



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

DE

ISSN 2314-9051

# Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2014





Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

# | Europäischer | Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2014

## Rechtlicher Hinweis

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

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu>).

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

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

\* Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800 - Nummern oder berechnen eine Gebühr.

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 und norwegischer Sprache vor. Alle Übersetzungen wurden vom Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union angefertigt.

Katalogisierungsdaten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

ISBN: 978-92-9168-692-6

doi:10.2810/3103

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2014  
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

*Printed in Spain*

GEDRUCKT AUF ELEMENTAR CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER (ECF)



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal  
Tel. +351 211210200  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## | Inhalt

- 5 Vorwort
- 9 Einleitende Bemerkungen und Danksagungen
- 11 Zusammenfassung  
**Eine Bestandsaufnahme der Auswirkungen von Drogen auf die öffentliche Gesundheit auf einem im Wandel begriffenen europäischen Drogenmarkt**
- 17 KAPITEL 1  
**Drogenangebot**
- 33 KAPITEL 2  
**Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme**
- 53 KAPITEL 3  
**Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen gegen die Drogenproblematik**
- 67 KAPITEL 4  
**Drogenpolitik**
- 73 ANHANG  
Tabellen mit Länderdaten



## Vorwort

Der Europäische Drogenbericht 2014 der EMCDDA bietet eine aktuelle Analyse der Drogensituation und gibt einen Überblick über die Entwicklungen im Bereich der Drogenpolitik und drogenpolitischen Maßnahmen. Das Informationspaket "Europäischer Drogenbericht 2014" stützt sich auf eine umfassende Bestandsaufnahme europäischer und nationaler Daten und umfasst verschiedene miteinander verknüpfte Produkte, deren Herzstück der Bericht „Trends und Entwicklungen“ ist. Mittels eines multidimensionalen Ansatzes werden hier eine eingehende Analyse der zentralen Themen und gleichzeitig ein zusammenfassender Überblick über die wichtigsten Problemstellungen und langfristigen Trends vorgelegt. Dieser Blickwinkel ist insofern von Bedeutung, als divergierende nationale Erfahrungen damit im übergeordneten Kontext der auf europäischer Ebene vorliegenden Daten nachvollzogen werden können. Das neue Informationspaket "Europäischer Drogenbericht 2014" bietet somit für Nutzer mit den unterschiedlichsten Interessenlagen bequemen Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen und Analysen, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppen zugeschnitten sind.

### DAS INFORMATIONSPAKET „EUROPÄISCHER DROGENBERICHT 2014“

Ein Paket aus miteinander verknüpften Elementen, das umfassenden Zugriff auf die verfügbaren Daten und eine Analyse der Drogenproblematik in Europa bietet

- Trends und Entwicklungen**  
Eine hochwertige Analyse der wichtigsten Entwicklungen (Druckversion und online)
- Daten und Statistiken**  
mit umfassenden Datenreihen, Grafiken und Informationen zur Methodik (online)
- Länderübersichten**  
Nationale Daten und Analysen im Überblick (online)
- Drogenperspektiven**  
Interaktive Einblicke in zentrale Fragen (online)

Bei der Erarbeitung ausgewogener politischer Maßnahmen zur Drogenproblematik in Europa sind Fortschritte erzielt worden – eine wichtige Botschaft des diesjährigen Analyseberichts. In bestimmten zentralen Bereichen der öffentlichen Gesundheit zeigen die Trends insgesamt einen positiven Verlauf, wobei das europäische Modell im relativen globalen Vergleich offenbar Erfolge vorweisen kann. Das Drogenphänomen ist durch besondere Dynamik gekennzeichnet, die keinen Spielraum für selbstgefälliges Innehalten lässt, denn neben den seit langem bestehenden und bekannten Problemen kommen zunehmend neue Bedrohungen auf. Die Drogen, mit denen wir heute konfrontiert sind, unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von den aus der Vergangenheit bekannten Drogen. Diese Feststellung trifft freilich auch auf seit langem verbreitete Drogen zu, wobei Cannabis als augenfälliges Beispiel zu nennen ist, denn hier wirken sich neue Herstellungsverfahren unmittelbar auf die Stärke der Cannabisharz- und Cannabiskrautprodukte aus. Gleiches gilt für die Herstellung synthetischer Drogen, bei

denen eine Vielzahl neuer Substanzen auftaucht. Anlass zu besonderer Besorgnis gibt dabei, dass in letzter Zeit sowohl neue synthetische Opioide als auch halluzinogene Substanzen aufkamen, die pharmakologisch hoch aktiv sind, so dass sich bereits aus geringsten Mengen eine größere Anzahl von Dosen herstellen lässt. Die künftigen Folgen dieser Entwicklungen sowohl für die öffentliche Gesundheit als auch für die Drogenbekämpfung werden erst nach und nach klar, es zeichnet sich aber ab, dass diese Substanzen in der Lage sind, die Art der Probleme, denen wir gegenüberstehen, grundlegend zu verändern.

Es vollziehen sich nicht nur weit reichende Veränderungen auf dem europäischen Drogenmarkt, sondern diese Veränderungen laufen auch in immer größerem Tempo und im Kontext einer immer enger miteinander verflochtenen Welt ab. Die EMCDDA ist sich der globalen Tragweite und der Dynamik dieses Problems und der daraus erwachsenden Herausforderungen bewusst. Zudem bedeuten diese Entwicklungen eine zunehmende Belastung für unsere Beobachtungssysteme und es kommt daher entscheidend darauf an, dass unsere Überwachungsinstrumente ihre Aufgabe auch in Zukunft erfüllen können. Vor fast zwei Jahrzehnten wurde in Europa das weltweit erste Frühwarnsystem eingerichtet, um potenzielle neue Bedrohungen in diesem Bereich frühzeitig erkennen zu können. Dieses System hat sich mittlerweile rundum bewährt, unsere forensischen Kapazitäten zur Erkennung und Dokumentation der Folgen bekannter und neuer Substanzen für die öffentliche Gesundheit sind jedoch nach wie vor unzureichend. Es kann an dieser Stelle lediglich betont werden, wie wichtig die Bereitstellung ausreichender Ressourcen für die Fortführung und Intensivierung der Arbeiten in diesem Bereich ist; zugleich sei auch auf den Mehrwert hingewiesen, den diese Tätigkeit für die Gemeinschaft in Europa insgesamt bedeutet.

Die umfassenden Analysen, die mit diesem Paket „Europäischer Drogenbericht 2014“ vorgelegt werden, und auch unsere Arbeiten als wichtiges wissenschaftliches Fundament und Informationsgrundlage für die politischen Entscheidungen und Maßnahmen auf europäischer Ebene sind für uns Grund zu besonderem Stolz. Wir sind fest davon überzeugt, dass dieser Aspekt heute wichtiger denn je ist, und wir werden auch weiter darauf hinarbeiten, aktuelle, objektive und ausgewogene Analysen der komplexen und durch immer neue Veränderungen gekennzeichneten Drogenproblematik vorzulegen.

**João Goulão**

Vorsitzender des Verwaltungsrates der EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Direktor der EMCDDA





## | Einleitende Bemerkungen und Danksagungen

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

Die hier veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich auf das Jahr 2012 bzw. auf das jeweils letzte verfügbare Jahr. Die europäischen Gesamtwerte und -trends wurden ausgehend von jenen Ländern ermittelt, die ausreichende und aussagefähige Daten für den Bezugszeitraum vorlegten. Im Mittelpunkt der Datenanalyse stehen Konsumzahlen, Trends und geografische Verteilungen. Hinweise auf notwendige technische Vorbehalte und Datenbeschränkungen sind der englischen Online-Version dieses Berichts und dem Website-Bereich *European Drug Report: Data and statistics* (Europäischer Drogenbericht: Daten und Statistiken) zu entnehmen. Dort finden sich auch Informationen zur Methodik, zu den Berichtsländern und zu den erfassten Jahren. Außerdem enthält die Online-Version Links zu weiteren Ressourcen.

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

- | den Leitern der nationalen Reitox-Knotenpunkte und deren Mitarbeitern;
- | den Dienststellen und Sachverständigen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- | den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirates der EMCDDA;
- | dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union, insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“, und der Europäischen Kommission;
- | dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und Europol;
- | der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel (Pompidou-Gruppe) des Europarates, dem United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung), dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa, Interpol, der Weltzollorganisation, dem Projekt ESPAD (Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen), der Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE) und dem Schwedischen Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN);
- | dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union, Missing Element Designers und Compositores Rali.

### Nationale Reitox-Knotenpunkte

Reitox ist das Europäische Informationsnetz für Drogen und Drogensucht. Es besteht aus nationalen Knotenpunkten in den EU-Mitgliedstaaten, dem Kandidatenland Türkei, Norwegen und bei der Europäischen Kommission. Die nationalen Knotenpunkte tragen unter ihrer jeweiligen Regierung die fachliche Verantwortung für die Lieferung von drogenspezifischen Informationen an die EMCDDA. Die Kontaktinformationen der nationalen Knotenpunkte sind der Website der EMCDDA zu entnehmen.

# Zusammenfassung

**Dieser Bericht gibt auf höchster Ebene einen Überblick über die langfristigen Trends und Entwicklungen in Europa und geht dabei besonders auf neu aufkommende drogenbedingte Probleme ein**

# Eine Bestandsaufnahme der Auswirkungen von Drogen auf die öffentliche Gesundheit auf einem im Wandel begriffenen europäischen Markt

Die wichtigsten Feststellungen der neuen Analyse der europäischen Drogenproblematik durch die EMCDDA decken sich mit den Ergebnissen unseres Berichts aus dem Jahr 2013: Die Gesamtlage ist relativ unverändert geblieben, es zeichnen sich in einigen Bereichen aber auch positive Entwicklungen ab. Allerdings stellen sich auch weiterhin neue Herausforderungen. Die bisherige Zweiteilung zwischen einer relativ kleinen Zahl hochgradig problematischer Drogenkonsumenten, die häufig Drogen injizieren, einerseits und einer größeren Zahl von Konsumenten im Freizeitmilieu und experimentellen Konsumenten andererseits schwimmt zusehends und macht einer komplexeren Situation mit zahlreichen Zwischenabstufungen Platz. In der europäischen Drogenproblematik spielt Heroin heute eine geringere Rolle als in der Vergangenheit, während Stimulanzien, synthetische Drogen, Cannabis und Arzneimittel immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Bei der Betrachtung des „Gesamtbildes“ sind Fortschritte bei verschiedenen zentralen Zielsetzungen der bisherigen öffentlichen Gesundheitspolitik erkennbar. Die Betrachtung der Lage in Europa als Ganzes kann allerdings den Blick auf erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern verstellen. Dies wird an den Daten zu Todesfällen durch Überdosis und drogenbedingten HIV-Infektionen deutlich, zwei der gravierendsten Folgen des Drogenkonsums. Der insgesamt positive Trend in der EU steht hier in scharfem Kontrast zu besorgniserregenden Entwicklungen in bestimmten Ländern. Vor dem Hintergrund dieser komplexen Sachlage gibt der vorliegende Bericht auf höchster Ebene einen Überblick über die langfristigen Trends und Entwicklungen in Europa und geht dabei besonders auf neu auftretende drogenbedingte Probleme ein.

## Heroin rückläufig, Ersatzstoffe geben jedoch Anlass zur Besorgnis

Es ist festzustellen, dass zwar die geschätzte Heroinproduktion weltweit weiterhin auf hohem Niveau verharrt und die Sicherstellungen in der Türkei teilweise wieder zugenommen haben, die Indikatoren bei Heroin insgesamt jedoch einen stabilen oder sogar rückläufigen Verlauf zeigen. Hierzu sind auch Daten zu beachten, aus denen hervorgeht, dass die Zahl der Behandlungsaufnahmen im Zusammenhang mit Heroinkonsum weiterhin rückläufig ist, wie auch die seit langem rückläufige Entwicklung bei der Zahl der Drogentoten und durch Drogen hervorgerufenen HIV-Infektionen, die beide seit jeher im Zusammenhang mit

injizierendem Heroinkonsum zu sehen sind. Diese positiven Entwicklungen werden allerdings durch verschiedene nationale Daten in Frage gestellt. Aufgrund des in jüngster Zeit beobachteten Ausbruchs von HIV-Infektionen bei Drogenkonsumenten in Griechenland und Rumänien sowie anhaltender Probleme in einigen baltischen Staaten stagnieren die Fortschritte Europas bei der Senkung der Zahl neuer drogenbedingter Infektionen. Teilweise dürfte dies darauf zurückzuführen sein, dass Heroin durch andere Substanzen abgelöst wird, unter anderem durch synthetische Opioide und Stimulanzien. Darüber hinaus ist wahrscheinlich auch das Fehlen ausreichender Maßnahmen zur Nachfragereduzierung, insbesondere bei der Bereitstellung von Behandlungsmöglichkeiten, sowie von Maßnahmen zur Schadensminimierung als wichtiger ursächlicher Faktor anzuführen. Besorgniserregend ist dabei, dass bei einer Risikobewertung durch die EMCDDA und das ECDC in verschiedenen weiteren europäischen Ländern Verhaltens- und Drogenbekämpfungsindikatoren festgestellt wurden, die darauf hindeuten, dass in diesen Ländern ein erhöhtes potenzielles Risiko zukünftig zu erwartender Schädigungen und Gesundheitsprobleme besteht.

**Mehrfachsubstanzen bei drogeninduzierten Todesfällen festgestellt**

Überdosierungen sind nach wie vor eine wesentliche Ursache vermeidbarer Mortalität bei jungen Europäern. Allerdings konnten in den letzten Jahren Fortschritte bei der Reduzierung dieses Problems erzielt werden. Dies ist teilweise durch die Ausweitung von

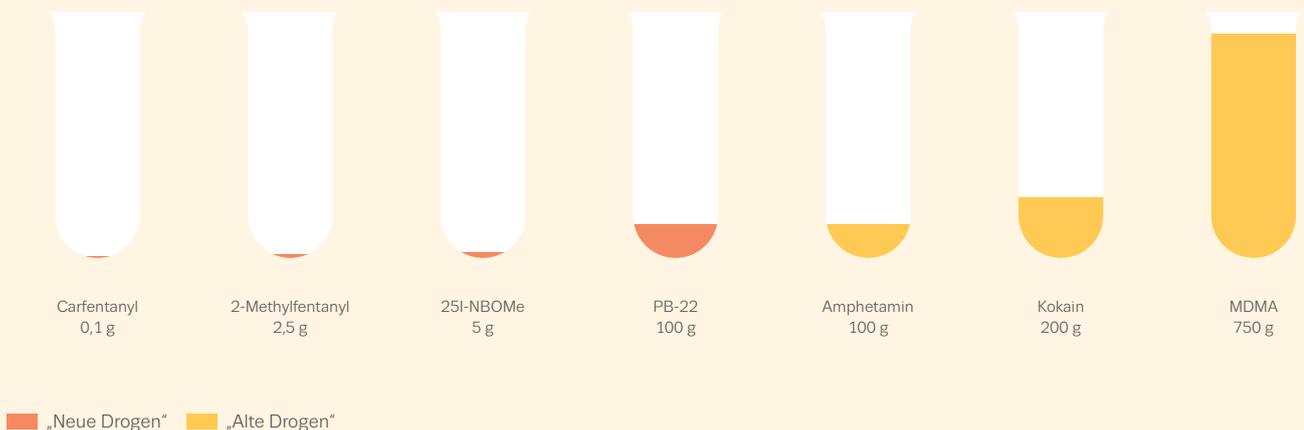
Drogenbekämpfungsmaßnahmen und einen Rückgang von ursächlichen Risikoverhaltensweisen zu erklären. Im Unterschied zur Gesamtentwicklung bleibt die Zahl der Todesfälle durch Überdosierung allerdings in einigen Ländern, vor allem in Nordeuropa, weiterhin auf relativ hohem Niveau und zeigt eine weiter steigende Tendenz.

Die Zahl der Todesfälle infolge von Heroinkonsum ist rückläufig, dagegen steigt die Zahl der Todesfälle infolge des Konsums synthetischer Opioide und liegt in einigen Ländern höher als die Zahl der dem Heroinkonsum zuzurechnenden Todesfälle. Die beispielsweise aus Estland gemeldeten außerordentlich hohen Todesfallzahlen infolge von Überdosierung werden dem Konsum von Fentanylen zugeschrieben, einer Familie sehr starker synthetischer Opioide. Auch im Jahr 2013 gingen bei der EMCDDA Berichte über kontrollierte und unkontrollierte Fentanylen ein, die auf dem europäischen Drogenmarkt auftauchten. Unter den im Jahr 2013 im europäischen Frühwarnsystem gemeldeten Drogen war Fentanyl zuvor noch nie auf dem EU-Drogenmarkt festgestellt worden. Diese Substanzen werfen besondere Probleme bei ihrer Identifizierung auf, da sie in toxikologischen Proben in sehr geringen Mengen vorhanden sein können.

**Neue psychoaktive Substanzen: Keine rückläufigen Tendenzen erkennbar**

Die meisten Überdosierungen kommen bei Personen vor, die mehrere Substanzen konsumiert haben, so dass die Zuordnung der ursächlichen Wirkung häufig problematisch

**WELCHE MENGE AN REINEN DROGEN WIRD FÜR DIE HERSTELLUNG VON 10 000 EINZELDOSEN BENÖTIGT?**



ist. Im Zuge dessen, dass weiterhin neue psychoaktive Substanzen auf den Drogenmarkt gelangen, wurde die Befürchtung geäußert, dass neue oder schwer bestimmbare Substanzen, die für Todesfälle mit verantwortlich waren, nicht erkannt werden könnten. Die hohe Wirksamkeit bestimmter synthetischer Substanzen erschwert deren Feststellung zusätzlich, da sie im Blut nur in sehr geringen Konzentrationen vorhanden sind. Das Aufkommen hoch wirksamer synthetischer Substanzen wirkt sich auch auf die Tätigkeit der Strafverfolgungsbehörden aus, da selbst geringe Mengen dieser Drogen in mehrere Dosen umgewandelt werden können (Abbildung).

Im Jahr 2013 wurden an das EU-Frühwarnsystem 81 neue psychoaktive Substanzen gemeldet, womit sich die Zahl der überwachten Substanzen auf mehr als 350 erhöht hat. Offizielle Risikobewertungen werden für Substanzen eingeleitet, die im Verdacht stehen, auf europäischer Ebene erhebliche Schäden zu verursachen. Im Jahr 2013 wurden an zwei Substanzen Risikobewertungen vorgenommen, bis April 2014 an weiteren vier Substanzen, und es ist noch mit weiteren Substanzen zu rechnen. Dies bedeutet, dass in einer Phase, in der neue EU-Rechtsvorschriften in diesem Bereich erörtert werden, das Frühwarnsystem aufgrund des Umfangs und der Vielfalt der Substanzen, die auf dem Markt auftauchen, zunehmend unter Druck gerät.

Ein zentraler Bestandteil der Tätigkeit des Frühwarnsystems sind Berichte über „unerwünschte Zwischenfälle“, insbesondere Todesfälle und akute Vergiftungen. Es existieren allerdings nur in einigen wenigen Ländern stabile Beobachtungssysteme für Drogennotfälle. Standardisierte Meldeverfahren werden bei diesem Thema auf EU-Ebene nicht eingesetzt, wobei das Fehlen einer systematischen Überwachungstätigkeit in diesem Bereich einen „blinden Fleck“ bei der Überwachung neu aufkommender Gesundheitsgefährdungen in Europa darstellt. Als Beispiel hierfür sind die Schwierigkeiten anzuführen, die bei der Einschätzung auftreten, welche Bedeutung den aus einigen Ländern vorliegenden Meldungen über schwerwiegende Reaktionen auf den Konsum synthetischer Cannabinoide auf europäischer Ebene zukommt.

## Cannabis: Kontroversen, Kontraste und Widersprüche

Daten zu den Standpunkten der Öffentlichkeit in der Europäischen Union deuten darauf hin, dass Cannabis die öffentliche Meinung am stärksten polarisiert. Dementsprechend laufen die gesellschaftlichen Debatten mit besonderer Heftigkeit ab, vor allem vor dem Hintergrund jüngster internationaler Entwicklungen bei der Kontrolle der Verfügbarkeit und des Konsums von Cannabis, insbesondere im Zuge gesetzlicher Änderungen in den Vereinigten Staaten und in Lateinamerika.

In Europa zeigt der Konsum von Cannabis insgesamt eine stabile bzw. sogar rückläufige Tendenz, vor allem bei jüngeren Altersgruppen. Allerdings ergibt sich auch hier kein einheitliches Gesamtbild. In verschiedenen Ländern, in denen die Prävalenz bisher sehr niedrig war, ist in jüngster Zeit ein steigender Konsum zu verzeichnen.

Im Gegensatz zur Debatte auf politischer Ebene, die sich auf die Erörterung gesetzlicher Handlungsoptionen konzentriert, stehen bei den praktischen Entwicklungen Maßnahmen im Mittelpunkt, die eine Antwort auf die sozialen Probleme und Schädigungen geben sollen, welche vom Anbau und Konsum von Cannabis ausgehen. Die gesundheitlichen Folgen unterschiedlicher Muster des Cannabiskonsums lassen sich zunehmend besser nachvollziehen. Bei cannabisbedingten Problemen stehen in zunehmendem Umfang Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die auch vermehrt genutzt werden. Allerdings hat sich die Zahl der Cannabiskonsumenden, die sich einer speziellen Drogentherapie unterziehen, stabilisiert. Cannabis ist heute unter Drogenkonsumenten, die sich erstmalig einer Behandlung unterziehen, die am häufigsten gemeldete Droge. Auch die Kenntnisse über wirksame Gegenmaßnahmen in diesem Bereich nehmen weiter zu und die einzelnen Länder investieren vermehrt in unterschiedlichste Leistungsangebote, die sich von intensiven Betreuungsleistungen, in die auch Familienangehörige einbezogen werden, bis zu zeitlich begrenzten Maßnahmen über das Internet erstrecken.

Seit ungefähr dem Jahr 2000 wurde in zahlreichen Ländern das Strafmaß für einfache Konsum- oder Besitzvergehen herabgesetzt. Grundsätzlich konzentrieren sich die in Europa geführten Diskussionen über die Eindämmung des Cannabiskonsums vor allem auf Maßnahmen gegen den Drogennachschub und schmuggel und nicht so sehr auf den Drogenkonsum. Demgegenüber ist allerdings die Gesamtzahl der Delikte im Zusammenhang mit Besitz und Konsum von Cannabis seit ungefähr einem Jahrzehnt beständig weiter gestiegen.

**Auf einen Blick – Schätzungen des Drogenkonsums in der Europäischen Union**

Cannabis
73,6 Millionen oder 21,7 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im Laufe ihres Lebens bereits Cannabis konsumiert
18,1 Millionen oder 5,3 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im letzten Jahr Cannabis konsumiert
14,6 Millionen oder 11,2 % der jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) haben im letzten Jahr Cannabis konsumiert
0,4 % und 18,5 % – niedrigster und höchster nationaler Schätzwert des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen im letzten Jahr
Kokain
14,1 Millionen oder 4,2 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im Laufe ihres Lebens bereits Kokain konsumiert
3,1 Millionen oder 0,9 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im letzten Jahr Kokain konsumiert
2,2 Millionen oder 1,7 % der jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) haben im letzten Jahr Kokain konsumiert
0,2 % und 3,6 % – niedrigster und höchster nationaler Schätzwert des Kokainkonsums bei jungen Erwachsenen im letzten Jahr
Amphetamine
11,4 Millionen oder 3,4 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im Laufe ihres Lebens bereits Amphetamine konsumiert
1,5 Millionen oder 0,4 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im letzten Jahr Amphetamine konsumiert
1,2 Millionen oder 0,9 % der jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) haben im letzten Jahr Amphetamine konsumiert
0,0 % und 2,5 % – niedrigster und höchster nationaler Schätzwert des Konsums von Amphetaminen bei jungen Erwachsenen im letzten Jahr
Ecstasy
10,6 Millionen oder 3,1 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im Laufe ihres Lebens bereits Ecstasy konsumiert
1,6 Millionen oder 0,5 % der Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) haben im letzten Jahr Ecstasy konsumiert
1,3 Millionen oder 1,0 % der jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) haben im letzten Jahr Ecstasy konsumiert
0,1 % und 3,1 % – niedrigster und höchster nationaler Schätzwert des Konsums von Ecstasy bei jungen Erwachsenen im letzten Jahr

Opiode
1,3 Millionen problematische Opioidkonsumenten (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren)
3,5 % aller Todesfälle europäischer Bürger im Alter zwischen 15 und 39 Jahren sind auf Drogenüberdosierungen zurückzuführen, wobei bei etwa drei Vierteln aller tödlichen Überdosierungen Opiode nachgewiesen wurden
Hauptdroge bei etwa 45 % aller Drogentherapienachfragen in der Europäischen Union
700 000 Opioidkonsumenten erhielten im Jahr 2012 eine Substitutionstherapie

Hinweis: Vollständige Daten und Informationen zur Methodik sind dem Website-Bereich *European Drug Report: Data and statistics* zu entnehmen.

**Drogenherstellung und -angebot: Das Kerngeschäft der organisierten Kriminalität**

Der Umfang des Cannabismarkts in Verbindung mit einem zunehmenden Anbauvolumen im Inland führte dazu, dass diese Droge als Einkommensquelle für Gruppen der organisierten Kriminalität immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Auch die damit einhergehenden sozialen Kosten – unter anderem durch Gewaltkriminalität und andere Formen der Kriminalität – sowie der Druck, unter dem die Strafverfolgungsbehörden aufgrund der politischen Maßnahmen gegen den Drogenanbau stehen, finden zunehmende Aufmerksamkeit.

Sowohl auf internationaler Ebene als auch in der Europäischen Union werden unter anderem südostasiatische Gruppen der organisierten Kriminalität mit dem Cannabisanbau in Verbindung gebracht. Anlass zur Sorge gibt dabei, dass Indizien in zunehmendem Maße auf eine Diversifizierung dieser Gruppen in die Herstellung von Methamphetamin und deren Verkauf in Teilen Mitteleuropas hindeuten. Dahinter steht eine grundsätzlichere Entwicklung, die in der jüngsten Analyse des Drogenmarktes durch die EMCDDA und Europol festgestellt wurde: Die in der organisierten Kriminalität operierenden Gruppen verlegen sich zunehmend auf eine opportunistische Vorgehensweise, bei der in miteinander verzahnter Weise mit unterschiedlichen Drogen gehandelt wird. Dies ist bei Gruppen der organisierten Kriminalität zu beobachten, die traditionell im Heroinhandel tätig waren und bei denen mittlerweile der Übergang zum Handel mit Kokain und Methamphetamin in der Europäischen Union entlang etablierter Routen für den Heroinschmuggel zu beobachten ist.

Im Bericht für das Jahr 2014 werden neue Bedenken hinsichtlich des Umstands angesprochen, dass in Europa eine zunehmende Verfügbarkeit von Methamphetamin zu beobachten ist. Neben der inländischen Herstellung in Mittel- und Nordeuropa wird diese Droge auch im Nahen Osten hergestellt und mitunter zum Zweck der Wiederausfuhr in Länder Südostasiens in die Europäische Union importiert. Ein Teil dieser Produktion ist allerdings zunehmend dafür verantwortlich, dass auch das Angebot innerhalb Europas zunimmt. Besonderen Anlass zur Besorgnis geben aktuelle Berichte über das Rauchen von Methamphetamin in Griechenland und der Türkei, da diese Form des Konsums mit besonderen potenziellen Gesundheitsrisiken einhergeht.

Die zunehmend dynamischeren, globalen und innovativen Strukturen des modernen Drogenmarkts werden auch an dem erneuten Aufkommen von Ecstasy in hoher Reinheit in Pulver- und Pillenform deutlich, das in der Europäischen Union und anderswo zu beobachten ist. Dies scheint auf illegale Hersteller zurückzuführen zu sein, die nicht kontrollierte bzw. „verdeckte“ Chemikalien zur Herstellung der Droge einführen. Kürzlich meldete Europol aus Belgien die Zerschlagung von zwei der größten Drogenherstellungsanlagen, die jemals in der Europäischen Union entdeckt worden waren und die für die rasche Herstellung großer Mengen an MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methamphetamin) ausgelegt waren. Auch infolge von Sicherstellungen und Warnungen vor gesundheitsschädlichen Wirkungen gaben Europol und die EMCDDA eine gemeinsame Warnmitteilung zur Verfügbarkeit von MDMA-haltigen Produkten mit extrem hohem Wirkstoffgehalt heraus.

### Ein volatiler Markt im Bereich der Stimulanzien

Es bleibt abzuwarten, ob der beobachtete steigende MDMA-Gehalt in Ecstasy-Tabletten dazu führt, dass die Konsumenten wieder vermehrt Interesse an dieser Droge finden. Insgesamt scheint der europäische Markt für illegale Stimulanzien ein relativ stabiles Bild abzugeben, wobei Kokain in süd- und westeuropäischen Ländern die bevorzugte Substanz ist, während in Nord- und Osteuropa eher Amphetamin dominiert. Die Indikatoren für Kokain- und Amphetaminkonsum lassen insgesamt eine rückläufige Entwicklung erkennen.

Die Bedeutung der geografischen Unterschiede auf dem Markt für Stimulanzien in Europa wird auch durch aktuelle Abwasseruntersuchungen unterstützt, aus denen sich vermehrt Daten zum Drogenkonsumverhalten in Städten und bestimmten Milieus gewinnen lassen.

Beim Konsum von Stimulanzien ist deren Verfügbarkeit ein entscheidender Faktor. Ist eine Droge kaum verfügbar, können die Konsumenten sich anderen Substanzen zuwenden. Auch der Preis und die wahrgenommene Qualität sind wichtige Kriterien. Entsprechende Feststellungen wurden beim Konsum in Freizeitmilieus und bei injizierenden Drogenkonsumenten getroffen. Im Zusammenhang hiermit ist die zunehmende Zahl von Produkten zu sehen, die mittlerweile auf dem Markt für Stimulanzien erhältlich sind, unter anderem synthetische Cathinone sowie Methamphetamin, Amphetamin, Ecstasy und Kokain.

### Die langfristigen Kosten der Behandlung von Drogenproblemen

Europa steht vor der doppelten Herausforderung, wirksame Maßnahmen auf neu entstehende Probleme finden zu müssen und zugleich den Bedürfnissen von Drogenkonsumenten Rechnung zu tragen, die sich in Langzeitbehandlung befinden.

In diesem Bericht werden Veränderungen und neu entstehende Entwicklungen in der Epidemiologie und den Antworten hierauf dargestellt. Der überwiegende Teil der Kosten im Zusammenhang mit der Behandlung von Drogenkonsum rührt allerdings weiterhin von Problemen her, die ihren Ursprung in den „Heroinepidemien“ der 1980er und 1990er Jahre haben. Die Zahl der Neueinsteiger bei den Heroinkonsumenten ist zwar rückläufig, die Heroinabhängigkeit, die durch den typischen Verlauf einer chronischen Erkrankung mit Rückfallphasen und der Aufnahme einer Therapie gekennzeichnet ist, steht jedoch weiterhin im Mittelpunkt der Maßnahmen. Die Europäische Union hat erhebliche Mittel in die Schaffung von Behandlungsmöglichkeiten für diese Gruppe investiert, wobei ungefähr eine dreiviertel Million Personen derzeit eine Opioidsubstitutionstherapie durchlaufen. Es sprechen gewichtige Argumente für die Vorteile dieser Maßnahmen für die öffentliche Gesundheit, zumal dadurch der illegale Drogenhandel geschwächt wird. Europa steht jetzt vor der Aufgabe, Fürsorgeleistungen für eine alternde Gruppe aktiver und ehemaliger Heroinkonsumenten zu erbringen, von denen viele sozial benachteiligt und ausgegrenzt sind. In diesem Zusammenhang besteht seitens der Politik wachsendes Interesse an Maßnahmen zur Genesung und sozialen Wiedereingliederung. Mit dem zunehmenden Alter dieser Bevölkerungsgruppe nimmt sehr wahrscheinlich auch ihre Anfälligkeit für gesundheitliche Probleme unterschiedlichster Art zu.

# 1

**Jährlich werden rund eine Million  
Sicherstellungen illegaler Drogen  
in Europa gemeldet**

# Drogenangebot in Europa

Europa ist ein wichtiges Zielgebiet für die Einfuhr verbotener Substanzen und spielt in geringerem Umfang auch eine Rolle als Durchgangsstation für Drogen, die in andere Regionen befördert werden. Die nach Europa gelangenden Drogen stammen weitgehend aus Lateinamerika, Westasien und Nordafrika. Europa ist außerdem Erzeugerregion für Cannabis und synthetische Drogen. Während die Cannabisproduktion in Europa fast ausschließlich für den lokalen Konsum bestimmt ist, werden synthetische Drogen zum Teil für den Export in andere Regionen hergestellt.

