



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

DE

ISSN 2314-9051

# Europäischer Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2013





Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

# | Europäischer | Drogenbericht

Trends und Entwicklungen

2013

## Rechtlicher Hinweis

Diese Publikation ist Eigentum der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) und urheberrechtlich geschützt. Das 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 des 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, 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, 2013

ISBN 978-92-9168-609-4

doi:10.2810/87663

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2013  
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

*Printed in Spain*

GEDRUCKT AUF CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

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 Bemerkung und Danksagungen
- 11 **ZUSAMMENFASSUNG**  
**Alte und neue Drogenprobleme — die europäische Drogenlandschaft**
- 17 **KAPITEL 1**  
**Drogenangebot in Europa**
- 31 **KAPITEL 2**  
**Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme**
- 49 **KAPITEL 3**  
**Massnahmen gegen Drogen**
- 61 **KAPITEL 4**  
**Drogenpolitik**
- 67 **ANHANG**  
Tabellen mit Länderdaten



## Vorwort

In diesem Jahr präsentiert das EMCDDA seine jährliche Analyse der Drogensituation in neuem Format. Aus mehreren Komponenten zusammengesetzt, bildet der Europäische Drogenbericht (EDB) 2013 ein Paket, das einen zentralen Überblick über die Arbeit des EMCDDA vermitteln und den unterschiedlichen Adressatenkreisen einen leichten Zugriff auf die gewünschten Informationen ermöglichen soll. Er bietet eine aktuellere, interaktive und vernetzte Analyse. Diese Entwicklungen sind notwendig, um nicht nur der sich rasch wandelnden Drogensituation gerecht zu werden, sondern auch dem wachsenden Informationsbedarf und den sich ändernden Erwartungen unseres Zielpublikums.

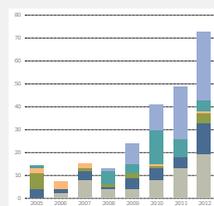
Zentraler Bestandteil des EDB-Pakets ist der vorliegende (auch online abrufbare) Bericht, der einen zusammenfassenden Überblick über bestehende Trends und Entwicklungen gibt. Das Begleitdokument Perspectives on drugs (PODs, Drogenperspektiven) befasst sich eingehender mit bestimmten wichtigen Themen, zu denen in diesem Jahr neue Behandlungsansätze für Hepatitis C, der hochriskante Cannabiskonsum und die Kontrolle der zunehmend verfügbaren neuen psychoaktiven Substanzen zählen. Vervollständigt wird das Paket durch das Statistical bulletin (Statistisches Bulletin) und die Country overviews (Länderübersichten), die Daten und Analysen für die nationale Ebene enthalten.

## EUROPÄISCHER DROGENBERICHT 2013

Ein Paket aus verknüpften Bestandteilen, das vollen Zugriff auf die verfügbaren Daten und eine Analyse zur Drogenproblematik in Europa bietet



**Trends und Entwicklungen**  
ein zusammenfassender Überblick über wesentliche Entwicklungen



**Statistisches Bulletin**  
mit vollständigen Datenarrays, erläuternden Abbildungen und methodischen Informationen



**Länderübersichten**  
nationale Daten und Analysen im Überblick



**Drogenperspektiven**  
interaktive Einblicke in zentrale Fragen

Zeitgleich damit wurde die neue EU-Drogenstrategie für 2013-2020 verabschiedet, in der die Europäische Union ihr Engagement für einen ausgewogenen und evidenzbasierten Ansatz in Drogenfragen bekräftigt. Ein wichtiger Teil des Auftrags des EMCDDA ist die Mitwirkung bei der Beschaffung von Informationen, die für die Umsetzung dieser Strategie benötigt werden. Viele positive Entwicklungen im Drogenbereich in Europa sind das Ergebnis einer Debatte, deren Grundlage das zunehmende fundierte Verständnis der Probleme sowie eine streng wissenschaftliche Einschätzung der erforderlichen Abhilfemaßnahmen ist. Wir sind stolz auf den Beitrag des EMCDDA zu diesem Prozess.

Wir wissen aber auch um die vor uns liegenden Herausforderungen. Die EU-Drogenstrategie muss einem neuen Gesamtumfeld Rechnung tragen, dessen verschiedene Dimensionen in diesem Bericht beleuchtet werden. Dazu zählen u. a. die notwendige Verbesserung der Bereitstellung von Drogendiensten für Konsumenten im Strafvollzug und die wachsende Bedeutung synthetischer Drogen. Zudem fällt die Umsetzung der Strategie in eine Zeit wirtschaftlicher Unsicherheit und weitreichender globaler Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft. Die Globalisierung und die technische Innovation wirken sich auf alle Bereiche des heutigen Lebens aus, was – wie nicht anders zu erwarten – auch für die zu bewältigenden Drogenprobleme gilt. Wir als Informationsagentur reagieren darauf mit der Bereitstellung aktueller und anpassbarer Ressourcen zu einem breiten Themenspektrum. Unserer Überzeugung nach stellt der EDB 2013 in Inhalt und Form einen bedeutenden Fortschritt bei der Bewältigung der vor uns liegenden Herausforderungen dar. Egal ob ein rascher strategischer Überblick über die Drogensituation oder eine gründliche Analyse der statistischen Daten benötigt wird – wir hoffen, dass der EDB 2013 einen hilfreichen und benutzerfreundlichen Zugang zu dem beachtlichen Wissensarsenal bietet, das mittlerweile in diesem Bereich zur Verfügung steht.

**João Goulão**

Vorsitzender des Verwaltungsrates des EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Direktor des EMCDDA





## Einleitende Bemerkung und Danksagungen

Dieser Bericht stützt sich auf Informationen, die dem EMCDDA von den EU-Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern Kroatien und Türkei sowie Norwegen zur Verfügung gestellt wurden.

Die hier veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich auf das Jahr 2011 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 Statistical bulletin des EMCDDA für 2013 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.

Das 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 des 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 Verbrechenbekämpfung), dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa, Interpol, der Weltzollorganisation, dem Projekt ESPAD (Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen) und dem Schwedischen Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN);
- | dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union, Missing Element Designers und Composiciones Rali.

### Nationale Reitox-Knotenpunkte

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

# Zusammenfassung

**Der Drogenmarkt ist heute offenbar komplexer und dynamischer und orientiert sich strukturell nicht mehr so stark an den pflanzlichen Stoffen, die über weite Strecken zu den europäischen Abnehmern transportiert werden**

# Alte und neue Drogenprobleme — die europäische Drogenlandschaft 2013

Die Hauptmerkmale der europäischen Drogenlandschaft sind in den letzten Jahren relativ unverändert geblieben. Der Drogenkonsum befindet sich weiterhin auf einem vergleichsweise hohen Stand, es sind aber auch positive Entwicklungen zu beobachten. So hat das Behandlungsangebot ein Rekordniveau erreicht, und es zeichnet sich ein allmählicher Rückgang des injizierenden Neukonsums von Heroin, des Kokainkonsums und des Cannabisrauchens ab. Doch bei allem Optimismus darf nicht übersehen werden, dass Jugendarbeitslosigkeit und Leistungskürzungen die „alten“ Probleme zurückbringen könnten. Außerdem sind bei näherer Betrachtung Veränderungen in der Drogensituation sowie „neue“ Probleme erkennbar, angesichts derer die derzeitigen Strategien und Praxismodelle hinterfragt werden müssen: Gemeint ist das Aufkommen neuer synthetischer Drogen und neuer Konsummuster sowohl im Bereich der illegalen Drogen als auch im Bereich der von den Drogengesetzen nicht erfassten Substanzen.

Der Drogenmarkt ist heute offenbar komplexer und dynamischer und orientiert sich strukturell nicht mehr so stark an den pflanzlichen Stoffen, die über weite Strecken zu den europäischen Abnehmern transportiert werden. Wichtige Triebkräfte hierbei sind die Globalisierung und die Weiterentwicklung der Informationstechnologie. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen verändern sich die Muster des Drogenkonsums, was künftig auch die Drogenprobleme in Europa beeinflussen könnte. Wachsende Herausforderungen bringt auch das Internet mit sich, das neuen Trends zu rascher Ausbreitung verhilft und zunehmend als anonymer Markt mit globaler Reichweite fungiert. Es schafft eine neue Form der Vernetzung zwischen Drogenkonsumenten und Drogenanbietern. Andererseits erleichtert es die Suche nach innovativen Wegen zu einer wirksamen Behandlung, Prävention und Schadensminimierung.

Wie sich diese Veränderungen auf die öffentliche Gesundheit auswirken werden, ist noch nicht absehbar. Zwar gibt es Anzeichen dafür, dass die heutigen Drogenstrategien in einigen wichtigen Bereichen wirklich greifen, doch ist die sich verändernde Drogensituation zu beachten. Wenn die derzeitigen Maßnahmen auch weiterhin zielführend und zweckentsprechend sein sollen, sind demnach Anpassungen erforderlich.

## Cannabis

Trotz einiger Hinweise auf rückläufige Trends insbesondere in Ländern mit langjähriger hoher Prävalenz befindet sich der Cannabiskonsum in Europa weiter auf einem vergleichsweise hohen Stand, und es existiert ein großer und relativ solider Markt für diese Substanz. Außerdem steigt die Vielfalt der angebotenen Cannabisprodukte. Cannabiskraut mit teilweise hoher Stärke hat an Bedeutung gewonnen, und in jüngster Zeit sind synthetische „cannabisartige“ Produkte hinzugekommen. Beide Entwicklungen könnten aus gesundheitspolitischer Sicht Anlass zu Besorgnis geben. Aufgrund seines Status als meistkonsumierte Droge ist Cannabis ein wichtiges Zielobjekt der Präventionsarbeit unter Jugendlichen, bei der milieubezogene Strategien immer stärker in den Blickpunkt des Interesses rücken. Der Grund dafür ist die Erkenntnis, dass milieubezogene Ansätze erfolgreich zur Bekämpfung von Problemen beigetragen haben, die mit dem Konsum legaler Substanzen wie Tabak und Alkohol zusammenhängen.

Wenn die Indikatoren für den Gesamtkonsum von Cannabis in Europa positive Veränderungen zeigen, ist dabei stets die recht unterschiedliche Situation auf der nationalen Ebene zu beachten. Beispielsweise melden einige Länder durchweg niedrige und stabile Prävalenzraten, während viele mittel- und osteuropäische Länder seit 2000 einen deutlichen Anstieg des Cannabiskonsums verzeichnet haben. Neben den allgemeinen Trends müssen auch die unterschiedlichen Konsummuster berücksichtigt werden, unter denen der regelmäßige und der Langzeitkonsum die meisten Schäden hervorrufen. Durch Cannabiskonsum resultierende Probleme werden in Europa inzwischen besser erkannt und verstanden; immerhin ist Cannabis bei den Patienten, die sich in eine spezielle Drogenbehandlung begeben, die am zweithäufigsten konsumierte Droge. Zwar sind es meist relativ junge Männer, die eine Behandlung wegen Cannabis aufnehmen, doch wird auch den Problemen älterer chronischer Konsumenten zunehmende Aufmerksamkeit gewidmet.

Generell betrachtet ist Cannabis eine Droge, die die Gesellschaft polarisiert. Einige Länder treffen bei ihren Drogenkontrollstrategien sogar eine ausdrückliche Unterscheidung zwischen Cannabis und anderen Substanzen.

## Heroin und andere Opiode

Vor dem Hintergrund eines insgesamt gestiegenen Behandlungsangebots für Heroinkonsumenten deuten die Indikatoren nunmehr auf eine rückläufige Tendenz

beim Konsum wie auch bei der Verfügbarkeit dieser Droge hin. Außerdem ist ein langfristiger Abwärtstrend in der Menge des sichergestellten Heroins zu erkennen, und in jüngster Zeit sinkt auch die Anzahl der Sicherstellungen von Heroin. Einige Länder geben an, dass Heroin in den letzten zehn Jahren zunehmend durch andere Opiode vom Markt verdrängt wurde. Andere Länder haben in jüngerer Zeit Schocks oder Engpässe auf den relevanten Märkten verzeichnet, auf die im Allgemeinen eine teilweise Erholung folgte.

