreicher neuer Maßnahmen in diesem Bereich weiterhin eine Herausforderung für die derzeitigen Modelle der Drogenpolitik dar.

Obwohl sie auf dem europäischen Drogenmarkt nur eine geringe Rolle spielen, stellen neue Opiode eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit des Einzelnen und der öffentlichen Gesundheit dar. Besonders

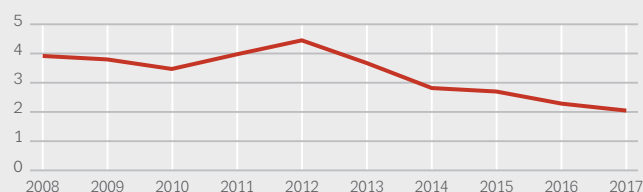
besorgniserregend sind Fentanylderivate, die die Mehrheit der an die EMCDDA gemeldeten neuen Opiode ausmachen. Diese Substanzen können besonders wirkungsvoll sein, da sie in geringen Mengen durch rasch

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

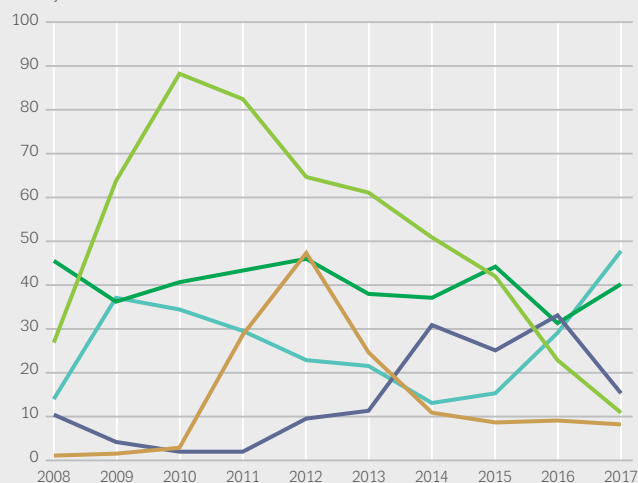
ABBILDUNG 3.10

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

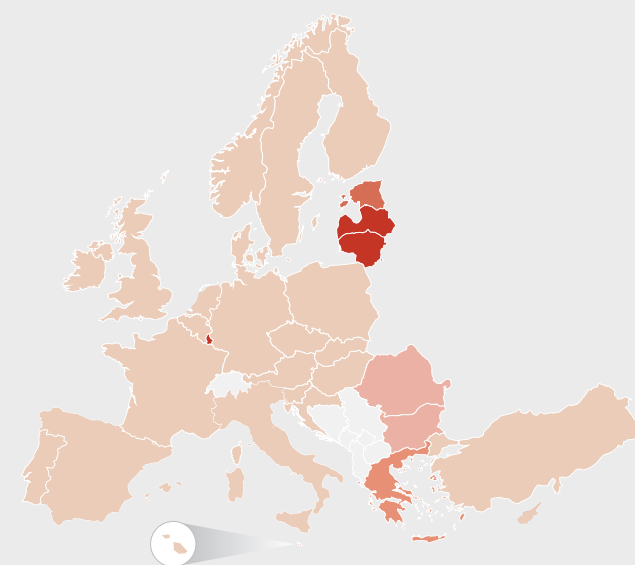
Fälle je 1 Million Einwohner (Europäische Union)



Fälle je 1 Million Einwohner



— Litauen — Lettland — Luxemburg — Estland
— Griechenland



Fälle je 1 Million Einwohner

— <3 — 3,1–6 — 6,1–9 — 9,1–12 — > 12

Quelle: ECDC. Daten für 2017.

einsetzende und schwere Atemdepression lebensbedrohliche Vergiftungen verursachen können. Gemeldete Überdosierungsfälle betreffen Personen, die glaubten, sie würden Heroin, andere illegale Drogen oder Schmerzmittel konsumieren. Neben den akuten Risiken einer Überdosierung, bei denen die Verwendung von Naloxon angezeigt sein kann, werden auch Fentanyl-derivate genannt, die ein hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial haben.

Drogenbedingte chronische Schäden: lokale HIV-Ausbrüche, späte Diagnosen

Drogenkonsumierende sind, vor allem bei injizierendem Konsum, gefährdet, sich durch die gemeinsame Nutzung von Konsumutensilien, wie auch durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, mit Infektionskrankheiten wie Hepatitis C (HCV) und dem Human-Immunschwächevirus (HIV) anzustecken. Dementsprechend ist die Prävalenz von HIV unter injizierenden Drogenkonsumierenden höher als in der Allgemeinbevölkerung.

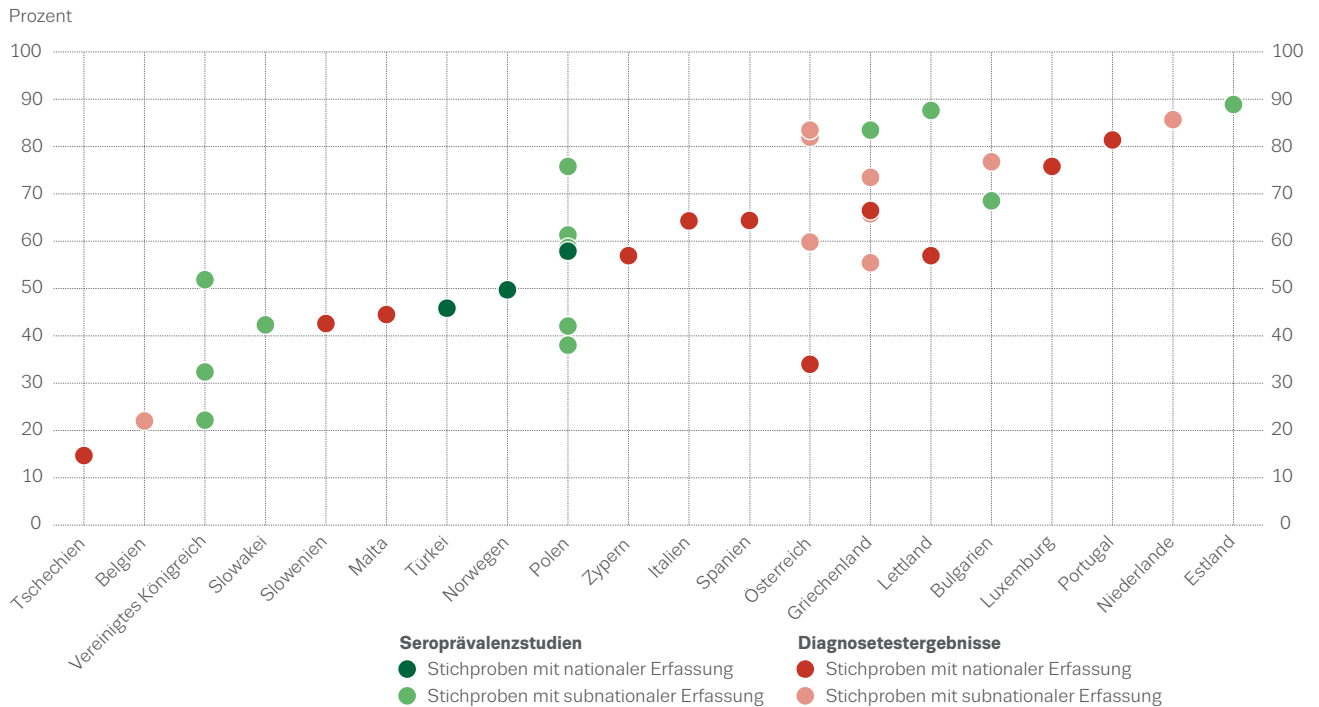
Im Jahr 2017 wurden in der Europäischen Union schätzungsweise 1 046 HIV-Neudiagnosen festgestellt, die mit injizierendem Drogenkonsum in Verbindung gebracht

wurden, diese betrafen zu 83 % Männer, die meisten davon über 35 Jahre alt. Dies entspricht 5 % aller HIV-Diagnosen, für die der Übertragungsweg bekannt ist. Dieser Anteil ist in den letzten zehn Jahren stabil geblieben. Die Meldungen von neu diagnostizierten HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumierenden sind in den meisten europäischen Ländern zwischen 2008 und 2017 zurückgegangen (Abbildung 3.10). Allerdings bleibt der injizierende Drogenkonsum in einigen Ländern ein wichtiger Übertragungsweg. Gemäß den 2017 an das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten übermittelten Daten stand der injizierende Drogenkonsum mit 62 % der neu diagnostizierten HIV-Fälle in Litauen und 33 % in Lettland in Verbindung. Seroprävalenzstudien in Estland, Lettland und Polen in den Jahren 2016-17 unter injizierenden Drogenkonsumierenden, zeigten, dass über 10 % der auf Basis von Blutproben getesteten Personen HIV-positiv waren.