Eine relativ neue Entwicklung auf den europäischen Drogenmärkten ist die Verfügbarkeit „neuer psychoaktiver Substanzen“, die nicht von den internationalen Drogenkontrollabkommen erfasst werden. Meist außerhalb Europas produziert, können diese Substanzen vom Konsumenten im Online-Handel oder in Spezialgeschäften erworben werden; mitunter werden sie auch auf dem illegalen Drogenmarkt weiterverkauft.

## Beobachtung des Drogenangebots

Die Analyse in diesem Abschnitt stützt sich auf Daten unterschiedlicher Art: Sicherstellung von Drogen, aufgedeckte Produktionseinrichtungen für Drogen, Sicherstellung chemischer Grundstoffe, Drogendelikte, Einzelhandelspreise und forensische Analysen sichergestellter Drogen. Vollständige Datensätze und ausführliche Darlegungen zur Methodik sind im Website-Bereich *European Drug Report: Data and statistics* enthalten. Es sei darauf hingewiesen, dass die Entwicklungstrends durch verschiedene Faktoren wie beispielsweise die Intensität der Strafverfolgung und die Wirksamkeit von Verbotmaßnahmen beeinflusst werden können.

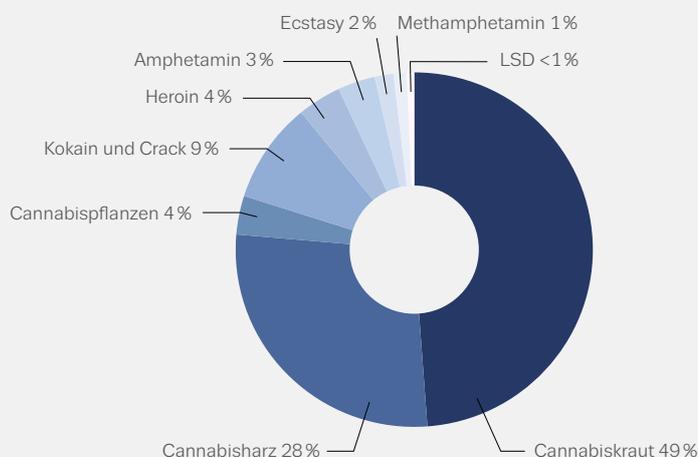
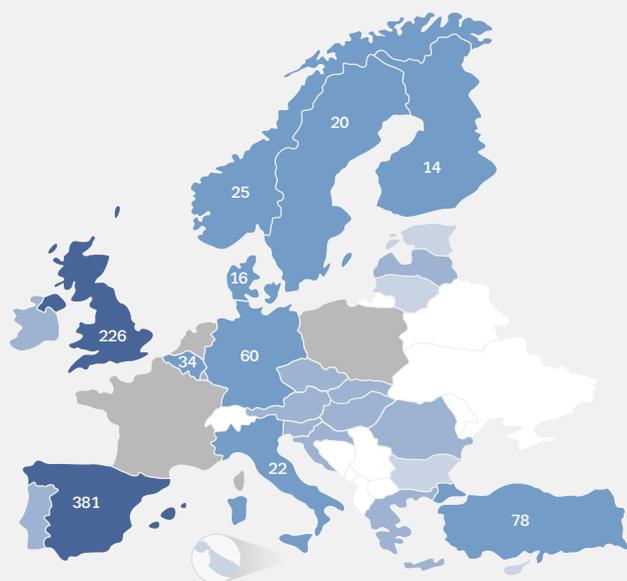
Die Daten zu neuen psychoaktiven Substanzen beruhen auf den Meldungen an das EU-Frühwarnsystem, das über die nationalen Netze der EMCDDA und Europol mit Informationen versorgt wird. Eine umfassende Beschreibung dieses Mechanismus findet sich auf der EMCDDA-Website unter *Action on new drugs*.

## 80 % der Sicherstellungen in Europa betreffen Cannabis

Jährlich werden rund eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen in Europa gemeldet. In den meisten Fällen handelt es sich um kleine, bei Konsumenten beschlagnahmte Mengen, allerdings enthält der Gesamtwert auch Sicherstellungen von mehreren Kilogramm bei Schmugglern und Produzenten.

## ABBILDUNG 1.1

Zahl der gemeldeten Sicherstellungen nach Land (links) sowie Anteil der wichtigsten Drogen an den Sicherstellungen (rechts), 2012



Sicherstellungen (in 1 000) ■ <1 ■ 1–10 ■ 11–100 ■ >100 ■ Keine Daten  
 Anmerkung: Zahl der Sicherstellungen (in Tausend) in den zehn Ländern mit den höchsten Werten.

Zwei Drittel aller Sicherstellungen in der Europäischen Union entfielen im Jahr 2012 auf nur zwei Länder: Spanien und das Vereinigte Königreich. Eine geringere, allerdings nicht unerhebliche Zahl von Sicherstellungen wurde aus Deutschland, Belgien, Italien und vier nordischen Ländern gemeldet (Abbildung 1.1). Dabei ist zu beachten, dass für drei Länder, die in der Vergangenheit eine beträchtliche Zahl von Sicherstellungen meldeten, keine aktuellen Daten vorliegen. Darüber hinaus nimmt die Türkei bei der Sicherstellung von Drogen einen bedeutenden Platz ein, wobei die abgefangenen Drogenlieferungen teilweise für den Konsum in anderen Ländern sowohl in Europa als auch im Nahen Osten bestimmt waren.

Bei mehr als 80 % aller Sicherstellungen in Europa handelt es sich um Cannabis (Abbildung 1.1) – ein Indiz für die hohe Konsumprävalenz. An zweiter Stelle folgt Kokain, das etwa doppelt so oft sichergestellt wird wie Amphetamine oder Heroin. Die Zahl der Ecstasy-Sicherstellungen ist geringer, hat in den letzten Jahren jedoch wieder zugenommen.

### Cannabis: Zunehmende Verfügbarkeit von Cannabiskräutern

Cannabis ist auf dem europäischen Drogenmarkt gemeinhin in zwei Formen anzutreffen: Cannabiskräuter („Marihuana“) und Cannabisharz („Haschisch“). Der Jahreskonsum dieser Produkte kann grob mit 2 000 Tonnen beziffert werden.

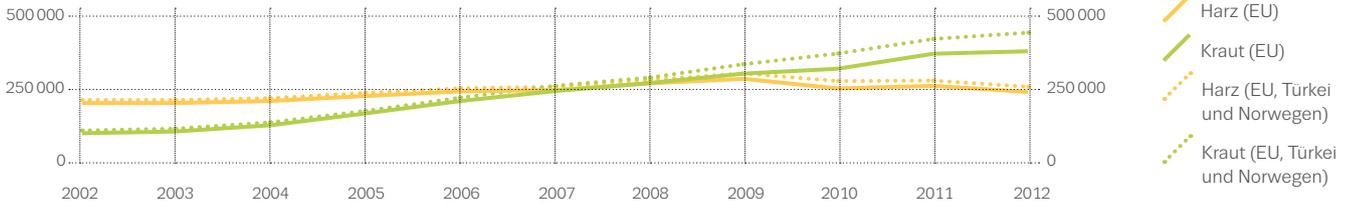
Das in Europa konsumierte Cannabiskräuter wird im Inland angebaut oder aus Nachbarländern eingeschmuggelt. Cannabisharz gelangt größtenteils auf dem See- oder Luftweg aus Marokko nach Europa.

Bei der Anzahl der Sicherstellungen hat Cannabiskräuter in den vergangenen zehn Jahren Cannabisharz überholt und macht nunmehr fast zwei Drittel aller Cannabis-Sicherstellungen aus (Abbildung 1.2). Dies ist auf die zunehmende Verfügbarkeit von im Inland produziertem Cannabiskräuter in zahlreichen Ländern zurückzuführen. Von der in der Europäischen Union sichergestellten Menge her rangiert jedoch das Cannabisharz ungeachtet eines Rückgangs in den letzten Jahren nach wie vor weit vor dem Cannabiskräuter (2012: 457 Tonnen gegenüber 105 Tonnen Kräuter). Dies dürfte wahrscheinlich dadurch zu erklären sein, dass Cannabisharz tendenziell häufiger in großen Mengen über größere Entfernungen und Ländergrenzen hinweg transportiert wird und daher bei Sicherstellungen eher erfasst wird.

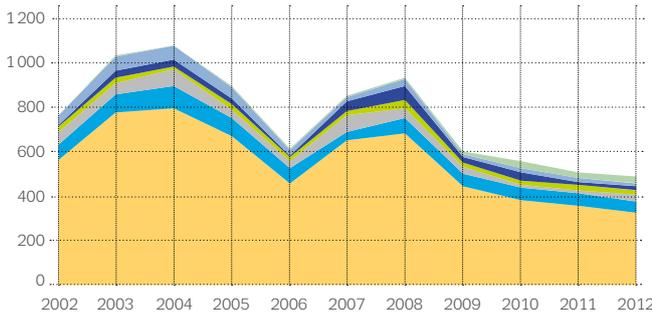
ABBILDUNG 1.2

Zahl der Cannabis-Sicherstellungen und sichergestellte Menge in Tonnen: Harz und Kraut, 2002–12

Zahl der Sicherstellungen

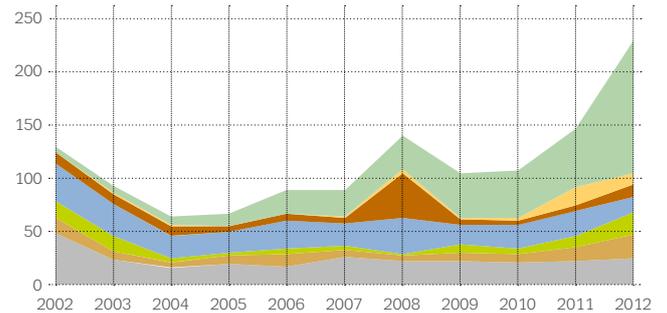


Harz (Tonnen)



Spanien Frankreich Sonstige Länder Italien Portugal Vereinigtes Königreich Türkei

Kraut (Tonnen)

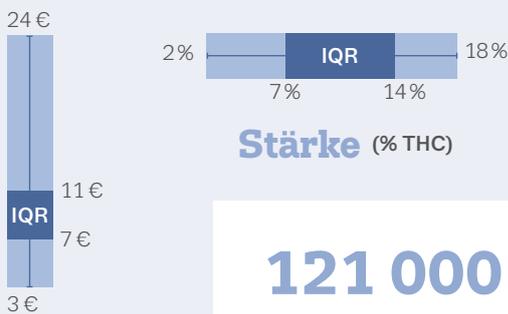


Sonstige Länder Griechenland Italien Vereinigtes Königreich Niederlande Spanien Türkei

CANNABIS

Harz

**457** Tonnen sichergestellt **240 000** Sicherstellungen  
**486** Tonnen sichergestellt (EU + 2) **258 000** Sicherstellungen (EU + 2)



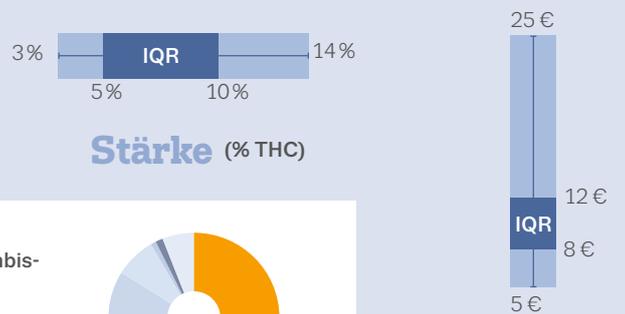
Preis (EUR/g)



Preis- und Stärkeindizes

Kraut

**105** Tonnen sichergestellt **395 000** Sicherstellungen  
**230** Tonnen sichergestellt (EU + 2) **457 000** Sicherstellungen (EU + 2)

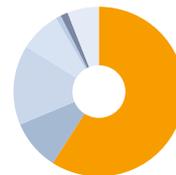


Preis (EUR/g)



Preis- und Stärkeindizes

**121 000** gemeldete Cannabis-Angebotsdelikte  
**59%** der gemeldeten Angebotsdelikte

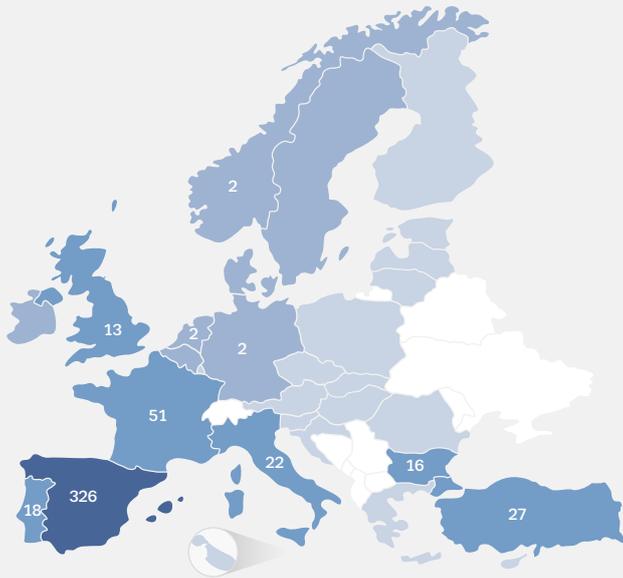


EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Stärke von Cannabisprodukten: nationale Mittelwerte – Minimum, Maximum und Interquartilspanne (IQR). Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

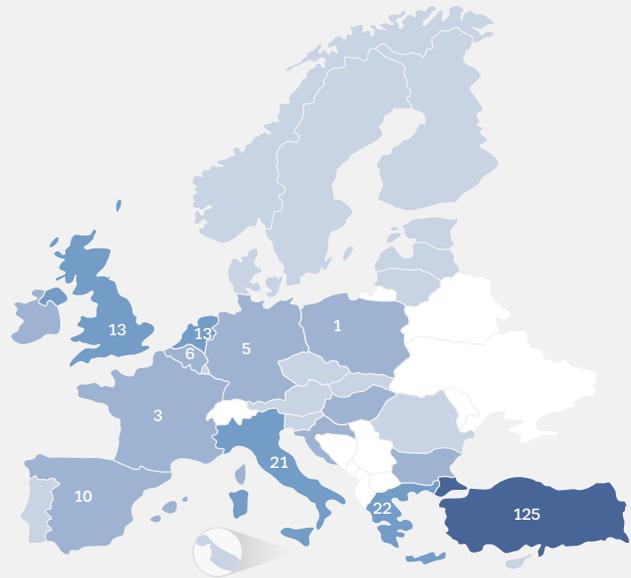
## ABBILDUNG 1.3

## Menge an sichergestelltem Cannabisharz und Cannabiskraut, 2012

## Harz



## Kraut



Tonnen <1 1–10 11–100 >100

Anmerkung: Sicherstellte Mengen (in Tonnen) in den zehn Ländern mit den höchsten Werten.

Bei den sichergestellten Mengen ist anzumerken, dass eine kleine Zahl von Ländern überdurchschnittlich stark ins Gewicht fällt, unter anderem aufgrund ihrer Lage entlang wichtiger Schmuggelrouten (Abbildungen 1.2 und 1.3). Spanien beispielsweise, das nahe an Marokko liegt und selbst über einen bedeutenden Binnenmarkt verfügt, meldete 2012 rund zwei Drittel der in Europa sichergestellten Gesamtmenge an Cannabisharz. Bei Cannabiskraut meldeten Griechenland und Italien in jüngster Zeit starke Zunahmen der sichergestellten Mengen. Seit 2007 wurden in der Türkei größere Mengen an Cannabiskraut sichergestellt als in irgendeinem der EU-Mitgliedstaaten; die für das Jahr 2012 gemeldete Menge belief sich auf mehr als das Doppelte der für 2011 gemeldeten Menge.

Die Sicherstellungen von Cannabispflanzen können als Indikator für die inländische Produktion dienen, auch wenn die Qualität der aus diesem Bereich vorliegenden Daten Vergleiche erschwert. Im Jahr 2012 wurden in Europa 33 000 Sicherstellungen von Cannabispflanzen gemeldet. Zwischen 2011 und 2012 erhöhte sich die Zahl der gemeldeten Sicherstellungen von Cannabispflanzen von 5 auf 7 Millionen, was vor allem auf die Vervielfachung der aus Italien gemeldeten Zahl der Sicherstellungen zurückzuführen ist. Im gleichen Zeitraum stieg die sichergestellte Menge von 33 auf 45 Tonnen.

Die auf europäischer Ebene indexierten Tendenzen zeigen einen Anstieg sowohl des Einzelhandelspreises als auch des Wirkstoffgehalts (Gehalt an Tetrahydrocannabinol/ THC) von Cannabiskraut und Cannabisharz zwischen 2006 und 2012. Der Wirkstoffgehalt beider Cannabisformen ist seit 2006 gestiegen, wobei der größte Teil dieses Anstiegs bei Cannabisharz auf die Jahre 2011 und 2012 fällt.

Durch das Aufkommen synthetischer Cannabinoide – Chemikalien, welche die Wirkung von Cannabis imitieren – wurde der Cannabismarkt um einen zusätzlichen Aspekt erweitert. Die meisten synthetischen Cannabinoidpulver werden offensichtlich in China hergestellt und dann lose unter Nutzung existierender legaler Transport- und Vertriebsnetze versandt. Sind diese Chemikalien erst einmal in die Europäische Union gelangt, werden sie üblicherweise mit Kräutern gemischt oder auf sie ausgespritzt und als so genannte „Legal High“-Produkte für den Verkauf über das Internet oder andere Einzelhändler umgepackt. In den ersten sechs Monaten 2013 wurden aus 18 Ländern mehr als 1 800 Sicherstellungen von synthetischen Cannabinoiden gemeldet. Die umfangreichsten Sicherstellungen wurden aus Spanien (20 kg) und Finnland (7 kg) gemeldet.

## Heroin: Zahl der Sicherstellungen insgesamt rückläufig, in der Türkei allerdings steigend

In Europa wird importiertes Heroin traditionell in zwei Formen angeboten. Dabei handelt es sich um das braune Heroin (Heroinbase), das stärker verbreitet ist und vor allem aus Afghanistan stammt, und das weiße Heroin (in Salzform), das weit weniger verbreitet ist und ursprünglich aus Südostasien stammt, mittlerweile aber auch anderswo produziert werden kann. In begrenztem Umfang werden Opioide auch weiterhin in Europa produziert, darunter vor allem Produkte aus selbstangebautem Mohn, die aus Teilen Osteuropas gemeldet werden.

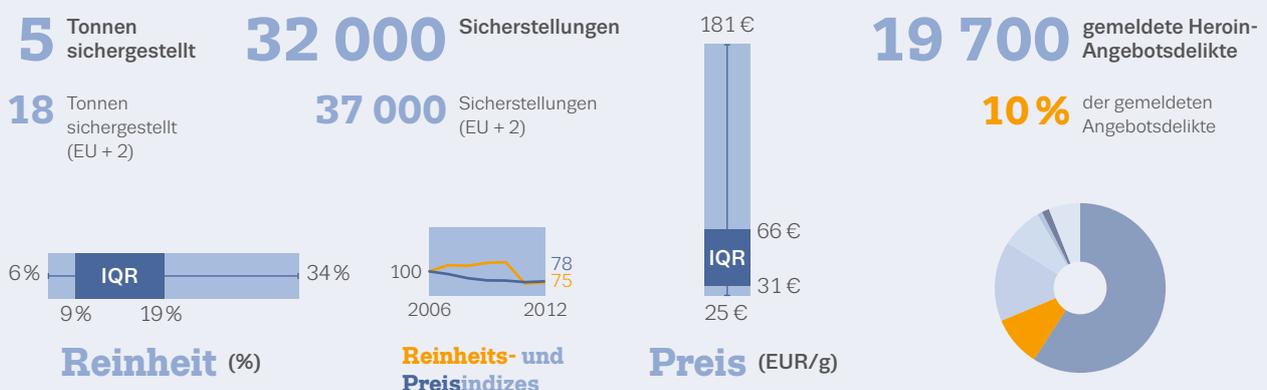
Afghanistan produziert weiterhin den größten Teil des illegalen Opiums in der Welt, und es wird angenommen, dass das nach Europa gelangende Heroin überwiegend von dort bzw. in geringerem Umfang aus dem benachbarten Iran oder Pakistan stammt. Die Drogen kommen auf unterschiedlichen abgrenzbaren Schmuggelwegen nach Europa: Einer dieser Wege führt über die Türkei in die Balkanländer (Bulgarien, Rumänien oder Albanien) und von dort aus weiter nach Mittel-, Süd- und Westeuropa. Eine weitere Route verläuft über die

ehemaligen Sowjetrepubliken in Zentralasien nach Russland. Heroinlieferungen aus dem Iran und Pakistan können auf dem Luft- oder Seeweg entweder direkt oder auf Umwegen über west- und ostafrikanische Länder ebenfalls nach Europa gelangen.

Zwischen 2002 und 2010 bewegte sich die Zahl der sichergestellten Heroinsendungen in Europa auf einem relativ stabilen Niveau und belief sich jährlich auf ca. 50 000. Seit dem Jahr 2010 ist die Zahl der Sicherstellungen von Heroin erheblich zurückgegangen; im Jahr 2012 wurden ungefähr 32 000 Sicherstellungen gemeldet. Die im Jahr 2012 sichergestellte Heroinmenge (5 Tonnen) entsprach dem niedrigsten gemeldeten Stand seit zehn Jahren und machte nur etwa die Hälfte der 2002 sichergestellten Menge (10 Tonnen) aus. Die rückläufigen Sicherstellungen in der Europäischen Union gingen allerdings mit zunehmenden Sicherstellungen in der Türkei einher, in der seit 2006 jedes Jahr mehr Heroin sichergestellt wurde als in allen EU-Ländern zusammen (Abbildungen 1.4 und 1.5).

**Seit dem Jahr 2010 ist die Zahl der Sicherstellungen von Heroin erheblich zurückgegangen; im Jahr 2012 wurden ungefähr 32 000 Sicherstellungen gemeldet**

## HEROIN



EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheit von „braunem Heroin“: nationale Mittelwerte – Minimum, Maximum und Interquartilsspanne (IQR). Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

ABBILDUNG 1.4

Zahl der Heroin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2002–12

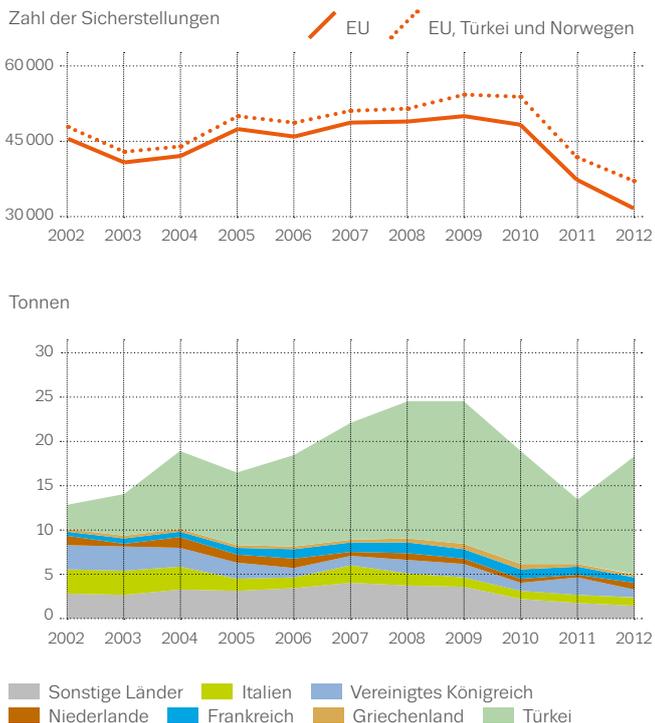
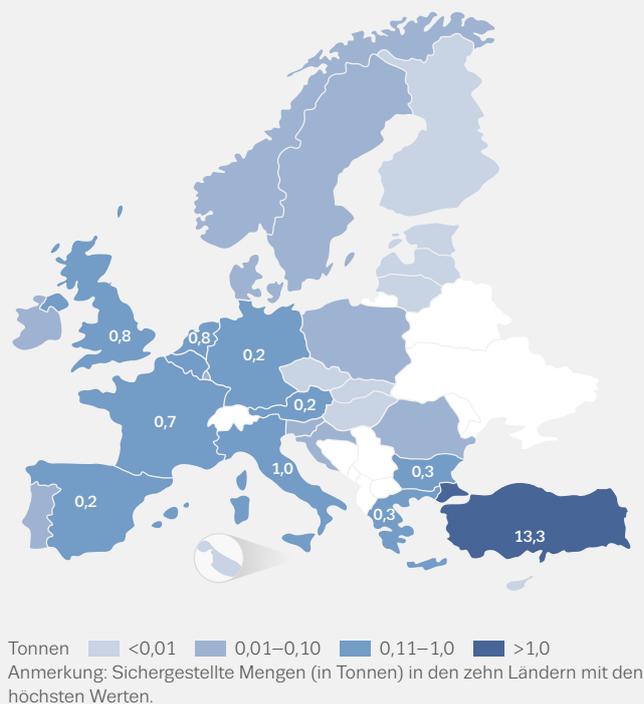


ABBILDUNG 1.5

Menge an sichergestelltem Heroin, 2012



Der Rückgang der Heroin-Sicherstellungen seit 2010/2011 findet seinen Niederschlag in entsprechenden Entwicklungen hinsichtlich der Reinheitsdaten und der Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit dem Heroinangebot (siehe Kapitel 4). In mehreren Ländern kam es zu dieser Zeit zu einer erheblichen Verknappung des Marktangebots, von der sich anscheinend nur wenige Märkte ganz erholt haben. In der Türkei ging im Jahr 2011 die Menge des sichergestellten Heroins zurück, stieg 2012 jedoch wieder auf ein höheres Niveau.

Synthetische Opioide, die als Alternativen zu Heroin konsumiert werden können, wurden dem EU-Frühwarnsystem gemeldet. Hierzu zählen die besonders starken Fentanyl, die aus Lieferungen für den Pharmaziehandel abgezweigt werden können (unter anderem bei unsachgemäß verabreichten analgetischen Pflastern) oder eigens für den illegalen Markt hergestellt werden können. Zwischen 2012 und 2013 wurden 28 Sicherstellungen des neuen synthetischen Opioids AH-7921 gemeldet, das in pharmakologischer Hinsicht Morphinium ähnelt (siehe Seite 28).

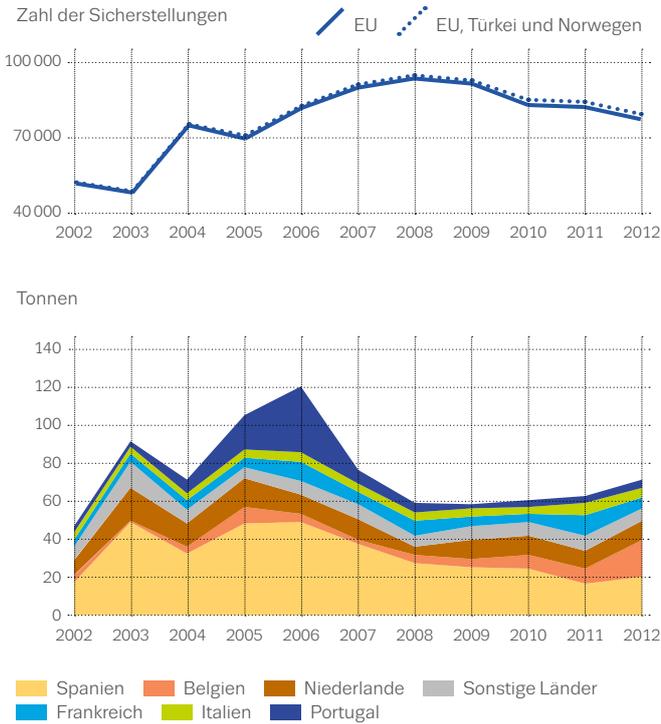
**Kokain: weiter rückläufige Zahl der Sicherstellungen**

Kokain wird in Europa in zwei Formen angeboten, größtenteils als Kokainpulver (ein Hydrochloridsalz, HCl). Das rauchbare Crack ist weniger leicht erhältlich. Kokain wird aus den Blättern des Kokastrauchs gewonnen. Die fast ausschließlich in Bolivien, Kolumbien und Peru produzierte Droge kommt auf dem Luft- und Seeweg nach Europa. Der Schmuggel von Kokain in Europa – und die Strafverfolgung dieser Schmuggelaktivitäten – erfolgt offenbar vor allem über die Länder West- und Südeuropas, wobei auf Spanien, Belgien, die Niederlande, Frankreich und Italien zusammen 85 % der im Jahr 2012 sichergestellten 71 Tonnen entfallen (Abbildung 1.6). Ein Anzeichen für die weitere Diversifizierung der nach Europa führenden Kokainhandelsrouten sind die großen Einzelbeschlagnahmungen in bulgarischen, griechischen, rumänischen und baltischen Häfen.

Im Jahr 2012 wurden ungefähr 77 000 Sicherstellungen von Kokain in der Europäischen Union gemeldet; dies entspricht einer beschlagnahmten Menge von 71 Tonnen dieser Droge. Die Zahl der im Jahr 2012 gemeldeten Sicherstellungen von Kokain verharrt im Vergleich zu 2002 auf hohem Niveau. Allerdings hat sie sich seit dem Höchststand von ungefähr 95 000 Sicherstellungen im Jahr 2008 rückläufig entwickelt. Die sichergestellten

ABBILDUNG 1.6

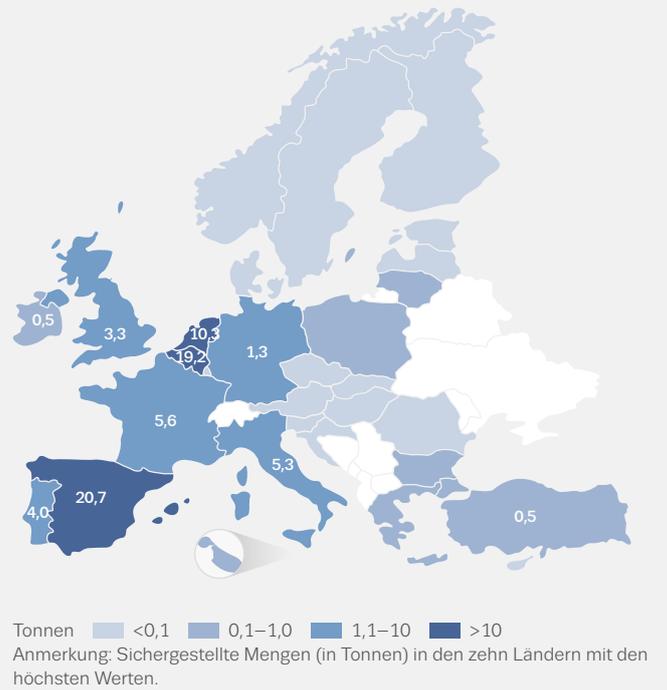
Zahl der Kokain-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2002–12



Kokainmengen stiegen im Jahr 2012 um rund 10 Tonnen gegenüber dem Vorjahr, liegen allerdings immer noch deutlich unter dem Höchststand von 120 sichergestellten Tonnen im Jahr 2006 (Abbildung 1.6). Am deutlichsten ist die sichergestellte Kokainmenge auf der iberischen

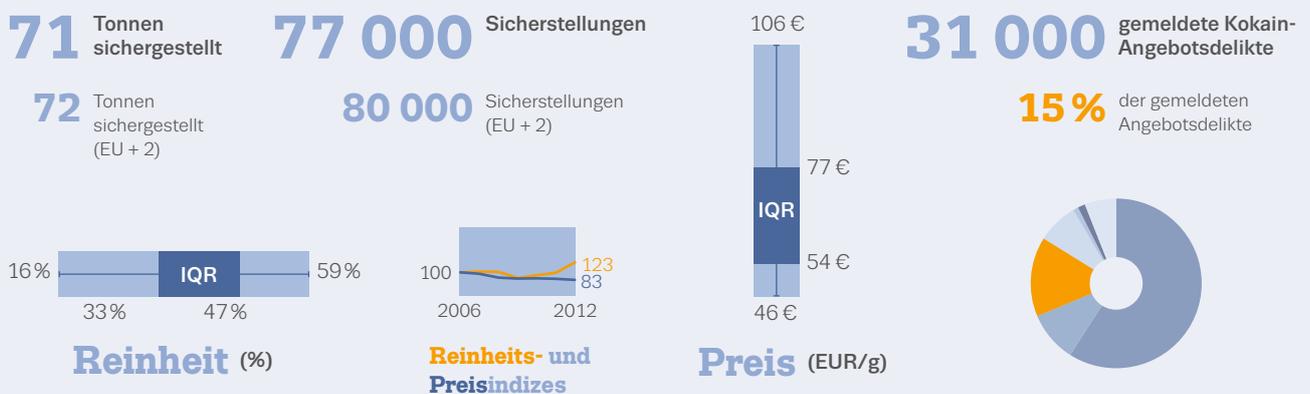
ABBILDUNG 1.7

Menge an sichergestelltem Kokain, 2012



Halbinsel zurückgegangen, vor allem in Portugal im Jahr 2007 gegenüber 2006 sowie in geringerem Maße in Spanien zwischen 2006 und 2011. Rekordwerte wurden 2012 bei der Sicherstellung von Kokain aus Belgien (19 Tonnen) gemeldet (Abbildung 1.7).