Auch die Zahl der Heroinkonsumenten, die sich erstmals in Behandlung begeben, sinkt kontinuierlich. Insgesamt gesehen sind die in Heroinbehandlung befindlichen Patienten im Altern begriffen. In den letzten Jahren gab es immer weniger opioidbedingte Todesfälle. Früher wurde Heroin in der Regel injiziert, doch bei dieser Art des Konsums geht die Tendenz langfristig nach unten. Dies und die Auswirkungen der ergriffenen Maßnahmen dürften zu dem beobachteten Rückgang der Zahl der drogenbedingten HIV-Neuinfektionen beigetragen haben. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass dieser positive Trend unlängst durch die Ausbrüche von HIV-Infektionen in Griechenland und Rumänien unterbrochen wurde, die mit dem injizierenden Drogenkonsum im Zusammenhang stehen. Es kommt also auf eine Bündelung von Maßnahmen insbesondere im Bereich der Schadensminimierung und der Drogenbehandlung an, wenn Europa in diesem Bereich eine anhaltend rückläufige Entwicklung herbeiführen will. Ungeachtet der neuen Tendenzen beim Heroinkonsum ist dieses Problem so hartnäckig, dass es für die Suchthilfe noch über Jahre hinweg ein zentrales Thema sein wird. Angesichts der großen Zahl von Drogenkonsumenten, die mit diesen Diensten in Kontakt stehen, muss zunehmendes Augenmerk auf die Kontinuität der Betreuung, die soziale

**Vor dem Hintergrund eines insgesamt gestiegenen Behandlungsangebots für Heroinkonsumenten deuten die Indikatoren nunmehr auf eine rückläufige Tendenz beim Konsum wie auch bei der Verfügbarkeit dieser Droge hin**

Wiedereingliederung und die Erarbeitung eines Konsens über realistische langfristige Rehabilitationsergebnisse gelegt werden.

## Kokain

Nur wenige Länder berichten über Probleme mit dem Konsum von Crack, doch wo er auftritt, geht er oft mit einem problematischen Konsum von anderen Substanzen einschließlich Heroin einher. Der Konsum von Kokainpulver ist weit stärker verbreitet, konzentriert sich aber auf eine relativ geringe Zahl westeuropäischer Länder. Insgesamt weisen die Indikatoren für den Kokainkonsum und das Kokainangebot seit einigen Jahren nach unten, doch der drastische Rückgang der sichergestellten Menge ist wohl zum Teil auch auf die Diversifizierung der Schmuggelrouten und -methoden organisierter Banden zurückzuführen. Der Anteil der Sicherstellungen auf der iberischen Halbinsel ist nach wie vor hoch, im Vergleich zu früher jedoch zurückgegangen, während die aus Osteuropa gemeldeten Sicherstellungen Anlass zur Sorge geben und Fragen nach einer möglichen weiteren geografischen Ausweitung des Konsums aufwerfen.

In den Ländern mit höherer Prävalenz lassen sowohl Erhebungsdaten als auch Daten zur Behandlungsaufnahme in letzter Zeit einen Rückgang des Kokainkonsums erkennen, der sich dennoch auf einem historisch hohen Stand befindet. Die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain hat sich leicht verringert, doch ist bei der Interpretation der betreffenden Daten Vorsicht geboten. In einigen Teilen Europas kam es wegen akuter Probleme aufgrund von Kokainkonsum zu Krankenhaus-Notaufnahmen, doch sind unsere Kapazitäten für die systematische Beobachtung in diesem Bereich limitiert. Zum Thema Behandlung ist anzumerken, dass in vielen Ländern zunehmend spezialisierte Dienste für Personen mit problematischem Kokainkonsum zur Verfügung stehen. Die Evidenzbasis in diesem Bereich spricht zugunsten psychosozialer Maßnahmen.

## Synthetische Stimulanzien

Das Verständnis der allgemeinen Konsumtrends von synthetischen Stimulanzien wird dadurch erschwert, dass die Konsumenten diese Drogen je nach Verfügbarkeit, Preis und angenommener „Qualität“ häufig gegeneinander austauschen. Amphetamin und Ecstasy sind weiterhin die meistkonsumierten synthetischen Stimulanzien in Europa und konkurrieren in gewissem Maße mit Kokain. Amphetamin ist in vielen Ländern ein wichtiger

Mosaikstein im Gesamtbild des Drogenkonsums, und der injizierende Amphetaminkonsum trägt seit jeher wesentlich zu den chronischen Drogenproblemen in vielen nördlichen Ländern bei. Auch wenn die meisten Amphetamin-Indikatoren längerfristig stabil geblieben sind, deuten doch neuere Daten auf eine gestiegene Verfügbarkeit von Methamphetamin hin, das jetzt auf vielen Märkten das Amphetamin verdrängt. Einigen Anzeichen zufolge hat Ecstasy in den letzten Jahren an Popularität verloren, was daran liegen mag, dass viele als Ecstasy verkaufte Pillen gar kein MDMA enthielten oder einen geringen Reinheitsgrad aufwiesen. Seit Kurzem scheinen die Ecstasy-Hersteller effizientere Wege zur Beschaffung von MDMA gefunden zu haben, was sich im Inhalt der Tabletten niederschlägt. Zwar bleibt abzuwarten, ob das Interesse an dieser Droge dadurch wieder auflebt, aber einige erste Erkenntnisse deuten in diese Richtung.

Stimulanzien können insbesondere bei hoher Dosierung gesundheitsschädigend wirken. Jedes Jahr werden auch einige Todesfälle gemeldet. Verursacht der Konsum von synthetischen Stimulanzien Probleme, so ist die Notaufnahme eines Krankenhauses oftmals der erste Kontakt überhaupt mit einem Hilfsangebot. Einige aktuelle europäische Projekte richten sich auf die verbesserte Beobachtung in diesem Bereich und die Erarbeitung von Leitlinien für eine wirksame Reaktion auf Drogennotfälle in der Nachtclubszene. Stimulanzienbedingte Todesfälle kommen zwar relativ selten vor, sind aber dennoch besorgniserregend, vor allem wenn es sich um junge und ansonsten gesunde Erwachsene handelt. Zusätzlich verkompliziert wird die Lage durch das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen unbekannter Toxizität, wie z. B. der vom Drogenrecht nicht erfassten Stimulans 4-MA auf dem illegalen Drogenmarkt. Erstmals 2009 gemeldet, wird die Droge entweder als Amphetamin verkauft oder mit Amphetamin gemischt. Eine Häufung von Todesfällen im Zusammenhang mit dieser Substanz war Anlass für eine Risikoeinschätzung, deren Ergebnis die rechtliche Erfassung auf europäischer Ebene empfiehlt.

## Neue psychoaktive Substanzen

In Europa wächst die Zahl neuer psychoaktiver Substanzen, die oftmals die Wirkung verbotener Drogen nachahmen sollen. Einige davon werden direkt auf dem illegalen Markt vertrieben, andere – die sogenannten „Legal Highs“ – dagegen zum Teil offen verkauft. In diesem Bereich schreitet die Entwicklung rasch voran, und es kommen immer neue Substanzen hinzu. Hin und wieder wechselt eine Substanz auf den illegalen Markt über und erlangt dort Popularität. Jüngstes Beispiel dafür ist Mephedron. Über das EU-Frühwarnsystem wurden

im Jahr 2013 fast wöchentlich Meldungen über neue Substanzen erfasst. In den letzten Jahren waren dies überwiegend neue synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten (CRA), Phenethylamine und Cathinone, die weitgehend die beliebtesten illegalen Drogen nachahmen. Ein zunehmender Anteil der gemeldeten Substanzen gehört weniger bekannten und schwerer bestimmbar chemischen Gruppen an. Viele der angebotenen Produkte enthalten Substanzmischungen. Aufgrund des Mangels an pharmakologischen und toxikologischen Daten sind gesundheitliche Langzeitfolgen des Konsums nur schwer abschätzbar. Die vorhandenen Daten zeigen aber immer deutlicher, dass einige dieser Substanzen Probleme hervorrufen, die klinische Interventionen erforderlich machen, und es waren auch schon Todesfälle zu verzeichnen.

Die Europäische Kommission erarbeitet momentan einen neuen Vorschlag zur Stärkung der Reaktion der EU auf

die neuen psychoaktiven Substanzen. Sie werden zwar überwiegend von jungen Menschen in Freizeitmilieus konsumiert, finden aber auch eine gewisse Verbreitung unter problematischen Drogenkonsumenten. In Ländern, die über eine mangelnde Verfügbarkeit von Heroin berichten, treten synthetische Stimulanzien und insbesondere Cathinone teilweise an die Stelle von Opioiden. Das Motiv für den Übergang vom injizierenden Heroinkonsum zum Konsum von Cathinonen ist unklar, doch könnte die leichte Zugänglichkeit und die vermeintlich hohe Qualität der neuen Drogen eine Rolle spielen. Die Zunahme des injizierenden Konsums, der psychischen Probleme und körperlichen Schädigungen sind aus gesundheitlicher Sicht bedenklich. Im Kampf gegen das Problem der neuen Drogen haben die Länder bereits verschiedene Kontrollmaßnahmen ausprobiert. Weniger weit vorangeschritten, aber nicht minder wichtig, ist die Konzipierung und Einführung sinnvoller Maßnahmen zur Nachfragereduzierung.



# 1

**Die mit Abstand am häufigsten  
sichergestellte Droge in Europa  
ist Cannabis, worin sich die hohe  
Konsumprävalenz reflektiert**

# Drogenangebot in Europa

Europa ist ein wichtiges Zielgebiet für die Einfuhr verbotener Substanzen und spielt auch eine gewisse Rolle als Durchgangsstation für Drogen, die in andere Regionen befördert werden. Die nach Europa gelangenden Drogen stammen weitgehend aus Lateinamerika, Westasien und Nordafrika, doch aufgrund der Dynamik des modernen Drogenmarktes gewinnen auch andere Regionen der Welt an Bedeutung. Europa ist außerdem Erzeugerregion für Cannabis und synthetische Drogen. Während die Cannabisproduktion 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 zunehmende 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 neben verbotenen Substanzen auf dem illegalen Drogenmarkt verkauft.

## Beobachtung des Drogenangebots

Die Analyse in diesem Abschnitt stützt sich auf Daten unterschiedlicher Art: Sicherstellungen von Drogen, aufgedeckte Produktionseinrichtungen für Drogen, Sicherstellungen chemischer Grundstoffe, Drogendelikte, Einzelhandelspreise sowie forensische Analysen sichergestellter Drogen. Vollständige Datensätze und ausführliche Darlegungen zur Methodik sind im Statistical bulletin enthalten. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Entwicklungstrends durch verschiedene Faktoren wie beispielsweise die Intensität der Strafverfolgung und die Wirksamkeit von Verbotsmaßnahmen beeinflusst werden können.

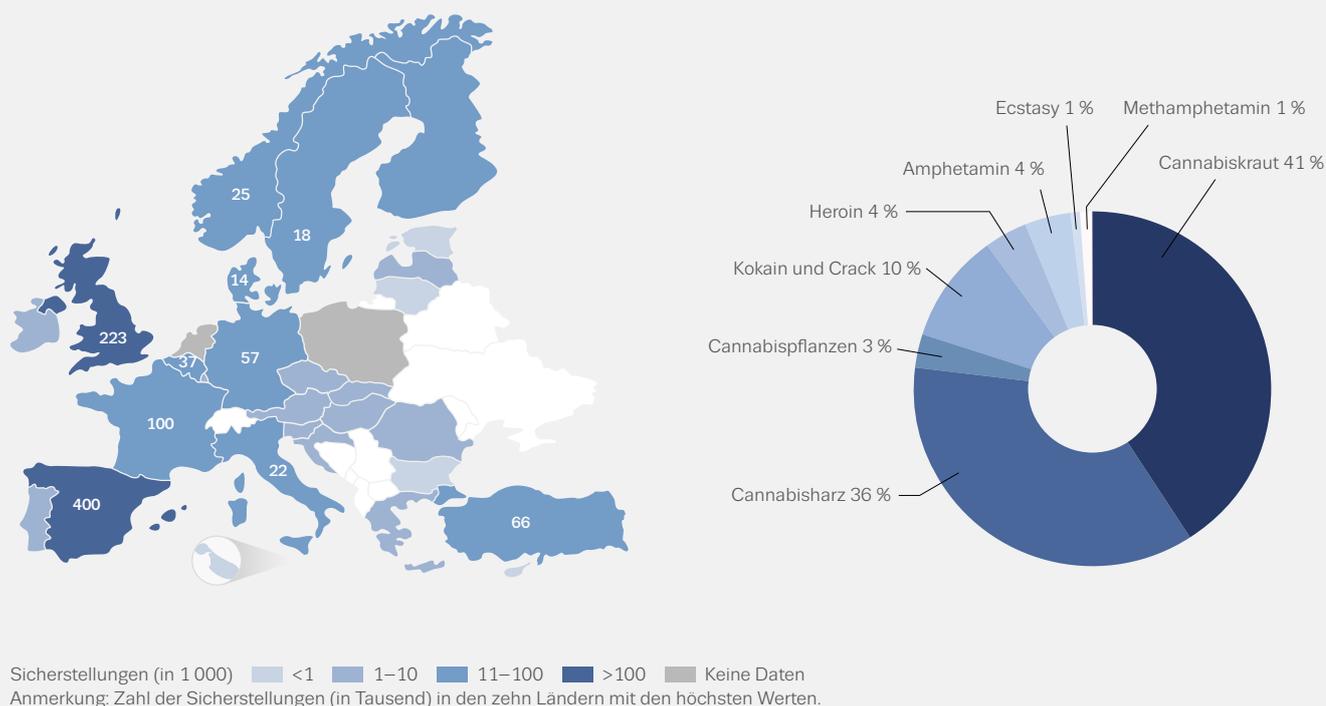
Die Daten zu den neuen psychoaktiven Substanzen beruhen auf den Meldungen an das EU-Frühwarnsystem, das über die nationalen Netze des EMCDDA und Europol mit Informationen versorgt wird. Eine umfassende Beschreibung dieses Mechanismus findet sich auf der EMCDDA-Website unter Action on new drugs.