Lokale HIV-Ausbrüche wurden unter der marginalisierten Bevölkerungsgruppe der injizierenden Drogenkonsumierenden in Dublin (2014-15), Luxemburg (2014-16), München (2015-16) und Glasgow (2015-18) dokumentiert. Alle vier Ausbrüche wurden mit injizierten Stimulanzien in Verbindung gebracht.

ABBILDUNG 3.11

HCV-Antikörperprävalenz unter injizierenden Drogenkonsumierenden: Seroprävalenzstudien (SP) und Diagnosetestergebnisse (DT) mit nationaler und subnationaler Abdeckung, 2016-17



Verfügbare Informationen zeigen, dass die Hälfte der HIV-Neudiagnosen, die 2017 in der Europäischen Union dem injizierenden Drogenkonsum zugeschrieben wurden, verspätet gestellt wurden – das heißt, als das Virus bereits begonnen hatte, das Immunsystem zu schädigen. 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, kann eine Eindämmung der Übertragung bewirken 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.

Im Jahr 2017 wurden 14 % aller in der Europäischen Union gemeldeten neuen AIDS-Fälle, bei denen der Übertragungsweg bekannt war, dem injizierenden Drogenkonsum zugeschrieben. Die 379 Meldungen im Zusammenhang mit Injektionen sind weniger als ein Viertel der vor zehn Jahren eingegangenen Meldungen.

HCV-Prävalenz: unterschiedliche nationale Trends

Die virale Hepatitis, insbesondere die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) verursachte Infektion, ist unter injizierenden

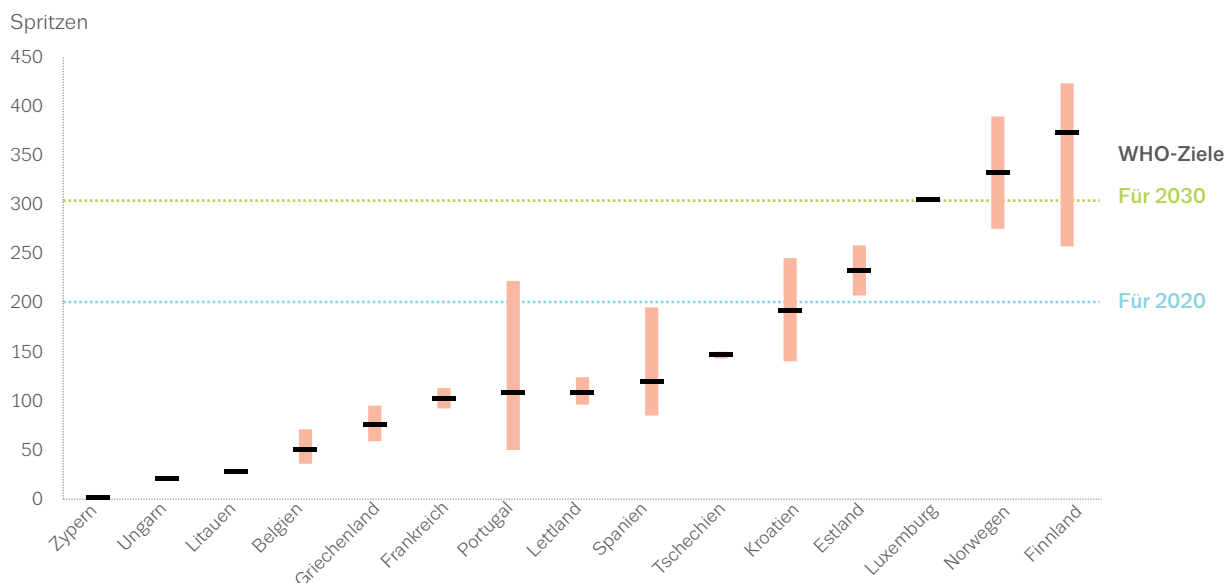
Drogenkonsumierenden in Europa weit verbreitet. Von 100 HCV-infizierten Personen entwickeln 75 bis 80 eine chronische Infektion. Dies hat erhebliche Langzeitfolgen, da chronische HCV-Infektionen, oft verschlimmert durch starken Alkoholkonsum, eine Zunahme der Todesfälle sowie der Fälle mit schwerer Lebererkrankung,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

Die Prävalenz von HCV-Antikörpern unter injizierenden Drogenkonsumierenden, die eine aktuelle oder frühere Infektion anzeigen, wird anhand von Seroprävalenzstudien bzw. Routinediagnostetests in Einrichtungen der Suchthilfe geschätzt. 2016-17 variierte die Prävalenz von HCV-Antikörpern in nationalen Proben von injizierenden Drogenkonsumierenden zwischen 15 % und 82 %, wobei acht von 14 Ländern mit nationalen Datenmeldungen über 50 % angaben (Abbildung 3.11). Sechs der Länder, für die nationale Trenddaten für den Zeitraum 2011-17 vorliegen, meldeten einen Rückgang der HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumierenden, während drei Länder steigende Prävalenzraten verzeichneten.

Unter den injizierenden Drogenkonsumierenden ist eine Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) weniger verbreitet als die HCV-Infektion, jedoch trotz der Verfügbarkeit eines wirksamen Impfstoffs immer noch häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Bei diesem Virus weist das HBV-Oberflächenantigen auf eine aktuelle Infektion hin, die akut oder chronisch sein kann. In den

ABBILDUNG 3.12

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



NB: Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt. Ziele der globalen WHO-Strategie für den Gesundheitssektor (WHO Global Health Sector Strategy) für Virushepatitis, 2016-2021.

sieben Ländern, für die nationale Daten für 2016/17 verfügbar sind, wiesen schätzungsweise 1 % bis 9 % der injizierenden Drogenkonsumierenden eine aktuelle HBV-Infektion auf.

Der injizierende Drogenkonsum stellt auch einen Risikofaktor für andere Infektionskrankheiten dar. So wurde 2016 in Tschechien und in Deutschland über Häufungen von Hepatitis-A-Infektionen berichtet, die mit dem Konsum von Drogen in Verbindung gebracht wurden. Im Vereinigten Königreich ist die Zahl der gemeldeten Fälle von Streptokokken der Gruppe A, die mit dem injizierenden Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden, seit 2013 gestiegen. Zudem werden in Europa weiterhin Fälle von Wundbotulismus gemeldet.