KOKAIN



EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheit von Kokain: nationale Mittelwerte – Minimum, Maximum und Interquartilsspanne (IQR). Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

### Amphetamine: Hinweise auf steigende Herstellung von Methamphetamin

Methamphetamin und Amphetamin sind unter der generischen Bezeichnung „Amphetamine“ bekannt und sind zwei eng verwandte synthetische Stimulanzien. Amphetamin ist in Europa seit jeher weiter verbreitet, doch gibt es mittlerweile auch Anzeichen für eine steigende Verfügbarkeit von Methamphetamin.

Beide Drogen werden in Europa für den Inlandskonsum hergestellt, Amphetamin in geringeren Mengen auch für den Export, vor allem nach Nahost. Als Produktionsstandorte sind Belgien und die Niederlande sowie Polen und die baltischen Länder bekannt. Bei der Produktion von Methamphetamin sind zwei Hauptgebiete bekannt: Zum einen konzentriert sich in den baltischen Staaten die Produktion in Litauen für den Export nach Norwegen, Schweden und in das Vereinigte Königreich. In dieser Region wird BMK (Benzylmethylketon) als die wichtigste Vorläufersubstanz verwendet. Ein zweites Produktionsgebiet hat seinen Schwerpunkt in der Tschechischen Republik und in den Nachbarländern Slowakei und Deutschland; hier basiert die Produktion in erster Linie auf Ephedrin und Pseudoephedrin und

vollzieht sich in so genannten kleinen „Küchenlabors“. Die Produktion ist in erster Linie für den Inlandshandel bestimmt. In den vergangenen zwei Jahren wurde beobachtet, dass vietnamesische Gruppen der organisierten Kriminalität verstärkt im tschechischen Markt für Methamphetamin und bei der Ausweitung der Produktion aktiv werden. Im Jahr 2011 gingen 350 Berichte über ausgehobene Produktionsanlagen für die Methamphetaminproduktion in Europa ein, wobei es sich bei den meisten dieser Anlagen um kleine Anlagen handelte (338), die von der Tschechischen Republik gemeldet wurden.

Im Jahr 2012 wurden von den Mitgliedstaaten 29 000 Sicherstellungen von Amphetamin gemeldet, die einer Gesamtmenge von 5,5 Tonnen entsprachen. Mehr als die Hälfte der Gesamtmenge an sichergestelltem Amphetamin entfiel auf Deutschland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich (Abbildung 1.8). Nach einer Phase zahlenmäßig und mengenmäßig höherer Sicherstellungen gingen die Sicherstellungen von Amphetaminen 2012 ungefähr auf den Stand von 2003 zurück (Abbildung 1.9). Dagegen zeigen die Methamphetamin-Sicherstellungen ungeachtet der zahlen- und mengenmäßig noch geringen Werte im selben Zeitraum einen steigenden Verlauf (Abbildung 1.10).

## AMPHETAMINE

### Amphetamin

**5,5** Tonnen sichergestellt **29 000** Sicherstellungen

**5,9** Tonnen sichergestellt (EU + 2) **32 000** Sicherstellungen (EU + 2)



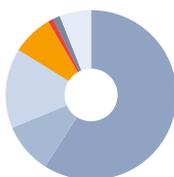
### Preis (EUR/g)



### Preis- und Reinheitsindizes

**16 000** gemeldete Amphetamin-Angebotsdelikte

**8 %** der gemeldeten Angebotsdelikte



**2 300** gemeldete Methamphetamin-Angebotsdelikte

**1 %** der gemeldeten Angebotsdelikte

### Methamphetamin

**0,3** Tonnen sichergestellt **7 000** Sicherstellungen

**1,0** Tonnen sichergestellt (EU + 2) **11 100** Sicherstellungen (EU + 2)



### Reinheit (%)

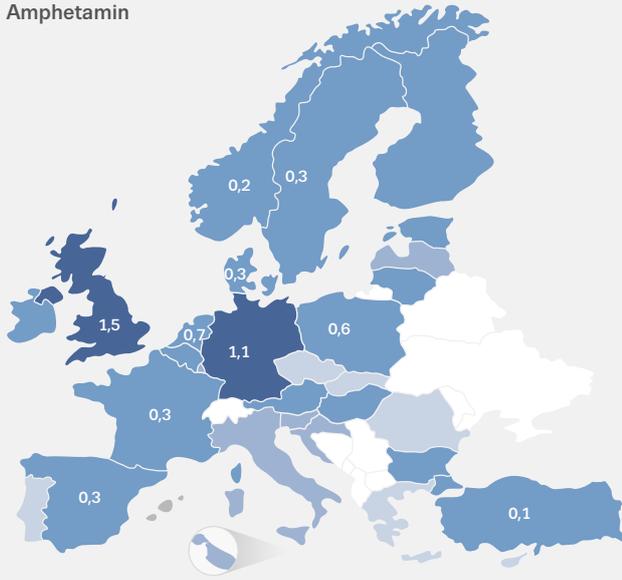
### Preis (EUR/g)

EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheit von Amphetaminen: nationale Mittelwerte – Minimum, Maximum und Interquartilsspanne (IQR). Für Methamphetamin sind keine Indizes verfügbar. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

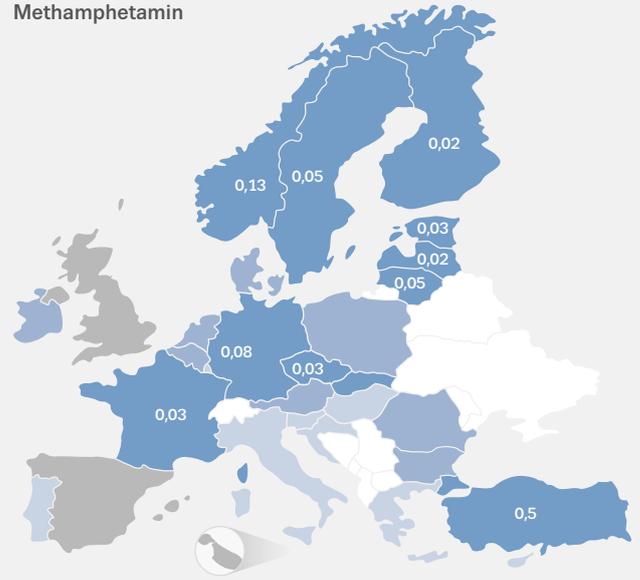
ABBILDUNG 1.8

Menge an sichergestelltem Amphetamin und Methamphetamin, 2012

Amphetamin



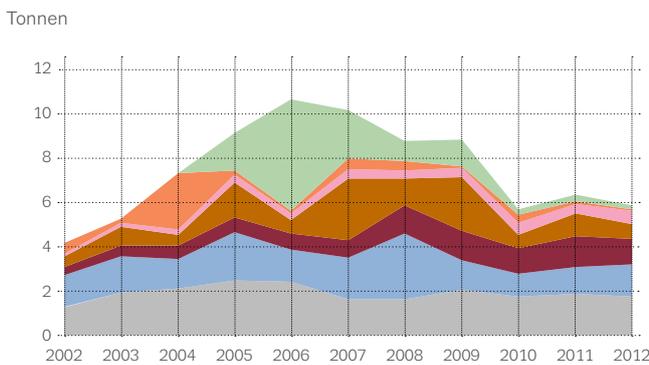
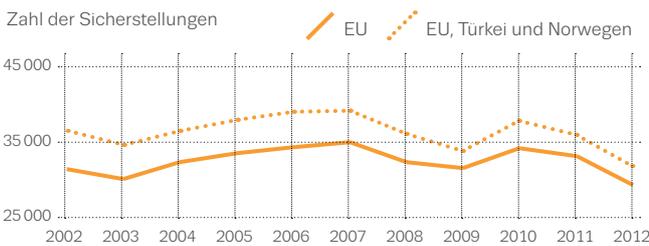
Methamphetamin



Tonnen <0,001 0,001–0,010 0,011–1,0 >1,0 Keine Daten  
Anmerkung: Sichergestellte Mengen (in Tonnen) in den zehn Ländern mit den höchsten Werten.

ABBILDUNG 1.9

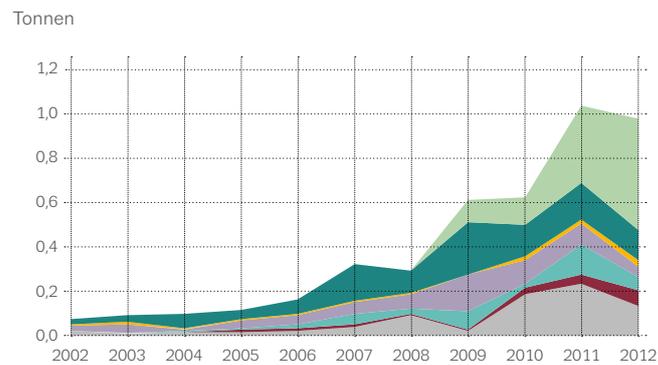
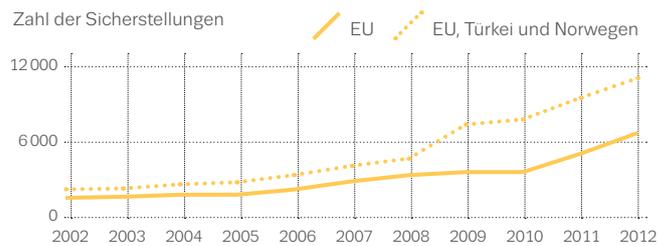
Zahl der Amphetamin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2002–12



Sonstige Länder Vereinigtes Königreich Deutschland  
Niederlande Polen Belgien Türkei

ABBILDUNG 1.10

Zahl der Methamphetamin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2002–12



Sonstige Länder Deutschland Litauen Schweden  
Tschechische Republik Norwegen Türkei

Im Jahr 2012 wurden in der Europäischen Union 7 000 Sicherstellungen mit einer Gesamtmenge von 0,34 Tonnen Methamphetamin gemeldet. Weitere 4 000 Sicherstellungen mit einer Gesamtmenge von 0,64 Tonnen wurden aus der Türkei und aus Norwegen gemeldet, die insgesamt ungefähr das Doppelte der in der Europäischen Union sichergestellten Mengen meldeten.

**Ecstasy: Pulver in hoher Reinheit auf dem Markt erhältlich**

Mit „Ecstasy“ ist in der Regel die synthetische Substanz MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methamphetamin) gemeint, die chemisch mit den Amphetaminen verwandt ist, aber etwas anders wirkt als diese. Die als Ecstasy verkauften Tabletten können allerdings auch die verschiedensten MDMA-ähnlichen und chemisch nicht verwandten Substanzen enthalten. MDMA in Pulver- und kristalliner Form scheint sich zunehmend zu verbreiten und ist in einigen Teilen Europas als hochreines Pulver erhältlich.

Die Ecstasy-Produktion konzentriert sich in Europa offenbar auf Belgien und die Niederlande, was an der Zahl der im zurückliegenden Jahrzehnt in diesen Ländern ausgehobenen Labors abzulesen ist. Die Zahl der in Europa ausgehobenen Ecstasy-Labors sank von 50 im Jahr 2002 auf drei im Jahr 2010, was auf einen erheblichen Rückgang in der Produktion dieser Droge schließen lässt. In jüngster Zeit sind Anzeichen einer Erholung des Ecstasy-Marktes erkennbar und im Jahr 2013 wurden in Belgien und den Niederlanden mehrere große MDMA-Labors ausgehoben.

Im Jahr 2012 wurden in der Europäischen Union 4 Millionen Ecstasy-Tabletten sichergestellt, insbesondere in den Niederlanden (2,4 Millionen), gefolgt vom Vereinigten Königreich (0,5 Millionen) und Deutschland (0,3 Millionen). Darüber hinaus wurden in der Türkei im gleichen Jahr 3,0 Millionen Ecstasy-Tabletten sichergestellt (Abbildungen 1.11 und 1.12). Die Menge der im Jahr 2012 in der Europäischen Union sichergestellten Ecstasy-Tabletten macht weniger als ein Fünftel der 2002 sichergestellten Menge (23 Millionen) aus. Insgesamt sank die Zahl der Ecstasy-Sicherstellungen zwischen 2002 und 2009, bevor sie in den Folgejahren wieder langsam anstieg (Abbildung 1.11). Dieser Trend findet seinen Niederschlag auch in den verfügbaren Daten zum MDMA-Gehalt der analysierten Ecstasy-Tabletten, der bis 2009 zurückging, aber in den letzten drei Berichtsjahren wieder gestiegen ist.

**MDMA in Pulver- und kristalliner Form scheint sich zunehmend zu verbreiten und ist in einigen Teilen Europas als hochreines Pulver erhältlich**

**ECSTASY**

**4 Millionen Tabletten sichergestellt**

**7 Millionen Tabletten sichergestellt (EU + 2)**

**11 200 Sicherstellungen**

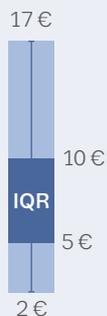
**16 000 Sicherstellungen (EU + 2)**



**Reinheit (MDMA mg/Tablette)**



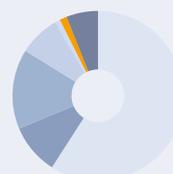
**Reinheits- und Preisindizes**



**Preis (EUR/Tablette)**

**3 000 gemeldete Ecstasy-Angebotsdelikte**

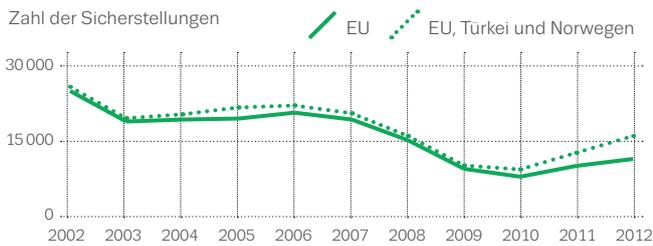
**1% der gemeldeten Angebotsdelikte**



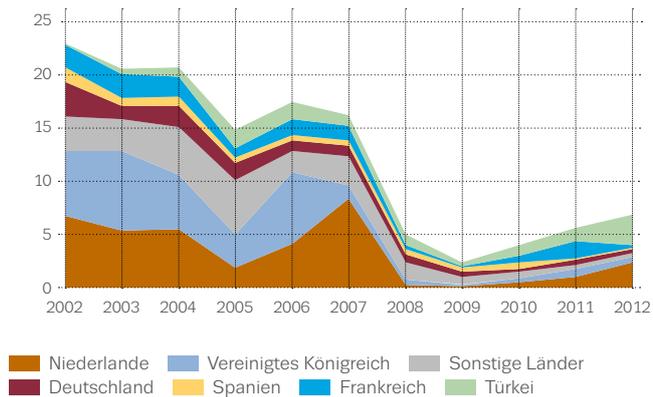
EU + 2 bezieht sich auf die EU-Mitgliedstaaten, die Türkei und Norwegen. Preis und Reinheit von Ecstasy: nationale Mittelwerte – Minimum, Maximum und Interquartilsspanne (IQR). Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

ABBILDUNG 1.11

## Zahl der Ecstasy-Sicherstellungen und der sichergestellten Tabletten, 2002–12



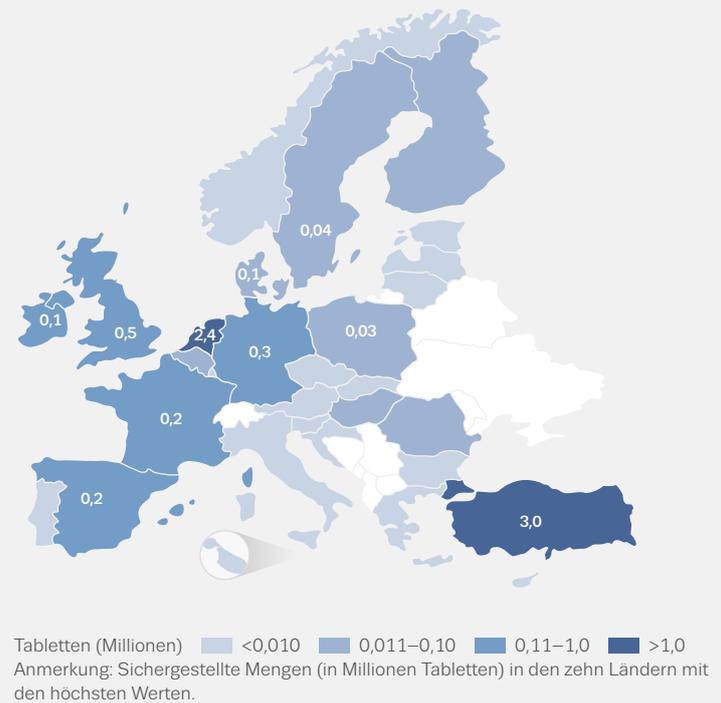
## Tabletten (Millionen)



Die beim Angebot an Ecstasy beobachteten Trends können teilweise den verstärkten Kontrollen und gezielten Beschlagnahmungen von PMK (Piperonylmethylketon), des wichtigsten chemischen Grundstoffs für die Herstellung von MDMA, zugeschrieben werden. Berichten zufolge reagierten die Hersteller von Ecstasy auf die Kontrollen der Grundstoffe dadurch, dass sie auf „Grundstoffe von Grundstoffen“ oder „maskierte Grundstoffe“ zurückgreifen – Basischemikalien, die ganz legal als nicht unter das Drogengesetz fallende Substanzen eingeführt werden können und dann in die für die MDMA-Herstellung benötigten chemischen Grundstoffe umgewandelt werden.

ABBILDUNG 1.12

## Menge des sichergestellten Ecstasy, 2012



## Cathinone, eine neue Klasse von Stimulanzien in Europa

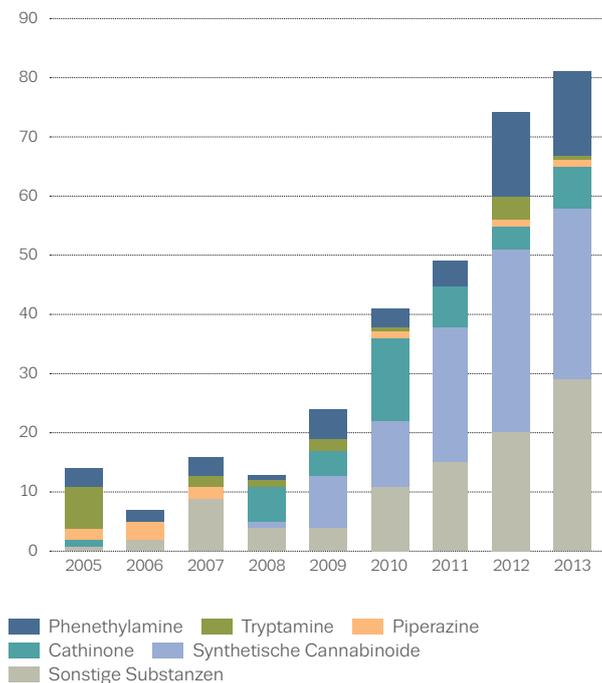
In den letzten Jahren wurden in Europa mehr als 50 als Substitute verwendete Cathinonderivate ermittelt. Mephedron, das bekannteste Beispiel, hat sich in einigen Ländern bereits auf dem Markt für Stimulanzien etabliert. Ein weiteres Cathinon, MDPV (3,4-Methylenedioxypropylvaleron), wird auf dem europäischen Markt vorwiegend in Pulver- und Tablettenform als „Legal High“, allerdings auch direkt auf dem illegalen Markt, verkauft. Zwischen 2008 und 2013 wurden aus 29 Ländern mehr als 5 500 Sicherstellungen von MDPV-Pulver mit einer Drogengesamtmenge von mehr als 200 kg gemeldet.

## Zunehmende Vielfalt neuer Drogen

Die Analyse des Drogenmarktes wird erschwert durch neue Drogen (neue psychoaktive Substanzen) – synthetische oder natürlich vorkommende Substanzen, die nicht unter das internationale Drogenrecht fallen und oft mit der Absicht hergestellt werden, die Wirkungen verbotener Drogen nachzuahmen. In einigen Fällen werden die neuen Drogen in Europa in geheimen Labors produziert und direkt auf dem Markt verkauft. Andere Chemikalien werden von Lieferanten importiert, oftmals aus China oder Indien, und dann in Europa ansprechend verpackt als

## ABBILDUNG 1.13

Anzahl und Hauptgruppen der an das EU-Frühwarnsystem gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2005–13



„Legal Highs“ verkauft. Der Begriff „Legal Highs“ ist irreführend, da die betreffenden Substanzen in einigen Mitgliedstaaten möglicherweise verboten sind bzw. der Verkauf an Konsumenten möglicherweise gegen Verbraucherschutz- bzw. Vermarktungsvorschriften verstößt. Zur Vermeidung von Kontrollen werden die Produkte oft mit falschem Etikett versehen und beispielsweise als „Forschungsschemikalien“, oder „Pflanzennährstoffe“ deklariert, die laut Herstellerangabe nicht für den menschlichen Verzehr bestimmt sind.

Im Jahr 2013 wurden von den Mitgliedstaaten über das EU-Frühwarnsystem 81 neue psychoaktive Substanzen erstmalig gemeldet (Abbildung 1.13). Bei 29 dieser Substanzen handelte es sich um synthetische Cannabinoide; weitere 30 Verbindungen entsprachen nicht den leicht bestimmbaren chemischen Gruppen (einschließlich Pflanzen und Arzneimitteln). Außerdem wurden 13 neue substituierte Phenethylamine sowie sieben synthetische Cathinone, ein Tryptamin und ein Piperazin gemeldet.

### Bewertung der Risiken neuer Drogen

Risikobewertungen auf europäischer Ebene wurden an 4-Methylamphetamin (im Jahr 2012) und 5-(2-Aminopropyl)indol (im Jahr 2013) als Reaktion auf zunehmende Hinweise auf Schädigungen durchgeführt,

die auch mehr als 20 Todesfälle im Zusammenhang mit jeder dieser Substanzen innerhalb eines kurzen Zeitraums einschlossen. Beide Substanzen wurden in ganz Europa strengen Kontrollmaßnahmen unterzogen. Im April 2014 wurden Risikobewertungen von vier neuen psychoaktiven Substanzen (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, Methoxetamin) durchgeführt.

Bei 25I-NBOMe handelt es sich um ein substituiertes Phenethylamin und einen potenten Vollantagonisten des Serotonin-Rezeptors 5-HT<sub>2A</sub>; dieser Substanz wird eine halluzinogene Wirkung zugeschrieben. Sie ist auf dem Drogenmarkt der EU mindestens seit Mai 2012 erhältlich. Aus vier Mitgliedstaaten wurden schwere toxische Erscheinungen in Verbindung mit dem Konsum dieser Substanz gemeldet, unter anderem ein Todesfall, bei dem diese Substanz festgestellt wurde.

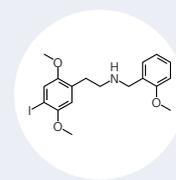
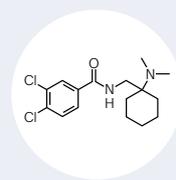
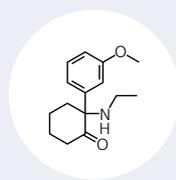
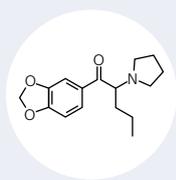
AH-7921 ist ein synthetisches Opioid, das in der Europäischen Union mindestens seit Juli 2012 erhältlich ist. In den meisten Fällen wurde es in geringen Mengen als Pulver sichergestellt. Dieses Opioid wurde bei sechs nicht tödlich verlaufenen Vergiftungen und fünfzehn Todesfällen in Schweden, dem Vereinigten Königreich und Norwegen festgestellt.

MDPV ist ein synthetisches Kathinonderivat, das eng mit Pyrovaleron verwandt ist. MDPV war auf dem Drogenmarkt der EU mindestens seit November 2008 zu finden und wurde in bis zu 107 nicht tödlichen Vergiftungen und 99 Todesfällen festgestellt, insbesondere in Finnland und im Vereinigten Königreich. Gewisse Anzeichen deuten darauf hin, dass es als „legale“ oder synthetische Version von Kokain verkauft wurde, außerdem wurde es in Tabletten festgestellt, die „Ecstasy“ ähneln.

Methoxetamin ist ein eng mit Ketamin verwandtes Arylcyclohexylamin, das mindestens seit September 2010 auf dem Drogenmarkt der EU erhältlich ist. Es wurden mehrere Kilogramm dieser Substanz in Pulverform sichergestellt. Insgesamt wurden 20 Todesfälle und 110 nicht tödliche Vergiftungen gemeldet, die mit dieser Substanz in Zusammenhang stehen.

Neue psychoaktive Substanzen können entweder in Form kontrollierter Drogen oder als Alternative zu einer kontrollierten Droge auf dem Markt auftauchen. So wurde beispielsweise 4-Methylamphetamin auf dem Markt für illegale Drogen direkt als Amphetamin verkauft, Methoxetamin wird als legale Alternative zu Ketamin vertrieben und 25I-NBOMe wird als „legale“ Alternative zu LSD verkauft.

## VIER SUBSTANZEN, DIE IM JAHR 2014 EINER RISIKOBEWERTUNG UNTERZOGEN WURDEN



MDPV	Methoxetamin	AH-7921	25I-NBOMe	Substanz
Cathinone	Arylcyclohexylamine	Opioide	Phenethylamine	Drogengruppe
2008	2010	2012	2012	Jahr der ersten Meldung im EU-Frühwarnsystem
99	20	15	1	Zahl der Toten, die mit der Substanz in Zusammenhang gebracht werden
107	110	6	15	Zahl der nicht tödlichen Vergiftungen
29	24	8	24	Zahl der Länder, in der die Droge festgestellt wurde (EU, Türkei und Norwegen)
22	9	1	6	Zahl der Länder, in denen die Droge Kontrollmaßnahmen entsprechend den Rechtsvorschriften zur Drogenkontrolle unterliegt (EU, Türkei und Norwegen)

### Das Internet als Handelsplatz von zunehmender Bedeutung

Das Internet spielt eine zunehmend wichtige Rolle bei der Gestaltung der Verkaufswege von Drogen und stellt für die Versuche, den Nachschub an „neuen“ und „alten“ Drogen zu unterbrechen, eine besondere Herausforderung dar. Der Umstand, dass die Hersteller, Lieferanten, Einzelhändler, Website-Hoster und Zahlungsabwicklungsdienste oftmals alle in unterschiedlichen Ländern ansässig sind, erschwert die Kontrolle in besonderem Maße. Verschärft werden diese Herausforderungen durch die zunehmende Nutzung von anonymisierenden Netzen – so genannten „Darknets“ – für den Verkauf von Drogen an Händler und Konsumenten. Die Technologie für den Zugriff auf diese Websites ist in steigendem Maße Bestandteil der Verbrauchersoftware, so dass diese Marktplätze einem immer größeren Personenkreis offenstehen. Zudem führte der offene Verkauf von „Legal Highs“ über das Internet offensichtlich dazu, dass diese Substanzen für Händler und Konsumenten leichter zugänglich sind. Im Jahr 2013 ermittelte die EMCDDA insgesamt 651 Websites, über die „Legal Highs“ an Konsumenten in Europa verkauft wurden.

### Weitere Arzneimittel wurden entdeckt

Eine steigende Zahl neuer Drogen, die auf dem Drogenmarkt entdeckt wurden, findet legale Verwendung als Arzneimittel. Manchmal werden diese Drogen als Arzneimittel verkauft, in anderen Fällen heimlich als

illegale Drogen wie Heroin oder aber als „Legal Highs“, „Forschungschemikalien“ oder sogar als „Nahrungsergänzungsmittel“. Zu den aktuellen Beispielen, die Berichten zufolge durchweg von Opioidkonsumenten injiziert wurden, zählen: Pregabalin, das für die Behandlung von neuropathischen Schmerzen, Epilepsie und allgemeinen Angstzuständen verwendet wird, Tropicamid, das bei Augenuntersuchungen zur Pupillenerweiterung verwendet wird, sowie Carfentanil, ein Opioid zur Betäubung großer Wildtiere.

Zu weiteren in letzter Zeit an das Frühwarnsystem gemeldeten Arzneimitteln zählen: Phenazepam, ein Benzodiazepin, das als „legales“ Benzodiazepin, als „Forschungschemikalie“ und als die kontrollierte Droge Diazepam verkauft wurde; ferner Phenibut, ein Mittel zur Behandlung von Angstzuständen, das in Russland zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt wurde und online als „Nahrungsergänzungsmittel“ vertrieben wurde. Diese Arzneimittel können auf unterschiedlichen Wegen beschafft werden: zugelassene Arzneimittel können vom regulierten Markt abgezweigt werden, nicht zugelassene Arzneimittel können aus Ländern außerhalb der Europäischen Union eingeführt werden. Außerdem können die Drogenbestandteile in Großhandelsmengen aus Ländern wie China importiert und anschließend in europäischen Ländern verarbeitet und abgepackt und direkt auf dem illegalen Drogenmarkt, auf dem Markt für „Legal Highs“ oder über E-Commerce-Websites verkauft werden.

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

### Veröffentlichungen der EMCDDA

#### 2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Paper.

#### 2013

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on drugs.

#### 2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

#### 2011

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

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

Reaktion auf neue psychoaktive Substanzen, Drogen im Blickpunkt.

#### 2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

#### 2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

### Veröffentlichungen der EMCDDA und Europol

#### 2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypropylvalerone).

#### 2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

#### 2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

#### 2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Alle Veröffentlichungen sind unter [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications) verfügbar.



# 2

**Unter den erwachsenen  
Europäern haben schätzungsweise  
mehr als 80 Millionen, also fast  
ein Viertel, bereits irgendwann in  
ihrem Leben eine illegale  
Droge konsumiert**

# Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme

Unter den Begriff „Drogenkonsum“ fallen viele verschiedene Konsummuster, die sich nahtlos von einmaligem experimentellem Konsum einer Droge bis zu gewohnheitsmäßigem Konsum und Abhängigkeit erstrecken. Die unterschiedlichen Konsummuster gehen mit Risiken und Schädigungen in unterschiedlichem Umfang einher. Insgesamt wird die Risikoexposition des Einzelnen durch den Drogenkonsum durch weitere Faktoren mitbestimmt, unter anderem durch den Kontext, in dem die Drogen konsumiert werden, die konsumierte Dosis, den Verabreichungsweg, den gleichzeitigen Konsum anderer Substanzen, Zahl und Dauer der Drogenkonsumepisoden sowie die individuelle Anfälligkeit.

## Beobachtung des Drogenkonsums und der damit verbundenen Probleme

Die fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren der EMCDDA bilden die Grundlage für ein gemeinsames Konzept für die Beobachtung des Drogenkonsums in Europa. Diese Datensätze decken folgende Bereiche ab: Erhebungen des Drogenkonsums, Schätzungen zum problematischen Drogenkonsum, drogenbedingte Todesfälle, Infektionskrankheiten und die Aufnahme einer Behandlung. In ihrer Gesamtheit bilden sie ein wichtiges Hilfsmittel für die Analysen von Trends und Entwicklungen durch die EMCDDA. Technische Informationen zu den Indikatoren sind online unter der Rubrik *Key indicators gateway* und im Website-Bereich *European Drug Report: Data and statistics* verfügbar.

## Mehr als 80 Millionen Europäer haben illegale Drogen konsumiert

Unter den erwachsenen Europäern haben schätzungsweise mehr als 80 Millionen, also fast ein Viertel, bereits irgendwann in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Am häufigsten wird Cannabis genannt (73,6 Millionen), weit geringer sind die Schätzwerte der Lebenszeitprävalenz für Kokain (14,1 Millionen), Amphetamine (11,4 Millionen) und Ecstasy (10,6 Millionen). Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz variieren von Land zu Land erheblich und reichen von einem Drittel der Erwachsenen in Dänemark, Frankreich und dem Vereinigten Königreich bis zu weniger als einem Zehntel der Erwachsenen in Bulgarien, Griechenland, Zypern, Ungarn, Portugal, Rumänien und der Türkei.