## Eine Million Sicherstellungen illegaler Drogen in Europa

Die Zahl der Sicherstellungen illegaler Drogen ist in der langfristigen Tendenz klar im Steigen begriffen. Für 2011 wurden rund eine Million Sicherstellungen gemeldet. Obwohl es sich in den meisten Fällen um kleine, bei Konsumenten beschlagnahmte Mengen handelt, 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), 2011



Der überwiegende Teil der für 2011 gemeldeten Sicherstellungen entfiel auf nur zwei Länder – Spanien und das Vereinigte Königreich –, aber auch Belgien und vier nordische Länder gaben relativ hohe Werte an. Die Türkei nimmt bei den Sicherstellungen ebenfalls einen bedeutenden Platz ein, wobei die abgefangenen Lieferungen zum Teil für den Konsum in anderen Ländern sowohl in Europa als auch im Nahen Osten bestimmt sind.

Die mit Abstand am häufigsten sichergestellte Droge in Europa ist Cannabis, worin sich die hohe Konsumprävalenz reflektiert (Abbildung 1.1). An zweiter Stelle folgt Kokain, das etwa doppelt so oft sichergestellt wird wie Amphetamine oder Heroin. Die Zahl der Ecstasy-Sicherstellungen ist niedriger und hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen.

### ■ Cannabis: Veränderungen im Angebot

Cannabis ist auf dem europäischen Drogenmarkt gemeinhin in zwei Formen anzutreffen: Cannabiskraut („Marihuana“) und Cannabisharz („Haschisch“). Der Jahreskonsum dieser Produkte kann grob mit 2 500 Tonnen beziffert werden.

Das in Europa konsumierte Cannabiskraut wird im Inland angebaut, aus Nachbarländern eingeschmuggelt und einigen Berichten zufolge auch aus anderen Regionen

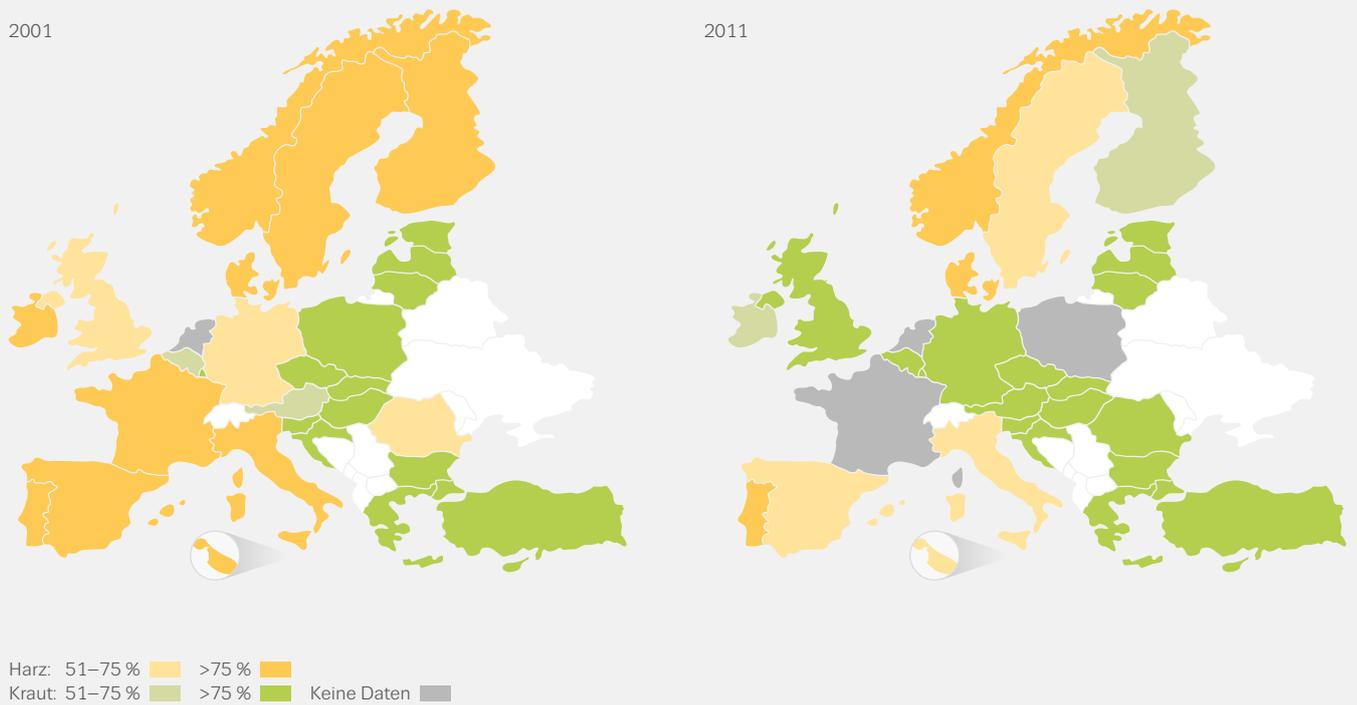
einschließlich Afrika eingeführt. Cannabisharz gelangt größtenteils auf dem See- oder Luftweg aus Marokko nach Europa. Hinsichtlich der beschlagnahmten Mengen wird das Cannabisharz im europäischen Durchschnitt in größeren Mengen beschlagnahmt als das Cannabiskraut.

Was die Anzahl der Sicherstellungen angeht, so hat das Cannabiskraut in den vergangenen zehn Jahren das Harz überholt und macht nunmehr über die Hälfte aller Cannabis-Sicherstellungen aus (Abbildung 1.3). Zum Teil liegt das an der Verfügbarkeit von im Inland produziertem Cannabiskraut, die in vielen Ländern steigt. Von der sichergestellten Menge her rangiert jedoch das Cannabisharz ungeachtet eines Rückgangs in den letzten Jahren nach wie vor weit vor dem Cannabiskraut (2011: 483 Tonnen gegenüber 92 Tonnen Kraut).

Zu den europäischen Trends bei den Cannabis-Sicherstellungen ist anzumerken, dass eine kleine Zahl von Ländern überdurchschnittlich stark ins Gewicht fällt (Abbildung 1.4). Spanien beispielsweise, das nahe an Marokko liegt und selbst über einen bedeutenden Markt verfügt, meldete 2011 rund zwei Drittel der in Europa sichergestellten Menge an Cannabisharz. Bei Cannabiskraut meldeten Griechenland und Italien in jüngster Zeit starke Zunahmen der sichergestellten Mengen. Die größten Mengen an Cannabiskraut werden seit 2007 in der Türkei sichergestellt.

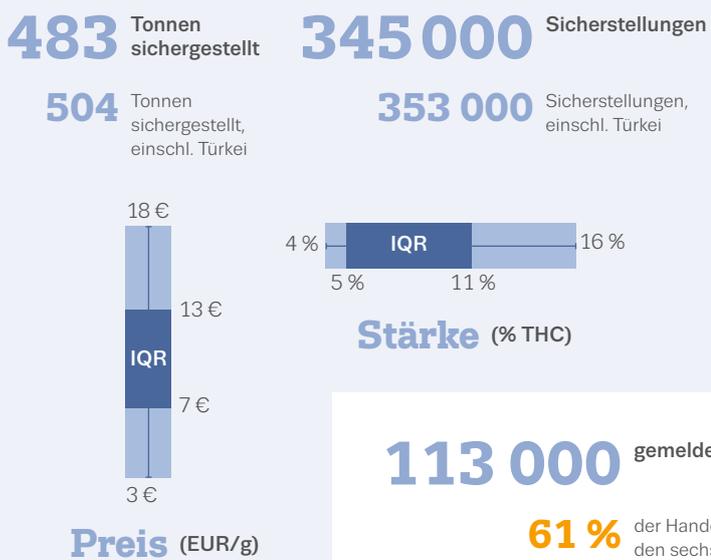
ABBILDUNG 1.2

Vorherrschende Cannabisform, d. h. Kraut oder Harz, bei den Sicherstellungen (Anzahl) 2001 und 2011

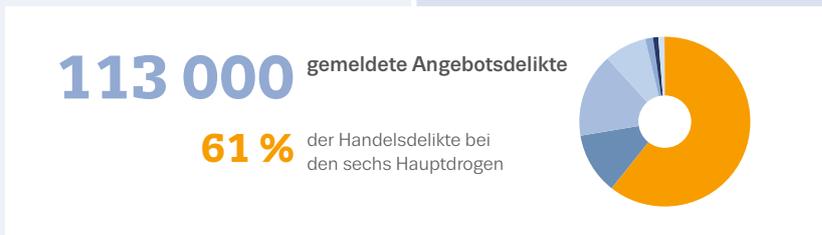
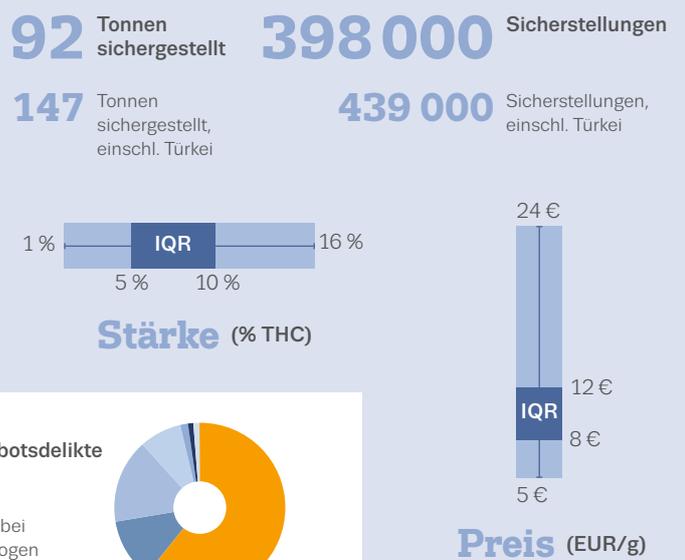


CANNABIS

Harz



Kraut

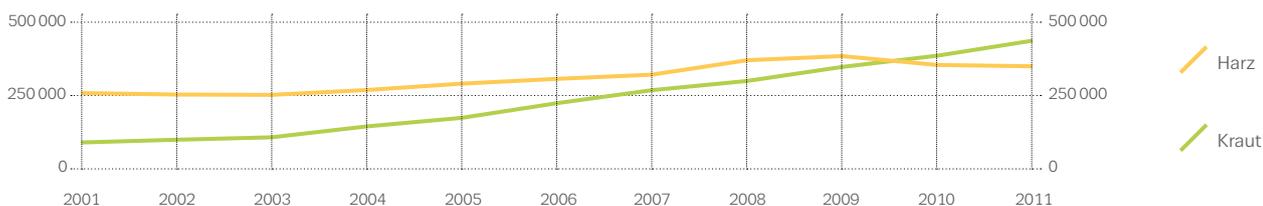


Preis und Stärke von Cannabisprodukten: nationale Mittelwerte, Minimum, Maximum und Interquartilspanne (IQR). Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

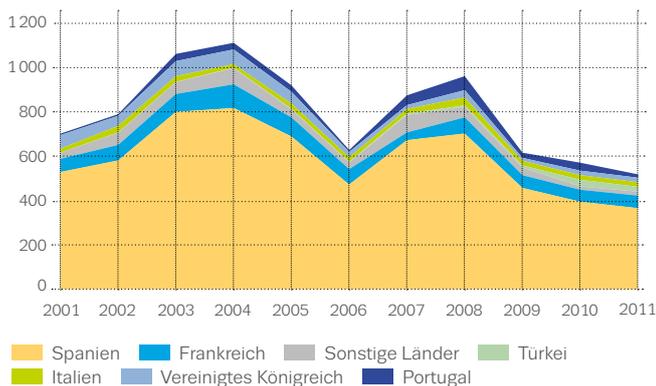
## ABBILDUNG 1.3

Zahl der Cannabis-Sicherstellungen und sichergestellte Menge in Tonnen: Harz und Kraut, 2001-2011

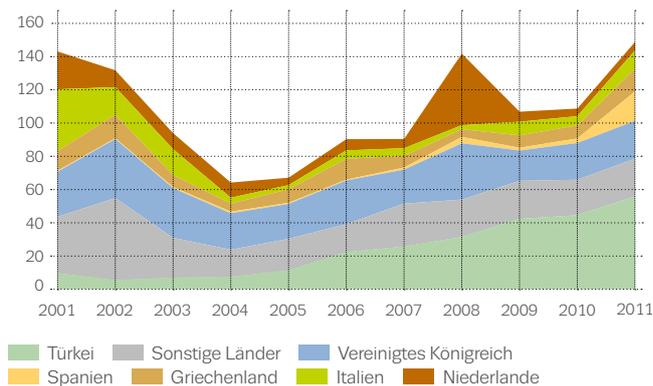
Zahl der Sicherstellungen



Harz (Tonnen)



Kraut (Tonnen)



Die Sicherstellungen von Cannabispflanzen können als Indikator für die inländische Produktion dienen, auch wenn die Qualität der diesbezüglichen Daten einen Vergleich erschwert. Im Jahr 2011 wurden in Europa 31 000 Sicherstellungen von Cannabispflanzen gemeldet. Diese Meldungen betrafen sowohl die Zahl der sichergestellten Pflanzen (insgesamt 4,4 Millionen) als auch die Menge (33 t). Die höchsten Pflanzenzahlen wurden von den Niederlanden (2 Millionen), Italien (1 Millionen) und dem Vereinigten Königreich (627 000) gemeldet. Ausgehend vom Gewicht waren Spanien (26 t) und Bulgarien (5 t) Spitzenreiter bei den Sicherstellungen.