Prävention von Infektionskrankheiten: unterschiedliche Verfügbarkeit wirksamer Maßnahmen

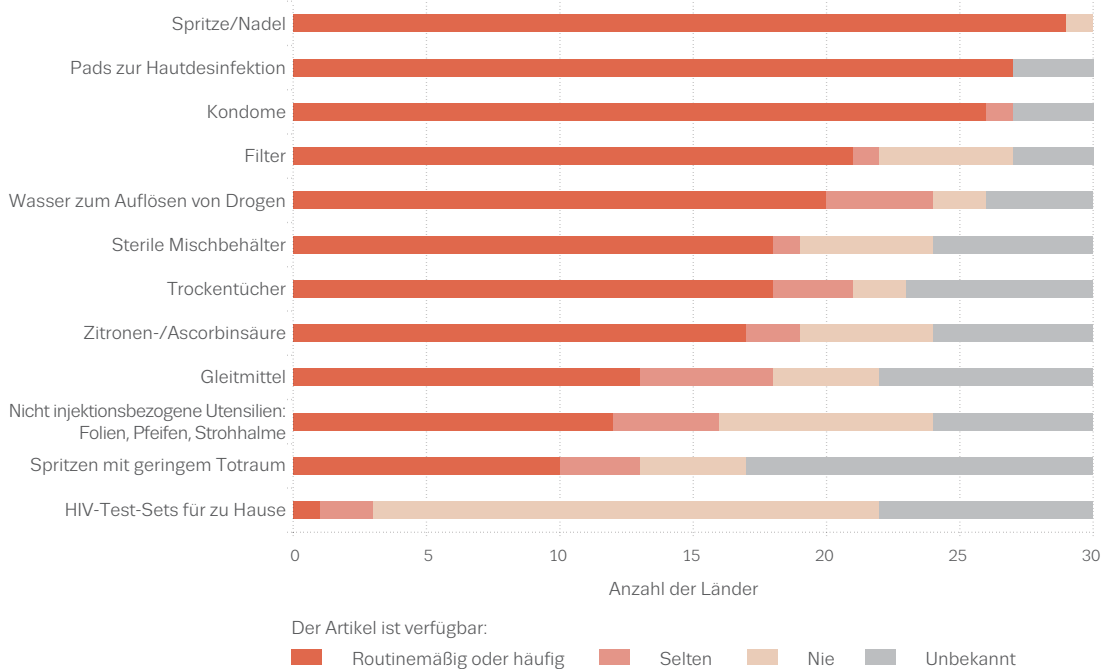
Es werden eine Reihe von Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogenkonsumierenden empfohlen. Hierzu gehören die Bereitstellung einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung, die Ausgabe steriler Spritzen, Nadeln und anderen sauberen Injektionsutensilien, wie auch Impfungen, Tests und Behandlung in Bezug auf Virushepatitis und HIV sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen, die sich auf die Reduzierung von injizierendem und sexuellem Risikoverhalten konzentrieren.

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 sterilen Nadeln/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 sterile Spritzen bereit. Informationen über die Bereitstellung von sterilen Spritzen im Rahmen spezieller Programme liegen aus 25 Ländern vor, die im am kürzesten zurückliegenden Jahr, für das Daten vorliegen (2015/2017), insgesamt 53 Millionen ausgegebene Spritzen meldeten. Diese Schätzung ist deutlich zu niedrig angesetzt, da mehrere große Länder, wie beispielsweise Deutschland, Italien und das Vereinigte Königreich, keine vollständigen nationalen Daten über die Ausgabe von Spritzen übermitteln. Darüber hinaus können Spritzen in einigen Ländern in Apotheken gekauft werden. Es scheint in den 15 Ländern, für die Daten vorliegen, jedoch große Unterschiede bezüglich der Reichweite der Spritzenausgabeprogramme zu geben, die einen Vergleich mit aktuellen Schätzungen der Zahl der injizierenden Drogenkonsumierenden erschweren (Abbildung 3.12).

Neben sterilen Spritzen und Nadeln werden von schadensminimierenden Stellen in vielen Ländern routinemäßig oder häufig Pads zur Hautdesinfektion, Wasser zum Auflösen von Drogen und saubere

ABBILDUNG 3.13

Verfügbarkeit von Materialien für sicheren Konsum/geschützten Geschlechtsverkehr in 30 europäischen Ländern



NB: Basierend auf Expertenmeinungen.

Mischbehälterbereitgestellt (Abbildung 3.13), während nicht injektionsbezogene Utensilien wie Folien oder Pfeifen seltener ausgegeben werden. HIV-Test-Sets für zu Hause können injizierenden Drogenkonsumierenden helfen, eine Infektion frühzeitig zu diagnostizieren. Die Sets können in immer mehr europäischen Ländern in Apotheken gekauft werden. In manchen Ländern werden sie auch vonschadensminimierenden Einrichtungen bereitgestellt.

HCV-Eliminierung: Verbesserung des Zugangs zu Tests und Behandlungen

Laut der globalen Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung hat sich Europa das Ziel gesetzt, die Virushepatitis als Gefahr für die öffentliche Gesundheit zu eliminieren. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es äußerst wichtig, injizierenden Drogenkonsumierenden einen besseren Zugang zu Präventionsmaßnahmen, Tests und Behandlungen für HBV und HCV zu ermöglichen. 2018 gab es in 17 EU-Ländern und Norwegen nationale Strategien oder Aktionspläne für Hepatitis.

Das HCV-Screening ist der Einstieg für eine Hepatitis-Versorgung und die wirksame Behandlung der getesteten Personen. Zudem spielt es bei der Prävention von Übertragungen eine wesentliche Rolle. Zugangsbarrieren zu Tests und zur Aufnahme einer Behandlung gibt es auf System-, Dienstleister- und Klientenebene. Dabei spielen Faktoren wie finanzielle Zwänge, unzureichendes Wissen

über die HCV-Behandlung sowie die Stigmatisierung und Ausgrenzung von Drogenkonsumierenden eine zentrale Rolle. Um die Herausforderungen zu bewältigen, sind innovative Methoden erforderlich. Hierbei spielen niederschwellige Einrichtungen der Suchthilfe eine Schlüsselrolle, um injizierende Drogenkonsumierende zu testen und in eine Behandlung zu überweisen.

Europäische Expertenrichtlinien empfehlen, Personen mit hohem Risiko für eine Übertragung des Virus – einschließlich inhaftierter Personen und aktiver injizierender Drogenkonsumierender – eine HCV-Behandlung unverzüglich anzubieten. Neue orale Behandlungstherapien mit direkt wirkenden antiviralen Wirkstoffen führen in 95 % der Fälle zu einer Heilung innerhalb von acht bis zwölf Wochen. Nachdem der Preis für diese Medikamente gesunken ist, bieten nun immer mehr europäische Länder uneingeschränkten Zugang zu direkt wirkenden antiviralen Präparaten für alle Patientengruppen und alle Genotypen des Virus, ungeachtet des Infektionsstadiums.

Maßnahmen in Gefängnissen: Unterschiede bei der nationalen Verfügbarkeit

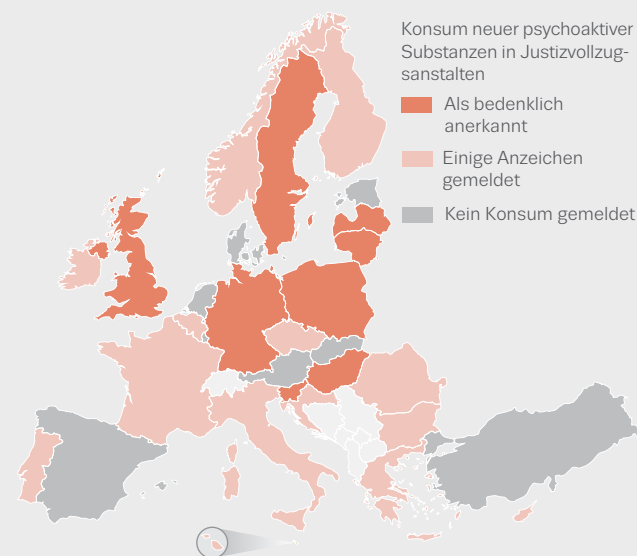
Die Lebenszeitprävalenz Drogen zu konsumieren ist unter Strafgefangenen höher als unter der Allgemeinbevölkerung. Zudem zeigen sich schädlichere Konsummuster (einschließlich des injizierenden Drogenkonsums) im Haftsetting. Eine kürzliche Untersuchung der EMCDDA belegte den Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen in Gefängnissen in 22 Ländern (Abbildung 3.14), wobei synthetische Cannabinoide die größte Herausforderung darstellen. Neue psychoaktive Substanzen werden mit einer Vielzahl von physischen und psychischen Gesundheitsschäden in Verbindung gebracht, wie akute Vergiftung oder chronischer Konsum. In Lettland wurde der Konsum neuer synthetischer Opioide in Gefängnissen in Zusammenhang mit einem Anstieg an Überdosierungen, mit Injektionen und der gemeinsamen Nutzung von Injektionsnadeln beobachtet.