## Drogenkonsum bei Schülern

Die Beobachtung des Drogenkonsums bei Schülern vermittelt wichtige Einblicke in das aktuelle Risikoverhalten der Jugendlichen und gibt Hinweise auf mögliche zukünftige Trends. In Europa bildet die ESPAD-Studie ein wichtiges Arbeitsmittel für die Verfolgung von Trends des Drogenkonsums von 15- bis 16-jährigen Schülern im zeitlichen Verlauf. Aus den aktuellsten Daten aus dem Jahr 2011 lässt sich ablesen: Schätzungsweise jeder vierte 15- bis 16-Jährige hat bereits einmal eine illegale Droge konsumiert, allerdings variieren die Prävalenzniveaus je nach Land erheblich. Bei dieser Gruppe entfällt auf Cannabis der überwiegende Teil des illegalen Drogenkonsums, wobei rund 24 % angeben, die Droge bereits irgendwann einmal in ihrem Leben konsumiert zu haben, 20 % im letzten Jahr und 12 % im Monat vor der Erhebung. Im Vergleich zu den Schülerinnen war bei den männlichen Schülern die Wahrscheinlichkeit 1,5 Mal höher, dass sie nach eigenen Angaben im Monat vor der Befragung Cannabis konsumiert haben.

Viele der Befragten, die angaben, dass sie bereits einmal Cannabis konsumiert haben, konsumierten die Droge nur ein- oder zweimal. Eine Minderheit der Schüler gab allerdings intensivere Konsummuster an und rund 2 % der Schüler gaben an, dass sie die Droge im Monat vor der Erhebung mehr als 10 Mal konsumierten.

Die Prävalenz im Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis ist wesentlich geringer, allerdings ist in einigen

Ländern ein vermehrter Konsum von Ecstasy und Amphetaminen festzustellen. Insgesamt geben ungefähr 7 % aller Schüler an, in ihrem Leben bereits mehr als eine illegale Droge konsumiert zu haben. Der ESPAD-Bericht enthält auch Angaben zum Konsum von Alkohol und Tabak. Beide Substanzen wurden von Schülern häufiger als Cannabis konsumiert, wobei die Konsumenten von Cannabis mit höherer Wahrscheinlichkeit auch regelmäßig Alkohol und Tabak konsumierten. 19 % der Schüler gaben an, im Monat vor der Erhebung eine oder mehrere Zigaretten täglich geraucht zu haben, 4 % mehr als 10 Zigaretten täglich. Fast zwei Drittel der Schüler gaben an, im Vormonat mindestens einmal Alkohol konsumiert zu haben, und 20 % waren in diesem Zeitraum mindestens einmal betrunken.

## Cannabis: uneinheitliche Trends in den Ländern

Cannabis wird im Allgemeinen geraucht, wobei in Europa die Vermischung mit Tabak üblich ist. Am einen Ende des Konsumspektrums steht der gelegentliche und experimentelle Cannabiskonsum, am anderen der regelmäßige und suchtbedingte Konsum, wobei Probleme in hohem Maße als Folge häufigeren Konsums und höherer Dosen auftreten.

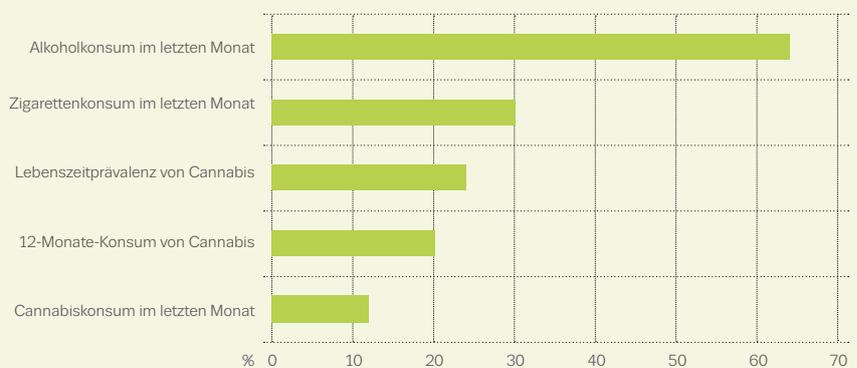
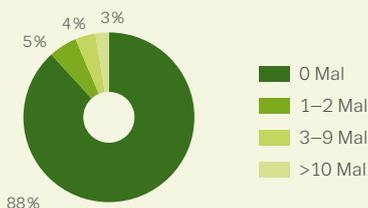
Cannabis ist die von allen Altersgruppen am häufigsten konsumierte illegale Droge. Schätzungsweise 14,6 Millionen junge Europäer (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) bzw. 11,2 % dieser Altersgruppe konsumierten

## DROGENKONSUM BEI 15- BIS 16-JÄHRIGEN EUROPÄISCHEN SCHÜLERN (ESPAD, 2011)

Konsumenten von Cannabis im letzten Monat, nach Geschlecht gegliedert

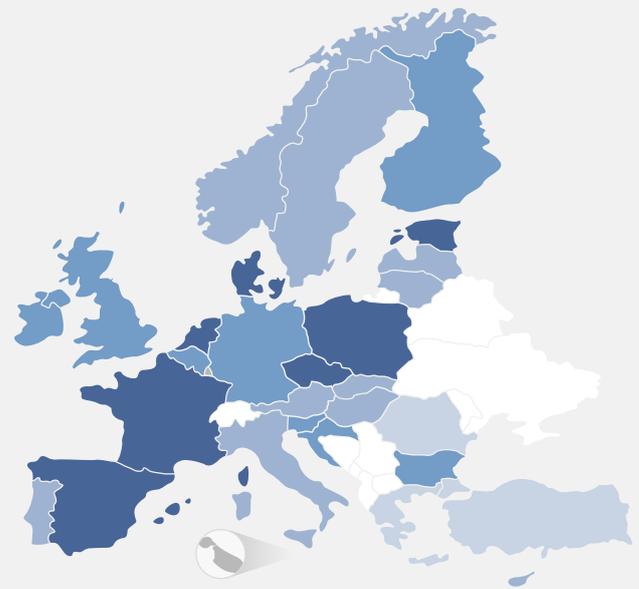
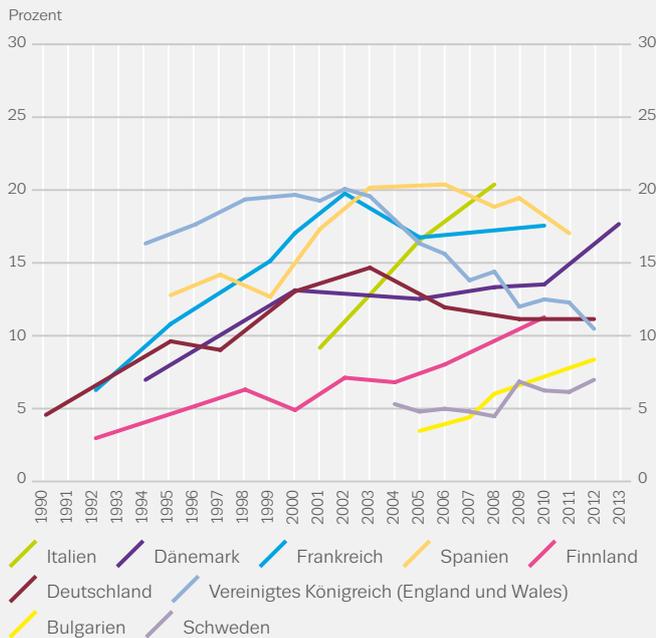


Häufigkeit des Cannabiskonsums im letzten Monat



## ABBILDUNG 2.1

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



Prozent <4,0 4,1–8,0 8,1–12,0 >12,0 Keine Daten

im vergangenen Jahr Cannabis, davon 8,5 Millionen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren (13,9 %). Der Cannabiskonsum ist im Allgemeinen unter Männern höher, wobei dieser Unterschied bei intensiveren oder regelmäßigen Konsummustern noch ausgeprägter ist. Die gegenwärtigen Konsumtrends zeigen ein uneinheitliches Bild, was auch daran deutlich wird, dass unter den Ländern, die seit 2011 neue Erhebungen vorgelegt haben, acht Länder einen Rückgang und fünf Länder einen Anstieg der Prävalenz gegenüber dem Vorjahr meldeten. Nur in wenigen nationalen Erhebungen werden derzeit Zahlen zum Konsum synthetischer Cannabinoid-Rezeptor-Antagonisten vorgelegt; in den Erhebungen, die entsprechende Zahlen enthalten, wird im Allgemeinen eine niedrige Prävalenz angegeben.

In einer steigenden Zahl von Ländern liegt mittlerweile ausreichendes Datenmaterial aus Erhebungen vor, so dass eine statistische Analyse der Langzeitentwicklungen im Cannabiskonsum bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) möglich ist. In Dänemark, Finnland und Schweden ist ein steigender Trend des 12-Monate-Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen zu beobachten, allerdings mit unterschiedlichen Prävalenzraten (Abbildung 2.1). Im Gegensatz hierzu blieben die Prävalenzraten in Norwegen auf einem relativ stabilen Niveau. Interessanterweise bewegte sich der Konsum in Deutschland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich im vergangenen Jahrzehnt auf einem stabilen

Niveau bzw. zeigte eine rückläufige Entwicklung, nachdem vor diesem Zeitraum ein Anstieg festzustellen gewesen war. Auch aus Spanien wird eine im letzten Jahrzehnt niedrigere Prävalenz gemeldet. Insgesamt stellen diese vier Länder fast die Hälfte der gesamten Bevölkerung in der EU. Bulgarien und Italien, aus denen jeweils kürzere Zeitreihen vorliegen, verzeichnen steigende Trends. In jüngster Zeit wurden von Italien niedrigere Prävalenzraten gemeldet, allerdings sind die Erhebungen aufgrund von Problemen bei der Methodik nicht unmittelbar vergleichbar.

### Probleme bei Cannabiskonsumenten

Eine Minderheit der Cannabiskonsumenten konsumiert diese Substanz intensiv. Als täglicher oder fast täglicher Cannabiskonsum gilt ein Konsum an mindestens 20 Tagen im Monat vor der Erhebung. Nach diesen Kriterien wird davon ausgegangen, dass fast 1 % der Erwachsenen in Europa Cannabis täglich oder fast täglich konsumiert. Mehr als zwei Drittel aller Konsumenten, die Cannabis täglich oder fast täglich konsumieren, gehören der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre an; zudem sind mehr als drei Viertel der Konsumenten dieser Altersgruppe männlich. In den Ländern, die Daten vorlegten, bewegt sich der geschätzte Prozentanteil der jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren), die Cannabis täglich oder fast täglich konsumieren, zwischen 0,1 % in der Slowakei und 4,4 % in Spanien (Abbildung 2.2).

ABBILDUNG 2.2

Prävalenz des täglichen und fast täglichen Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren)



Im Jahr 2012 war Cannabis die am häufigsten angegebene Hauptursache, wegen der Patienten erstmals eine Drogenbehandlung antraten. Nachdem die Gesamtzahl der Patienten, die erstmals eine Behandlung antraten, zwischen 2006 und 2011 von 45 000 auf 61 000

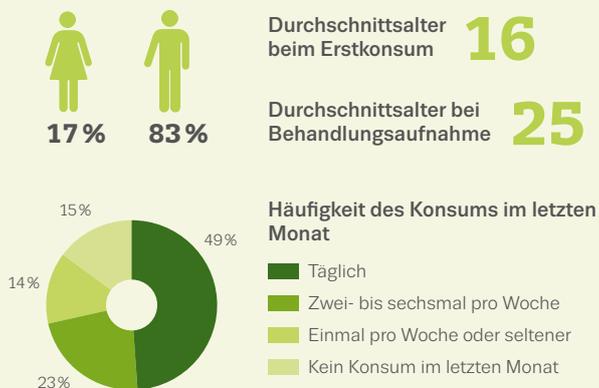
gestiegen war, stabilisierte sich die Gesamtzahl der Erstpazienten im Jahr 2012 (59 000). Cannabis war bei allen Patienten, die sich 2012 in eine Drogenbehandlung begaben, die am zweithäufigsten genannte Droge (110 000). Allerdings bestehen erhebliche länderspezifische Unterschiede, die von 2 % aller Drogenpatienten, die Cannabis als Primärdroge angeben, in Bulgarien bis zu 66 % aller Drogenpatienten in Ungarn reichen. Dieses uneinheitliche Gesamtbild kann durch Unterschiede in der Überweisungspraxis, den Rechtsvorschriften, in der Art der verfügbaren Behandlungsdienste und in den Cannabis-Prävalenzraten zu erklären sein.

**Akute Notfallbehandlungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis und synthetischen Cannabinoidprodukten**

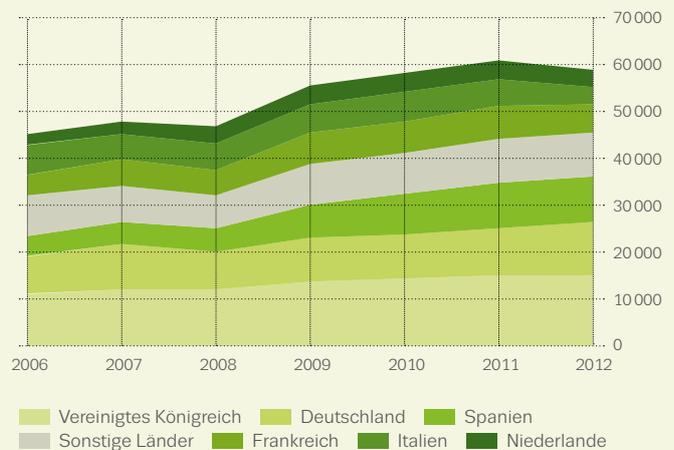
Akute Notfallbehandlungen nach dem Konsum von Cannabis sind zwar selten, können jedoch vorkommen, vor allem bei hoher Dosierung. In Ländern mit höheren Prävalenzraten stellen Notfallbehandlungen im Zusammenhang mit Cannabis offenbar ein zunehmendes Problem dar. In jüngster Zeit wurden steigende Notfallbehandlungszahlen bei Cannabiskonsum aus der Tschechischen Republik, Dänemark und Spanien gemeldet. Die meisten cannabisbedingten Notfallbehandlungen kommen bei jungen Männern vor und treten häufig in Verbindung mit Alkoholrausch auf. Zu den

CANNABISKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

Merkmale



Trends bei den Erstbehandelten



Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle in eine Behandlung eintretenden Patienten mit Cannabis als Primärdroge. Die Trends betreffen die erstmals eine Behandlung aufnehmenden Patienten mit Cannabis als Primärdroge. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

ABBILDUNG 2.3

Vorherrschendes Stimulans nach 12-Monate-Prävalenz bei jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren)



Symptomen zählen Angstzustände, Psychosen oder andere psychiatrische Symptome, wobei in den meisten Fällen keine Krankenhauseinweisung erforderlich ist. Besorgnis erregend ist zudem auch das verstärkte Aufkommen synthetischer Cannabinoide. Diese Substanzen sind oft extrem stark, weisen allerdings keine chemische Ähnlichkeit mit Cannabis auf und können daher andersartige und gesundheitlich potenziell gravierendere Folgen nach sich ziehen. Noch ist unser Wissen über die gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums dieser Substanzen sehr unvollständig, und daher geben die Meldungen über akute schädliche Auswirkungen des Konsums dieser Drogen zunehmend Anlass zur Sorge.

### Geografische Schwankungen bei den Konsummustern von Stimulanzien

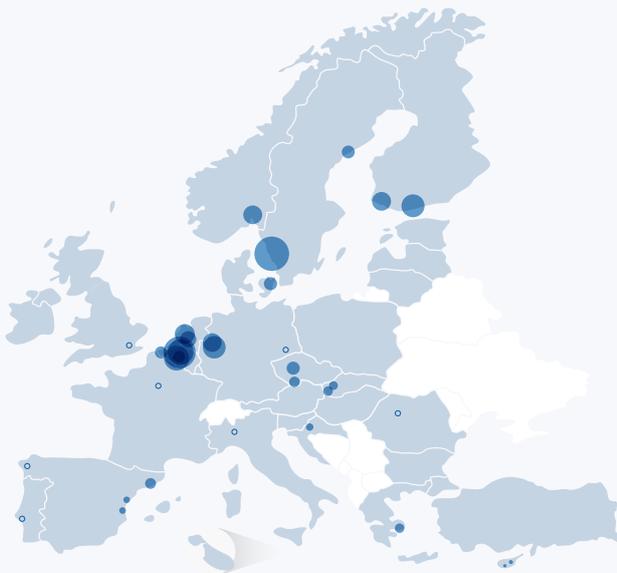
Kokain, Amphetamine und Ecstasy sind die am häufigsten konsumierten illegalen Stimulanzien in Europa, aber auch einige weniger bekannte Substanzen wie Piperazine (z. B. BZP, Benzylpiperazin) und synthetische Cathinone (z. B. Mephedron und MDPV) werden illegal wegen ihrer stimulierenden Wirkungen konsumiert. Ein hoher Konsum

ABBILDUNG 2.4

Amphetamine im Abwasser in ausgewählten europäischen Städten

Amphetamin

Methamphetamin

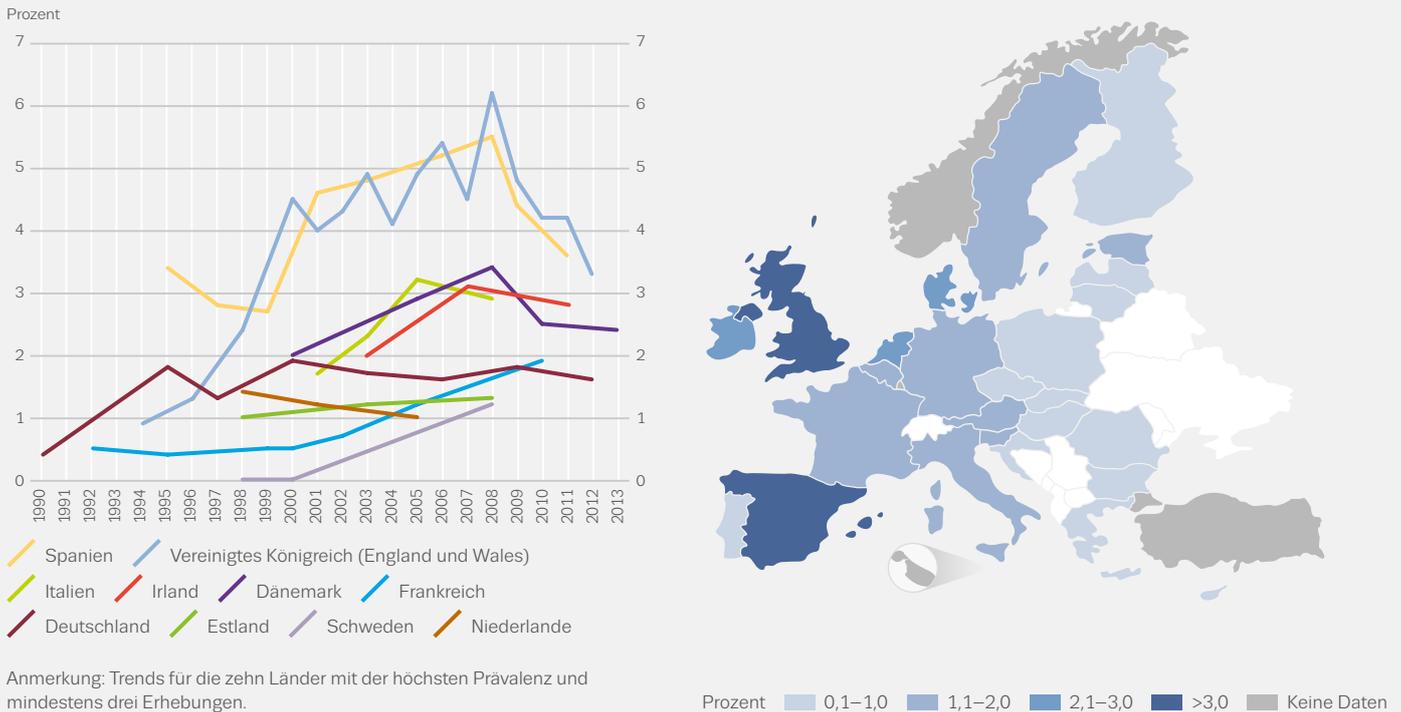


mg/1000 Einwohner/Tag ○ 0 ● 10 ● 50 ● 100 ● 200 ● 300

Anmerkung: Mittlere tägliche Mengen Amphetamin in Milligramm je 1 000 Einwohner aus einer Stichprobe während eines 1-Wochen-Zeitraums im Jahr 2013. Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

## ABBILDUNG 2.5

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



an Stimulanzien ist in der Regel in der Tanz-, Musik- und Nachtclubszene zu beobachten und geht dort oft mit Alkoholkonsum einher.

Die Daten aus Erhebungen verdeutlichen die geografischen Unterschiede im Konsum von Stimulanzien in Europa. Kokain ist im Süden und Westen Europas stärker verbreitet, während Amphetamine in den Ländern Mittel- und Nordeuropas vorherrschen und Ecstasy – wenn auch mit niedrigen Prävalenzraten – in den Ländern Süd- und Osteuropas dominiert (Abbildung 2.3). Daten aus Abwasseranalysen in europäischen Studien in mehreren Städten lassen ebenfalls Unterschiede in den regionalen Konsummustern erkennen. Relativ hohe Amphetaminkonzentrationen wurden in Abwasserproben aus verschiedenen Städten in Nord- und Nordwesteuropa gemessen, während der Methamphetamingehalt in Städten in der Tschechischen Republik und in der Slowakei am höchsten war (Abbildung 2.4).

### Kokain: weiter rückläufige Prävalenz

Kokainpulver wird überwiegend geschnüffelt oder geschnupft, mitunter aber auch injiziert; Crack dagegen wird in der Regel geraucht. Bei den regelmäßigen Konsumenten kann grob unterschieden werden zwischen sozial stärker integrierten Konsumenten, die die Droge im

Freizeitmilieu konsumieren, und stärker ausgegrenzten Konsumenten, bei denen Kokain – oft neben Opioiden konsumiert – Teil eines chronischen Drogenproblems ist. Der regelmäßige Kokainkonsum wird mit kardiovaskulären, neurologischen und psychischen Gesundheitsproblemen sowie mit einem erhöhten Unfall- und Abhängigkeitsrisiko in Verbindung gebracht. Beim injizierenden Kokainkonsum und dem Konsum von Crack bestehen die höchsten Gesundheitsrisiken, unter anderem auch die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten.

Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa, doch konzentriert sich die Mehrheit der Konsumenten auf eine relativ kleine Zahl von Ländern. Schätzungsweise 2,2 Millionen junge Europäer der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren (1,7 % dieser Altersgruppe) haben in den zurückliegenden 12 Monaten Kokain konsumiert.

Hinsichtlich der längerfristigen Trends im Kokainkonsum waren in Dänemark, Spanien und im Vereinigten Königreich, durchweg Länder mit relativ hohen gemeldeten Prävalenzraten, nach einem Höhepunkt im Jahr 2008 rückläufige Entwicklungen zu beobachten (Abbildung 2.5). In den meisten anderen Ländern verläuft der Trend stabil bzw. rückläufig.

Ein Rückgang im Kokainkonsum ist auch bei den aktuellsten Daten festzustellen, wobei 11 der 12 Länder, in denen zwischen 2011 und 2013 Erhebungen durchgeführt wurden, eine rückläufige Prävalenz melden.

### Anhaltend rückläufige Nachfrage nach Kokainbehandlung

Nur vier Länder verfügen über relativ aktuelle Schätzwerte für den intensiven oder problematischen Kokainkonsum. Diese sind schwer vergleichbar, da unterschiedliche Definitionen verwendet werden. Bezogen auf die erwachsene Bevölkerung schätzte Deutschland den Anteil der „Kokainabhängigen“ 2012 auf 0,20 %, während Italien den Anteil der Personen, die „eine Behandlung wegen Kokainkonsums benötigen“, auf 0,26 % schätzte und Spanien den Anteil der Personen mit „hoch riskantem Kokainkonsum“ auf 0,40 % schätzte. Das Vereinigte Königreich schätzte den Anteil der Crack konsumierenden Erwachsenen 2010/2011 auf 0,49 %, merkte jedoch an, dass die Mehrheit von ihnen auch Opioide konsumierten.

Kokain wurde von 14 % aller Patienten, die sich den Meldungen zufolge 2012 in eine spezielle Drogenbehandlung begaben (55 000), sowie von 18 % der

erstmalig in eine Behandlung eintretenden Patienten (26 000) als Primärdroge genannt. Zwischen den einzelnen Ländern bestehen erhebliche Unterschiede und 90 % aller Kokainpatienten wurden von nur fünf Ländern gemeldet (Deutschland, Spanien, Italien, Niederlande, Vereinigtes Königreich). Diese fünf Länder stellen gut die Hälfte der EU-Bevölkerung. Die Zahl der Patienten, die sich zum ersten Mal im Leben wegen primären Kokainkonsums in Behandlung begaben, ging in den letzten Jahren von einem Höchststand von 38 000 im Jahr 2008 auf 26 000 im Jahr 2012 zurück. Ein erheblicher Teil dieses Rückgangs kann den aus Italien gemeldeten rückläufigen Zahlen zugeschrieben werden. Im Jahr 2012 gab nur eine geringe Zahl von 2 300 Patienten in Europa, die sich in eine erstmalige Behandlung begaben, Crack als Primärdroge an, wovon ca. zwei Drittel auf das Vereinigte Königreich und die Übrigen größtenteils auf Spanien und die Niederlande entfielen.

Kokain ist außerdem für akute Krankenhauseinweisungen und Todesfälle verantwortlich. Daneben könnte Kokain ein Faktor bei bestimmten Todesfällen infolge von kardiovaskulären Problemen sein. 19 Länder meldeten im Jahr 2012 kokainbedingte Todesfälle, wobei mehr als 500 Fälle identifiziert werden konnten, allerdings liegt in diesem Bereich nur begrenztes Datenmaterial vor.

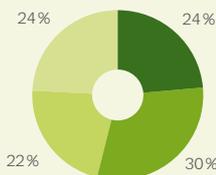
## KOKAINKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

### Merkmale



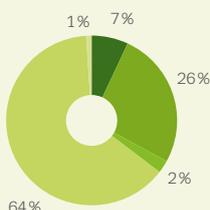
Durchschnittsalter beim Erstkonsum **22**

Durchschnittsalter bei Behandlungsaufnahme **34**



### Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

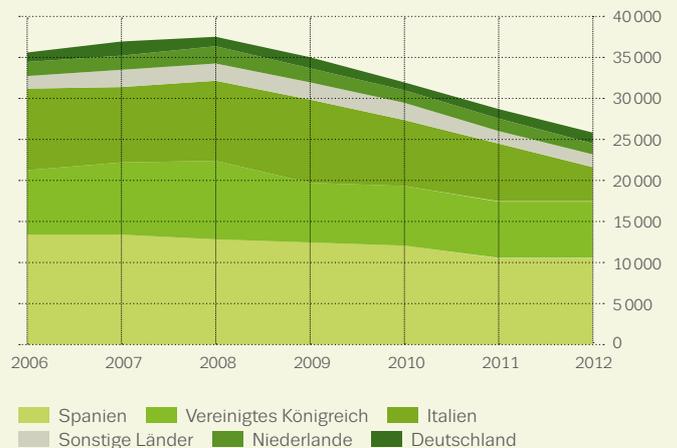
- Täglich
- Zwei- bis sechsmal pro Woche
- Einmal pro Woche oder seltener
- Kein Konsum im letzten Monat



### Verbreichungsweg

- Injektion
- Rauchen/inhalieren
- Essen/trinken
- Schnüffeln
- Sonstige

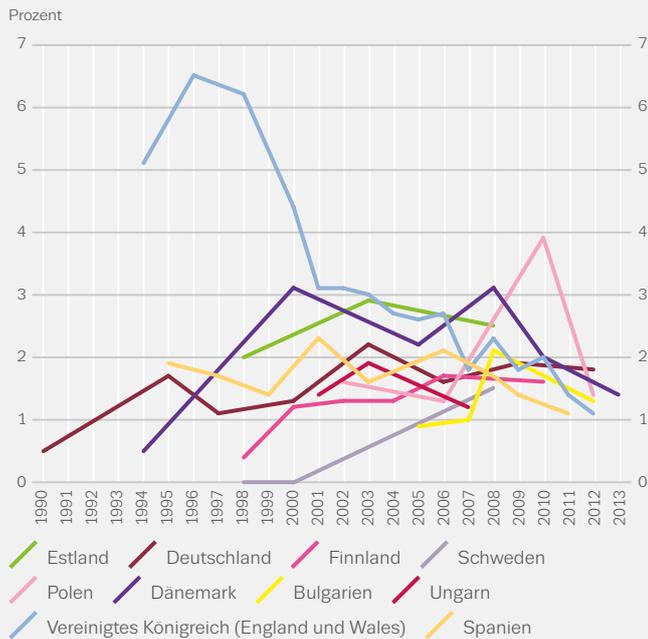
### Trends bei den Erstbehandelten



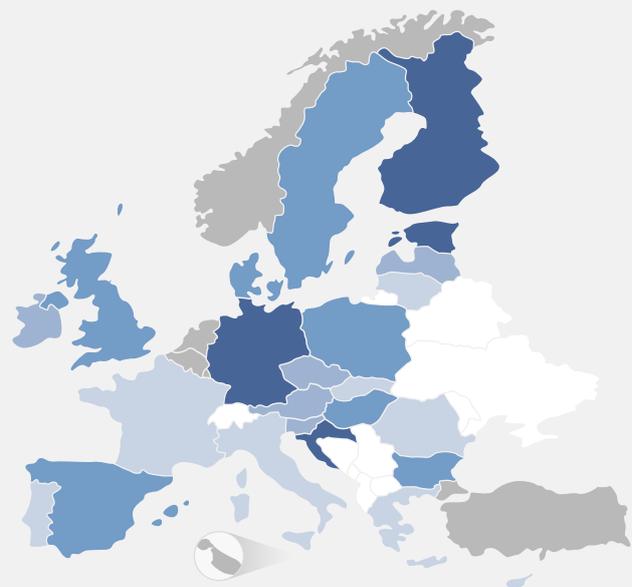
Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle in eine Behandlung eintretenden Patienten mit Kokain/Crack als Primärdroge. Die Trends betreffen die erstmals eine Behandlung aufnehmenden Patienten mit Kokain/Crack als Primärdroge. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

ABBILDUNG 2.6

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



Anmerkung: Trends für die zehn Länder mit der höchsten Prävalenz und mindestens drei Erhebungen.



Prozent <0,5 0,51–1,0 1,1–1,5 >1,5 Keine Daten

**Amphetamine: rückläufiger Konsum, aber anhaltende Gesundheitsrisiken**

Sowohl Amphetamin als auch Methamphetamin, zwei eng verwandte synthetische Stimulanzien, werden in Europa konsumiert, allerdings ist Amphetamin seit jeher wesentlich weiter verbreitet. Der Konsum von Methamphetamin war bisher auf die Tschechische Republik und in neuerer Zeit auf die Slowakei beschränkt, allerdings ändert sich dies mittlerweile.

Beide Drogen können geschluckt oder geschnupft werden. Bei problematischen Drogenkonsumenten ist in einigen Ländern allerdings auch der injizierende Konsum relativ stark verbreitet. Methamphetamin kann auch geraucht werden, diese Form der Einnahme ist allerdings erst in jüngster Zeit aus Europa gemeldet worden.

Zu den gesundheitsschädigenden Wirkungen des Konsums von Amphetaminen zählen kardiovaskuläre, pulmonale, neurologische und psychische Gesundheitsprobleme, wobei – wie bei anderen Drogen – bei injizierendem Konsum das Risiko von Infektionskrankheiten besteht. Wie bei Stimulanzien lassen sich amphetaminbedingte Todesfälle nur schwer nachweisen. Jedes Jahr wird allerdings eine geringe Fallzahl gemeldet, meist aus Ländern mit hohen Prävalenzraten.

Schätzungsweise 1,2 Millionen (0,9 %) junge Erwachsene (15–34) haben in den zurückliegenden 12 Monaten Amphetamine konsumiert. Von 2007 bis 2012 war die geschätzte jährliche Prävalenz bei jungen Erwachsenen in den meisten europäischen Ländern relativ niedrig und stabil und lag in fast allen Berichtsländern bei 2,5 % oder darunter. Von den 12 Ländern, in denen seit 2011 Erhebungen durchgeführt wurden, meldeten 11 Länder sinkende Amphetamin-Prävalenzraten (Abbildung 2.6).