15 kg reinen CRA-Pulvers sichergestellt, das aus China stammte und nach Russland befördert werden sollte.

### Heroin: Anzeichen für einen Rückgang

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 weniger stark verbreitet ist und früher aus Südostasien stammte, jetzt aber auch anderswo produziert werden kann. In begrenztem Umfang werden Opiode auch weiterhin in Europa produziert, darunter vor allem Produkte aus selbstangebautem Mohn, die aus Teilen Osteuropas gemeldet werden.

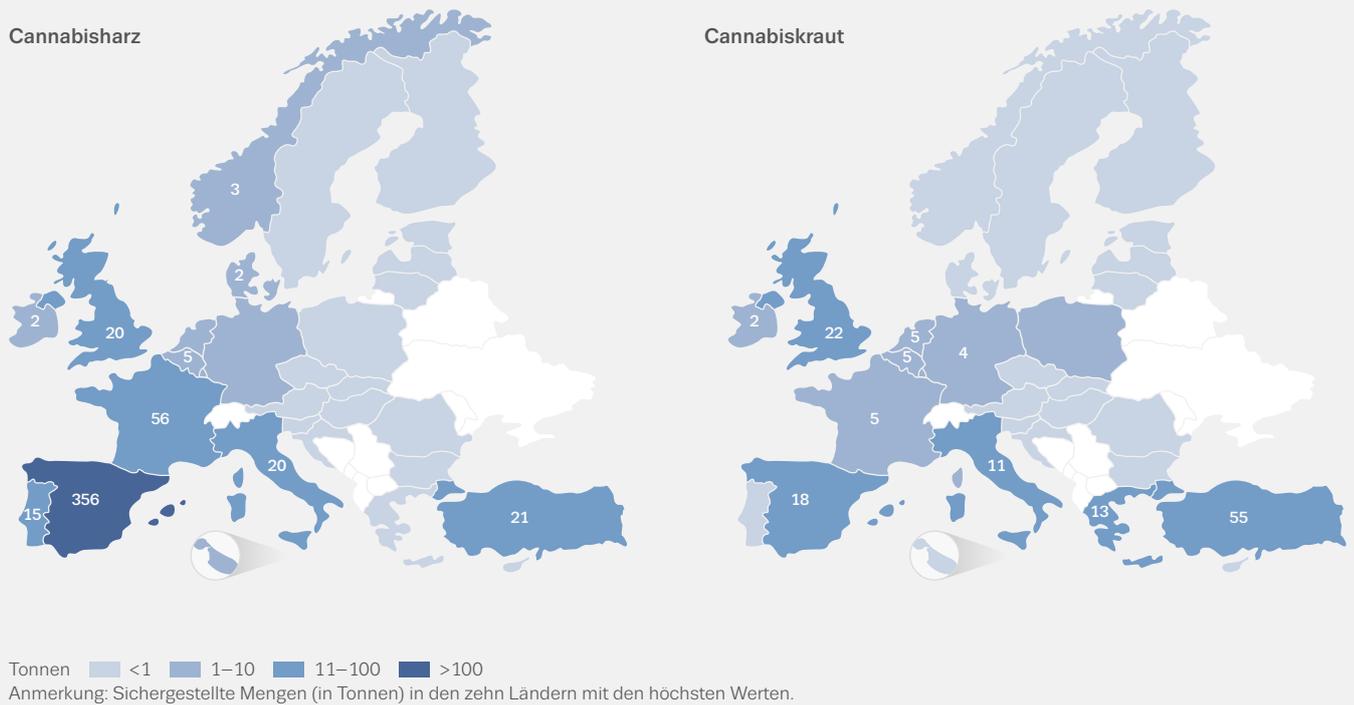
### Eine neue Dimension: synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten

Die seit kurzem verfügbaren Produkte mit synthetischen Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten (CRA), die die Wirkung der in Cannabis enthaltenen psychoaktiven Verbindungen nachahmen, verleihen dem Cannabismarkt eine neue Dimension. Sie können extrem stark sein und wurden inzwischen in praktisch allen europäischen Ländern gemeldet. Meist in Pulverform in Lieferungen von jeweils mehreren Kilogramm aus Asien eingeführt, werden sie anschließend in Europa verarbeitet und verpackt. Es gibt auch einige Hinweise auf einen Transit chemischer Ausgangsstoffe durch Europa; so wurden unlängst fast

**Die 2011 sichergestellte Heroinmenge entsprach dem niedrigsten gemeldeten Stand seit zehn Jahren und machte nur etwa die Hälfte der 2001 sichergestellten Menge aus**

ABBILDUNG 1.4

Menge an sichergestelltem Cannabisharz (links) und Cannabiskraut (rechts), 2011



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 zwei nicht scharf abgrenzbaren Schmuggelwegen nach Europa: auf der traditionell bedeutsameren „Balkanroute“, die in westlicher Richtung durch die Türkei in die Balkanländer (Bulgarien, Rumänien

oder Albanien) und von dort aus weiter nach Mittel-, Süd- und Westeuropa verläuft, sowie in jüngerer Zeit auch auf der „Nördlichen“ oder „Seidenroute“, die in nördlicher Richtung über die ehemaligen Sowjetrepubliken in Zentralasien nach Russland verläuft. Generell ist die Situation aber eher komplexer geworden, und Heroinlieferungen aus Iran und Pakistan gelangen auf dem Luft- oder Seeweg entweder direkt oder auf Umwegen über west- und ostafrikanische Länder nach Europa.

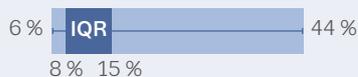
HEROIN

**6,1** Tonnen sichergestellt

**40 500** Sicherstellungen

**13,4** Tonnen sichergestellt, einschl. Türkei

**43 800** Sicherstellungen, einschl. Türkei



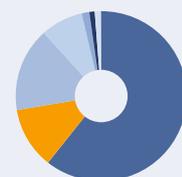
**Reinheit (%)**



**Preis (EUR/g)**

**23 300** gemeldete Angebotsdelikte

**12 %** der Handelsdelikte bei den sechs Hauptdrogen



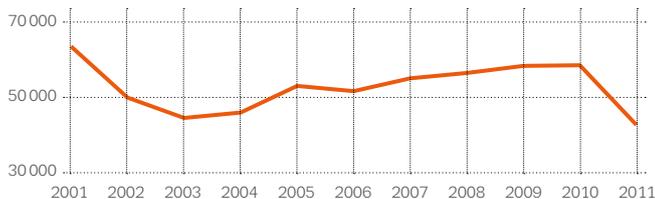
Preis und Reinheit von „braunem Heroin“: nationale Mittelwerte, Minimum, Maximum und Interquartilsperiode (IQR).

Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

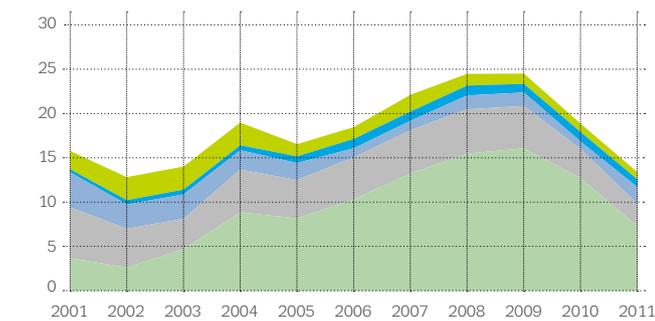
ABBILDUNG 1.5

Zahl der Heroin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2001-2011

Zahl der Sicherstellungen



Tonnen



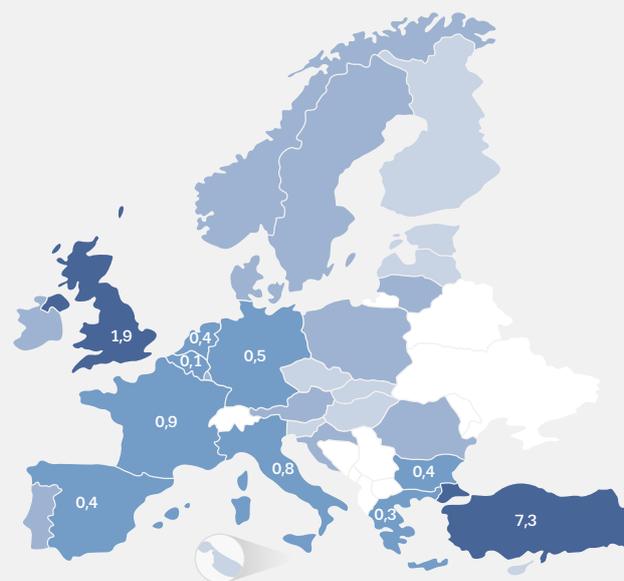
Türkei Sonstige Länder Vereinigtes Königreich  
Frankreich Italien

Die 2011 sichergestellte Heroinmenge (6,1 t) entsprach dem niedrigsten gemeldeten Stand seit zehn Jahren und machte nur etwa die Hälfte der 2001 sichergestellten Menge (12 t) aus. Im selben Zeitraum (2001-2011) nahm auch die Zahl der Sicherstellungen ab – hatte sie 2001 einen Höchstwert von 63 000 erreicht, waren es 2011 nur noch geschätzte 40 500. In gewissen Maße erklärt sich dieser Rückgang aus der zwischen 2002 und 2009 beobachteten Zunahme der Sicherstellungen in der Türkei, die seit 2006 durchweg größere Mengen dieser Droge beschlagnahmt hat als alle anderen Länder zusammengenommen (Abbildung 1.5). Allerdings wurden in der Türkei 2010 und 2011 deutliche Rückgänge der sichergestellten Mengen gemeldet.

Neben dem Rückgang der Heroin-Sicherstellungen und der Straftaten im Zusammenhang mit dem Heroinangebot waren in jüngerer Zeit auch mehr starke und kurzfristige Marktschocks zu verzeichnen, die wahrscheinlich auf die erfolgreichen Verbotmaßnahmen auf der Balkanroute zurückzuführen sind. Mehrere Länder mit relativ großen Populationen von Heroinkonsumenten verzeichneten Ende 2010 und Anfang 2011 eine erhebliche Heroinknappheit, von der sich anscheinend nur einige wenige Märkte erholt haben.

ABBILDUNG 1.6

Menge an sichergestelltem Heroin, 2011



Tonnen <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0  
Anmerkung: Sicherstellte Mengen (in Tonnen) in den zehn Ländern mit den höchsten Werten.