Tests auf Infektionskrankheiten (HIV, HBV, HCV und Tuberkulose) sind in den meisten Ländern in den Justizvollzugsanstalten verfügbar. Diese Tests sind auf den Haftantritt oder eine ausschließliche Durchführung bei Personen mit Symptomen beschränkt. 24 Länder berichten von der Möglichkeit einer Hepatitis-C-Behandlungen in Haft, jedoch nur in fünf Ländern erhalten sie über 60 % der Inhaftierten, die sie benötigen. Hepatitis-B-Impfprogramme sind den Meldungen zufolge in 16 Ländern verfügbar. Die Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck ist weniger stark verbreitet, drei Länder berichten über die Umsetzung von Spritzenprogrammen in Haft. Eine Untersuchung der HIV- und HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumierenden in 17 europäischen Ländern von 2006 bis 2017 hat erheblich höhere HIV- und HCV-Raten bei Personen festgestellt, die bereits einmal inhaftiert waren.

Die Abdeckung der Maßnahmen für Strafgefangene ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich und kann eine Entgiftung, Einzel- und Gruppenberatung sowie Behandlung in therapeutischen Gemeinschaften und auf speziellen stationären Stationen beinhalten. In einigen 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

ABBILDUNG 3.14

Konsum neuer psychoaktiver Substanzen unter Strafgefangenen



NB: Basierend auf Berichten nationaler Fachleute.

Reintegration werden aus allen Ländern gemeldet. 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. Dabei werden die Inhaftierten darin geschult, Überdosierungen zu erkennen und darauf zu reagieren, und erhalten Naloxon bei ihrer Entlassung.

Im Jahr 2017 meldeten 28 Länder die Möglichkeit einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung in Haftanstalten; die Abdeckung ist jedoch häufig gering. Eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung kann in 24 Ländern im Gefängnis begonnen werden, in fünf Ländern kann sie nur fortgesetzt werden, wenn die Behandlung bereits vor der Haft begonnen wurde.

Häftlinge berichten von einer höheren Lebenszeitprävalenz beim Drogenkonsum und schädlicheren Konsummustern

Überdosierung: eine Hauptursache für Todesfälle bei Hochrisiko-Drogenkonsumierenden

Der Drogenkonsum ist anerkanntermaßen eine Ursache für vermeidbare Todesfälle unter erwachsenen Europäern. Insgesamt ist in Europa die Mortalität unter Opioidkonsumierenden fünf- bis zehnmal höher als in der Allgemeinbevölkerung derselben Alters- und Geschlechtsgruppe. Die Reduktion der Mortalität durch Überdosierung bei Opioidkonsumierenden wird allgemein als wichtig erachtet. Andere Todesursachen, die indirekt mit dem Drogenkonsum zusammenhängen, wie Infektionen, Unfälle, Gewalt, einschließlich Tötung und Selbstmord, sind ebenfalls relevante Ursachen für die Mortalität in dieser Gruppe. Chronische Lungen- und Lebererkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit verbreitet und Ursache für einen steigenden Anteil der Todesfälle unter älteren und chronischen Drogenkonsumierenden.

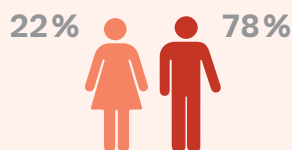
Bei der Interpretation von Daten zu Überdosierungen, insbesondere zur EU-Gesamtzahl, ist aus mehreren Gründen Vorsicht geboten, beispielsweise aufgrund einer unzureichenden systematischen Meldepraxis in einigen Ländern, aufgrund von Unterschieden bei der Durchführung toxikologischer Untersuchungen und aufgrund von Registrierungsverfahren, die zu Verzögerungen bei der Meldung von Fällen führen. Die jährlichen Schätzungen stellen daher einen vorläufigen Mindestwert dar.

Im Jahr 2017 kam es in der Europäischen Union zu schätzungsweise mindestens 8 238 Todesfällen aufgrund von Überdosierungen, bei denen mindestens eine illegale Droge nachgewiesen wurde. Unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei sind es schätzungsweise 9 461 Todesfälle, was in etwa dem korrigierten Wert von 9 397 Fällen im Jahr 2016 entspricht. Die Lage in der gesamten EU ist im Vergleich zu 2016 ebenfalls stabil. Wie bereits in den Vorjahren entfällt fast die Hälfte der in Europa, Norwegen und der Türkei insgesamt verzeichneten Todesfälle durch Überdosierung auf das Vereinigte Königreich (34 %) und Deutschland (13 %). Dies muss zum einen vor dem Hintergrund der Größe der Risikogruppe in diesen Ländern, aber auch der unzureichenden Meldepraxis in einigen anderen Ländern interpretiert werden. Über drei Viertel der Personen, die an einer Überdosierung sterben, sind männlich (78 %).

Das Durchschnittsalter der Verstorbenen stieg weiter und erreichte 2017 ein Alter von 39,4 Jahren, wobei die Männer zwei Jahre jünger waren als die Frauen. Dies spiegelt die alternde opioidkonsumierende Bevölkerung Europas wider, die am meisten gefährdet ist, an einer Überdosierung von Drogen zu sterben. In einigen Ländern könnte ein Teil der opioidbedingten Todesfälle Opioid im Kontext einer langfristigen Schmerztherapie in Verbindung stehen.

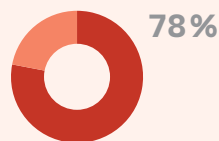
DROGENBEDINGTE TODESFÄLLE

Merkmale

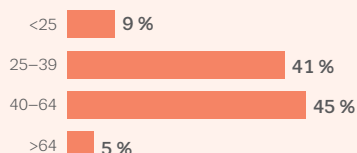


Durchschnittsalter der Verstorbenen **39** Jahre

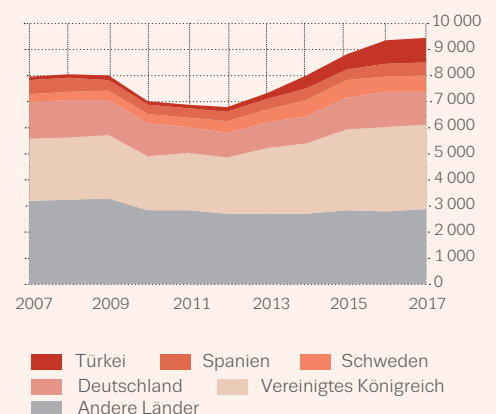
Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden