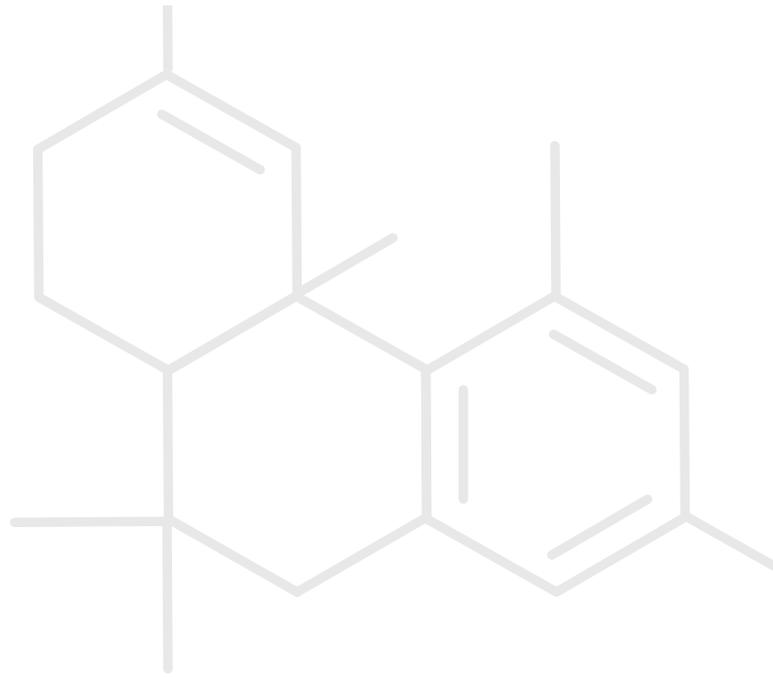


## Amphetaminkonsum – ein Phänomen mit vielen Facetten

Sowohl die Tschechische Republik als auch die Slowakei melden seit längerem fest etablierte Methamphetamin-Konsummuster, wobei die aktuellsten Schätzungen des problematischen Drogenkonsums bei Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) sich auf rund 0,42 % in der Tschechischen Republik (2012) und 0,21 % in der Slowakei (2007) belaufen. In jüngster Zeit wurden Anzeichen für problematischen Methamphetaminkonsum auch bei hochriskanten Drogenkonsumenten in einigen Regionen Deutschlands sowie in Griechenland, Zypern, Lettland und der Türkei gemeldet. Hierzu zählen auch besorgniserregende Indizien aus Südeuropa, die auf das Rauchen von kristallförmigem Methamphetamin bei Subpopulationen von injizierenden Opioidkonsumenten hinweisen. Außerdem wurden bei kleinen Gruppen von Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren, in einigen europäischen Großstädten neue Trends des injizierenden Konsums festgestellt.

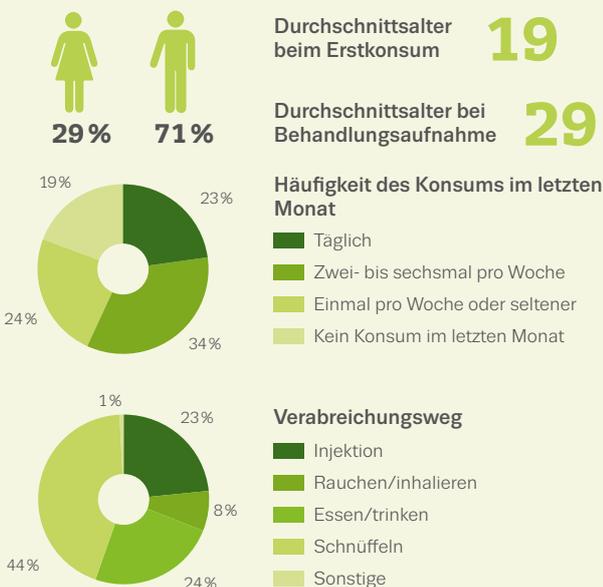
Ca. 6 % der Patienten, die in Europa 2012 eine spezialisierte Drogenbehandlung begannen, geben Amphetamine als Primärdroge an (ca. 25 000 Patienten, von denen sich 10 000 erstmals im Leben in Behandlung begaben). Konsumenten mit Amphetaminen als Primärdroge machen nur in Deutschland, Lettland und

Polen einen erheblichen Anteil an allen gemeldeten Erstbehandelten aus, wogegen Methamphetamin von einem Großteil der Erstpatienten in der Tschechischen Republik und der Slowakei als Primärdroge angegeben wird. Der in letzter Zeit zu beobachtende Anstieg der Zahl der Amphetaminkonsumenten als Erstpatienten entfällt vor allem auf Deutschland sowie auf einen Anstieg der Methamphetamin-Erstpatienten in der Tschechischen Republik und der Slowakei.

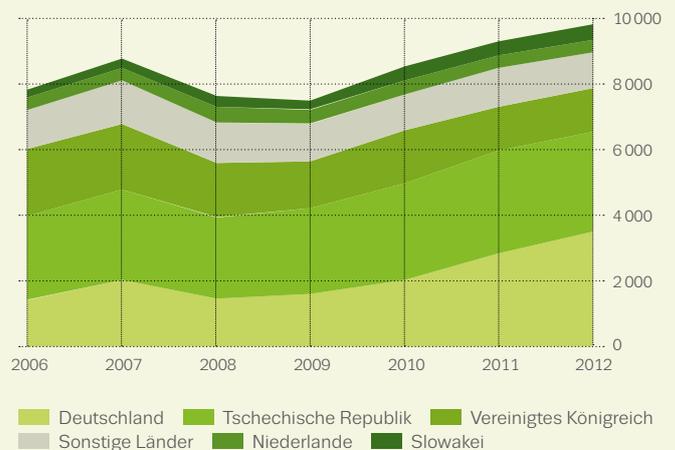


## AMPHETAMINKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

### Merkmale



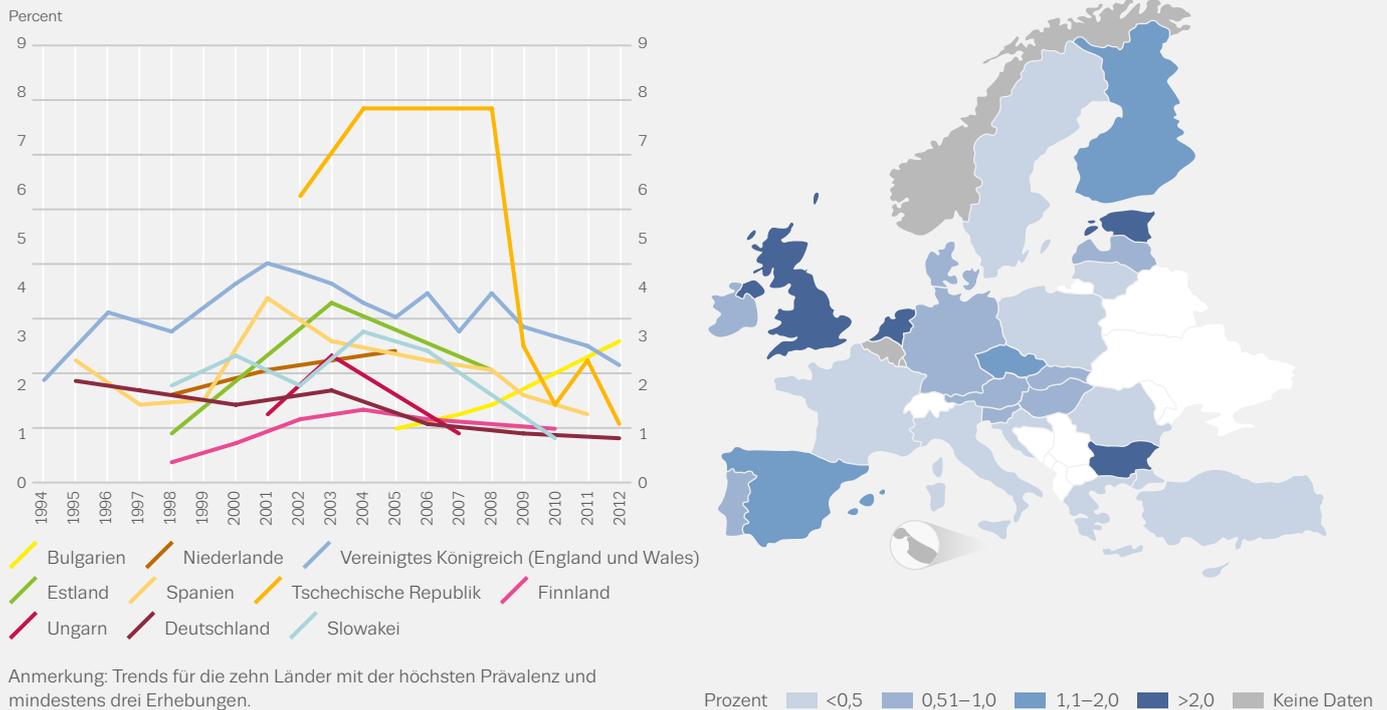
### Trends bei den Erstbehandelten



Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle in eine Behandlung eintretenden Patienten mit Amphetaminen als Primärdroge. Die Trends betreffen die erstmals eine Behandlung aufnehmenden Patienten mit Amphetaminen als Primärdroge. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

## ABBILDUNG 2.7

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



### Ecstasy-Konsum: stabile Trends auf niedrigem Niveau in der Gesamtbevölkerung

Mit „Ecstasy“ ist in der Regel die synthetische Substanz MDMA gemeint. Diese Droge wird zumeist in Tablettenform konsumiert, ist aber auch in kristalliner Form oder als Pulver erhältlich und wird üblicherweise geschluckt oder geschnupft. Ecstasy wird traditionell auf Events unterschiedlicher elektronischer Musikszene konsumiert und ist vor allem unter jungen Erwachsenen männlichen Geschlechts verbreitet. Zu den Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Substanz auftreten, zählen akute Unterkühlung und psychische Probleme. Ecstasybedingte Todesfälle wurden zwar bereits gemeldet, kommen aber selten vor.

Schätzungen zufolge haben 1,3 Millionen junge Erwachsene (1,0 % dieser Altersgruppe) in den zurückliegenden 12 Monaten Ecstasy konsumiert, wobei die nationalen Werte von weniger als 0,1 % bis 3,1 % reichen. In Europa erreichte der Konsum dieser Substanz Anfang bis Mitte der 2000er Jahre seinen höchsten Wert, bevor er sich rückläufig entwickelte (Abbildung 2.7). Zwischen 2007 und 2012 war der Ecstasy-Konsum in den meisten Ländern gleichbleibend bis rückläufig. Die 12 Länder, die seit 2011 Erhebungen durchführten, berichten

– mit Ausnahme Bulgariens, das seit 2005 eine steigende Prävalenz verzeichnet – über einen anhaltenden Rückgang. Nur wenige Konsumenten begaben sich 2012 aufgrund von Ecstasy-bedingten Problemen in Behandlung: Ecstasy wurde von weniger als 1 % (ca. 550 Patienten) all jener, die in Europa erstmals eine Behandlung antraten, als Primärdroge genannt.

**Zwischen 2007 und 2012  
war der Ecstasy-Konsum in  
den meisten Ländern  
gleichbleibend bis rückläufig**

### Synthetische Cathinone: injizierender Konsum gibt Anlass zur Besorgnis

Synthetische Cathinone wie Mephedron und MPDV haben sich mittlerweile in einigen Ländern einen Weg auf den Markt für illegale Stimulanzien gebahnt. Aus dem begrenzten vorliegenden Datenmaterial ist abzulesen, dass die Prävalenz nach wie vor gering ist. Wiederholte Erhebungen, die Cathinone einschließen, liegen nur für das Vereinigte Königreich (England und Wales) vor. In der aktuellsten Erhebung (2012/13) wurde der 12-Monats-Konsum von Mephedron bei Erwachsenen zwischen 16 und 59 Jahren auf 0,5 % geschätzt, was einen Rückgang gegenüber 1,1 % im Jahr 2011/12 und 1,4 % im Jahr 2010/11 bedeutet. Die Ergebnisse einer nicht repräsentativen Erhebung bei regelmäßigen Clubgängern im Vereinigten Königreich deuten ebenfalls auf einen Rückgang des 12-Monats-Mephedronkonsums hin (von 19,5 % im Jahr 2011 auf 13,8 % im Jahr 2012).

Der injizierende Konsum von Cathinonen – wozu Mephedron, MDPV und Pentedron zu zählen sind – stellt weiterhin ein Problem dar und wurde bei unterschiedlichen Personengruppen gemeldet, unter anderem bei Opioidkonsumenten, Patienten in Drogenbehandlung, Strafgefangenen und kleinen Personengruppen von Männern, die Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren. Eine steigende Behandlungsnachfrage aufgrund von Problemen mit synthetischen Cathinonen wurde aus Ungarn, Rumänien und dem Vereinigten Königreich gemeldet. In Rumänien war der Anteil der Patienten, die eine Erstbehandlung aufnahmen und neue psychoaktive Substanzen als Primärdroge angaben (37 %), höher als bei Heroin (21 %). Schätzungsweise 1 900 Mephedronkonsumenten nahmen im Vereinigten Königreich im Zeitraum 2011/2012 eine Behandlung auf, wobei mehr als die Hälfte davon unter 18 Jahren war.

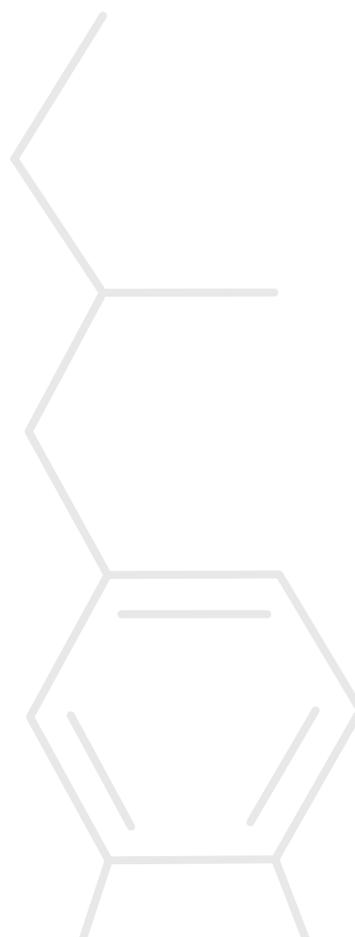
### Konsum von Halluzinogenen, GHB und Ketamin auf niedrigem Niveau

In Europa sind auf dem Markt für illegale Drogen eine Reihe psychoaktiver Substanzen mit halluzinogenen, betäubenden und dämpfend wirkenden Eigenschaften erhältlich, die entweder allein oder zusammen mit gängigeren Drogen bzw. als Ersatz für diese konsumiert werden. Die Prävalenz des Konsums von halluzinogenen Pilzen und LSD (Lysergsäurediäthylamid) ist in Europa generell seit einigen Jahren niedrig und stabil. Bei nationalen Erhebungen wurden unter jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) geschätzte 12-Monats-Prävalenzen für den Konsum halluzinogener

Pilze von 0 % bis 0,8 % und für den Konsum von LSD von 0 % bis 0,7 % ermittelt.

Seit Mitte der 1990er-Jahre wird von einem Freizeitkonsum von Ketamin und Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) bei Subgruppen von Drogenkonsumenten in Europa berichtet. Die mit dem Konsum dieser Substanzen verbundenen gesundheitlichen Probleme, u. a. Schädigungen der Blase beim Langzeitkonsum von Ketamin, rücken zunehmend ins Blickfeld. Der Konsum von GHB kann zu Bewusstlosigkeit, Entzugserscheinungen und Abhängigkeit führen; aus Belgien und den Niederlande werden Behandlungsnachfragen gemeldet.

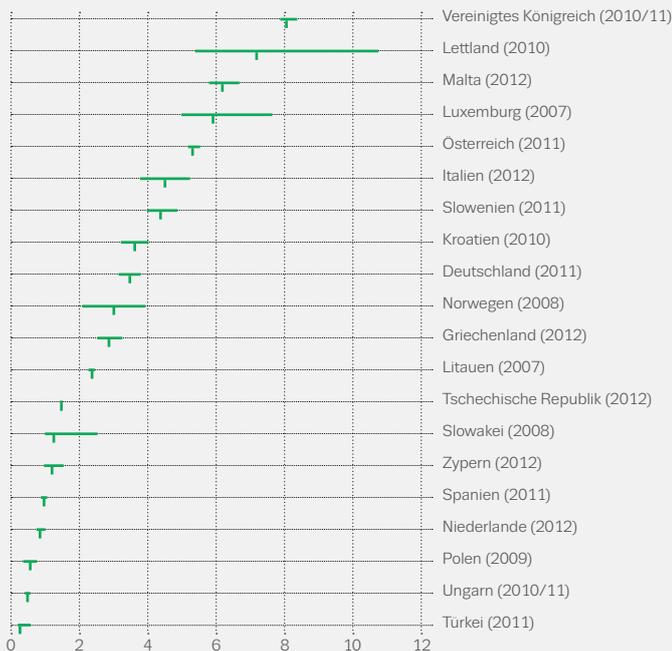
Die vorhandenen nationalen Prävalenzschätzungen für den Konsum von GHB und Ketamin unter Erwachsenen wie auch unter Schülern sind nach wie vor niedrig. In Dänemark gaben 0,3 % der jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 34 Jahren) an, in den letzten 12 Monaten Ketamin konsumiert zu haben; im Vereinigten Königreich gaben 0,8 % der 16- bis 24-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten Ketamin konsumiert zu haben, was einen Rückgang gegenüber dem Höchstwert von 2,1 % im Jahr 2010 darstellt. Bei gezielten Umfragen im Nachtleben wurde typischerweise eine höhere Lebenszeitprävalenz angegeben. Britische Befragte einer Internet-Erhebung mit Selbstauswahl, die sich als regelmäßige Partygänger bezeichnen, gaben zu 31 % Ketaminkonsum und zu 2 % GHB-Konsum in den letzten 12 Monaten an.



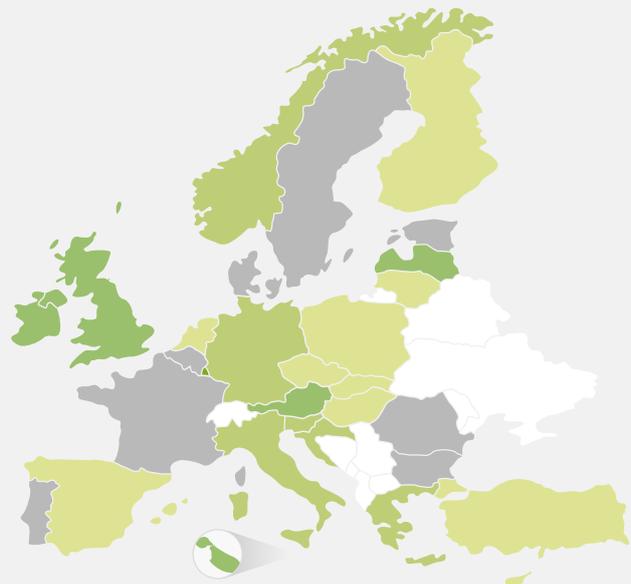
## ABBILDUNG 2.8

## Nationale Schätzungen zur 12-Monate-Prävalenz des problematischen Opioidkonsums

Fälle je 1 000 Einwohner in Alter zwischen 15 und 64 Jahren



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



Rate je 1000 Einwohner <2,50 2,51–5,0 >5,0 Keine Daten  
Hinweis: Die Daten für Finnland beziehen sich auf das Jahr 2005, die Daten für Irland auf das Jahr 2006.

### Opiode: 1,3 Millionen problematische Konsumenten

Der illegale Opioidkonsum ist nach wie vor Hauptgrund dafür, dass der Drogenkonsum einen unverhältnismäßig hohen Anteil an der Morbidität und Mortalität in Europa hat. Das wichtigste Opioid in Europa ist Heroin, das geraucht, geschnupft oder injiziert werden kann. Zudem sind eine Reihe anderer synthetischer Opiode wie Buprenorphin, Methadon und Fentanyl auf dem illegalen Markt erhältlich. Der Opioidkonsum ist tendenziell bei marginalisierten Bevölkerungsgruppen in städtischen Ballungsräumen am höchsten.

Europa hat verschiedene Heroinwellen erlebt; die erste betraf ab Mitte der 1970er Jahre viele westeuropäische Länder, die zweite breitete sich Mitte bis Ende der 1990er Jahre in Mittel- und Osteuropa aus. Obwohl während der letzten Dekade immer wieder unterschiedliche Tendenzen zu beobachten waren, scheint mittlerweile die Zahl der Neueinsteiger in den Heroinkonsum insgesamt zurückzugehen.

Die durchschnittliche jährliche Prävalenz des problematischen Opioidkonsums unter Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) liegt schätzungsweise bei 0,4 %, was 1,3 Millionen problematischen Opioidkonsumenten in Europa im Jahr 2012 entspricht. Auf

nationaler Ebene bewegen sich die Prävalenzschätzungen zum problematischen Opioidkonsum zwischen weniger als einem und rund acht Fällen je 1 000 Einwohnern im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Abbildung 2.8).

### Heroin: anhaltend rückläufige Behandlungsnachfrage

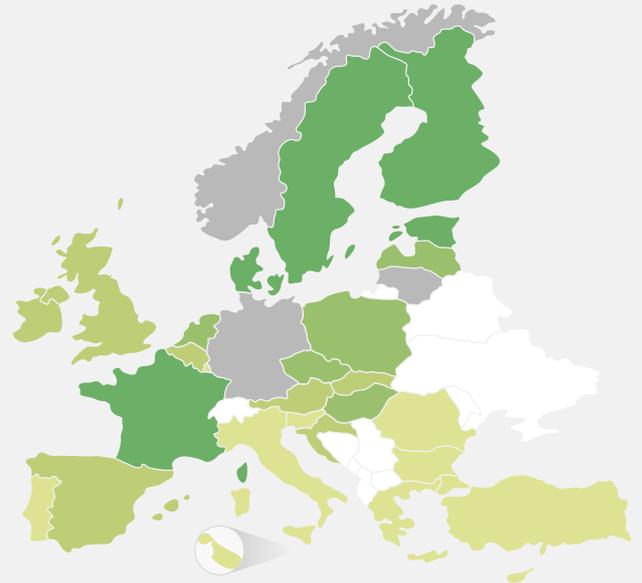
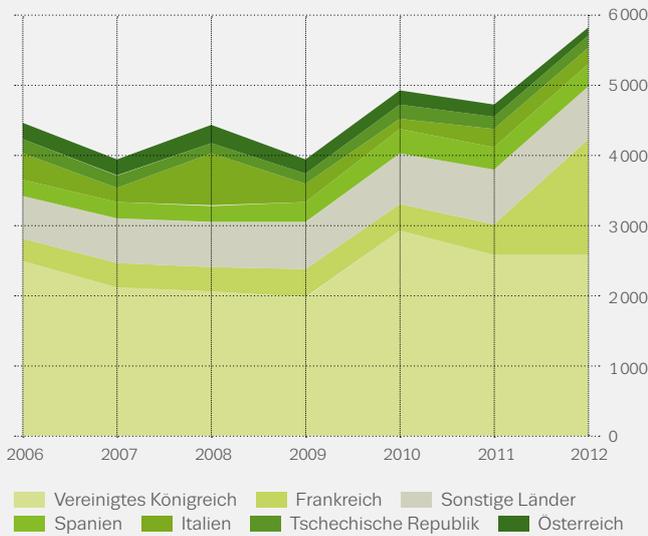
Die Patienten, die Opiode (hauptsächlich Heroin) als Primärdroge konsumieren, machen 46 % der Drogenkonsumenten aus, die sich 2012 in Europa in eine spezialisierte Behandlung begaben (180 000 Patienten), und rund 26 % derjenigen, die erstmals eine Behandlung aufnahmen. Die Gesamtzahl der neuen Heroinpatienten in Europa ist rückläufig und hat sich 2012 mit 31 000 Patienten gegenüber dem Höchstwert von 59 000 im Jahr 2007 annähernd halbiert. Insgesamt scheint es immer weniger Neueinsteiger in den Heroinkonsum zu geben, was sich nunmehr auf die Behandlungsnachfrage auswirkt.

### Andere Opiode als Heroin: zunehmend problematisch

Im Jahr 2012 berichtete die Mehrzahl der europäischen Länder (17), dass mehr als 10 % ihrer Opioidpatienten, die sich erstmals in eine Spezialbehandlung begeben haben,

ABBILDUNG 2.9

Patienten mit erstmaliger Behandlung wegen des Konsums von anderen Opioiden als Heroin: Trends in Zahlen (links) und als Prozentanteil aller Erstpazienten mit Opioiden als Primärdrugs (rechts)



Prozent <10 10-24 25-50 >50 Keine Daten

andere Opiode als Heroin konsumierten (Abbildung 2.9). Hierzu zählen Methadon, Buprenorphin und Fentanyl. In einigen Ländern sind diese Drogen mittlerweile die am häufigsten konsumierten Opiode. So waren in Estland die

meisten der Patienten, die wegen Opioidkonsums eine Behandlung aufnahmen, Konsumenten von illegalem Fentanyl, und in Finnland wird für die Opioidpatienten überwiegend Buprenorphin als Leitdroge angegeben.

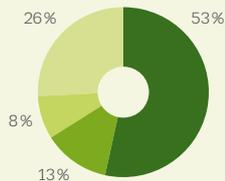
HEROINKONSUMENTEN, DIE SICH IN EINE BEHANDLUNG BEGEBEN

Merkmale



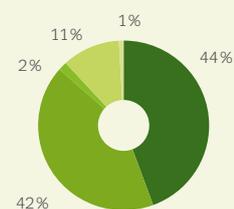
Durchschnittsalter beim Erstkonsum **22**

Durchschnittsalter bei Behandlungsaufnahme **36**



Häufigkeit des Konsums im letzten Monat

- Täglich
- Zwei- bis sechsmal pro Woche
- Einmal pro Woche oder seltener
- Kein Konsum im letzten Monat



Verabreichungsweg

- Injektion
- Rauchen/inhalieren
- Essen/trinken
- Schnüffeln
- Sonstige

Trends bei den Erstbehandelten

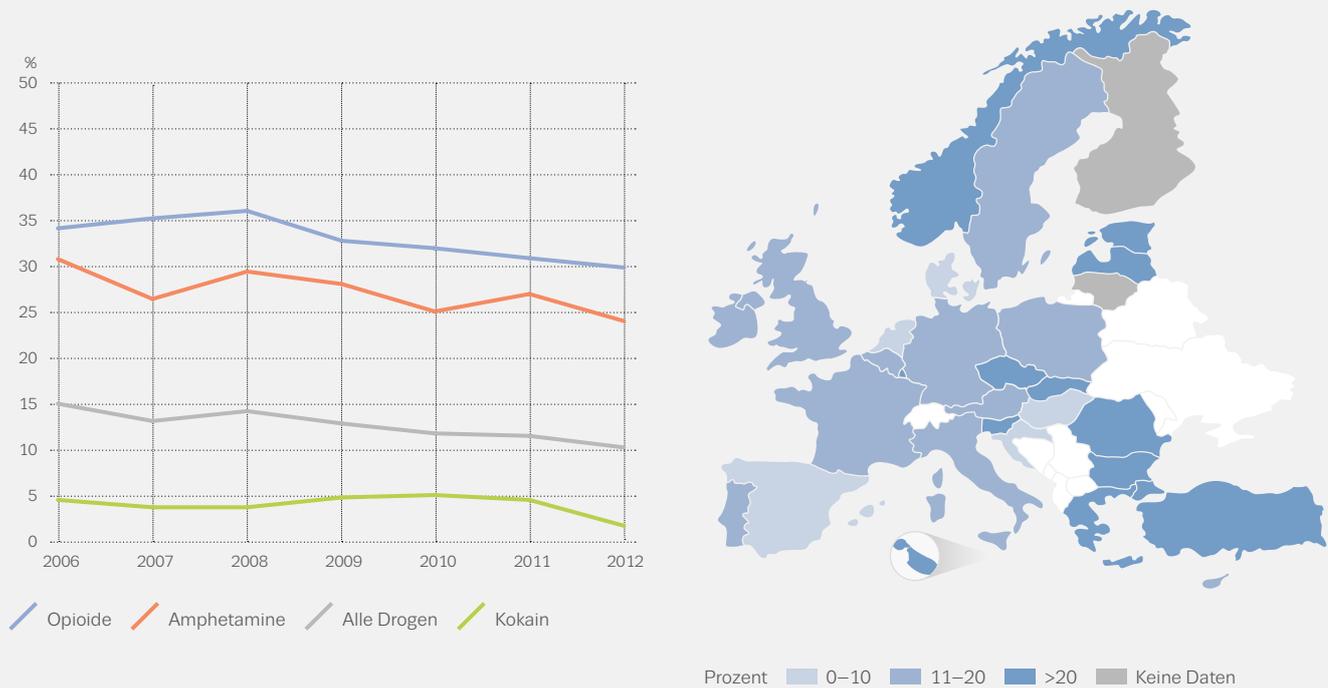


Vereinigtes Königreich Sonstige Länder Italien Spanien Deutschland

Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle in eine Behandlung eintretenden Patienten mit Heroin als Primärdrugs. Die Trends betreffen die erstmals eine Behandlung aufnehmenden Patienten mit Heroin als Primärdrugs. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

## ABBILDUNG 2.10

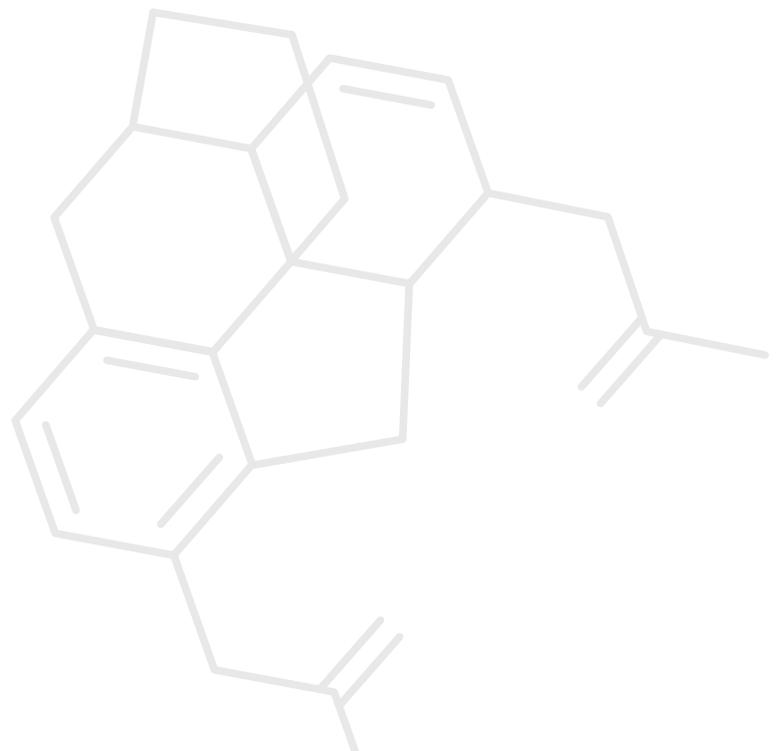
Prävalenz des injizierenden Konsums im letzten Monat bei Patienten, die eine Behandlung beginnen: Trends bei Neubehandelten (links), nationale Werte bei allen Behandelten (rechts)



### Injizierender Drogenkonsum: langfristiger Rückgang

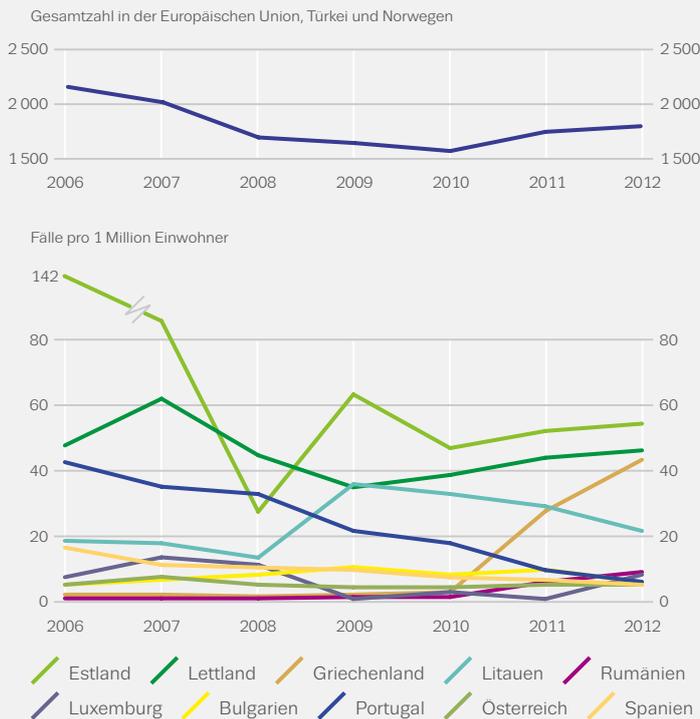
Bei injizierenden Drogenkonsumenten ist das Risiko gesundheitlicher Probleme, wie durch Blut übertragbare Infektionen oder eine Überdosierung, besonders hoch. Der injizierende Drogenkonsum wird gemeinhin mit dem Konsum von Opioiden in Verbindung gebracht, wenngleich in einigen Ländern auch der injizierende Konsum von Amphetaminen ein gravierendes Problem darstellt. Zwölf Länder haben neuere Schätzungen zur Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums vorgelegt, die zwischen weniger als einem und rund sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren liegen. Von den Patienten, die eine spezielle Behandlung begannen, gaben 38 % der Opioidpatienten und 23 % der Amphetaminpatienten an, die Droge zu injizieren. Die Angaben der Länder zum Anteil der injizierenden Opioidkonsumenten sind sehr unterschiedlich und reichen von weniger als 6 % in den Niederlanden bis zu 100 % in Litauen.