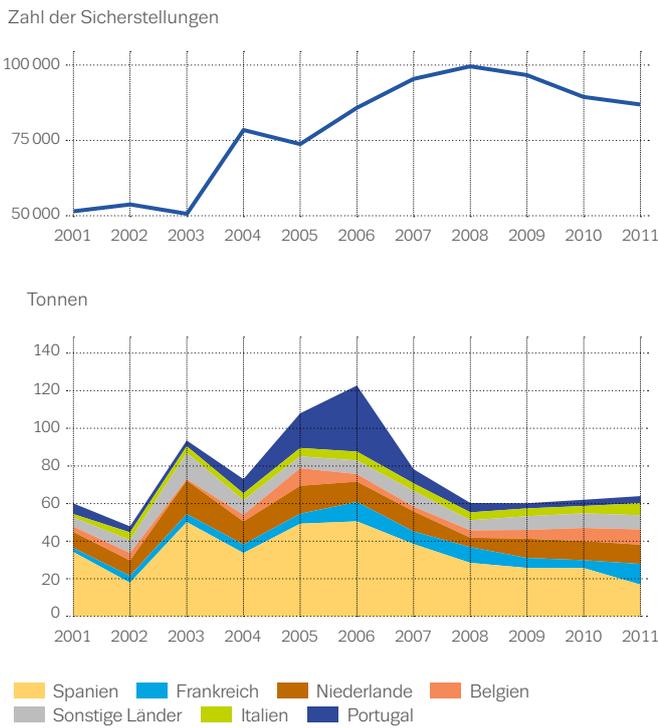
Kokain: Änderungen beim Handel?

Kokain wird in Europa in zwei Formen angeboten, größtenteils jedoch als Kokainpulver (ein Hydrochloridsalz, HCl). Der 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. Die Haupthandelsroute nach Europa verläuft offenbar über die iberische Halbinsel (Spanien und Portugal), doch angesichts der zunehmenden Verschiffung per Container könnten die großen Häfen in Belgien, den Niederlanden und anderen westeuropäischen Ländern mittlerweile größere Bedeutung erlangt haben. Ein aktueller Hinweis auf die weitere Diversifizierung der nach Europa führenden Kokainhandelsrouten sind die großen Einzelbeschlagnahmungen in bulgarischen, griechischen, rumänischen und baltischen Häfen.

Nicht alles Kokain gelangt vermarktungsfertig nach Europa. In den letzten Jahren wurden eine Reihe illegaler „Labors“ in Europa ausgehoben. In Spanien belief sich die Zahl der zwischen 2008 und 2010 entdeckten und ausgehobenen Einrichtungen auf 73. Zumeist handelte es sich um Sekundärextraktionslabors, in denen Kokain aus anderen Materialien extrahiert wurde, in denen es versteckt war – darunter Bienenwachs, Dünger, Kunststoffe, Lebensmittel und Kleidungsstücke.

ABBILDUNG 1.7

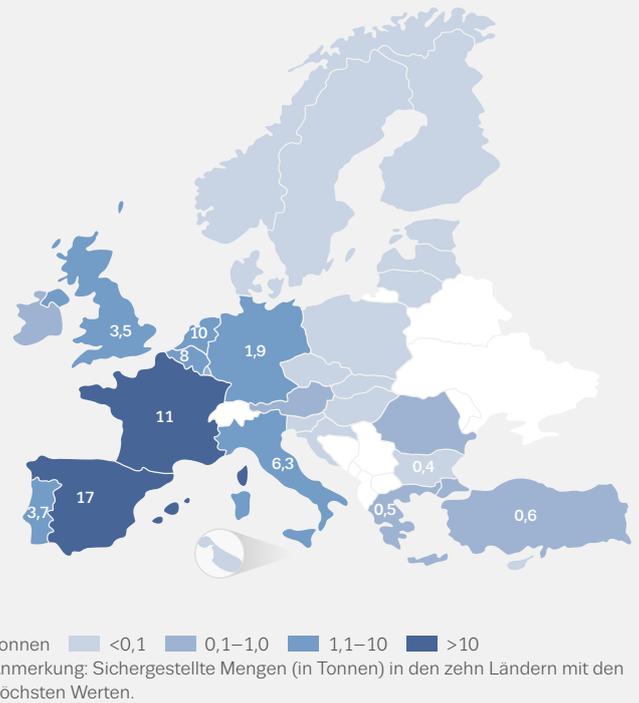
Zahl der Kokain-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2001-2011



Im Jahr 2011 wurden in Europa ca. 86 000 Kokain-Sicherstellungen im Gesamtumfang von 62 Tonnen gemeldet. Das entspricht einem fast 50%igen Rückgang gegenüber den 120 Tonnen Kokain im Spitzenjahr 2006. Die Zahl der Sicherstellungen hat – allerdings weniger stark – ebenfalls abgenommen, nachdem sie 2008 mit 100 000 einen Höchststand erreichte (Abbildung 1.7). Am deutlichsten hat sich die sichergestellte Kokainmenge auf der iberischen Halbinsel verringert: Spanien und Portugal, die 2006 noch 84 Tonnen abgefangan hatten,

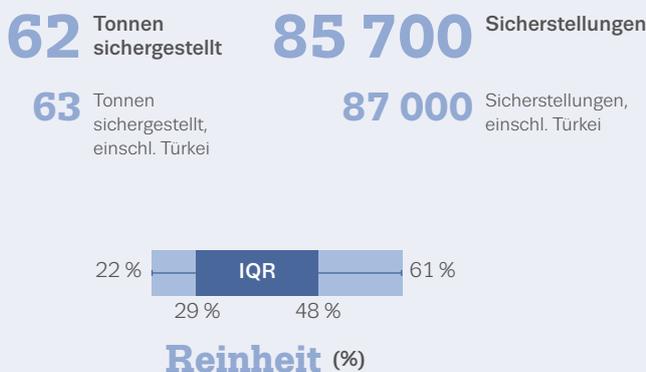
ABBILDUNG 1.8

Menge an sichergestelltem Kokain, 2011



stellten 2011 lediglich 20 Tonnen sicher. Im Vergleich dazu beschlagnahmten die Niederlande und Belgien 2011 zusammengenommen 18 Tonnen Kokain. Rekordwerte wurden 2011 aus Frankreich (11 Tonnen) und Italien (6 Tonnen) gemeldet. Es ist unklar, ob die Veränderung der in Europa sichergestellten Kokainmengen aus generellen Angebotsveränderungen auf dem europäischen Markt, Änderungen in der Strafverfolgungspraxis oder neuen operativen Ansätzen des organisierten Drogenhandels resultieren.

KOKAIN



Preis und Reinheit von Kokain: nationale Mittelwerte, Minimum, Maximum und Interquartilsperiode (IQR).



Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.



## Amphetamine: Methamphetamin im Kommen

Methamphetamin und Amphetamin, ursprünglich für therapeutische Zwecke entwickelt und unter der generischen Bezeichnung Amphetamine bekannt, sind zwei eng verwandte synthetische Stimulanzien. Amphetamin ist in Europa seit jeher weiter verbreitet, doch gibt es nun 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. Die technisch oft hochentwickelten Produktionsverfahren ermöglichen eine Fertigung in großen Mengen. Die Anlagen und das Personal können auch für die Produktion anderer synthetischer Drogen wie MDMA (Ecstasy) eingesetzt werden. Als bedeutende Produktionsstandorte sind Belgien und die Niederlande sowie Polen und die baltischen Länder bekannt, aber auch in anderen Ländern wie z. B. Bulgarien, Deutschland und Ungarn wurden Labors entdeckt. Die Tschechische Republik meldet ebenfalls eine Vielzahl von Anlagen zur Methamphetaminherstellung, wobei die Kleinproduktion für den persönlichen Gebrauch überwiegt, teils aber auch größere Mengen sowohl für den Inlandskonsum als auch für die Ausfuhr in Nachbarländer hergestellt werden. In den baltischen Ländern hat die Methamphetaminproduktion offenbar auch zugenommen. Dort wird Methamphetamin für die Ausfuhr in skandinavische Länder hergestellt, wo es möglicherweise beginnt, das Amphetamin zu verdrängen.

**Nachdem die Amphetamin-Sicherstellungen eine Zeitlang zahlen- und mengenmäßig höhere Werte aufgewiesen hatten, kehrten sie 2011 auf ungefähr den Stand von 2002 zurück**

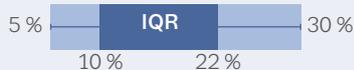
## AMPHETAMIN

**5,9** Tonnen sichergestellt

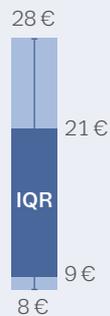
**6,2** Tonnen sichergestellt, einschl. Türkei

**35 600** Sicherstellungen

**35 600** Sicherstellungen, einschl. Türkei



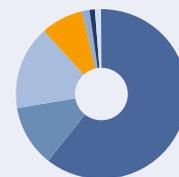
**Reinheit (%)**



**Preis (EUR/g)**

**16 000** gemeldete Angebotsdelikte

**8 %** der Handelsdelikte bei den sechs Hauptdrogen

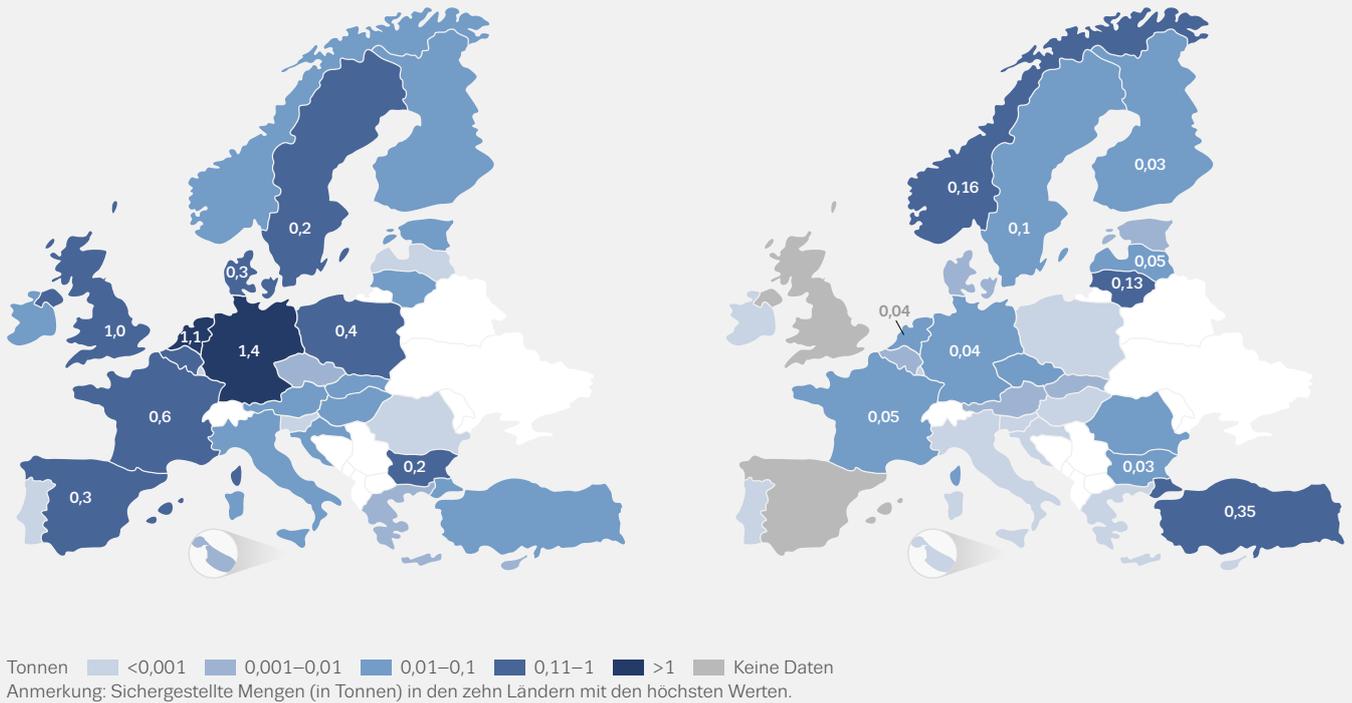


Preis und Reinheit von Amphetamin: nationale Mittelwerte, Minimum, Maximum und Interquartilsrange (IQR).

Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

ABBILDUNG 1.9

Menge an sichergestelltem Amphetamin (links) und Methamphetamin (rechts), 2011



Im Jahr 2011 wurden ca. 45 000 Sicherstellungen von Amphetaminen gemeldet. Aufgeschlüsselt waren dies 35 600 Sicherstellungen mit 5,9 Tonnen Amphetamin und 9 400 Sicherstellungen mit 0,7 Tonnen Methamphetamin. Nachdem die Amphetamin-Sicherstellungen eine Zeitlang zahlen- und mengenmäßig höhere Werte aufgewiesen hatten, kehrten sie 2011 auf ungefähr den Stand von

2002 zurück (Abbildung 1.10). Dagegen weisen die Methamphetamin-Sicherstellungen ungeachtet der zahlen- und mengenmäßig noch geringen Werte im selben Zeitraum einen Anstieg auf (Abbildung 1.11).