Alter der Verstorbenen



Trends in Bezug auf Todesfälle durch Überdosierung



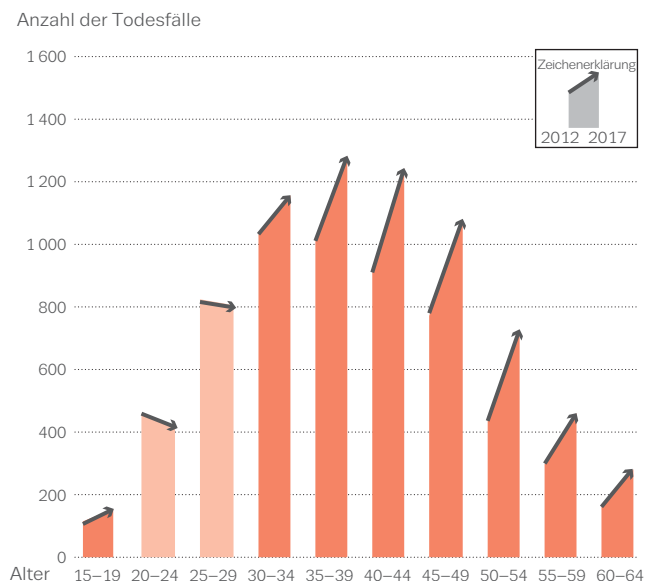
Zahl der Todesfälle



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

ABBILDUNG 3.15

Anzahl der in der Europäischen Union gemeldeten drogenbedingten Todesfälle in den Jahren 2012 und 2017 bzw. im aktuellsten Jahr nach Altersspannen



Zwischen 2012 und 2017 nahmen die Todesfälle durch Überdosierung in der Europäischen Union in allen Altersgruppen über 30 Jahren zu (Abbildung 3.15). Die Todesfälle unter den Über-50-Jährigen stieg um 62 % insgesamt, während die Todesfälle jüngerer Altersgruppen im Allgemeinen stabil blieben. Untersuchungen tödlicher

Überdosierungen in der Türkei im Jahr 2017 weisen mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren ein jüngeres Profil auf als der Durchschnitt in der Europäischen Union (Abbildung 3.16).

Drogeninduzierte Mortalität: überdurchschnittliche Raten in Nordeuropa

Im Jahr 2017 lag die Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in Europa bei schätzungsweise 22,6 Todesfällen je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Unter Männern (35,8 Fälle je 1 Million Männer) ist die Rate nahezu viermal höher als unter Frauen (9,3 Fälle je 1 Million Frauen). Zwischen den einzelnen Ländern sind hinsichtlich der Mortalitätsraten und ihrer Entwicklung erhebliche Unterschiede festzustellen (Abbildung 3.17). Dabei spielen Faktoren wie Prävalenz und Drogenkonsummuster, insbesondere injizierender Drogenkonsum, und vorhandene Risiko- und Schutzfaktoren wie die Verfügbarkeit von Behandlungen eine Rolle. Nationale Daten sind auch von der nationalen Meldepraxis, von Verfahren für die Informationserfassung und von der Kodierung von Überdosierungen in den nationalen Mortalitätsdatenbanken, einschließlich schwankender Niveaus im Hinblick auf die unzureichende Meldepraxis, abhängig. Den jüngsten verfügbaren Daten zufolge verzeichneten acht nordeuropäische Länder Raten

ABBILDUNG 3.16

Anzahl der gemeldeten drogenbedingten Todesfälle im Jahr 2017 bzw. im aktuellsten Jahr nach 10-Jahres-Altersspannen

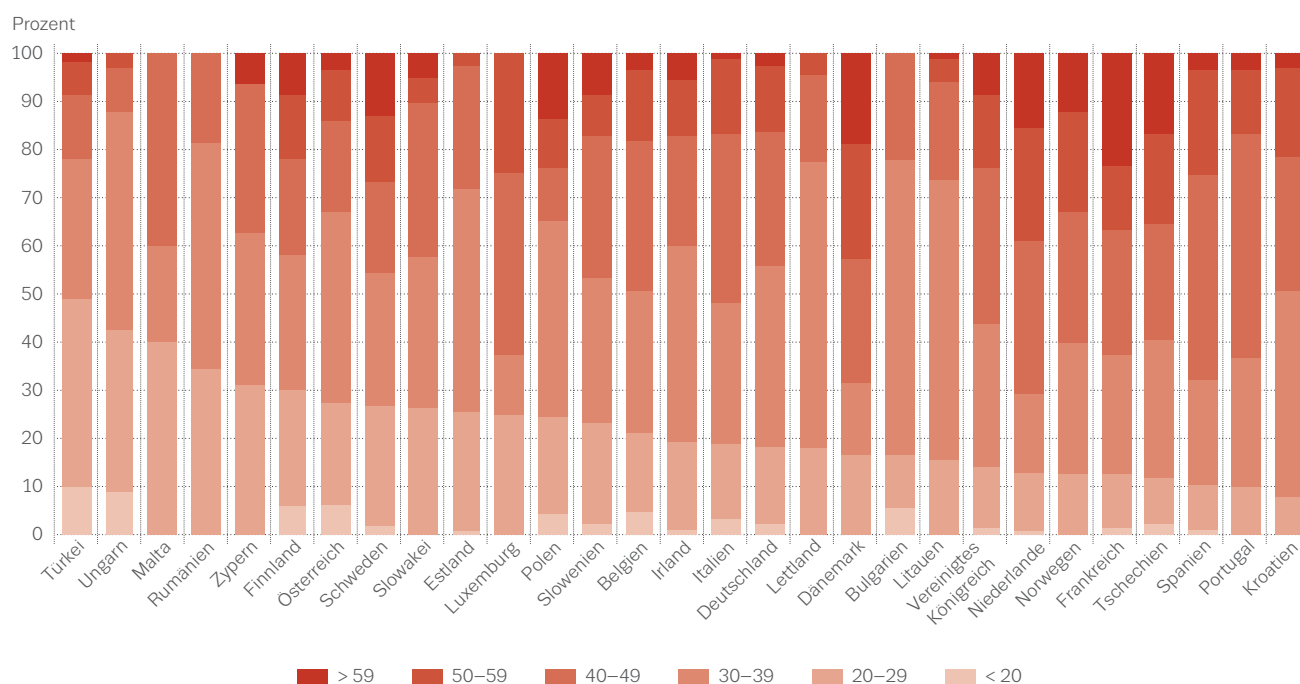
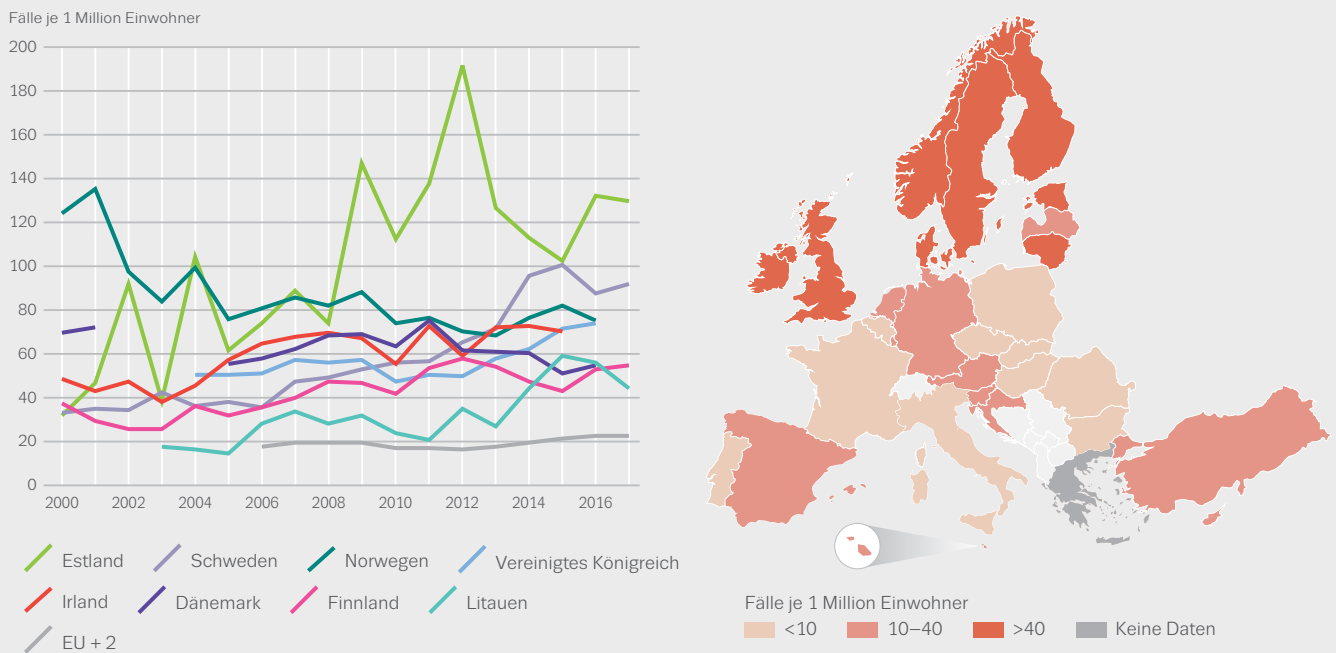