Eine Analyse der Tendenzen im Laufe der Zeit bei Patienten, die in Europa erstmals eine Behandlung aufnehmen, lässt erkennen, dass die Injektion als wichtigster Verabreichungsweg seit 2006 rückläufig ist (Abbildung 2.10). Der Anteil neuer Patienten, die angaben, Amphetamine, Kokain oder Opiode zu injizieren, ist im gleichen Zeitraum ebenfalls zurückgegangen.

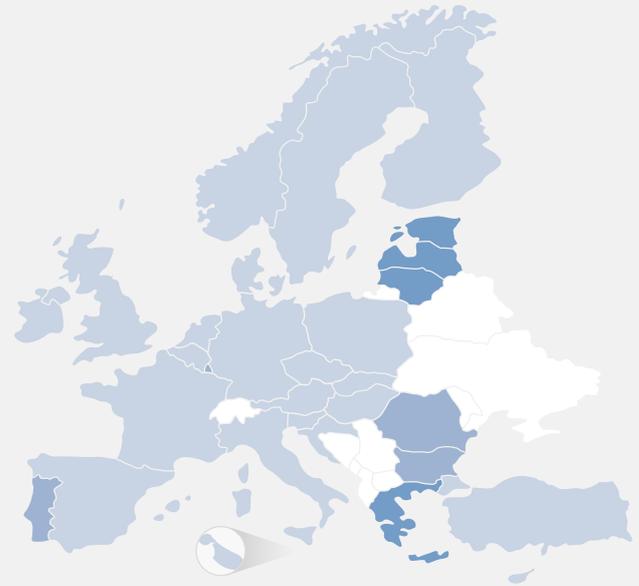


## ABBILDUNG 2.11

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



Anmerkung: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in 10 Ländern mit den höchsten Raten 2012 (Quelle: ECDC)



Fälle pro 1 Million Einwohner ■ <5,0 ■ 5,1–10,0 ■ >10,0

### HIV: Neuausbrüche wirken sich auf den EU-Trend aus

Die Injektion von Drogen spielt nach wie vor eine wichtige Rolle bei der Übertragung von Infektionskrankheiten wie Hepatitis C und – in einigen Ländern – HIV/Aids. Die jüngsten Zahlen zeigen, dass Neuausbrüche unter injizierenden Drogenkonsumenten in Griechenland und Rumänien den langfristigen Rückgang der Zahl der diagnostizierten HIV-Neuinfektionen in Europa unterbrechen könnten (Abbildung 2.11). Im Jahr 2012 betrug der durchschnittliche Anteil der gemeldeten HIV-Neudiagnosen, die auf injizierenden Drogenkonsum zurückgeführt wurden, 3,09 je 1 Million Einwohner. Im Jahr 2012 wurden 1 788 neue Fälle gemeldet, wobei sich diese Angaben noch ändern können. Dies bedeutet einen geringfügigen Anstieg gegenüber 2011 (1 732), womit sich der seit 2010 beobachtete Anstieg fortsetzt.

Im Jahr 2010 entfielen auf Griechenland und Rumänien nur etwas über 2 % der Gesamtzahl der neu gemeldeten Diagnosen, 2012 dagegen bereits 37 %. In anderen Ländern wie Spanien und Portugal, in denen in der Vergangenheit Phasen mit hohen Infektionsraten aufgetreten waren, verläuft die Tendenz bei den neu gemeldeten Diagnosen weiterhin rückläufig. Weniger

positiv stellt sich die Lage allerdings in Estland, wo die Rate der Neudiagnosen weiterhin auf hohem Niveau verharrt, sowie in Lettland dar, wo die jährliche Rate seit 2009 weiter steigt.

Die HIV-bedingte Mortalität ist die am besten dokumentierte indirekte Todesursache bei Drogenkonsumenten. Aus der aktuellsten Schätzung geht hervor, dass in Europa im Jahr 2010 rund 1 700 Personen an HIV/AIDS als Folge von injizierendem Drogenkonsum starben und dass der Trend rückläufig ist. Auch auf Lebererkrankungen dürfte eine erhebliche und steigende Zahl von Todesfällen bei injizierenden Drogenkonsumenten entfallen, insbesondere als Folge von Hepatitis-C-Infektionen (HCV), wobei sich schwerer Alkoholmissbrauch noch zusätzlich verschlimmernd auswirkt.

**Die HIV-bedingte Mortalität ist die am besten dokumentierte indirekte Todesursache bei Drogenkonsumenten**

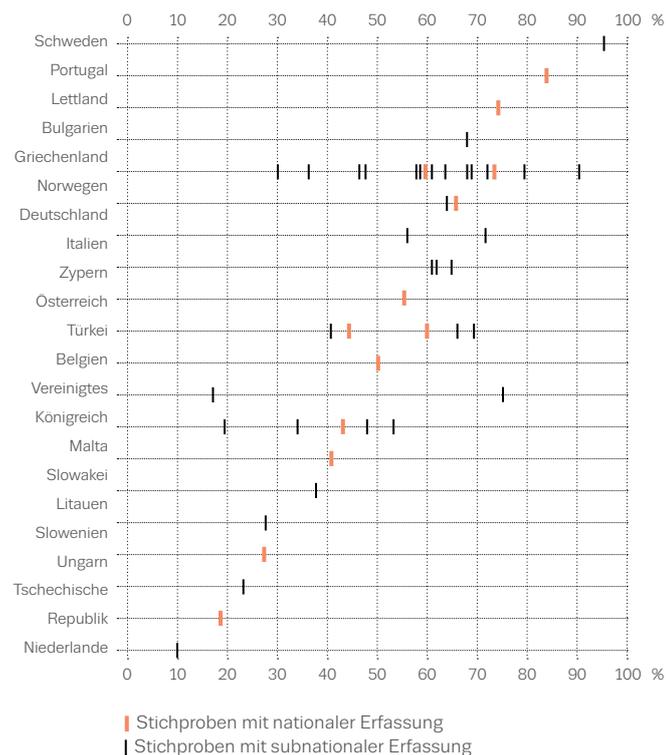
### Hepatitis und sonstige Infektionskrankheiten: schwerwiegende Gesundheitsprobleme

Die Virushepatitis und insbesondere durch das Hepatitis-C-Virus verursachte Infektionen (HCV) sind unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa weit verbreitet. Die HCV-Antikörper-Prävalenzraten in nationalen Stichproben von injizierenden Drogenkonsumenten lagen im Zeitraum 2011–2012 zwischen 19 % und 84 %, und sieben der 11 Länder mit nationalen Daten meldeten Prävalenzraten von über 50 % (Abbildung 2.12). Von den Ländern, für die nationale Trenddaten für den Zeitraum 2007–2012 vorliegen, meldete Norwegen einen Rückgang der HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, während sieben Länder einen Anstieg verzeichneten.

Im Zeitraum 2011–2012 belief sich der durchschnittliche Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen diagnostizierten HCV-Fällen in den 18 Ländern, für die Daten für diesen Zeitraum zur Verfügung standen, auf 64 %; der Anteil an den gemeldeten akuten HCV-Fällen (in denen die Risikokategorie bekannt ist) lag bei 50 %. Bei Hepatitis B entfallen auf injizierende Drogenkonsumenten 9 % aller diagnostizierten Fälle und 21 % der gemeldeten akuten Fälle. Drogenkonsum ist auch als Risikofaktor im

ABBILDUNG 2.12

HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, 2011/2012



### Die Opfer der tödlichen Überdosierungen sind in der Regel Mitte dreißig oder älter, wobei das durchschnittliche Todesalter weiter steigt

Hinblick auf andere Infektionskrankheiten zu betrachten, unter anderem Hepatitis A und D, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Tetanus und Botulismus. Sporadisch werden in Europa zudem Ausbrüche von Anthrax-Infektionen gemeldet, die möglicherweise auf verunreinigtes Heroin zurückzuführen sind. So gingen beispielsweise zwischen Juni 2012 und März 2013 Meldungen über 15 drogenbedingte Anthrax-Fälle ein, von denen sieben einen tödlichen Ausgang nahmen.

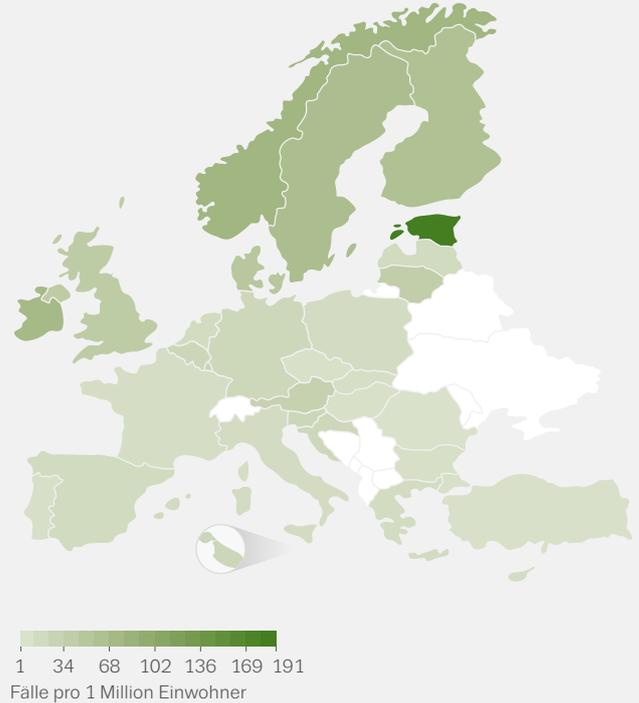
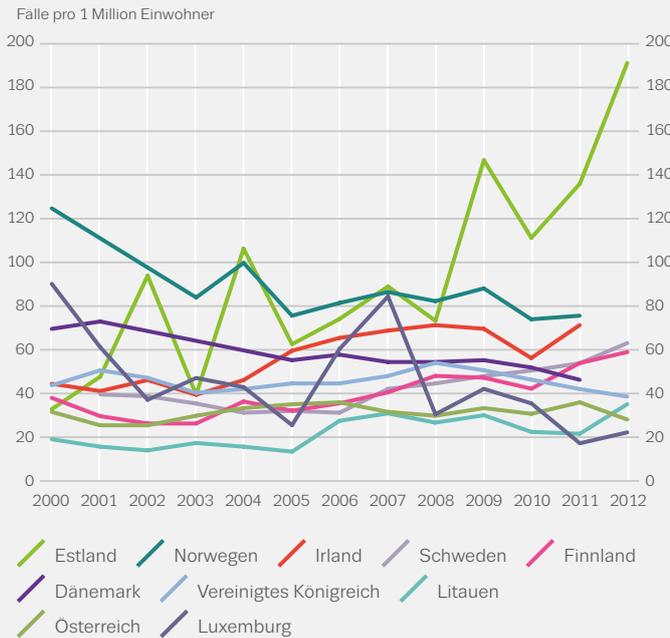
### Tod durch Überdosierung: insgesamt rückläufig, in einigen Ländern allerdings steigende Tendenz

Der Drogenkonsum zählt in Europa zu den häufigsten Ursachen für Todesfälle unter jungen Menschen, und zwar sowohl direkt durch Überdosierung (drogeninduzierte Todesfälle) als auch indirekt durch drogenbedingte Krankheiten, Unfälle, Gewalt und Selbstmord. Die meisten Kohortenstudien zu problematischen Drogenkonsumenten weisen jährliche Mortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus, wobei in Europa jedes Jahr schätzungsweise zwischen 10 000 und 20 000 Opioidkonsumenten sterben. Insgesamt ist bei Opioidkonsumenten die Mortalitätswahrscheinlichkeit mindestens 10 Mal höher als bei den übrigen Angehörigen der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe. Bei weiblichen Opioidkonsumenten ist das Sterblichkeitsrisiko sogar bis zu 30 Mal so hoch wie bei den übrigen Angehörigen der gleichen Altersgruppe.

Der Tod durch Drogenüberdosis ist nach wie vor die häufigste Todesursache bei problematischen Drogenkonsumenten. Heroin oder dessen Metaboliten werden bei der Mehrzahl der gemeldeten tödlichen Überdosierungen festgestellt, oftmals in Verbindung mit anderen Substanzen wie Alkohol oder Benzodiazepinen. Neben Heroin sind in toxikologischen Berichten weitere Opiode regelmäßig zu finden. Hierzu zählen Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und Tramadol; aus einigen Ländern wird gemeldet, dass diese Substanzen für einen erheblichen Teil der Todesfälle durch Überdosierung

ABBILDUNG 2.13

Drogeninduzierte Mortalitätsraten bei Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren): ausgewählte Trends (links) und aktuelle Daten (rechts)



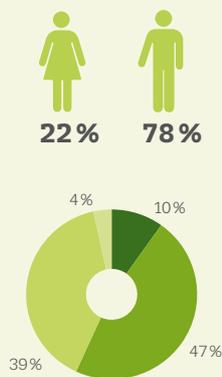
Anmerkung: Trends für die zehn Länder mit den höchsten Raten in den Jahren 2011 und 2012.

verantwortlich sind. In zwei Ländern ist die Zahl der methadonbedingten Überdosierungen höher als die Zahl der Überdosierungen durch Heroin. In der Mehrzahl der Fälle, in denen Methadon festgestellt wird, befand sich das Opfer zum Todeszeitpunkt nicht in einer Substitutionstherapie, sondern hatte abgezwiegtes Methadon im Zusammenhang mit polytoxikomanem Drogenkonsum benutzt.

Drogenbedingte Todesfälle bei sehr jungen Konsumenten geben Anlass zu erheblicher Sorge, allerdings entfallen nur 10 % der gemeldeten Todesfälle durch Überdosierung in Europa auf die Altersgruppe unter 25 Jahren. Die Opfer der tödlichen Überdosierungen sind in der Regel Mitte dreißig oder älter, wobei das durchschnittliche Todesalter weiter steigt; dies lässt auf eine alternde Kohorte problematischer Opioidkonsumenten schließen. Die

DROGENINDUZIERTE TODESFÄLLE

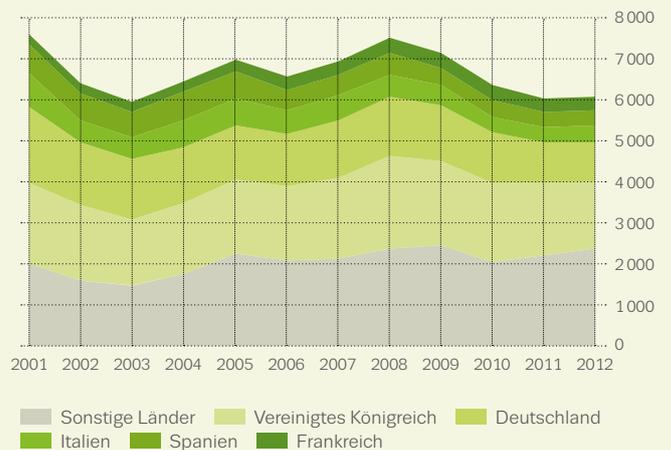
Merkmale



Durchschnittsalter zum Todeszeitpunkt **36**  
 Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden **75%**

Alter  
 ■ <25  
 ■ 25–39  
 ■ 40–64  
 ■ >64

Trends bei Todesfällen durch Überdosierung



meisten gemeldeten Todesfälle durch Überdosierungen (78 %) betreffen Männer.

Für 2012 wird die durchschnittliche Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in Europa auf 17 Todesfälle je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren geschätzt. Die nationalen Mortalitätsraten variieren erheblich und werden durch Faktoren wie die Drogenkonsummuster, insbesondere injizierenden Drogenkonsum, die Merkmale der drogenkonsumierenden Bevölkerungsgruppen sowie die Meldepraxis beeinflusst. Sechs Länder verzeichneten Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner, darunter an vorderster Stelle Norwegen (76 je 1 Million Einwohner) und Estland (191 je 1 Million Einwohner) (Abbildung 2.13). Die Zahl der Todesfälle durch Überdosierung ist in Estland besonders deutlich gestiegen und unterstreicht, wie sehr sich unterschiedliche Drogenkonsummuster auf die nationalen Zahlen auswirken können: In Estland stehen die Todesfälle durch Überdosierung meistens im Zusammenhang mit dem Konsum von Fentanyl, also ausgesprochen starken synthetischen Opioiden.

Die meisten Länder vermeldeten von 2003 bis 2008/2009 einen Anstieg der Anzahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle. Nach einer darauf folgenden Stabilisierung der Gesamtzahlen setzte eine rückläufige Tendenz ein. Insgesamt wurden 2012 rund 6 100 Todesfälle aufgrund von Überdosierung vermeldet. Dies entspricht etwa der Zahl von 2011 und bedeutet einen Rückgang gegenüber den 7 100 Fällen des Jahres 2009. Allerdings stellt sich die Situation in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich dar; einige Länder melden noch immer steigende Zahlen.

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

**Veröffentlichungen der EMCDDA****2014**

Injection of cathinones, Perspectives on drugs.

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

**2013**

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

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

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

**2012**

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

**2011**

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

**2010**

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

**2009**

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

**2008**

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

**EMCDDA- und ESPAD-Veröffentlichungen****2012**

Zusammenfassung, ESPAD-Bericht 2011.

**Veröffentlichungen der EMCDDA und des ECDC****2012**

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

Alle Veröffentlichungen sind unter [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications) verfügbar.

# 3

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

# Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen gegen die Drogenproblematik

In diesem Kapitel werden Maßnahmen zur Vorbeugung, Behandlung und Verringerung der durch Drogenkonsum verursachten Schädigungen betrachtet. Es wird untersucht, ob die einzelnen Länder gemeinsame Strategiekonzepte entwickelt haben, in welchem Umfang sich diese auf belastbare Zahlen stützen und ob die Verfügbarkeit der Dienstleistungsangebote dem geschätzten Bedarf entspricht.

## Beobachtung gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen

Dieses Kapitel stützt sich auf die jährlichen nationalen Bewertungen, die von den EMCDDA-Knotenpunkten erstellt werden. Diese werden durch Daten zum Bedarf an Drogenbehandlungen, opioidgestützten Substitutionstherapien sowie der Bereitstellung von Nadeln und Spritzen ergänzt. Beurteilungen von Sachverständigen liefern zusätzliche Informationen zur Verfügbarkeit von Dienstleistungen, soweit formale strukturierte Datenbestände fehlen. Darüber hinaus fließen in dieses Kapitel die Auswertungen der verfügbaren wissenschaftlichen Belege zur Wirksamkeit der Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens ein.

Ergänzende Informationen sind auf der Website der EMCDDA in den Profilen der gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen (*Health and social responses Profiles*), dem Website-Bereich *European Drug Report: Data and statistics* und dem Portal zu bewährten Verfahren (*Best practice Portal*) enthalten.

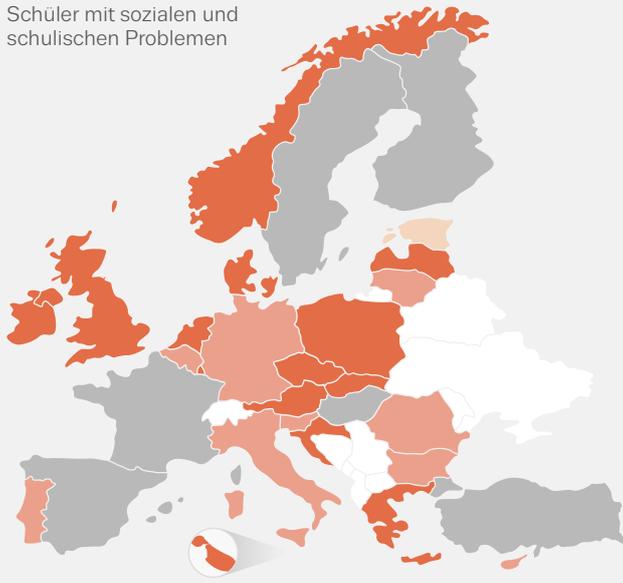
## Drogenpräventionsmaßnahmen bei gefährdeten Gruppen junger Menschen

Mit einer Reihe von Drogenpräventionsstrategien wird versucht, dem Drogenkonsum entgegenzuwirken und die damit zusammenhängenden Probleme zu bewältigen. Milieubezogene und universale Ansätze zielen dabei auf ganze Bevölkerungsgruppen ab, die selektive Prävention wendet sich an besonders anfällige Gruppen, bei denen ein größeres Risiko besteht, dass es zu Problemen infolge

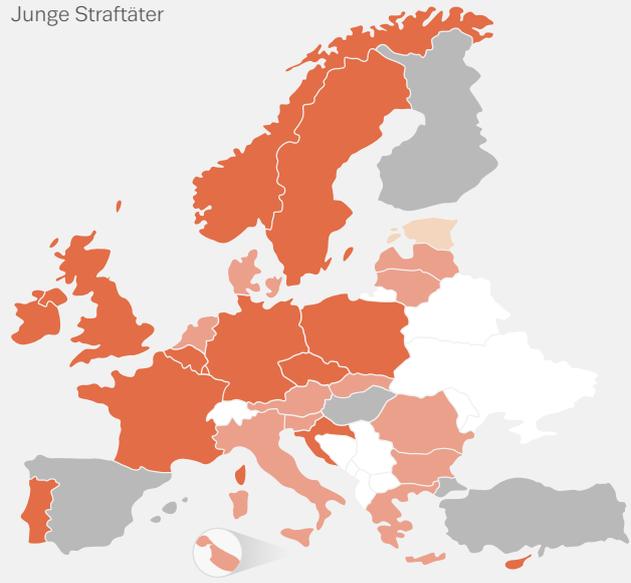
## ABBILDUNG 3.1

## Verfügbarkeit von spezifischen Drogenpräventionsmaßnahmen für ausgewählte gefährdete Gruppen (Experten-Bewertungen, 2012)

Schüler mit sozialen und schulischen Problemen



Junge Straftäter



■ Vollständig/umfassend ■ Begrenzt/selten ■ Nicht verfügbar ■ Keine Daten

von Drogenkonsum kommt, und die indizierte Prävention legt den Schwerpunkt auf bestimmte gefährdete Personen. In diesem Jahresbericht liegt der Schwerpunkt auf der selektiven Prävention, einem Konzept, dessen Wirksamkeit sich bei Programmen, in deren Mittelpunkt die Aufstellung von Normen, die Neustrukturierung des Umfelds, Motivation, Kompetenzentwicklung und Entscheidungsprozesse stehen, in zunehmendem Maße belegen lässt. Zahlreiche Programme bauen allerdings weiterhin auf Informationsvermittlung und Sensibilisierungs- und Beratungsmaßnahmen auf, also Ansätzen, bei denen ein eindeutiger Nachweis der Wirksamkeit schwerer zu führen ist.

Zwei wichtige Zielgruppen selektiver Präventionsmaßnahmen sind Schüler mit schulischen und sozialen Problemen sowie jugendliche Straftäter (Abbildung 3.1). Aus Bewertungen durch Sachverständige geht hervor, dass der Umfang der Angebote für diese beiden Gruppen zwischen 2007 und 2010 zunahm, allerdings wurden 2013 keine weiteren Änderungen beobachtet.

Bei Maßnahmen, die sich an Schüler richten, deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass Strategien zur Verbesserung des schulischen Klimas auch zu einer Verminderung des Drogenkonsums führen können. Zu den Konzepten in diesem Bereich sind Schulungen für Lehrer und Maßnahmen zur Verbesserung der Mitwirkung der

Schüler und zur Förderung eines positiven Schullethos zu zählen. Bei anderen auf Schüler zugeschnittenen Präventionsmaßnahmen stehen die Verbesserung der Selbstkontrolle und die Entwicklung sozialer Kompetenzen im Vordergrund, während bei auf Familien ausgerichteten Maßnahmen die elterlichen Kompetenzen gefördert werden sollen.

Bei jungen Straftätern meldet die Mehrzahl der Länder die Einführung alternativer Maßnahmen anstelle von Strafmaßnahmen. Bemerkenswert ist in diesem Bereich das Programm FreD, das auf handbuchgestützten Maßnahmen aufbaut und bis jetzt in 15 EU-Mitgliedstaaten eingeführt wurde. Eine Evaluierung dieses Programms lässt einen Rückgang der Rückfallquoten erkennen.

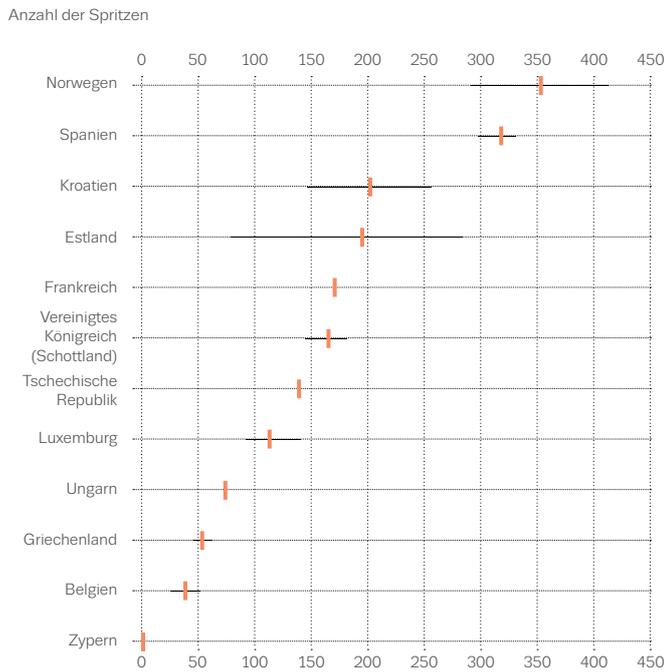
### Verringerung der Schädigungen in der Nachtclubszene: die Notwendigkeit eines integrierten Ansatzes

Der Zusammenhang zwischen der Nachtclubszene und bestimmten Formen des Konsums von hoch riskanten Drogen und Alkohol ist allgemein bekannt. Dennoch wurden vorbeugende Strategien in diesem Bereich erst in einer begrenzten Zahl europäischer Länder eingeführt (Abbildung 3.2) und nach Expertenaussagen ist insgesamt von einem Rückgang der Maßnahmen zwischen 2010 und 2013 auszugehen.



ABBILDUNG 3.4

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



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

Die Zahl der im Rahmen spezieller Programme ausgegebenen Spritzen hat sich in Europa (26 Länder) von 42,9 Millionen Spritzen im Jahr 2007 auf 46,0 Millionen Spritzen im Jahr 2012 erhöht. Auf Länderebene zeichnet sich ein uneinheitlicheres Bild ab; etwa die Hälfte aller Länder meldet eine steigende Zahl der bereitgestellten Spritzen, die andere Hälfte eine rückläufige Zahl (Abbildung 3.3). Steigende Zahlen lassen sich durch die Ausweitung der Spritzenausgabe erklären, mitunter von einem sehr niedrigen Ausgangsniveau. Rückläufige Zahlen sind entweder durch ein rückläufiges Angebot dieser Leistungen oder durch rückläufige Patientenzahlen zu erklären. In den 12 Ländern, für die neuere Schätzungen zur Zahl der injizierenden Drogenkonsumenten vorliegen, bewegte sich die durchschnittliche Zahl der Spritzen, die pro injizierenden Drogenkonsumenten ausgegeben wurden, zwischen Null in Zypern und mehr als 300 in Spanien und Norwegen (Abbildung 3.4).

In jüngster Zeit wurde der Ausbruch neuer HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in Griechenland und Rumänien gemeldet – siehe Kapitel 2. Daraufhin wurde in einer Risikobewertung untersucht, ob in anderen Ländern die Gefahr eines Ausbruches neuer HIV-Fälle besteht.

ABBILDUNG 3.5

Zusammenfassende Indikatoren eines potenziell erhöhten HIV-Infektionsrisikos bei injizierenden Drogenkonsumenten

	Belgien	Bulgarien	Tschechische Republik	Dänemark	Deutschland	Estland	Irland	Griechenland	Spanien	Frankreich	Kroatien	Italien	Zypern	Lettland	Litauen	Luxemburg	Ungarn	Malta	Niederlande	Österreich	Polen	Portugal	Rumänien	Slowenien	Slowakei	Finnland	Schweden	Vereinigtes Königreich	Türkei	Norwegen
HIV-Prävalenz und -Trends	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Prävalenz und Trends von injizierendem Drogenkonsum (Übertragungsrisiko)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Erfassung durch Substitutionstherapie – unter 30 %	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Abdeckungsbereich von Nadeln und Spritzen – weniger als 100 Spritzen je injizierendem Drogenkonsumenten	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

Es wurden keine der folgenden Risikofaktoren festgestellt: Anstieg der gemeldeten HIV-Infektionsfälle oder Prävalenz von HIV oder HCV; Anstieg des Übertragungsrisikos; geringer Abdeckungsbereich der Maßnahmen.  
 Vorhandensein von Risikofaktoren möglich: subnationaler Anstieg der HIV- oder HCV-Prävalenz oder Übertragungsrisiko; stetiger, aber nicht signifikanter Anstieg auf nationaler Ebene.  
 Vorhandensein von Risikofaktoren: signifikanter Anstieg der gemeldeten HIV-Infektionsfälle oder der Prävalenz von HIV oder HCV; Anstieg des Übertragungsrisikos; geringer Abdeckungsbereich der Maßnahmen.  
 Der ECDC oder EMCDDA liegen keine Daten vor.

Nach Eurosurveillance 2013;18(48):pii=20648.

## ABBILDUNG 3.6

Prozentanteil der Patienten, die sich in eine spezialisierte Drogentherapie begeben, nach Primärdroge

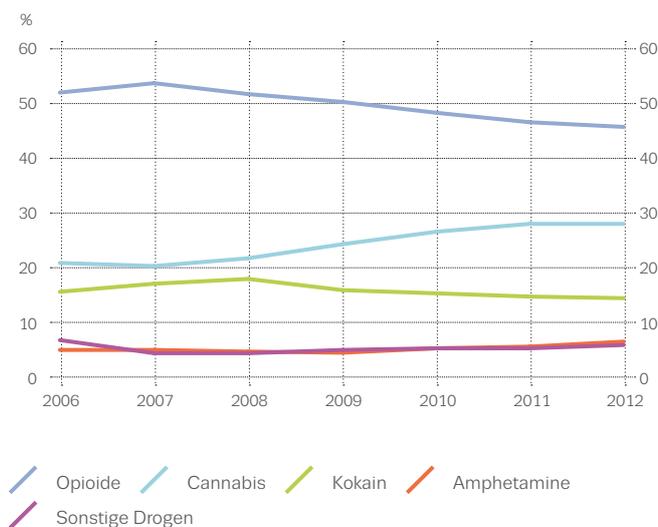


Abbildung 3.5 gibt einen Überblick über verschiedene besonders relevante Indikatoren für potenzielle Risiken. Auf der Grundlage dieser einfachen Analyse kann bei rund einem Drittel der Länder vom Vorliegen bestimmter Risikofaktoren ausgegangen werden, die anhaltende Wachsamkeit und die Prüfung, ob der Abdeckungsbereich von vorbeugenden Maßnahmen gegen HIV-Infektionen ausgeweitet werden sollte, geboten erscheinen lassen.

Vorbeugende Maßnahmen gegen die Übertragung von Hepatitis C ähneln den Maßnahmen bei HIV. Auf politischer Ebene wurde in einer steigenden Zahl von Ländern die Einführung spezieller Hepatitis-C-Strategien eingeleitet bzw. wird derzeit vorbereitet. Initiativen zu Untersuchungen injizierender Drogenkonsumenten und zu deren Beratung über Hepatitis C finden nach wie vor nur in begrenztem Umfang statt. Trotz zunehmender Indizien für die Wirksamkeit antiviraler Behandlungen von Hepatitis C bei infizierten injizierenden Drogenkonsumenten werden diese Leistungen nur in geringem Umfang erbracht.