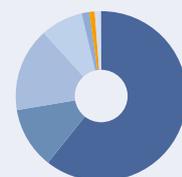
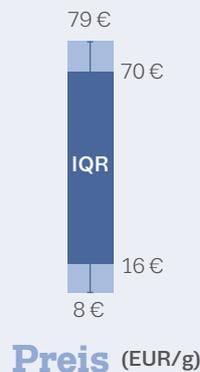
METHAMPHETAMIN

**0,7** Tonnen sichergestellt  
**1,0** Tonnen sichergestellt, einschl. Türkei

**9 400** Sicherstellungen  
**9 500** Sicherstellungen, einschl. Türkei

**2 200** gemeldete Angebotsdelikte

**1 %** der Handelsdelikte bei den sechs Hauptdrogen



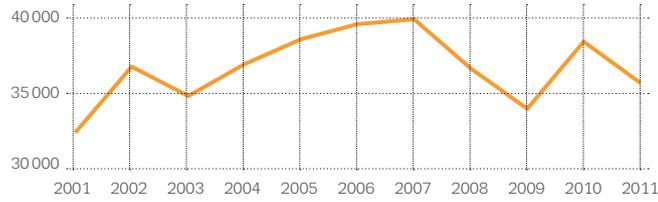
Preis und Reinheit von Methamphetamin: nationale Mittelwerte, Minimum, Maximum und Interquartilspanne (IQR).

Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

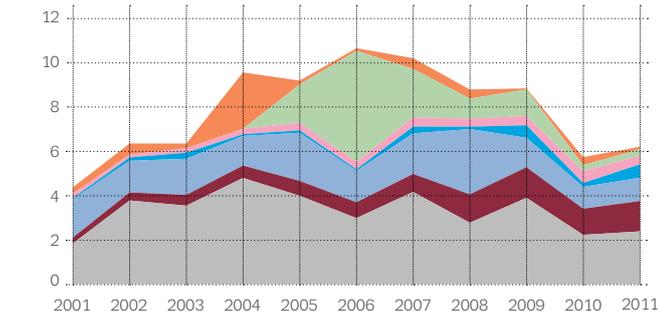
ABBILDUNG 1.10

Zahl der Amphetamin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2001-2011

Zahl der Sicherstellungen



Tonnen

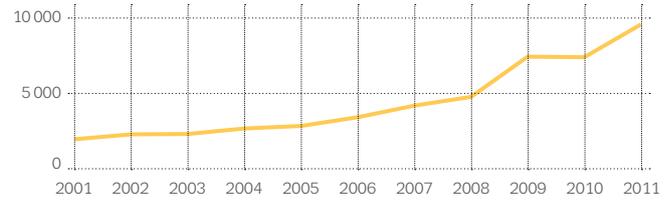


Sonstige Länder
  Deutschland
  Vereinigtes Königreich
  Frankreich
  Polen
  Türkei
  Belgien

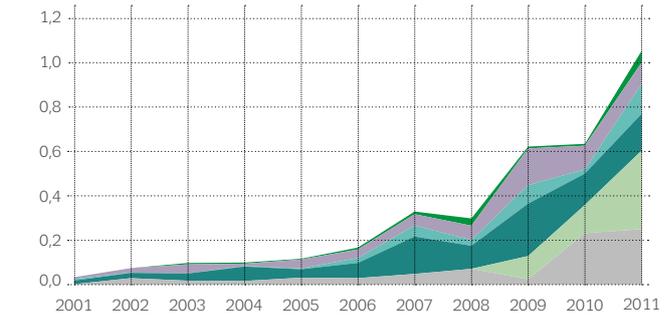
ABBILDUNG 1.11

Zahl der Methamphetamin-Sicherstellungen und sichergestellte Menge, 2001-2011

Zahl der Sicherstellungen



Tonnen



Sonstige Länder
  Türkei
  Norwegen
  Litauen
  Schweden
  Lettland

Ecstasy: auf dem Weg zum Comeback?

Mit „Ecstasy“ ist in der Regel die synthetische Substanz MDMA 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.

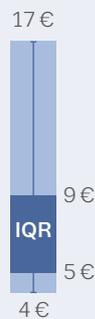
Der Höhepunkt der Ecstasy-Herstellung war in Europa wahrscheinlich im Jahr 2000 erreicht, als Meldungen zufolge insgesamt 50 Labors ausgehoben wurden. Dass es später nur noch drei (2010) bzw. fünf (2011) Labors waren, lässt auf einen Rückgang der Produktion in ganz Europa schließen. Die höchste Zahl ausgehobener Labors wurde in den letzten zehn Jahren aus den Niederlanden und an zweiter Stelle aus Belgien gemeldet, die deshalb als wichtigstes Produktionsgebiet für diese Droge gelten.

ECSTASY

**4,3** Millionen Tabletten sichergestellt  
**5,7** Millionen Tabletten sichergestellt, einschl. Türkei  
**10 000** Sicherstellungen  
**13 000** Sicherstellungen, einschl. Türkei

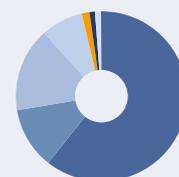


**Reinheit** (MDMA mg/Tablette)



**Preis** (EUR/Tablette)

**3 000** gemeldete Angebotsdelikte  
**1%** der Handelsdelikte bei den sechs Hauptdrogen



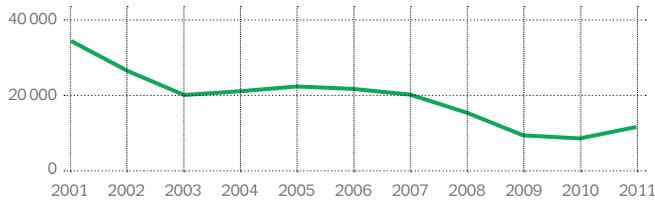
Preis und Reinheit von Ecstasy-Tabletten: nationale Mittelwerte, Minimum, Maximum und Interquartilspanne (IQR).

Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

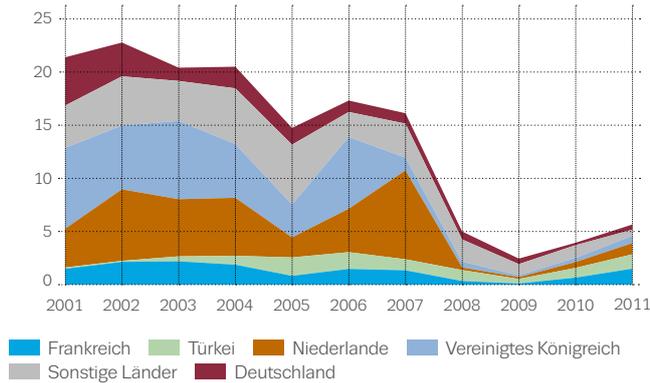
## ABBILDUNG 1.12

## Zahl der Ecstasy-Sicherstellungen und der sichergestellten Tabletten, 2001-2011

Zahl der Sicherstellungen



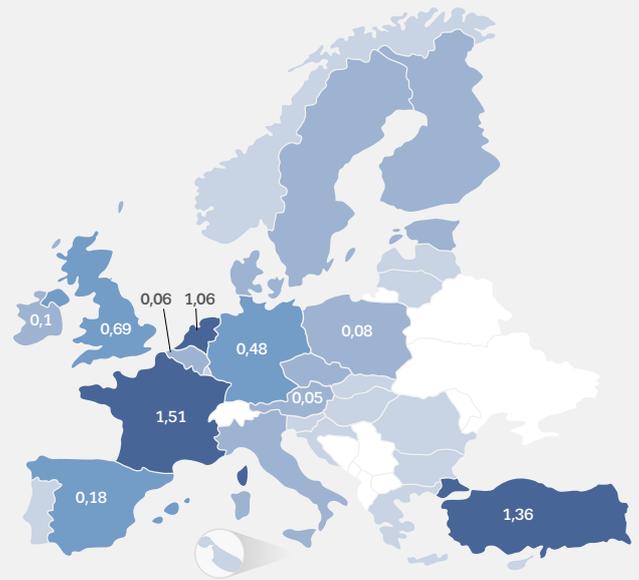
Tabletten (in Mio.)



Seit 2007 sind auch die Sicherstellungen rapide gesunken (Abbildung 1.12), und die aktuelle Zahl von 4,3 Millionen Ecstasy-Tabletten entspricht nur einem kleinen Bruchteil des 2002 verzeichneten Spitzenwertes (23 Millionen). Stark rückläufig waren auch die Straftaten im Zusammenhang mit dem Angebot von Ecstasy. Sie gingen im Zeitraum 2006-2011 um zwei Drittel zurück und machen jetzt nur noch etwa 1 % aller Straftaten im Zusammenhang mit dem Angebot der wichtigsten Drogen aus. Diese Abwärtstrends wurden den verstärkten Kontrollen und gezielten Beschlagnahmungen von PMK zugeschrieben, das der bedeutendste chemische Grundstoff für die Herstellung von MDMA ist. Vielleicht erklärt dies auch die starke Veränderung des Inhalts der in Europa erhältlichen „Ecstasy“-Tabletten: Nur drei Länder berichten, dass der größte Teil der 2009 analysierten Tabletten MDMA-ähnliche Substanzen enthielt. In letzter Zeit gibt es jedoch Anzeichen für eine gewisse, wenn auch nicht vollständige Wiederbelebung des Ecstasy-Marktes. MDMA scheint sich zunehmend zu verbreiten und ist in Teilen Europas als hochreines Pulver erhältlich. Wahrscheinlich greifen die Ecstasy-Hersteller angesichts der Kontrolle der Grundstoffe zunehmend auf „Grundstoffe von Grundstoffen“ oder „maskierte Grundstoffe“ zurück – Basischemikalien, die ganz legal als nicht unter das Drogengesetz fallende Substanzen eingeführt werden können und dann in die zur MDMA-Herstellung benötigten chemischen Grundstoffe umgewandelt werden.

## ABBILDUNG 1.13

## Menge an sichergestelltem Ecstasy, 2011

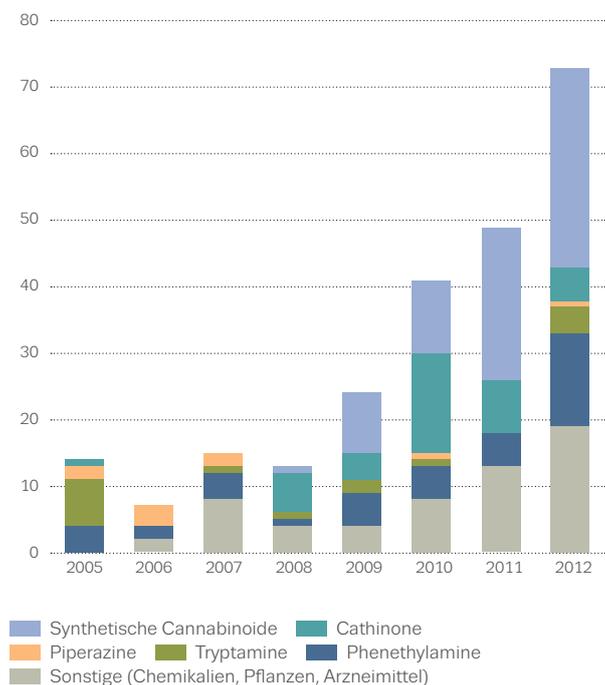


Tabletten (in Mio.) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0  
Anmerkung: Sichergestellte Mengen (Zahl der Tabletten) in den zehn Ländern mit den höchsten Werten.

**Seit 2007 sind auch die Sicherstellungen rapide gesunken, und die aktuelle Zahl von 4,3 Millionen Ecstasy-Tabletten entspricht nur einem kleinen Bruchteil des 2002 verzeichneten Spitzenwertes**

## ABBILDUNG 1.14

Anzahl und Hauptgruppen der an das EU-Frühwarnsystem gemeldeten neuen psychoaktiven Substanzen, 2005-2012



**Im Jahre 2012 meldeten die Mitgliedstaaten über das EU-Frühwarnsystem erstmals 73 neue psychoaktive Substanzen**

### Neue Drogen: mehr Substanzen erhältlich

Die Analyse des Drogenmarktes wird erschwert durch neue Drogen (neue psychoaktive Substanzen) – chemische oder natürliche Substanzen, die nicht unter das internationale Drogenrecht fallen und 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. Zum Teil werden auch Chemikalien importiert, oftmals aus China oder Indien, und dann in Europa ansprechend verpackt als „Legal Highs“ verkauft. Der Begriff „Legal Highs“ ist irreführend, da die betreffenden Substanzen in einigen Mitgliedstaaten verboten sein können oder 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 „Forschungschemikalien“, oder „Pflanzennährstoffe“ deklariert, die laut Herstellerangabe nicht für den menschlichen Verzehr bestimmt sind.