ABBILDUNG 3.17

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



NB: Trends in den acht Ländern, die 2017 oder 2016 die höchsten Raten gemeldet haben, und gesamteuropäischer Trend. Die Angabe „EU + 2“ bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen.

von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner, wobei die höchsten Raten aus Estland (130 je 1 Million Einwohner) und Schweden (92 je 1 Million Einwohner) gemeldet wurden (Abbildung 3.17).

Tödliche Überdosierung: bei den meisten Todesfällen wurden Opioide nachgewiesen

Bei den meisten der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen wurden Opioide, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, nachgewiesen, oftmals in Verbindung mit anderen Substanzen. Die jüngsten Daten belegen einen Anstieg der Zahl der opioidbedingten Todesfälle in einigen europäischen Ländern, beispielsweise im Vereinigten Königreich, wo an neun von zehn Todesfällen durch Überdosierung (89 %) eine Art von Opioid beteiligt war.

In Frankreich wurde im Jahr 2016 bei 26 % der Todesfälle durch Überdosierung Heroin nachgewiesen, im Vergleich zu 15 % im Jahr 2012, wohingegen Methadon in mehr als einem Drittel (36 %) der Todesfälle nachgewiesen wurde. Neben Heroin werden in toxikologischen Berichten regelmäßig weitere Opioide 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. Die Zunahme der Todesfälle durch Überdosierung in

Tschechien im Jahr 2017 war hauptsächlich auf den Anstieg von Fällen in Verbindung mit fentanyllähnlichen Substanzen, Morphin und Codein zurückzuführen. Die Zunahme in der Slowakei war vor allem auf Tramadol zurückzuführen.

Stimulanzen 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. In Frankreich stand ein Fünftel der Todesfälle mit Kokain in Verbindung, wobei bei der Hälfte dieser Todesfälle auch Opioide nachgewiesen wurden. In Slowenien, wo bei den meisten Todesfällen Heroin involviert war, wurde in etwa einem Drittel der Fälle Kokain nachgewiesen. Im Jahr 2017 meldete die Türkei 185 MDMA-bedingte Todesfälle, was einen Rückgang gegenüber 2016 darstellt.

Auch in der Türkei stieg die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden stark an: von 137 im Jahr 2015 auf 563 im Jahr 2017. Synthetische Cannabinoide wurden in 60 % aller drogenbedingten Todesfälle in diesem Land nachgewiesen. Bei den meisten dieser Fälle handelte es sich um junge Männer zwischen 20 und 30 Jahren. In mehr als einem Viertel der Fälle wurde auch Cannabis gefunden. Im Vereinigten Königreich, vor allem in Schottland, wurde ein Anstieg der Zahl der Todesfälle im

ABBILDUNG 3.18

Wichtige Ansätze zur Reduzierung opioidbedingter Todesfälle

Reduzierung tödlicher Verläufe von Überdosierungen

Reduzierung des Überdosierungsrisikos

Reduzierung der Anfälligkeit



Zusammenhang mit neuen psychoaktiven Substanzen in Verbindung mit Benzodiazepinen gemeldet.

Prävention von Überdosierungen und drogenbedingten Todesfällen: wesentliche Ansätze

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 Zugangsbarrieren, die Bereitstellung von Angeboten der Drogenhilfe und durch die Befähigung der Drogenkonsumierenden, weniger Risiken einzugehen (Abbildung 3.18). Die Bewertung des Überdosierungsrisikos bei Drogenkonsumierenden und die Stärkung des Bewusstseins für Überdosierungen in Verbindung mit einer wirksamen Drogenbehandlung tragen dazu bei, das Überdosierungsrisiko zu reduzieren. Lebensphasen mit bekanntermaßen höherem Risiko, wie die Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt bzw. die Entlassung aus oder der Abbruch einer Behandlung, erfordern besondere Aufmerksamkeit. Maßnahmen wie betreute Drogenkonsumräume sowie Programme zur Naloxon-Mitgabe sind zielgerichtete Aktionen, die auf eine erhöhte Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer Überdosierung abzielen. Die Bedeutung opioidgestützter Substitutionsbehandlungen zur Reduzierung der Mortalität wurde 2018 in einer Metaanalyse von Studien zu diesem Thema belegt.

Betreute 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. Sie bieten außerdem die Möglichkeit, sich um häufig ausgegrenzte und schwer zu erreichende Konsumierendengruppen zu kümmern und drogenbezogene und allgemeinmedizinische Beratung und Unterstützung anzubieten. Drogenkonsumräume dienen üblicherweise auch als Zugangs- und Überweisungsstellen zu anderen medizinischen und sozialen Angeboten der Suchthilfe. Sie leisten einen Beitrag zur Reduzierung des Drogenkonsums in der Öffentlichkeit und verbessern somit das soziale Umfeld auf jenen städtischen Plätzen, auf denen Drogen konsumiert werden.

Einzelne Einrichtungen sind in der Lage viele Konsumierende zu betreuen: einige größere Einrichtungen meldeten 80 000 konsumierte Drogeneinheiten pro Jahr, die andernfalls in den Straßen oder in anderen risikoreichen Umgebungen konsumiert worden wären. Die erste Generation der Drogenkonsumeinrichtungen in den 1980er und 1990er Jahren konzentrierte sich hauptsächlich auf die Betreuung bei injizierendem Heroinkonsum. Heute bieten diese Einrichtungen teilweise auch Plätze zum schnupfen, rauchen oder inhalieren der Drogen an. Betreute Drogenkonsumeinrichtungen gibt es in der Europäischen Union und Norwegen in 51 Städten mit insgesamt 72 aktiven Standorten.

Opioid-Überdosierung rückgängig machen: Naloxon zum Mitnehmen

Naloxon ist ein Opioidantagonist, der in Notaufnahmen und von Rettungsdienstmitarbeitern eingesetzt wird, um einer Opioid-Überdosierung entgegenzuwirken. In den letzten Jahren wurden Programme zur Naloxon-Mitgabe implementiert, die eine Überdosierungsschulung und die Bereitstellung des Medikaments für jene inkludiert, die Gefahr laufen, eine Opioid-Überdosierung zu beobachten.

Im Rahmen neuer systematischer Untersuchungen der Wirksamkeit von Programmen zur Naloxon-Mitgabe wurde festgestellt, dass diese in Kombination mit Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen die Mortalität infolge von Überdosierungen senken.

Im Jahr 2018 wurden niederschwellige Programme zur Naloxon-Mitgabe in zehn europäischen Ländern durchgeführt. Diese Programme werden in der Regel von Drogen- und Gesundheitsdiensten angeboten. Eine Ausnahme bildet Italien, wo Naloxon rezeptfrei in den Apotheken erhältlich ist. Programme zur Naloxon-Mitgabe für Strafgefangene bestehen in Estland, Frankreich, dem Vereinigten Königreich und Norwegen.