### Verhinderung von Überdosierungen und drogenbedingten Todesfällen

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

Mortalitätsrisiko von Drogenkonsumenten. Schulungen im Umgang mit Überdosierungen bei der Verabreichung des Opioidantagonisten Naloxon können im Falle einer Überdosierung lebensrettend sein. Eine mögliche Maßnahme, durch die sowohl Überdosierungen verringert als auch die Überlebenschancen bei Überdosierung verbessert werden sollen, ist der Rückgriff auf überwachte Drogenkonsumeinrichtungen. Derartige Einrichtungen (insgesamt 73) existieren in insgesamt sechs EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen. In den letzten drei Jahren wurden in den Niederlanden mehrere Einrichtungen aufgrund sinkender Nachfrage geschlossen, während in Dänemark vier Einrichtungen und in Griechenland eine Einrichtung neu eröffnet wurden.

### Mehr als eine Million Europäer in Drogentherapie

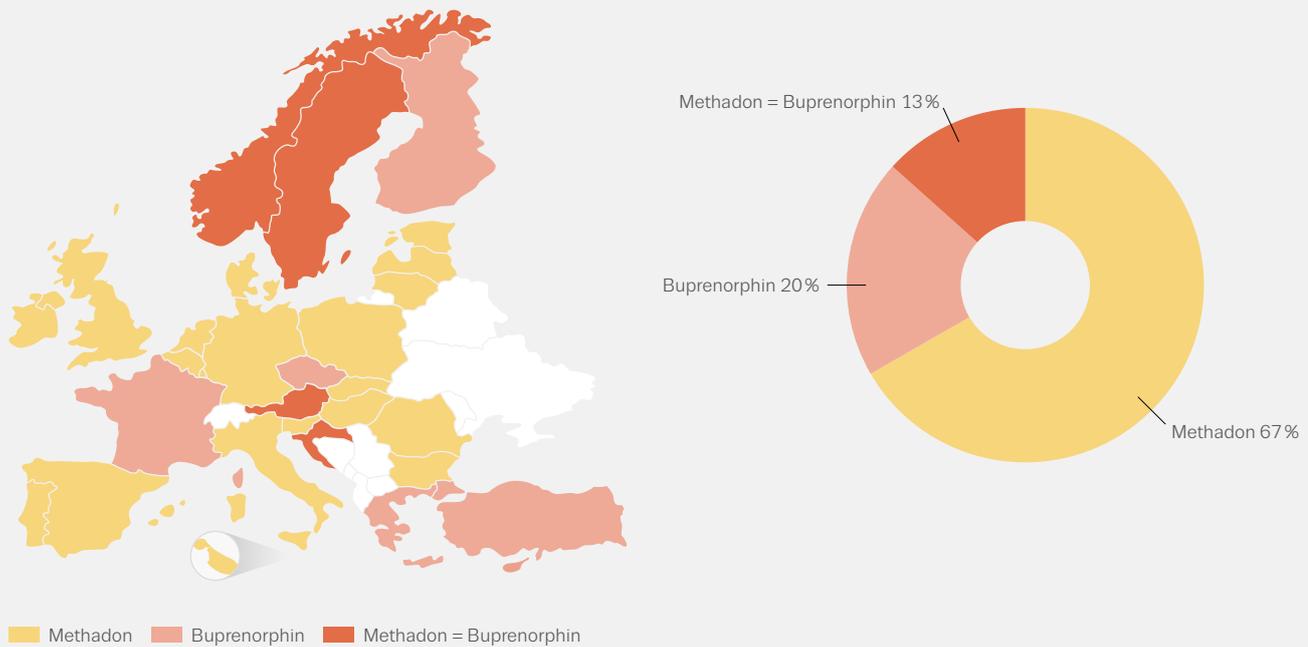
Es wird davon ausgegangen, dass in Europa 2012 mindestens 1,3 Millionen Menschen wegen Konsums illegaler Drogen in Behandlung waren. Opioidkonsumenten bilden dabei die größte Gruppe, und wie aus den Daten zu den Behandlungsaufnahmen (Abbildung 3.6) hervorgeht, rangieren Cannabis- und Kokainkonsumenten als die zweit- und drittgrößten Gruppen, die sich in Behandlung begeben. Allerdings sind hierbei Unterschiede zwischen den Ländern zu beobachten.

Die meisten Behandlungen erfolgen ambulant, beispielsweise in speziellen Behandlungszentren, allgemeinen Gesundheitszentren wie z. B. bei Allgemeinmedizinern, sowie in niedrighwelligen Diensten. Ein erheblicher Teil der Drogenbehandlungen erfolgt außerdem stationär wie z. B. in speziellen stationären Therapiezentren, therapeutischen Gemeinschaften und stationären Aufnahmestationen in Krankenhäusern (z. B. psychiatrischen Krankenhäusern). Als neues und innovatives Behandlungskonzept ist die Erbringung von Leistungen über das Internet zu nennen, dank derer die Hilfesuchenden bei Drogenproblemen von Zuhause aus Zugang zu Behandlungsprogrammen erhalten können.

Eine Substitutionstherapie, üblicherweise mit psychosozialer Betreuung kombiniert, stellt die häufigste Form der Behandlung von Opioidabhängigen in Europa dar. Das vorhandene Datenmaterial spricht für dieses kombinierte Vorgehen, bei dem die Patienten in der Behandlung gehalten werden und der illegale Drogenkonsum sowie drogenbedingte Schädigungen und Todesfälle reduziert werden. Psychosoziale Behandlungen sind die wichtigste Behandlungsform bei stimulantabhängigen Konsumenten, wobei aus Studien hervorgeht, dass sowohl kognitive Verhaltenstherapie als

ABBILDUNG 3.7

Wichtigste Opioid-Substitutionsmittel auf nationaler Ebene (links) und als Anteil der Substitutionspatienten in Europa (rechts)



auch Kontingenzmanagement zu positiven Ergebnissen führen. In einer zunehmenden Zahl von Ländern werden mittlerweile cannabispezifische Behandlungen angeboten und die vorliegenden Daten sprechen für den Einsatz einer Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie, motivierender Gesprächsführung und Kontingenzmanagement. Gewisse Anzeichen sprechen auch für eine multidimensionale Familientherapie für junge Cannabiskonsumenten.

**Substitutionstherapie: der wichtigste ambulante Behandlungsweg**

Methadon ist das am häufigsten verordnete Substitutionsmedikament und wird bis zu zwei Dritteln aller Patienten verabreicht. Den übrigen Patienten wird größtenteils Buprenorphin verschrieben (ungefähr 20 %), das in sechs Ländern das wichtigste Substitutionsmittel ist (Abbildung 3.7). Bei ungefähr 6 % aller Substitutionstherapien in Europa kommen andere Substanzen zum Einsatz, wie etwa Morphin in Retardform (mit langsamer Wirkstofffreisetzung) und Diacetylmorphin (Heroin).

Schätzungsweise 734 000 Opioidkonsumenten erhielten 2012 in Europa eine Substitutionstherapie. Dieser Wert ist im Vergleich zu 2011 (726 000) relativ stabil, aber höher

ABBILDUNG 3.8

Trends bei der Zahl der Patienten in Opioid-Substitutionstherapie

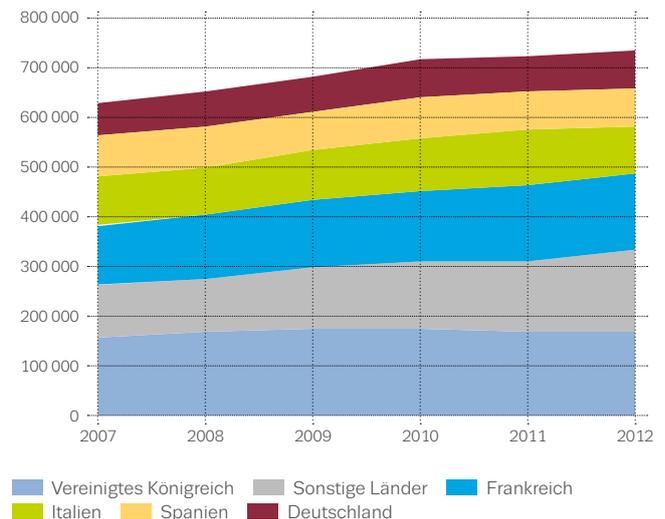
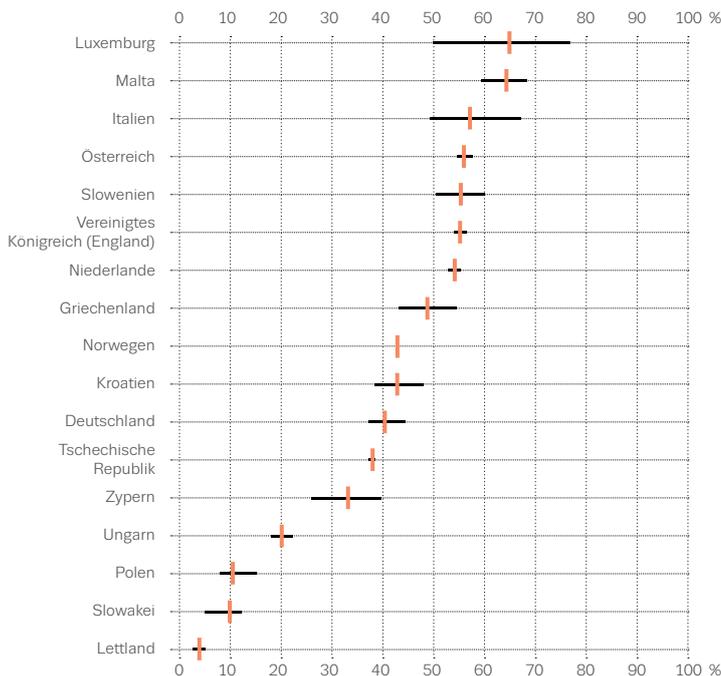


ABBILDUNG 3.9

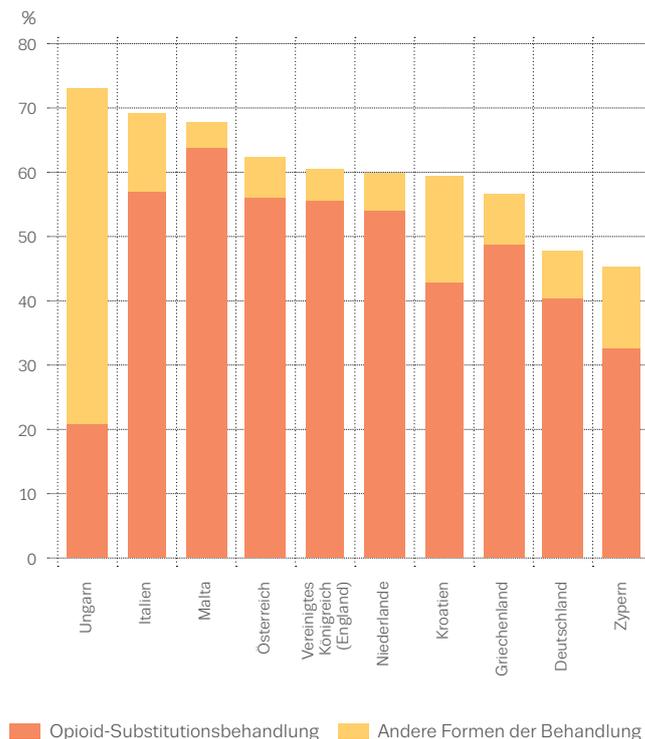
Prozentualer Anteil der problematischen Opioidkonsumenten, die sich in Substitutionstherapie befinden (Schätzung)



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

ABBILDUNG 3.10

Prozentualer Anteil der problematischen Opioidkonsumenten, die drogentherapeutisch behandelt werden (Schätzung)



als der Schätzwert von 630 000 für 2007 (Abbildung 3.8). Im Jahr 2012 meldeten fünf Länder einen Anstieg der Patientenzahlen um mehr als 25 % gegenüber dem Schätzwert des Vorjahres. Der höchste prozentuale Anstieg wurde in der Türkei festgestellt (250 %), gefolgt von Griechenland (45 %) und Lettland (28 %). Die prozentualen Anstiege in diesen drei Ländern vollzogen sich allerdings vor dem Hintergrund relativ niedriger Ausgangszahlen. Demgegenüber verzeichnete Rumänien im gleichen Zeitraum den stärksten prozentualen Rückgang (-30 %) der geschätzten Patientenzahlen.

Raten (ungefähr 10 % oder weniger) werden aus Lettland, der Slowakei und Polen gemeldet (Abbildung 3.9).

In allen europäischen Ländern steht Opioidkonsumenten eine Behandlung ohne Substitutionsmittel zur Verfügung. In den zehn Ländern, zu denen ausreichendes Datenmaterial vorliegt, bewegt sich der Abdeckungsbereich der Behandlungskonzepte ohne Substitutionsmedikation im Allgemeinen im Bereich zwischen 3 % und 17 % aller problematischen Opioidkonsumenten und erreicht in Ungarn sogar mehr als 50 % (Abbildung 3.10).

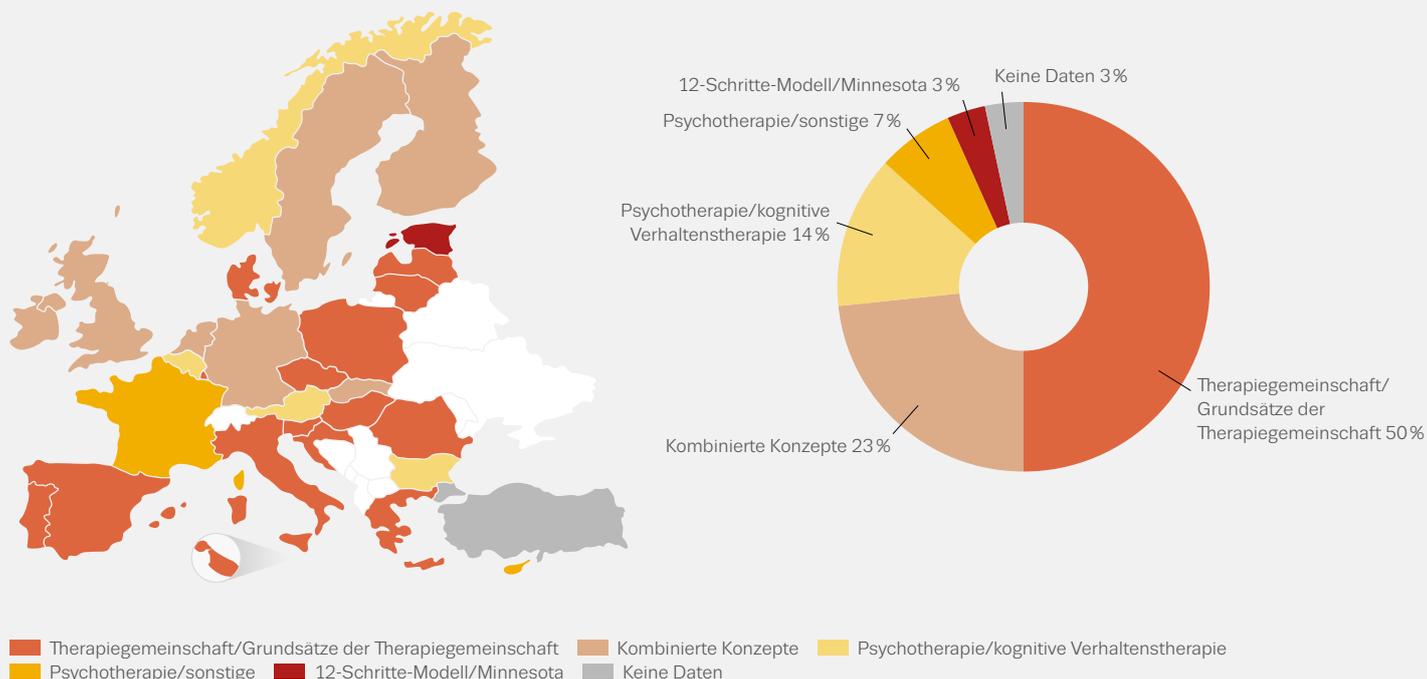
**Abdeckungsbereich der Behandlungen: mehr als die Hälfte der Opioidkonsumenten befindet sich in einer Substitutionstherapie**

Der Abdeckungsbereich der Opioid-Substitutionstherapie – der Anteil der Behandlungsbedürftigen, die eine Behandlung erhalten – wird auf mehr als 50 % der problematischen Opioidkonsumenten in Europa geschätzt. Dieser Schätzwert ist zwar aus methodischen Gründen mit Vorsicht zu betrachten, doch steht bzw. stand in zahlreichen Ländern die Mehrheit der Opioidkonsumenten in Kontakt mit den Behandlungsdiensten. Auf nationaler Ebene zeigen die Abdeckungsraten allerdings nach wie vor erhebliche Unterschiede; die niedrigsten geschätzten



## ABBILDUNG 3.11

Vorherrschendes Therapiekonzept bei stationärer Behandlung nach Gesamtzahlen auf nationaler (links) und europäischer (rechts) Ebene, 2011



### Stationäre Behandlung: Konzepte mit Therapiegemeinschaften dominieren

In den meisten europäischen Ländern bilden Programme für stationäre Behandlung einen wichtigen Bestandteil der Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten für Drogenkonsumenten. In einer aktuellen Studie der EMCDDA wird eine Zahl von 2 500 stationären Behandlungseinrichtungen in Europa genannt, wovon sich mehr als zwei Drittel auf sechs Länder konzentrieren: Deutschland, Spanien, Irland, Italien, Schweden und das Vereinigte Königreich. Die größte Gruppe bilden dabei stationäre Therapiegemeinschaften (2 330), und 17 Länder geben an, dass sämtliche stationäre Einrichtungen in ihrem Land zu dieser Kategorie zählen. Zusätzlich wurden in Europa 170 an Krankenhäuser angegliederte stationäre Behandlungsprogramme gezählt.

Der Schwerpunkt zahlreicher stationärer Programme liegt auf Gesundheit, persönlicher und sozialer Funktionsfähigkeit sowie auf höherer Lebensqualität. Stationäre Programme lassen sich im Wesentlichen nach vier therapeutischen Konzepten unterscheiden: das 12-Schritte- oder Minnesota-Modell, das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, Psychotherapie unter Nutzung kognitiver Verhaltenstherapie sowie Psychotherapie unter Nutzung anderer Betreuungsmodelle. Unter diesen Modellen dominiert das

„Modell der therapeutischen Gemeinschaft“ in 15 Ländern (Abbildung 3.11).

Der Nachweis der Wirksamkeit drogenfreier therapeutischer Gemeinschaften lässt sich nicht eindeutig führen, was zum Teil an methodischen Schwierigkeiten bei der Durchführung von Forschungsarbeiten zu den Behandlungsergebnissen in diesem Bereich liegt. Der überwiegende Teil der Forschung zu diesem Thema beschränkt sich in Europa auf beobachtende Studien, deren Schlussfolgerungen notwendigerweise nur ungenau sein können. Im Allgemeinen weisen diese Studien allerdings auf positive Behandlungsergebnisse hin, die mit einer längeren Verweildauer in der Behandlung und einem Abschluss der Behandlung einhergehen. Nahezu alle beobachtenden Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Patienten in Therapiegemeinschaften rückläufigen Drogenkonsum zeigen und seltener inhaftiert werden und sich die Maßzahlen für die Lebensqualität verbessern.

Stationäre Behandlungsprogramme wurden nach herkömmlichem Verständnis durchweg drogenfrei durchgeführt, aktuelle Daten lassen allerdings erkennen, dass die Verabreichung von Substitutionsmedikamenten als Bestandteil stationärer Behandlungsprogramme für Opioidkonsumenten zunehmende Verbreitung findet. Ein gewisses Maß an Integration von Opioidsubstitution in der stationären Drogenbehandlung wurde aus 18 von 25 Berichtsländern gemeldet (Abbildung 3.12).

ABBILDUNG 3.12

Verfügbarkeit der Opioid-Substitutionsbehandlung bei stationären Behandlungsprogrammen, 2011

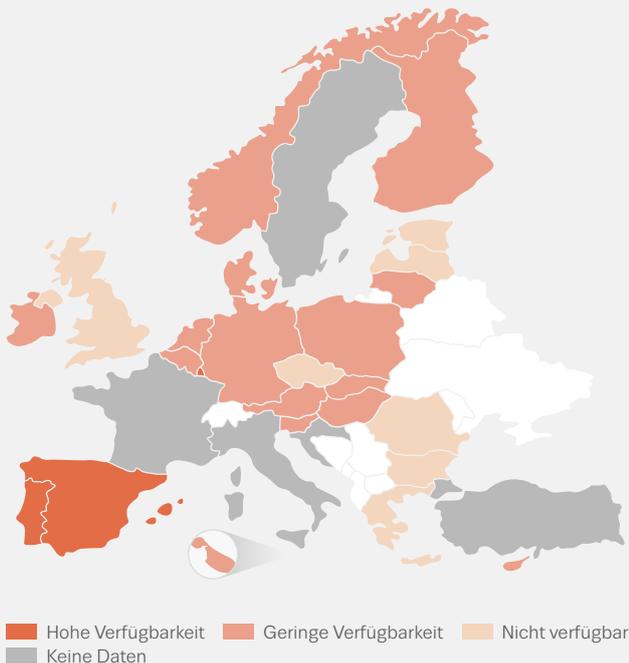
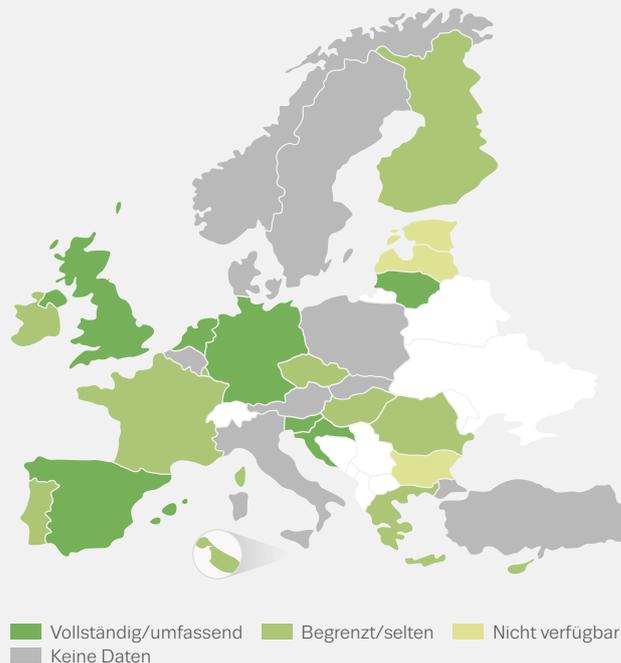


ABBILDUNG 3.13

Verfügbarkeit von Maßnahmen des Zweiten Arbeitsmarkts für Drogentherapiepatienten (Experten-Bewertungen, 2011)



**Soziale Wiedereingliederung:  
Beschäftigungsfähigkeit im Mittelpunkt**

Leistungen zur sozialen Wiedereingliederung sollen die Behandlung unterstützen und einen Rückfall verhindern und damit dem zentralen Problem der sozialen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten entgegenwirken. Im Jahr 2012 war ungefähr die Hälfte der Patienten, die in Europa eine spezialisierte Drogenbehandlung begannen, arbeitslos (47 %) und nahezu jeder zehnte (9 %) hatte keine feste Unterkunft. Auch ein niedriges Bildungsniveau findet sich häufig bei dieser Gruppe von Patienten. Die soziale Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten wird zwar als Kernziel nationaler Drogenstrategien genannt, die Durchführung dieser Maßnahmen variiert von Land zu Land allerdings erheblich.

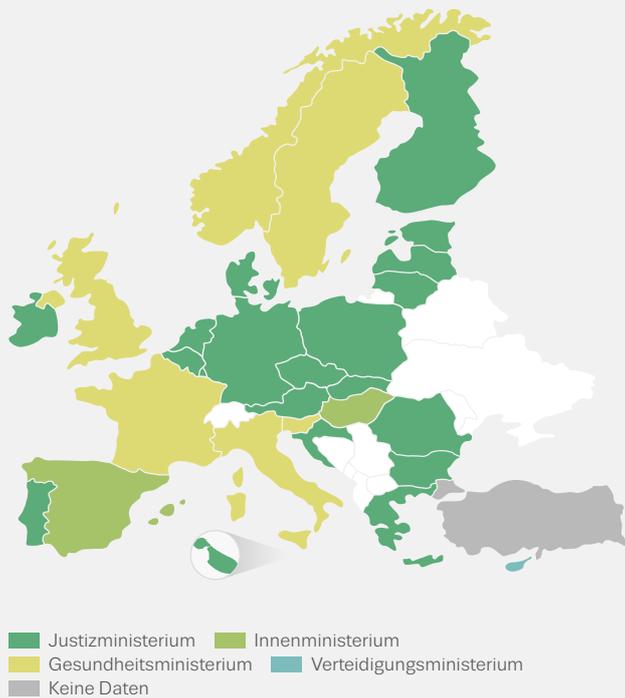
Die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Patienten in Drogenbehandlungen kann einen Beitrag zu deren Wiedereingliederung in die Gesellschaft leisten. Die Beschäftigungsfähigkeit des Einzelnen ist von dessen Kenntnissen, Fertigkeiten und Grundeinstellung, von der Art und Weise, wie er diese Fähigkeiten einsetzt, und dem Kontext, in dem er Arbeit sucht, abhängig. Eine Möglichkeit, Beschäftigungsfähigkeit herzustellen, besteht im Aufbau eines Fördersystems, das sich an benachteiligte Personen wendet und die Kluft zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und dem Arbeitsmarkt überbrücken soll. Dieses System wird häufig als der

„zweite Arbeitsmarkt“ bezeichnet. Den Therapiepatienten können Zeitarbeitsverträge und begleitende Schulungen, Arbeitspraktika, Maßnahmen zur persönlichen Entwicklung und Arbeitssuche angeboten werden. In diese Kategorie von Initiativen fallen üblicherweise auch die sozialen Unternehmen. Diese Unternehmen stellen Waren her bzw. erbringen Dienstleistungen von gesellschaftlichem Nutzen und beschäftigen Personengruppen, die auf dem regulären Arbeitsmarkt benachteiligt sind. Derartige Maßnahmen existieren zwar in den meisten Mitgliedstaaten (siehe Abbildung 3.13), Menschen in Drogenbehandlung finden allerdings anscheinend nur in begrenztem Umfang Zugang hierzu, wobei dieser Zugang oft noch durch die hohe Arbeitslosigkeit unter der Gesamtbevölkerung erschwert werden kann.

**Leistungen zur sozialen Wiedereingliederung sollen die Behandlung unterstützen und einen Rückfall verhindern und damit dem zentralen Problem der sozialen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten entgegenwirken**

ABBILDUNG 3.14

Zuständige Ministerien für die Gesundheitsfürsorge von Strafgefangenen



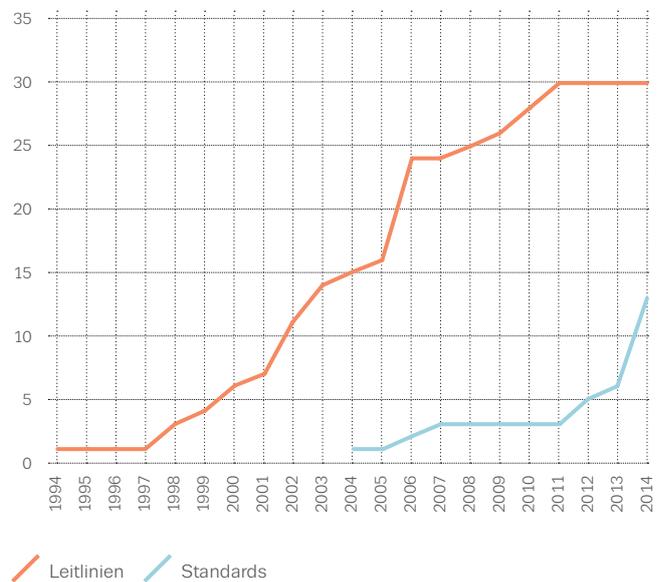
**Gesundheit von Strafgefangenen liegt nach wie vor weitgehend in den Händen der Justiz- und Innenministerien**

Angaben von Strafgefangenen zufolge sind unter ihnen die Drogenkonsumraten generell höher als in der Allgemeinbevölkerung, und es sind schädlichere Konsummuster festzustellen. Jüngste Studien belegen, dass zwischen 5 und 31 % der Strafgefangenen mindestens einmal Drogen injiziert haben. Bei Antritt der Freiheitsstrafe reduzieren die meisten Drogenkonsumenten ihren Konsum oder stellen ihn gänzlich ein. Allerdings gelangen illegale Drogen in viele Strafvollzugsanstalten, so dass einige der Insassen auch weiterhin Drogen konsumieren oder mit dem Konsum beginnen.

In den meisten Ländern wurden einrichtungsübergreifende Partnerschaften zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen in den Strafvollzugsanstalten und Anbietern in den Kommunen eingerichtet. Diese Partnerschaften führen in Gefängnissen Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung und Behandlung durch und sorgen für die Kontinuität der Betreuung nach dem Antritt der Haftstrafe sowie nach der Entlassung. Im Allgemeinen fallen die Gesundheitsversorgungsleistungen in Strafvollzugsanstalten in die Zuständigkeit der Justiz- und Innenministerien. In einigen Ländern liegt die

ABBILDUNG 3.15

Kumulative Zahl der Länder, in denen Leitlinien und Qualitätsstandards für gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Drogenbereich veröffentlicht wurden, nach Veröffentlichungsjahr



Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten mittlerweile allerdings beim Gesundheitsministerium (Abbildung 3.14), wodurch die weitergehende Integration mit den allgemeinen Gesundheitsfürsorgeleistungen in der Kommune erleichtert wird.

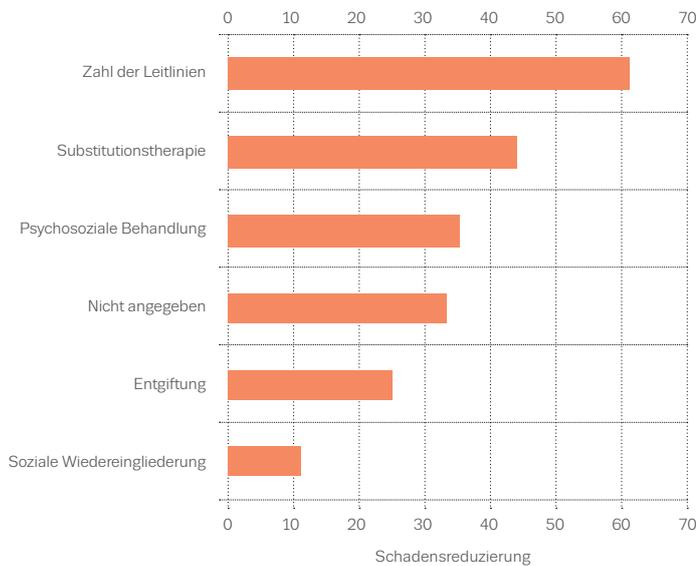
Opioidsubstitutionstherapien werden heute in Strafvollzugsanstalten in 26 der 30 Länder durchgeführt, die von der EMCDDA beobachtet werden, allerdings wurden sie im Allgemeinen später als in den Kommunen eingeführt. Zudem können Beschränkungen auferlegt werden. So gewähren beispielsweise vier Länder Substitutionstherapien nur denjenigen Strafgefangenen, die bereits vor ihrer Inhaftierung eine Verordnung über eine Therapie erhalten hatten.

**Evidenzgestützte Maßnahmen: Verwendung von Leitlinien und Standards**

Die gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Drogenproblematik in Europa werden zunehmend durch Leitlinien und Qualitätsstandards untermauert, mit denen wissenschaftliche Erkenntnisse in zufriedenstellende und nachhaltige Ergebnisse umgesetzt werden sollen. Generell ist ein Prozess zu beobachten, bei dem Leitlinien mehrere

## ABBILDUNG 3.16

Nationale drogenpolitische Leitlinien für gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Drogenbereich, die in Europa bis 2013 gemeldet wurden



**Die gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Drogenproblematik in Europa werden zunehmend durch Leitlinien und Qualitätsstandards untermauert**

Jahre vor der Einführung von Qualitätsstandards eingeführt werden (Abbildung 3.15).