Im Jahre 2012 meldeten die Mitgliedstaaten über das EU-Frühwarnsystem erstmals 73 neue psychoaktive Substanzen (Abbildung 1.14). In 30 Fällen handelte es sich um synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten, worin sich die Nachfrage der Konsumenten nach cannabisartigen Produkten reflektiert. In 19 Fällen entsprachen die Stoffe

keiner der leicht bestimmbareren chemischen Gruppen (einschließlich Pflanzen und Arzneimittel). Außerdem wurden 14 neue substituierte Phenethylamine gemeldet – die höchste Zahl seit 2005.

Da das Internet ein wichtiger Marktplatz für neue psychoaktive Substanzen ist, erfasst das EMCDDA in regelmäßigen Momentaufnahmen („Snapshots“) die Zahl der Online-Geschäfte, die den europäischen Konsumenten solche Produkte anbieten. Mit 693 Geschäften im Januar 2012 ist diese Zahl weiter im Steigen begriffen.

Nach der Einführung von Kontrollmaßnahmen werden die neuen psychoaktiven Substanzen meist rasch durch andere ersetzt, wodurch sich Interventionen in diesem Bereich besonders schwierig gestalten. Mephedron ist eine der wenigen neuen Drogen, die wahrscheinlich den Wechsel auf den illegalen Stimulanzienmarkt vollzogen und dort Popularität erlangt haben. Obwohl überall in der Europäischen Union verboten, ist Mephedron offenbar in einigen Ländern nach wie vor erhältlich, nur eben jetzt auf dem illegalen Markt. Abgesehen davon, dass noch Bestände aus der Zeit vor dem Verbot existieren könnten oder möglicherweise weiterhin eine heimliche Einfuhr erfolgt, stimmt es bedenklich, dass unlängst in Polen eine Mephedron-Produktionsstätte mit Verbindungen zur internationalen organisierten Kriminalität entdeckt wurde, von der aus die Droge nachweislich in andere europäische Länder geschmuggelt wurde.

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

**Veröffentlichungen des EMCDDA****2012**

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights 12.

**2011**

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances.

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Zusammenfassender Bericht des EMCDDA Trendspotter Meeting vom 18./19. Oktober 2011.

Reaktion auf neue psychoaktive Substanzen, Drogen im Blickpunkt, Nr. 22.

**Veröffentlichungen des EMCDDA und Europol****2013**

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

**2011**

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 mindestens 85 Millionen,  
also etwa ein Viertel, irgendwann  
in ihrem Leben eine illegale Droge  
konsumiert**

# Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme

Die Beobachtung des Drogenkonsums und der damit verbundenen Probleme wird durch viele Faktoren erschwert. Illegale Drogen werden auf sehr unterschiedliche Weise konsumiert, und die Konsummuster reichen von experimentell und gelegentlich bis hin zu täglich und langfristig. Außerdem wird die Risikoexposition des Einzelnen von mehreren Faktoren mitbestimmt, zu denen die konsumierte Dosis, der Verabreichungsweg, der gleichzeitige Konsum anderer Substanzen, Zahl und Dauer der Konsumepisoden und die individuelle Anfälligkeit zählen.

## Beobachtung des Drogenkonsums und der damit verbundenen Probleme

Die Beobachtung des Drogenkonsums und drogenbedingter Schäden in Europa stützt sich vor allem auf fünf epidemiologische Schlüsselindikatoren: Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung, problematischer Drogenkonsum, drogenbedingte Todesfälle und Mortalität, drogenbedingte Infektionskrankheiten und Behandlungsnachfrage. Nähere Informationen zu diesen Indikatoren sowie methodische Anmerkungen finden sich auf der EMCDDA-Website unter der Rubrik Key indicators gateway und im Statistical bulletin.

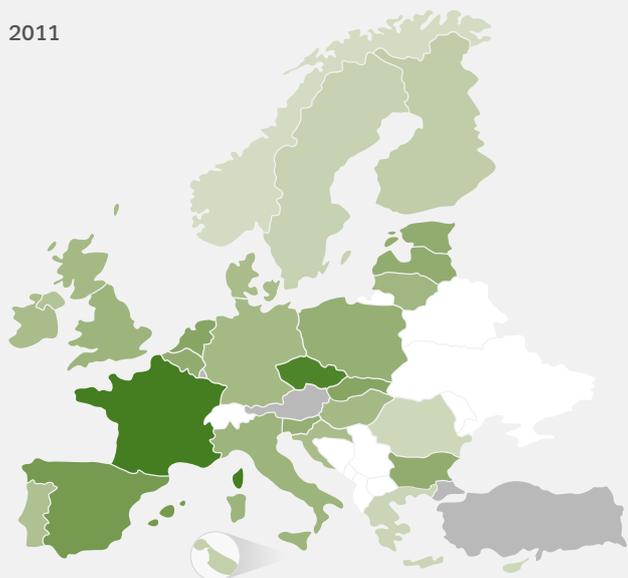
## Ein Viertel der europäischen Erwachsenen hat Erfahrungen mit illegalen Drogen

Unter den erwachsenen Europäern haben mindestens 85 Millionen, also etwa ein Viertel, irgendwann in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Am häufigsten wird Cannabis genannt (77 Millionen). Bei den anderen Drogen sind die Schätzwerte für die Lebenszeitprävalenz (Drogen wird irgendwann im Leben konsumiert) weit niedriger: Kokain 14,5 Millionen, Amphetamine 12,7 Millionen und Ecstasy 11,4 Millionen. Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz gehen in Europa weit auseinander 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, Ungarn, Rumänien und der Türkei.

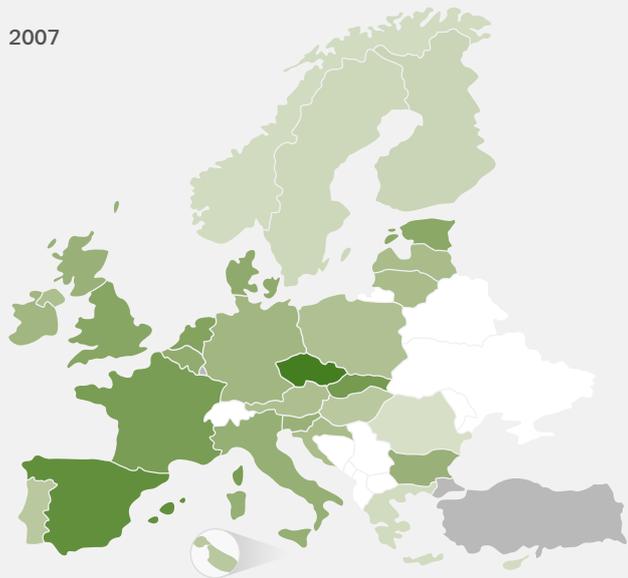
## ABBILDUNG 2.1

Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter  
15- bis 16-jährigen Schülern

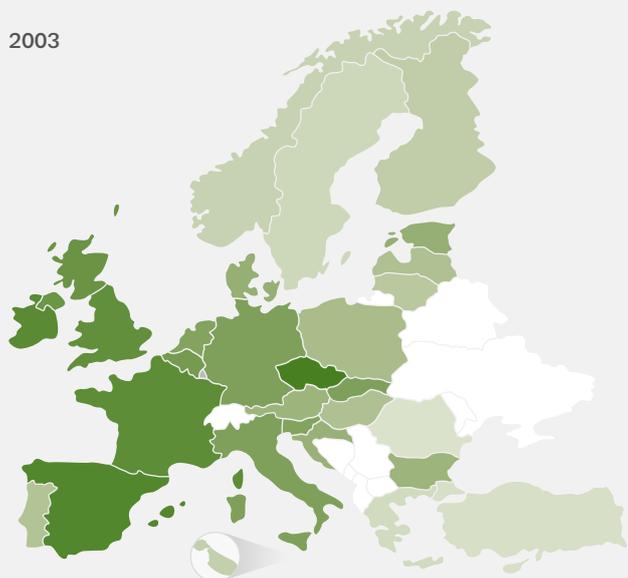
2011



2007



2003



2 % 10 20 30 40 45 % Keine Daten

Anmerkung: ESPAD-Daten sowie nationale Erhebungen für Spanien und das Vereinigte Königreich.

### Cannabis: stabile bzw. rückläufige Trends in Ländern mit höherer Prävalenz

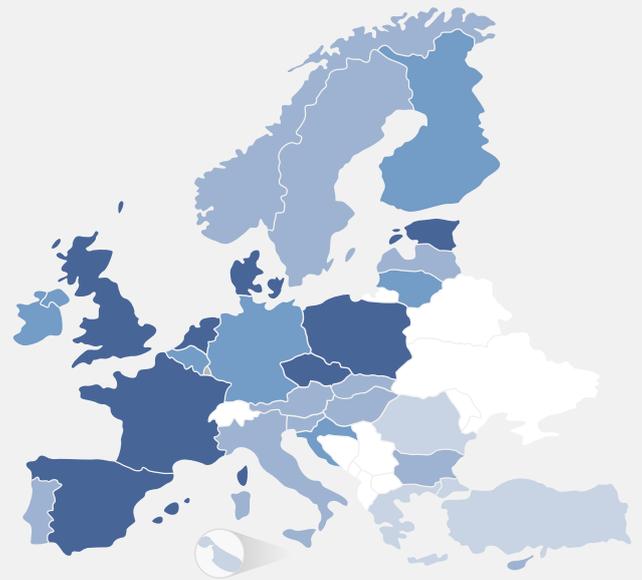
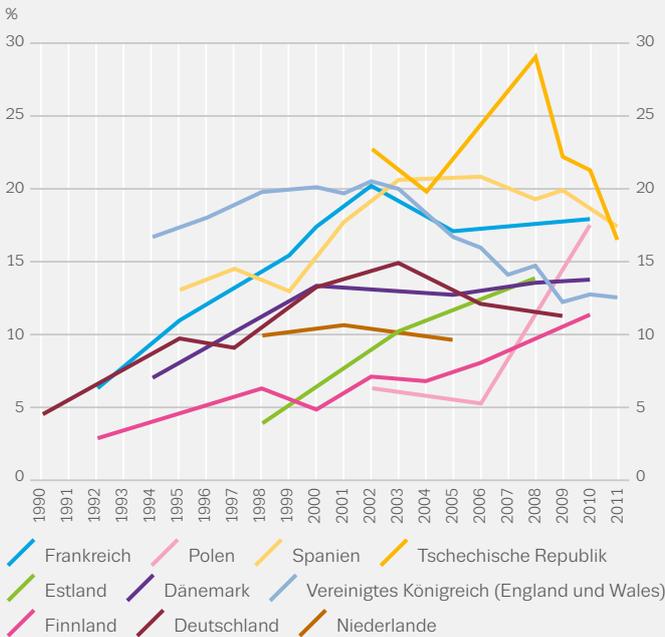
Cannabisprodukte werden im Allgemeinen geraucht, wobei die Vermischung mit Tabak üblich ist. Am einen Ende des Spektrums steht der gelegentliche und experimentelle Cannabiskonsum, am anderen der regelmäßige und suchtbedingte Konsum. Es existiert eine starke Relation zwischen cannabisbedingten Problemen und einem häufigen Konsum sowie höheren Konsummengen. Zu den gesundheitlichen Auswirkungen zählen Atembeschwerden, psychische Probleme und Abhängigkeit. Die neuen synthetischen Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten können eine extrem starke Wirkung haben, und es wird zunehmend über akute Nebenwirkungen berichtet.

Bei den europäischen Schülern ist Cannabis die am häufigsten ausprobierte illegale Droge. Den ESPAD-Umfragen von 2011 zufolge reichte der Anteil des Cannabis-Lebenszeitkonsums unter den 15- bis 16-Jährigen von 5 % in Norwegen bis 42 % in der Tschechischen Republik (Abbildung 2.1). Auch die Anteile der Geschlechter variierten von 50:50 bis hin zu 2,5 Jungen pro Mädchen. In der europäischen Gesamttendenz stieg der Cannabiskonsum unter Schülern von 1995 bis 2003 an, ging dann 2007 leicht zurück und ist seitdem stabil. Augenfällig ist in diesem Zeitraum ein Rückgang des Cannabiskonsums in vielen der Länder, die bei früheren Erhebungen hohe Prävalenzraten angaben. Zugleich stieg in derselben Periode der Cannabiskonsum unter Schülern in zahlreichen Ländern Mittel- und Osteuropas, wodurch es in Europa insgesamt zu einer gewissen Annäherung kam. In den sechs Ländern, aus denen Berichte über nationale Schulumfragen nach der ESPAD-Studie (2011/12) vorliegen, ist die Prävalenz des Cannabiskonsums unter Schülern stabil geblieben oder leicht rückläufig.