**Die Verringerung
der Morbidität und Mortalität
durch Überdosierungen
ist eine große Herausforderung
für das öffentliche
Gesundheitswesen in Europa**

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Veröffentlichungen der EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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.

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

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.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Gemeinsame Veröffentlichungen von EMCDDA und ECDC

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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 2019 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-Opioidekonsums		Behandlungsaufnahmen während des Jahres						Patienten in Substitutionsbehandlung
			Opioide Klienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Opioide Klienten (Haupteinnahmeform)			
			Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	
Land	Bezugsjahr	Fälle je 1 000	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	Anzahl
Belgien		–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgarien	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Tschechien	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Dänemark	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Deutschland ⁽¹⁾	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estland	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irland	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Griechenland	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Spanien	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Frankreich	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Kroatien	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italien	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Zypern	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Lettland	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Litauen	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxemburg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Ungarn	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
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)	5 241
Österreich	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Polen	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugal	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Rumänien	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slowenien	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slowakei	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finnland	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Schweden ⁽²⁾	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Vereinigtes Königreich ⁽³⁾	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Türkei	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norwegen ⁽⁴⁾	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Europäische Union	–	–	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
EU, Türkei und Norwegen	–	–	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2017 bzw. das letzte verfügbare Jahr: 2016 bei Estland und Spanien; 2015 bei den Niederlanden.

Die Daten über Klienten in Substitutionsbehandlung beziehen sich auf das Jahr 2017 bzw. das letzte verfügbare Jahr: 2016 bei Spanien und Slowenien; 2015 bei Dänemark, Ungarn, den Niederlanden und Finnland. Die Daten für Schweden umfassen nicht alle Klienten.

⁽¹⁾ Aufgrund von Änderungen des Meldesystems für die Aufnahme von Behandlungen sind nur Verhältnisse angegeben.

⁽²⁾ Die Daten von Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich auf die krankenhausinterne Versorgung und spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen. Die angegebenen Daten zeigen kein repräsentatives Bild für das ganze Land.

⁽³⁾ In der Schätzung des Hochrisiko-Opioidekonsums wurde Nordirland nicht berücksichtigt. Die Klienten in Substitutionsbehandlung beziehen sich auf England und Wales.

⁽⁴⁾ Der angegebene Anteil der Opioide Klienten stellt einen Mindestwert dar, da er Opioide Klienten, 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 (Haupteinnahmeform)		
	Erhebungs-jahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten	Erstpatienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bulgarien	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tschechien	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dänemark	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Deutschland ⁽¹⁾	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–
Estland	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irland	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Griechenland	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Spanien	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
Frankreich	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Kroatien	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–
Italien	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Zypern	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Lettland	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litauen	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Ungarn	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Niederlande	2017	6,2	4,5	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	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Polen	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
Rumänien	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Slowakei	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)
Finnland	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Schweden ⁽²⁾	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–
Vereinigtes Königreich	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Türkei	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norwegen	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–
Europäische Union	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2017; nur Flandern), Bulgarien (2017), Deutschland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; Alter 15 Jahre), Spanien (2016), Schweden (2017) und dem Vereinigten Königreich (2016; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung im Vereinigten Königreich beziehen sich nur auf England und Wales. Altersspanne der Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung: Frankreich, Deutschland, Griechenland und Ungarn 18-64, 18-34; Dänemark und Norwegen 16-64, 16-34; Malta 18-65; Schweden 17-34; Vereinigtes Königreich 16-59, 16-34.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2017 bzw. das letzte verfügbare Jahr: 2016 bei Estland und Spanien; 2015 bei den Niederlanden.

⁽¹⁾ Aufgrund von Änderungen des Meldesystems für die Aufnahme von Behandlungen sind nur Verhältnisse angegeben.

⁽²⁾ Die Daten über Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich auf die krankenhausinterne Versorgung und auf spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen. Die angegebenen Daten zeigen kein repräsentatives Bild für das ganze Land.

TABELLE A3

AMPHETAMINE

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres					
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Amphetaminklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)			% der injizierenden Amphetaminklienten (Haupteinnahmeform)		
	Erhebungs-jahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgarien	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Tschechien	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Dänemark	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Deutschland (*)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
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	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Griechenland	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Spanien	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Frankreich	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Kroatien	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Italien	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Zypern	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Lettland	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Litauen	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Ungarn	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Niederlande	2017	5,4	3,9	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)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Polen	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Rumänien	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowakei	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finnland	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Schweden (2)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Vereinigtes Königreich	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Türkei	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norwegen	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
Europäische Union	–	3,7	1,0	–	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2017; nur Flandern), Bulgarien (2017), Deutschland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; Alter 15 Jahre), Spanien (2016), Schweden (2017) und dem Vereinigten Königreich (2016; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung im Vereinigten Königreich beziehen sich nur auf England und Wales. Altersspanne der Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung: Frankreich, Deutschland und Ungarn 18-64, 18-34; Dänemark und Norwegen 16-64, 16-34; Malta 18-65; Schweden 17-34; Vereinigtes Königreich 16-59, 16-34.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2017 bzw. das letzte verfügbare Jahr: 2016 bei Estland und Spanien; 2015 bei den Niederlanden. Die Daten für Deutschland, Schweden und Norwegen beziehen sich auf Konsumierende von „anderen Stimulanzien als Kokain“.

(*) Aufgrund von Änderungen des Meldesystems für die Aufnahme von Behandlungen sind nur Verhältnisse angegeben.

(2) Die Daten von Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich auf die krankenhausinterne Versorgung und spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen. Die angegebenen Daten zeigen kein repräsentatives Bild für das ganze Land.

TABELLE A4

MDMA

Land	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	MDMA-Klienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Erhebungs-jahr	Lebenszeit, Erwachsene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebenszeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungsaufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgarien	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Tschechien	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Dänemark	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Deutschland	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estland	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irland	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Griechenland	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spanien	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Frankreich	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Kroatien	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italien	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Zypern	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Lettland	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Litauen	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Ungarn	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Niederlande	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Österreich	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Polen	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Rumänien	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slowenien	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slowakei	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finnland	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Schweden	2017	–	2,0	1	–	–	–
Vereinigtes Königreich	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Türkei	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norwegen	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
Europäische Union	–	4,1	1,7	–	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2017; nur Flandern), Bulgarien (2017), Deutschland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; Alter 15 Jahre), Spanien (2016), Schweden (2017) und dem Vereinigten Königreich (2016; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung im Vereinigten Königreich beziehen sich nur auf England und Wales. Altersspanne der Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung: Frankreich, Deutschland, Griechenland und Ungarn 18-64, 18-34; Dänemark und Norwegen 16-64, 16-34; Malta 18-65; Schweden 17-34; Vereinigtes Königreich 16-59, 16-34.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2017 bzw. das letzte verfügbare Jahr: 2016 bei Estland und Spanien; 2015 bei den Niederlanden.