In Leitlinien werden Empfehlungen formuliert, durch die die Patientenbetreuung optimiert werden soll. Sie bauen normalerweise auf einer systematischen Bestandsaufnahme der Erkenntnisse und einer Bewertung der Vorteile und Nachteile alternativer Betreuungsoptionen auf. Zweck der Leitlinien ist es, Patienten, Pflegepersonal und Dienstleister bei Entscheidungen über die Wahl geeigneter Maßnahmen zu unterstützen. Während der letzten 20 Jahre wurden mehr als 150 Leitlinienpakete für den Drogenbereich veröffentlicht und seit 2011 liegen Leitlinien in sämtlichen Mitgliedstaaten vor. Diese Leitlinien decken das gesamte Spektrum gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen ab, sie liegen allerdings zu gesundheitspolitischen Maßnahmen wie Substitutionstherapien und Entgiftungen in größerer Zahl als zur Verringerung von Schädigungen und zur sozialen Wiedereingliederung vor (Abbildung 3.16).

Qualitätsstandards bilden die evidenzgestützten Grundsätze und Regelwerke, die Hilfestellung bei der Umsetzung der in den Leitlinien empfohlenen Maßnahmen leisten sollen. Gegenstand dieser Standards können inhaltliche Fragestellungen, Prozesse oder strukturelle Aspekte der Qualitätssicherung sein, beispielsweise das Arbeitsumfeld und die Personalzusammensetzung. Im Bereich der Drogenprävention steht auf europäischer Ebene ein Paket an Qualitätsstandards für die Unterstützung der Programmentwicklung zur Verfügung. In diesen Standards werden Faktoren wie die Relevanz der Maßnahmen für die Zielgruppen, die Einhaltung anerkannter ethischer Grundsätze sowie die Integration und Förderung der Grundlagen wissenschaftlicher Erkenntnisse dargestellt.

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

### Veröffentlichungen der EMCDDA

#### 2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on drugs.

#### 2013

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs.

#### 2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

#### 2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

#### 2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

#### 2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Thematic papers.

#### 2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, Monographs.

Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues.

### Veröffentlichungen der EMCDDA und des ECDC

#### 2011

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

Alle Veröffentlichungen sind unter [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications) verfügbar.



# 4

**Der internationale Rahmen für die Kontrolle von Herstellung, Handel und Besitz von mehr als 240 psychoaktiven Substanzen ist in drei Übereinkommen der Vereinten Nationen festgelegt**

# Drogenpolitik

Auf europäischer Ebene bilden die EU-Drogengesetzgebung sowie mehrjährige Strategien und Aktionspläne die Grundlage für ein koordiniertes Vorgehen. Auf nationaler Ebene obliegt es den Regierungen und Parlamenten, die rechtlichen, strategischen, organisatorischen und haushaltspolitischen Rahmenbedingungen für die Bewältigung drogenbedingter Probleme zu schaffen.

## Beobachtung von drogenpolitischen Maßnahmen

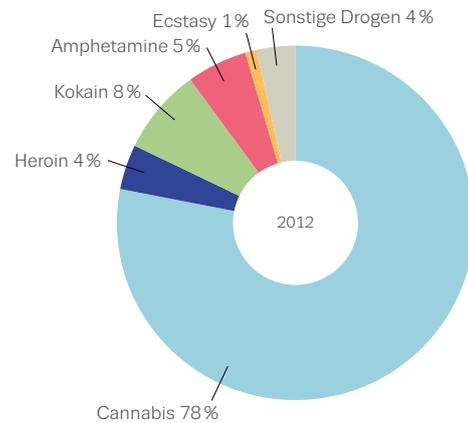
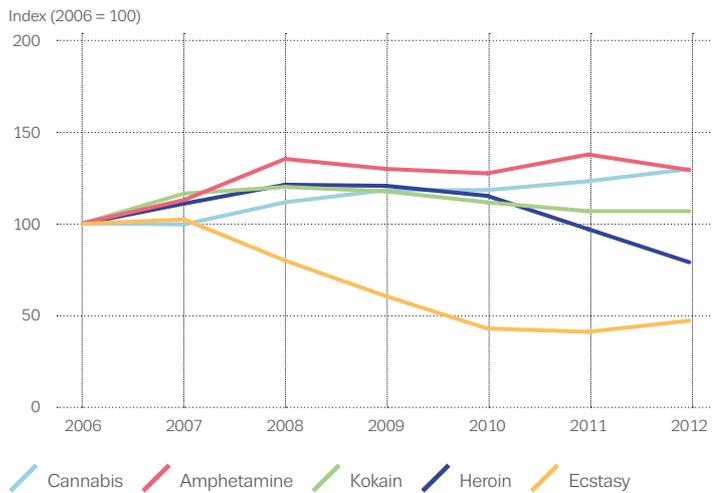
Zu den wichtigsten Aspekten der Drogenpolitik, die auf europäischer Ebene beobachtet werden können, zählen Drogengesetze und Drogendelikte, nationale Drogenstrategien und -aktionspläne, Mechanismen für die Koordinierung und Evaluierung der Drogenpolitik, sowie Budgets und öffentliche Ausgaben im Drogenbereich. Die Datenerfassung erfolgt über zwei EMCDDA-Netze, und zwar die nationalen Knotenpunkte und Rechtsberater. Daten und methodische Anmerkungen zu Drogendelikten können dem Website-Bereich *European Drug Report: Data and statistics* entnommen werden, umfassende Informationen zu europäischer Drogenpolitik und Drogenrecht (*European drug policy and law*) stehen auch online zur Verfügung.

## Drogengesetze: ein gemeinsamer Rahmen

Der internationale Rahmen für die Kontrolle von Herstellung, Handel und Besitz von mehr als 240 psychoaktiven Substanzen ist in drei Übereinkommen der Vereinten Nationen festgelegt. Gemäß diesen Übereinkommen ist jedes Land verpflichtet, unerlaubte Angebote von Drogen als Straftat zu behandeln. Gleiches wird für den Besitz von Drogen für den Eigengebrauch gefordert, wobei jedoch die Länder unter Beachtung „ihrer Verfassungsgrundsätze und der Grundgedanken ihrer Rechtsordnungen“ vorgehen. Diese Klausel wurde allerdings nicht einheitlich interpretiert, weshalb sich die rechtlichen Ansätze in den europäischen Ländern und anderen Ländern in diesem Bereich unterscheiden.

ABBILDUNG 4.1

Gemeldete Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum oder dem Drogenbesitz für den Eigengebrauch in Europa, Trends und Aufschlüsselung nach Art der Droge



**Besitz von Drogen für den Eigengebrauch: immer seltener mit Freiheitsstrafen geahndet**

Der Besitz von Drogen für den Eigengebrauch – und zuweilen der Drogenkonsum – ist in den meisten europäischen Ländern ein Straftatbestand, der mit einer Freiheitsstrafe geahndet werden kann. In zahlreichen europäischen Ländern sind Haftstrafen jedoch unüblich und etwa seit dem Jahr 2000 besteht in Europa die generelle Tendenz, beim Besitz von Drogen für den Eigengebrauch die Möglichkeiten für die Verhängung einer Freiheitsstrafe einzuschränken. Einige Länder haben Freiheitsstrafen komplett ausgeschlossen, in anderen kann Drogenbesitz für den Eigengebrauch nur durch nichtstrafrechtliche Sanktionen, meist durch Geldstrafen, geahndet werden.

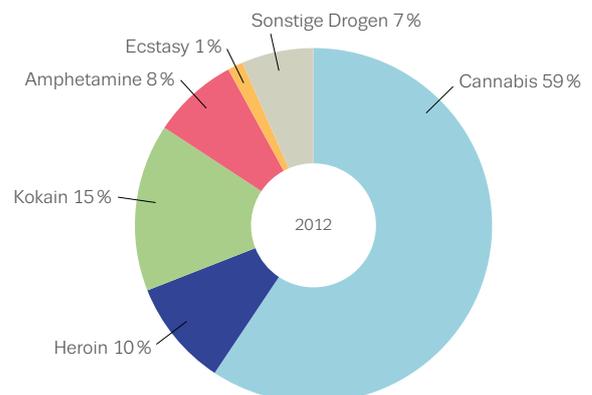
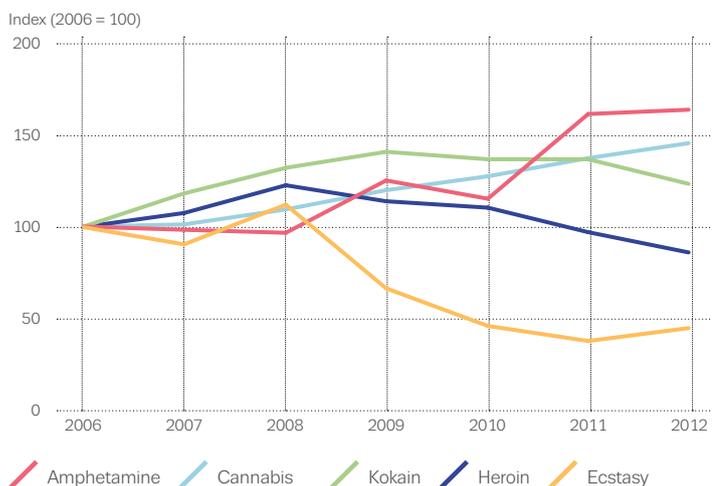
In den meisten europäischen Ländern beziehen sich die gemeldeten Drogendelikte größtenteils auf Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch. Die Gesamtzahl der gemeldeten Drogendelikte belief sich in Europa 2012 schätzungsweise auf mehr als eine Million, also 17 % mehr als 2006. Bei mehr als drei Vierteln dieser Delikte spielt Cannabis eine Rolle (Abbildung 4.1).

**Drogenangebot: erhebliche Unterschiede bei den Strafen**

Ein illegales Drogenangebot stellt in Europa immer einen Straftatbestand dar, jedoch bestehen bei den möglichen Strafen beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Einige Länder haben für

ABBILDUNG 4.2

Gemeldete Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot in Europa, Trends und Aufschlüsselung nach Art der Droge



## ABBILDUNG 4.3

## Nationale Drogenstrategien und -aktionspläne: Verfügbarkeit und Umfang



■ Kombinierte Strategie zu legalen und illegalen Drogen  
■ Strategie zu illegalen Drogen ■ Keine nationale Drogenstrategie  
 Anmerkung: Das Vereinigte Königreich verfügt über eine Strategie zu illegalen Drogen, Wales und Nordirland verfolgen jedoch kombinierte Strategien, bei denen auch Alkohol mit eingeschlossen ist.

Angebotsdelikte einen feststehenden Strafraum (bis hin zu lebenslanger Haft). Andere Länder unterscheiden zwischen geringfügigen und schwerwiegenden Angebotsdelikten mit jeweiligen Mindest- und Höchststrafen, wobei Faktoren wie die Menge oder Art der aufgefundenen Drogen ausschlaggebend sind.

Die Zahl der gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot hat sich seit 2006 insgesamt um 28 % erhöht und betrug im Jahr 2012 mehr als 230 000. Wie auch bei den Besitzdelikten ging es bei den Angebotsdelikten in der Mehrzahl um Cannabis. Kokain, Heroin und Amphetamine spielten bei Angebotsdelikten jedoch eine größere Rolle als bei den Besitzdelikten. Der rückläufige Trend bei Delikten im Zusammenhang mit Kokain und Heroin hielt weiterhin an (Abbildung 4.2).

### Neue psychoaktive Substanzen: Weiterentwicklung der Kontrollsysteme

Die Geschwindigkeit, mit der Substanzen, die in jüngerer Zeit Kontrollen unterliegen, durch neue Substanzen abgelöst wurden, und die Vielfalt der verfügbaren Produkte stellen die Gesetzgeber in Europa vor weitreichende Herausforderungen.

Auf nationaler Ebene führten diese Herausforderungen zu verschiedenen innovativen Reaktionen der Gesetzgeber in den Ländern Europas. Dabei lassen sich im Wesentlichen drei Arten unterscheiden. Zum einen nutzen manche Länder bestehende Gesetze, die nicht mit kontrollierten Drogen in Zusammenhang stehende Aspekte regeln, beispielsweise das Verbraucherschutzrecht oder Gesetze zur Arzneimittelkontrolle: In Polen wurden im Jahr 2010 beispielsweise mehr als 1 000 Einzelhandelsgeschäfte unter Anwendung bestehender Gesundheitsvorschriften geschlossen. Zweitens können die Länder bestehende Drogengesetze oder -verfahren ausweiten oder anpassen: Im Vereinigten Königreich wurde im Jahr 2011 ein neues Verfahren (so genannte „Temporary Class Drug Orders“) eingeführt, mit dem das Angebot bestimmter Substanzen sofort unter Kontrolle gestellt wurde, während die Prüfung der Gesundheitsrisiken noch im Gange war. Drittens können die Länder neue Drogengesetze einführen: Im Jahr 2013 führten Portugal und die Slowakei Gesetze ein, mit denen gezielt der nicht genehmigte Verkauf bestimmter neuer Substanzen unterbunden werden sollte.

Der rasche Wandel im Bereich der Rechtsetzung hält weiter an. Im Zuge der aktuellen Weiterentwicklung stärkten Polen und Rumänien die geltenden Gesetze durch die Einführung speziell zugeschnittener neuer

Rechtsvorschriften; die alten und neuen Rechtsvorschriften finden nunmehr parallel Anwendung. Im Jahr 2012 überarbeitete Zypern die geltenden grundlegenden Definitionen und dehnte diese auf Substanzen aus, die in den bisherigen Definitionen noch nicht berücksichtigt waren; im gleichen Jahr verweigerten die Niederlande generische Definitionen aufgrund dessen, dass diese nicht ausreichend zielgerichtet formuliert waren.

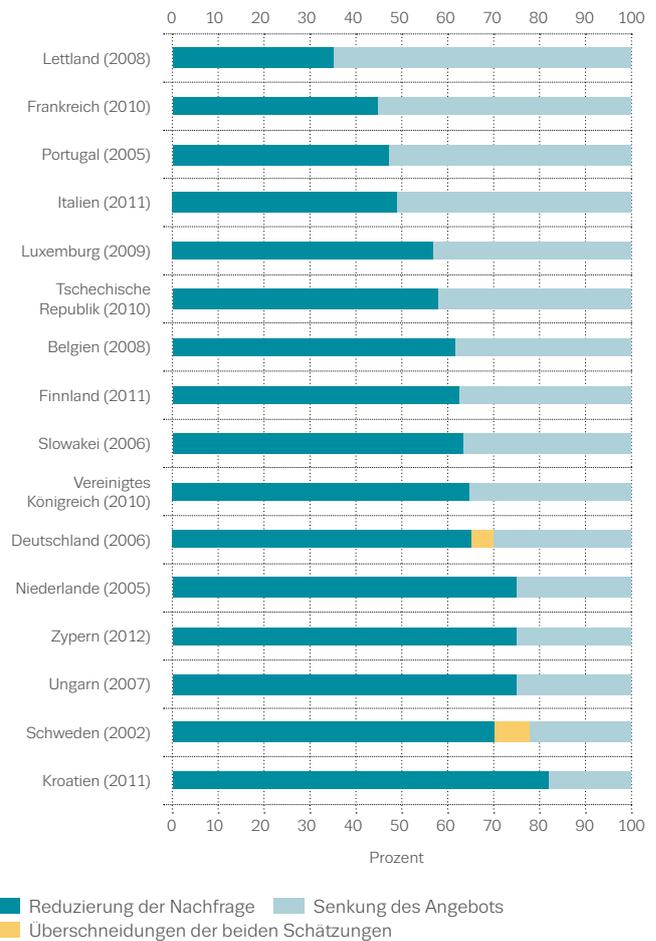
Bei diesen unterschiedlichen Maßnahmen sind erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Kriterien, bei denen der Gesetzgeber tätig wird, sowie hinsichtlich der Strafen bei Nichteinhaltung festzustellen. Der Trend scheint jedoch dahin zu gehen, dass die Länder verstärkt auf die Bestrafung des Angebots und nicht so sehr des Besitzes dieser Substanzen setzen.

### Nationale Drogenstrategien

Die Verabschiedung von Drogenstrategien und -aktionsplänen durch die nationalen Regierungen in Europa ist mittlerweile gängige Praxis. Sie werden für einen begrenzten Zeitraum festgelegt und enthalten allgemeine Grundsätze, Zielsetzungen und Prioritäten sowie genauere Angaben zu den Maßnahmen und den für

ABBILDUNG 4.4

Aufschlüsselung der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich nach Maßnahmen zur Nachfragereduzierung und Maßnahmen zur Angebotsreduzierung



**Beurteilung des wirtschaftlichen Aspekts: Verfügbarkeit der Mittel für Maßnahmen wird durch die Sparpolitik eingeschränkt**

In zahlreichen Ländern Europas sind nach wie vor die Folgen des jüngsten Konjunkturabschwungs zu spüren. Der Umfang der Haushaltskonsolidierung bzw. der Sparmaßnahmen und deren Auswirkungen variieren in Europa von Land zu Land. In den 18 Ländern, aus denen ausreichendes Datenmaterial für einen Vergleich vorliegt, wurden Mittelkürzungen in den Bereichen Gesundheit, öffentliche Ordnung und Sicherheit gemeldet – den Ausgabenbereichen der öffentlichen Hand, in denen die meisten öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich anfallen. Insgesamt waren zwischen 2009 und 2011 umfangreichere Senkungen der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich zu beobachten.

Mittelkürzungen bei Programmen und Dienstleistungen im Drogenbereich wurden aus den europäischen Ländern ebenfalls berichtet, wobei Drogenpräventionsmaßnahmen

ihre Umsetzung zuständigen Parteien. Derzeit verfügen alle Länder über eine nationale Drogenstrategie bzw. einen nationalen Drogenaktionsplan, lediglich in Österreich bestehen die Pläne auf Ebene der Bundesländer. Sieben Länder haben nationale Strategien und Aktionspläne aufgestellt, die legale und illegale Drogen gleichermaßen berücksichtigen (Abbildung 4.3). Zahlreiche Länder unterziehen ihre Drogenstrategien und Aktionspläne einer systematischen Evaluierung. Das Ziel der Evaluierung ist im Allgemeinen, den erreichten Grad der Umsetzung sowie die Veränderungen in der Drogensituation insgesamt zu beurteilen.

**Eine Vielfalt unterschiedlicher Organisationen, die sich drogenpolitisch betätigen**

In den letzten Jahren engagieren sich Organisationen der Zivilgesellschaft, unter anderem Gruppen, die sich drogenpolitisch organisieren, zunehmend in der Entwicklung von Drogenstrategien. In einer neuen Studie der EMCDDA wurden mehr als 200 Organisationen benannt, die sich in Europa drogenpolitisch engagieren, wobei rund 70 % dieser Organisationen auf nationaler Ebene aktiv sind und die übrigen zu gleichen Teilen auf Organisationen entfallen, die sich auf lokaler bzw. europäischer Ebene betätigen. Bei fast zwei Drittel dieser Organisationen lag der Arbeitsschwerpunkt auf der Entwicklung der Drogenpraxis, wobei 39 % sich für Konzepte zur Senkung der Schädlichkeit und 26 % für Prävention und Verringerung des Drogenkonsums engagierten. Die übrigen Organisationen legten ihren Schwerpunkt auf Änderungen in der Gesetzgebung, wovon sich 23 % für eine Verringerung der Drogenkontrollen und 12 % für eine Verstärkung der Kontrollen einsetzten.

Die meisten dieser drogenpolitisch aktiven Organisationen verfolgen zielgerichtete Aktivitäten, durch die die Einstellung und Meinung der Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsträger zu Angeboten an Dienstleistungen im Drogenbereich sowie zu Drogenkontrollen beeinflusst werden sollen. Sie bedienen sich dabei Sensibilisierungsmaßnahmen wie der Teilnahme an öffentlichen Debatten oder der Präsenz mit Websites in den sozialen Medien, um auf die Drogenpolitik Einfluss zu nehmen. Organisationen, die sich für die Verringerung der Drogenkontrollen oder Schadensminimierung einsetzen, agieren vor allem im Namen der Drogenkonsumenten, während Organisationen, die eine Verringerung des Drogenkonsums und verstärkte Kontrollen befürworten, vor allem im Namen der Gesellschaft insgesamt und insbesondere im Namen junger Menschen und Familien agieren.

und die Forschung im Drogenbereich besonders stark betroffen waren. Mehrere Länder berichten außerdem, dass die Versuche, eine Sonderfinanzierung von Drogenbehandlungsmaßnahmen zu erreichen, nicht immer erfolgreich waren.

Wirtschaftliche Analysen können ein wichtiges Instrument für die Bewertung politischer Maßnahmen darstellen, allerdings stellen die begrenzten Informationen zu den öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich in Europa ein erhebliches Hindernis dar und erschweren Ländervergleiche. In den 16 Ländern, die seit 2002 Schätzwerte erstellen, bewegen sich die öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich zwischen 0,01 % und 0,5 % ihres Bruttoinlandsprodukts (BIP). Aus den vorliegenden Informationen geht hervor, dass der größte Anteil der öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich auf Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenangebots entfällt (Abbildung 4.4).

Die öffentlichen Ausgaben zur Reduzierung des Drogenangebots schließen unter anderem Ausgaben für die strafgefangenen Drogendelinquenten ein. Von der EMCDDA wurden verschiedene Schätzungen erstellt, wobei bei einer konservativen Schätzung nur diejenigen Strafgefangenen berücksichtigt wurden, die aufgrund eines Drogendelikts verurteilt wurden, bei einer hoch angesetzten Schätzung dagegen auch Untersuchungsgefangene, bei denen eine Verurteilung wegen eines Drogendelikts möglich ist. Nach diesen Kriterien wendeten die europäischen Länder im Jahr 2010 schätzungsweise 0,03 % ihres BIP oder 3,7 Mrd. EUR für inhaftierte Drogendelinquenten auf. Werden auch Untersuchungsgefangene berücksichtigt, erhöht sich dieser Schätzwert auf 0,05 % des BIP bzw. 5,9 Mrd. EUR.

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

### Veröffentlichungen der EMCDDA

#### 2014

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

#### 2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematic papers.

#### 2011

Drug policy profiles: Portugal.

#### 2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issues.

#### 2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Selected issues.

### Veröffentlichungen der EMCDDA und der Europäischen Kommission

#### 2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Alle Veröffentlichungen sind unter [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications) verfügbar.

# Anhang

Die hier präsentierten  
Länderdaten sind dem Website-  
Bereich *European Drug Report:  
Data and statistics* entnommen,  
der darüber hinaus noch weitere  
Daten, Jahre, Anmerkungen und  
Metadaten enthält

TABELLE 1

## OPIOIDE

Land	Schätzung des problematischen Opioidkonsums Fälle je 1 000	Indikator Behandlungsnachfrage, Leitdroge				Patienten in Substitutionsbehandlung Anzahl
		Opioidpatienten (in % der Patienten mit Behandlungsbeginn)		% der injizierenden Opioidpatienten (Hauptverabreichungsweg)		
		Alle Patienten mit Behandlungsbeginn % (Anzahl)	Patienten mit erstmaligem Behandlungsbeginn % (Anzahl)	Alle Patienten mit Behandlungsbeginn % (Anzahl)	Patienten mit erstmaligem Behandlungsbeginn % (Anzahl)	
Belgien	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulgarien	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Tschechische Republik	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Dänemark	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Deutschland	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estland	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irland	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Griechenland	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Spanien	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Frankreich	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Kroatien	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Italien	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Zypern	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Lettland	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litauen	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luxemburg	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Ungarn	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Niederlande	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Österreich	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polen	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Rumänien	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slowenien	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slowakei	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finnland	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Schweden	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Vereinigtes Königreich	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Türkei	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norwegen	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Europäische Union	–	<b>45,5 (174 345)</b>	<b>25,0 (35 567)</b>	<b>38,2 (50 759)</b>	<b>31,8 (9 574)</b>	<b>698 441</b>
EU, Türkei und Norwegen	–	<b>45,5 (181 804)</b>	<b>25,7 (37 262)</b>	<b>38,5 (52 638)</b>	<b>32,4 (10 304)</b>	<b>734 135</b>

TABELLE 2

## KOKAIN

Land	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdroge			
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Kokainpatienten in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme		% der injizierenden Kokainpatienten (Hauptverabreichungsweg)	
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulgarien	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Dänemark	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Deutschland	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estland	–	1,3	2	–	–	–	–
Irland	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Griechenland	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Spanien	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Frankreich	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Kroatien	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Italien	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Zypern	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Lettland	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litauen	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Ungarn	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Niederlande	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Österreich	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polen	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugal	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumänien	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slowakei	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finnland	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Schweden	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Vereinigtes Königreich	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Türkei	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norwegen	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Europäische Union	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABELLE 3

## AMPHETAMINE

Land	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdroge			
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Amphetaminpatienten in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme		% der injizierenden Amphetaminpatienten (Hauptverabreichungsweg)	
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme
%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	
Belgien	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulgarien	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Dänemark	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Deutschland	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estland	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irland	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Griechenland	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spanien	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Frankreich	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Kroatien	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Italien	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Zypern	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Lettland	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litauen	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luxemburg	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Ungarn	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Niederlande	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Österreich	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polen	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugal	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumänien	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slowakei	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finnland	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Schweden	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Vereinigtes Königreich	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Türkei	0,3	–	–	–	–	–	–
Norwegen	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Europäische Union	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABELLE 4

## ECSTASY

Land	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdroge	
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Ecstasypatienten in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme	
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulgarien	2,0	2,9	4	–	–
Tschechische Republik	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Dänemark	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Deutschland	2,7	0,9	2	–	–
Estland	–	2,3	3	–	–
Irland	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Griechenland	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Spanien	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Frankreich	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Kroatien	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Italien	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Zypern	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Lettland	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litauen	1,3	0,3	2	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–
Ungarn	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Niederlande	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Österreich	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polen	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugal	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumänien	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slowenien	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slowakei	1,9	0,9	4	–	–
Finnland	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Schweden	2,1	0,2	1	–	–
Vereinigtes Königreich	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Türkei	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norwegen	–	–	1	–	–
Europäische Union	<b>3,1</b>	<b>1,0</b>	–	<b>0,2 (953)</b>	<b>0,3 (493)</b>
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	<b>0,3 (1 006)</b>	<b>0,4 (534)</b>

TABELLE 5

## CANNABIS

Land	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdroge	
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Cannabispatienten in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme	
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulgarien	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Tschechische Republik	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Dänemark	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Deutschland	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estland	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irland	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Griechenland	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Spanien	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Frankreich	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Kroatien	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Italien	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Zypern	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Lettland	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litauen	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luxemburg	–	–	–	26 (72)	–
Ungarn	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Niederlande	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Österreich	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polen	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugal	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumänien	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slowenien	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slowakei	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finnland	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Schweden	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Vereinigtes Königreich	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Türkei	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norwegen	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Europäische Union	<b>21,7</b>	<b>11,2</b>	–	<b>27,9 (106 981)</b>	<b>42,2 (59 901)</b>
EU, Türkei und Norwegen	–	–	–	<b>27,6 (109 436)</b>	<b>41,8 (60 456)</b>

TABELLE 6

## ANDERE INDIKATOREN

	Drogeninduzierte Todesfälle (15–64 Jahre)	HIV-Diagnosen unter injizierenden Drogenkonsumenten (ECDC)	Schätzung des injizierenden Drogenkonsums	Im Rahmen von Spezialprogrammen verteilte Spritzen
Land	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 Million Einwohner (Anzahl)	Fälle je 1 000 Einwohner	Anzahl
Belgien	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulgarien	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Tschechische Republik	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Dänemark	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Deutschland	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estland	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irland	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Griechenland	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Spanien	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Frankreich	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Kroatien	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Italien	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Zypern	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Lettland	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litauen	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luxemburg	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Ungarn	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Niederlande	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Österreich	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polen	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugal	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Rumänien	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slowenien	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slowakei	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finnland	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Schweden	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Vereinigtes Königreich	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Türkei	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norwegen	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Europäische Union	<b>17,1 (5 686)</b>	<b>3,5 (1 771)</b>	–	–
EU, Türkei und Norwegen	–	<b>3,1 (1 788)</b>	–	–

TABELLE 7

## SICHERSTELLUNGEN

Land	Heroin		Kokain		Amphetamine		Ecstasy	
	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen
	kg	Anzahl	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Tabletten (kg)	Anzahl
Belgien	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (-)	1 015
Bulgarien	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Tschechische Republik	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Dänemark	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (-)	523
Deutschland	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (-)	1 786
Estland	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irland	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Griechenland	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Spanien	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (-)	2 128
Frankreich	701	-	5 602	-	307	-	156 337 (-)	-
Kroatien	30	192	6	132	3	268	- (1,1)	105
Italien	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Zypern	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Lettland	1	427	1	28	30	820	847 (-)	24
Litauen	0,5	112	120	10	80	119	54 (-)	8
Luxemburg	3	190	2	122	1	13	137 (-)	10
Ungarn	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (-)	27
Niederlande	750	-	10 000	-	681	-	2 442 200 (61)	-
Österreich	222	393	65	912	35	607	8 998 (-)	113
Polen	36	-	213	-	618	-	31 092 (0,01)	-
Portugal	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Rumänien	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slowenien	20	439	27	251	9	203	960 (-)	16
Slowakei	0,3	82	2	19	11	607	529 (-)	16
Finnland	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (-)	513
Schweden	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Vereinigtes Königreich	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6 515	473 000 (-)	3 716
Türkei	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norwegen	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Europäische Union	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
EU, Türkei und Norwegen	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABELLE 7

## SICHERSTELLUNGEN (Fortsetzung)

Land	Cannabisharz		Cannabiskraut		Cannabispflanzen	
	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen	Sichergestellte Menge	Zahl der Sicherstellungen
	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Pflanzen (kg)	Anzahl
Belgien	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulgarien	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Tschechische Republik	21	24	563	558	90 091 (-)	259
Dänemark	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Deutschland	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (-)	2 204
Estland	5	48	25	466	– (7)	12
Irland	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (-)	542
Griechenland	44	145	22 383	6 262	34 040 (-)	831
Spanien	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Frankreich	51 118	–	3 270	–	131 307 (-)	–
Kroatien	23	343	1 070	4 098	6 703 (-)	211
Italien	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (-)	1 216
Zypern	0,1	20	100	863	385 (-)	39
Lettland	117	64	74	414	– (335)	4
Litauen	424	23	96	242	– (-)	–
Luxemburg	1	83	30	774	39 (-)	9
Ungarn	3	103	1 777	2 092	7 382 (-)	193
Malta	16	96	3	50	46 (-)	5
Niederlande	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (-)	–
Österreich	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Polen	39	–	1 489	–	61 585 (-)	–
Portugal	18 304	3 298	49	554	7 788 (-)	397
Rumänien	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slowenien	3	66	706	3 350	11 166 (-)	174
Slowakei	1	17	177	1 242	2 927 (-)	38
Finnland	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Schweden	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Vereinigtes Königreich	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Türkei	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norwegen	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Europäische Union	<b>457 424</b>	<b>239 942</b>	<b>104 535</b>	<b>394 891</b>	<b>6 906 153 (44 730)</b>	<b>29 048</b>
EU, Türkei und Norwegen	<b>486 442</b>	<b>257 808</b>	<b>229 522</b>	<b>457 037</b>	<b>6 906 153 (44 863)</b>	<b>33 058</b>





Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht  
**Europäischer Drogenbericht 2014: Trends und Entwicklungen**  
Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union  
2014 — 80 S. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-692-6  
doi:10.2810/3103



## WO ERHALTE ICH EU- VERÖFFENTLICHUNGEN?

### **Kostenlose Veröffentlichungen**

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

bei den Vertretungen und Delegationen der Europäischen Union. Die entsprechenden Kontaktdaten finden sich unter <http://ec.europa.eu> oder können per Fax unter der Nummer +352 2929-42758 angefragt werden

### **Kostenpflichtige Veröffentlichungen:**

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

### **Kostenpflichtige Abonnements**

(wie z. B. das *Amtsblatt der Europäischen Union* oder die Sammlungen der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union)

über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union ([http://publications.europa.eu/eu\\_bookshop/index\\_de.htm](http://publications.europa.eu/eu_bookshop/index_de.htm))



## Über diesen Bericht

Der Bericht *Trends und Entwicklungen* bietet auf höchster Ebene einen Überblick über das Drogenphänomen in Europa und befasst sich mit den Aspekten des Drogenangebots, des Drogenkonsums und der Problematik für die öffentliche Gesundheit sowie mit Fragen der Drogenpolitik und den politischen Maßnahmen in diesem Bereich. Dieser Bericht bildet in Verbindung mit den online verfügbaren europäischen Drogendaten (*Data and statistics*), den Länderübersichten (*Country overviews*) und den Drogenperspektiven (*Perspectives on drugs*) das Informationspaket „Europäischer Drogenbericht 2014“.

## Über die EMCDDA

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

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