TABELLE A5

CANNABIS

	Prävalenzschätzungen				Behandlungsaufnahmen während des Jahres		
	Allgemeinbevölkerung			Schüler	Cannabisklienten (in % der Klienten mit Behandlungsaufnahme)		
	Erhebungs-jahr	Lebens-zeit, Erwach-sene (15-64)	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34)	Lebens-zeit, Schüler (15-16)	Alle Klienten mit Behandlungs-aufnahme	Erstklienten	Klienten, die sich zuvor bereits einer Behandlung unterzogen haben
Land		%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgarien	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Tschechien	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Dänemark	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Deutschland ⁽¹⁾	2015	27,2	13,3	19	43,1 (–)	64,1 (–)	–
Estland	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irland	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Griechenland	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Spanien	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Frankreich	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Kroatien	2015	19,4	16,0	21	–	62,9 (602)	–
Italien	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Zypern	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Lettland	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Litauen	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Ungarn	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	–	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Niederlande	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Österreich	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Polen	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Rumänien	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slowenien	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slowakei	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finnland	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Schweden ⁽²⁾	2017	–	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Vereinigtes Königreich	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Türkei	2017	2,7	1,9	–	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norwegen	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Europäische Union	–	27,4	14,4	–	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	–	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

Die Prävalenzschätzungen für Schüler stammen aus der ESPAD-Erhebung 2015, mit Ausnahme von Belgien (2017; nur Flandern), Bulgarien (2017), Deutschland (2011), Italien (2017), Luxemburg (2014; Alter 15 Jahre), Spanien (2016), Schweden (2017) und dem Vereinigten Königreich (2016; nur England, Alter 15 Jahre). Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Datenerhebungsverfahren sind die Daten für Lettland unter Umständen nicht vergleichbar.

Die Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung im Vereinigten Königreich beziehen sich nur auf England und Wales. Altersspanne der Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung: Frankreich, Deutschland, Griechenland und Ungarn 18-64, 18-34; Dänemark und Norwegen 16-64, 16-34; Malta 18-65; Schweden 17-34; Vereinigtes Königreich 16-59, 16-34.

Die Daten über Klienten mit Behandlungsaufnahme beziehen sich auf das Jahr 2017 bzw. das letzte verfügbare Jahr: 2016 bei Estland und Spanien; 2015 bei den Niederlanden.

(¹) Aufgrund von Änderungen des Meldesystems für die Aufnahme von Behandlungen sind nur Verhältnisse angegeben.

(²) Die Daten von Klienten, die sich in Behandlung begeben, beziehen sich auf die krankenhausinterne Versorgung und spezialisierte ambulante Pflegeeinrichtungen. Die angegebenen Daten zeigen kein repräsentatives Bild für das ganze Land.

TABELLE A6

ANDERE INDIKATOREN

Land	Drogenbedingte Todesfälle			HIV-Diagnosen bei injizierenden Drogenkonsumierenden (ECDC)	Schätzung des injizierenden Drogenkonsums		Im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebene Spritzen
	Jahr	Alle Altersgruppen	15-64 Jahre		Bezugsjahr	Fälle je 1 000 Einwohner	Anzahl
		Anzahl	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)			
Belgien	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgarien	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Tschechien	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Dänemark ⁽¹⁾	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Deutschland ⁽¹⁾ ⁽²⁾	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estland	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irland	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Griechenland	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Spanien ⁽³⁾	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Frankreich ⁽⁴⁾	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Kroatien	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italien	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Zypern	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Lettland	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Litauen	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxemburg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Ungarn	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Niederlande	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Österreich	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Polen ⁽¹⁾	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugal	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Rumänien ⁽⁵⁾	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Slowenien	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Slowakei	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finnland	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Schweden	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Vereinigtes Königreich ⁽⁶⁾	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Türkei ⁽¹⁾	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norwegen	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Europäische Union	–	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	–	–	–
EU, Türkei und Norwegen	–	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	–	–	–

⁽¹⁾ In einigen Fällen wird die Altersspanne nicht angegeben; diese Fälle wurden nicht in die Berechnungen der Mortalitätsrate aufgenommen: Deutschland (147), Dänemark (5), Polen (1), Türkei (22).

⁽²⁾ Die HIV-Daten für Deutschland beziehen sich auf das Jahr 2016.

⁽³⁾ Die Angaben zu den im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebenen Spritzen beziehen sich auf das Jahr 2016.

⁽⁴⁾ Die Angaben zu den im Rahmen von Spezialprogrammen ausgegebenen Spritzen beziehen sich auf das Jahr 2015.

⁽⁵⁾ Drogenbedingte Todesfälle: subnationale Reichweite

⁽⁶⁾ Angaben zu den im Vereinigten Königreich ausgegebenen Spritzen: England, keine Daten; Schottland 4 401 387 und Wales 2 630 382 (beide 2017); Nordirland 310 005 (2016).

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN

	Heroin		Kokain		Amphetamine		MDMA, MDA, MDEA	
	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stel- lungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stel- lungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stel- lungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen
Land	kg	Anzahl	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Tabletten (kg)	Anzahl
Belgien	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (–)	1 692
Bulgarien	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Tschechien	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Dänemark	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Deutschland	298	–	8 166	–	1 784	–	693 668 (–)	–
Estland	<0,1	3	17	154	33	454	– (6)	310
Irland	–	765	–	792	–	91	– (–)	344
Griechenland	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Spanien	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (–)	3 569
Frankreich	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (–)	1 073
Kroatien	27	140	466	418	38	775	– (9)	743
Italien	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Zypern	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Lettland	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Litauen	4	173	623	98	28	278	– (22)	140
Luxemburg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Ungarn	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Niederlande (*)	1 110	–	14 629	–	146	–	– (1 250)	–
Österreich	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Polen	2	2	69	9	608	33	– (–)	–
Portugal	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Rumänien	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slowenien	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slowakei	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finnland	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (–)	695
Schweden	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Vereinigtes Königreich	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Türkei	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (–)	6 663
Norwegen	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
Europäische Union	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
EU, Türkei und Norwegen	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

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

Hinweis: Alle Daten beziehen sich auf 2017 oder das aktuellste Jahr.

(*) Die Daten über die Anzahl und Menge der Sicherstellungen beinhalten nicht alle einschlägigen Strafverfolgungseinheiten und sollten daher als unvollständig bzw. Mindestzahlen betrachtet werden. Bei großen Sicherstellungen handelt es sich zum größten Teil um Sicherstellungen von Kokain.

TABELLE A7

SICHERSTELLUNGEN (Fortsetzung)

	Cannabisharz		Cannabiskraut		Cannabispflanzen	
	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen
Land	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Pflanzen (kg)	Anzahl
Belgien	947	6 133	946	28 519	416 576 (–)	1 234
Bulgarien	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Tschechien	9	173	1 095	5 369	54 392 (–)	502
Dänemark	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Deutschland	1 295	–	7 731	–	101 598 (–)	–
Estland	80	54	54	823	– (24)	35
Irland	–	257	–	1 546	– (–)	280
Griechenland	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (–)	742
Spanien	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (–)	3 038
Frankreich	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (–)	395
Kroatien	8	351	2 410	7 057	7 405 (–)	213
Italien	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (–)	1 545
Zypern	1	8	151	826	161 (–)	23
Lettland	202	36	43	848	– (102)	55
Litauen	2 089	53	124	924	– (–)	–
Luxemburg	19	348	113	935	74 (–)	13
Ungarn	114	153	3 674	3 751	5 287 (–)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (–)	5
Niederlande ⁽¹⁾	942	–	3 104	–	722 618 (–)	–
Österreich	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (–)	533
Polen	1 237	18	1 043	93	448 (–)	8
Portugal	14 790	3 647	410	437	22 910 (–)	158
Rumänien	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slowenien	20	126	838	3 768	13 594 (–)	218
Slowakei	1	26	144	1 115	2 299 (–)	31
Finnland	693	252	322	1 158	15 200 (–)	1 150
Schweden	2 809	13 140	1 125	8 825	– (–)	–
Vereinigtes Königreich	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (–)	9 583
Türkei	81 429	8 718	94 379	41 929	– (–)	3 143
Norwegen	2 035	9 533	385	3 473	– (43)	167
Europäische Union	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
EU, Türkei und Norwegen	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Hinweis: Alle Daten beziehen sich auf 2017 oder das aktuellste Jahr.

⁽¹⁾ Die Daten über die Anzahl und Menge von Sicherstellungen beinhalten nicht alle einschlägigen Strafverfolgungseinheiten und sollten daher als unvollständig bzw. Mindestzahlen betrachtet werden.

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 2019](#)“.

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.