Schätzungen zufolge wurde Cannabis im vergangenen Jahr von 15,4 Millionen jungen Europäern (15-34) konsumiert (11,7 % dieser Altersgruppe), von denen 9,2 Millionen in die Altersgruppe 15-24 fielen (14,9 %). Dabei ist der Cannabiskonsum unter Männern im Allgemeinen höher. Die längerfristigen Trends in der Gruppe der jungen Erwachsenen entsprechen im Wesentlichen denen der Schülerpopulation – einem allmählichen Anstieg in einigen Ländern mit zuvor geringerer Prävalenz stehen Rückgänge in Ländern mit zuvor höherer Prävalenz gegenüber. Die Länder, in denen neuere Erhebungen (2010 oder später) durchgeführt wurden, melden mit Ausnahme Polens und Finnlands stabile oder rückläufige Tendenzen bei jungen Erwachsenen (Abbildung 2.2). Ein Konsum von synthetischen Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten wird nur in wenigen nationalen Erhebungen angegeben; in diesen Ländern sind die Prävalenzraten generell niedrig.

ABBILDUNG 2.2

12-Monate-Prävalenz des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen: ausgewählte Trends (links) und aktuellste Daten (rechts)



% 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

Anmerkung: Trends für die zehn Länder mit den höchsten Prävalenzraten und mindestens drei Erhebungen.

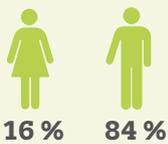
Über drei Millionen tägliche Cannabiskonsumenten und steigende Behandlungsnachfrage

Eine signifikante Minderheit der Cannabiskonsumenten gibt einen intensiven Konsum an. Als täglicher oder fast täglicher Cannabiskonsum gilt ein Konsum an mindestens 20 Tagen im Monat vor der Erhebung. Den Daten aus 22

Ländern zufolge ist diese Art des Konsums bei rund 1 % der Erwachsenen bzw. bei fast drei Millionen Menschen anzutreffen. Von diesen wiederum gehören über zwei Drittel der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre an, in der zudem über drei Viertel der Konsumenten männlichen Geschlechts sind.

IN BEHANDLUNG BEFINDLICHE CANNABISKONSUMENTEN

Merkmale



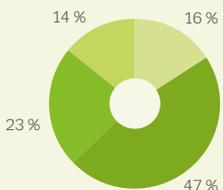
Durchschnittsalter beim Erstkonsum **16**

Durchschnittsalter bei Behandlungsaufnahme **25**

Häufigkeit des Konsums

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

Rauchen als Hauptverabreichungsweg



Trends bei den Erstbehandelten

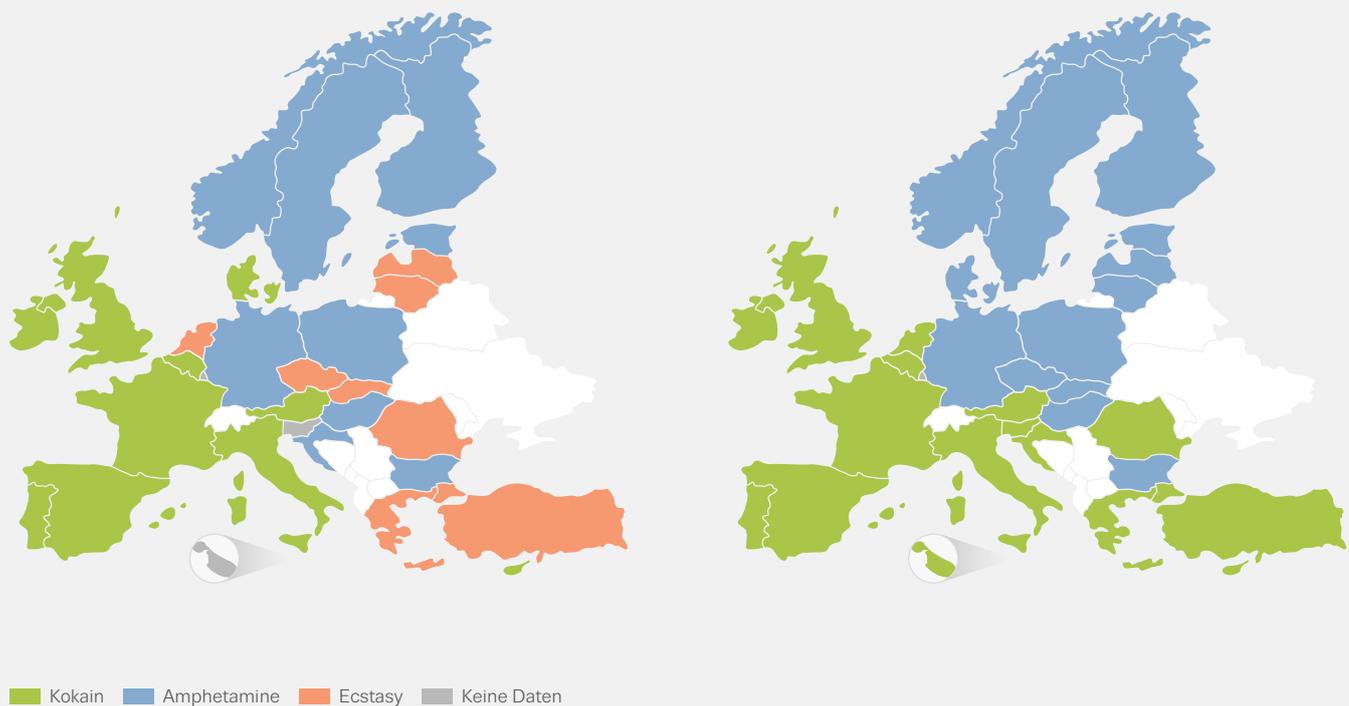


Vereinigtes Königreich Deutschland Sonstige Länder Spanien Frankreich Italien Niederlande

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

## ABBILDUNG 2.3

Vorherrschendes Stimulans nach 12-Monate-Prävalenz bei den 15- bis 34-Jährigen (links) und nach Primärdroge bei den Erstbehandelten (rechts)



Im Jahr 2011 war Cannabis in Europa nach Heroin die am zweithäufigsten angegebene Primärdrugs bei jenen Patienten, die sich in eine spezielle Drogenbehandlung begaben (109 000), und die am häufigsten angegebene Droge bei all jenen, die erstmals eine solche Behandlung antraten. Allerdings bestehen erhebliche länderspezifische Unterschiede im Anteil der Drogenpatienten, die diese Droge als Grund für die Behandlungsaufnahme nannten. Er reicht von 4 % in Bulgarien bis zu 69 % in Ungarn. Dies erklärt sich aus Unterschieden in der Überweisungspraxis, in der Art der verfügbaren Behandlungsdienste und in den nationalen Prävalenzraten. Die Zahl der Cannabispatienten, die sich erstmals in Behandlung begaben, stieg von ca. 45 000 (2006) auf 60 000 (2011).

**Cannabis... die am häufigsten angegebene Droge bei all jenen, die erstmals eine Behandlung antraten**

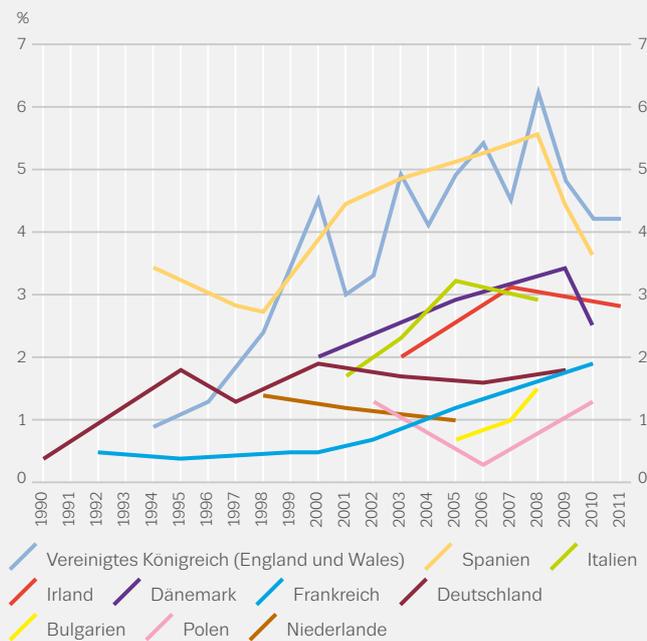
### Illegale Stimulanzien in Europa: regional unterschiedliche Konsummuster

Die am häufigsten konsumierten illegalen Stimulanzien in Europa sind Kokain, Amphetamine und Ecstasy, aber auch einige weniger bekannte Substanzen wie Piperazine (z. B. BZP) und synthetische Cathinone (z. B. Mephedron und MDPV) werden illegal wegen ihrer stimulierenden Wirkungen konsumiert. Ein hoher Konsum an Stimulanzien tritt in der Regel in der Tanz-, Musik- und Nachtclubszene auf und geht dort oft mit Alkoholkonsum einher.

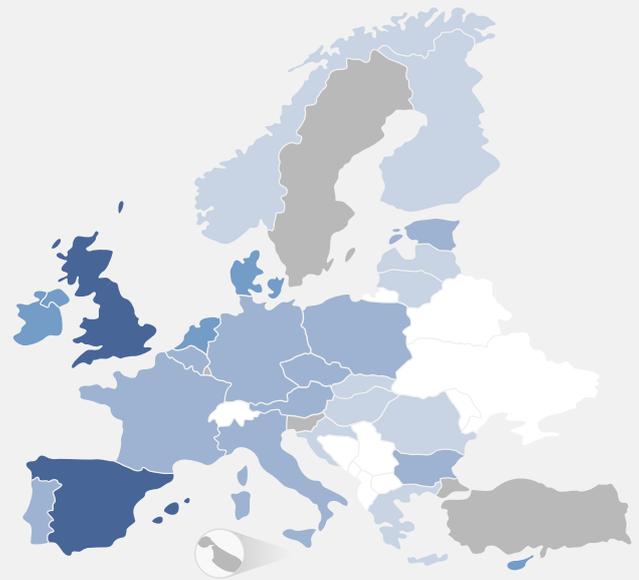
Die Prävalenzdaten illustrieren die geografischen Unterschiede im europäischen Stimulanzienmarkt: Kokain ist im Süden und Westen Europas stärker verbreitet, während Amphetamine in den mittel- und nordeuropäischen Ländern vorherrschen und Ecstasy im Süden und Osten die höchste Prävalenz aufweist (Abbildung 2.3). Hinsichtlich der Behandlungsdaten besteht bei Kokain ein ähnliches Muster wie bei Amphetaminen, während die Anzahl jener, die sich aufgrund von Problemen mit Ecstasy in Behandlung begeben, gering ist.

## ABBILDUNG 2.4

12-Monate-Prävalenz des Kokainkonsums bei jungen Erwachsenen: ausgewählte Trends (links) und aktuellste Daten (rechts)



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

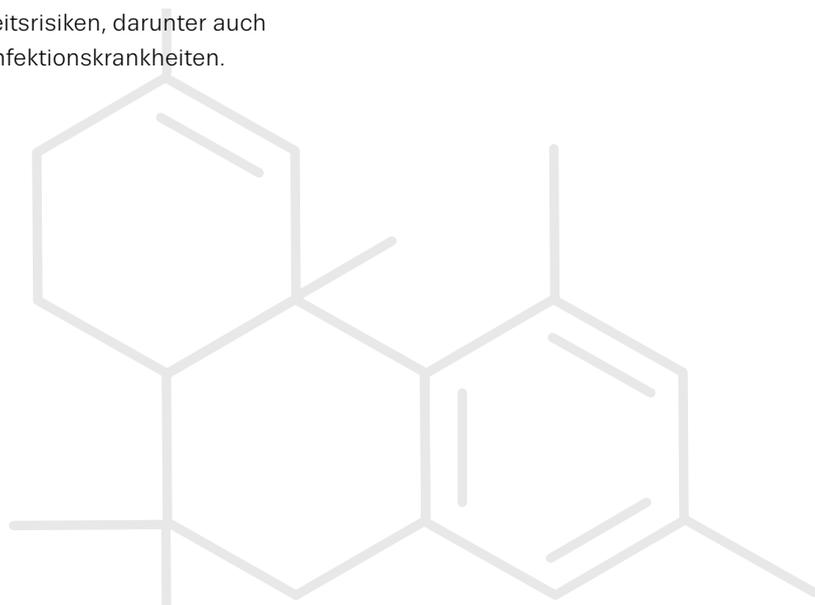


% 0–1 1,1–2 2,1–3 >3 Keine Daten

### Kokain: Rückgang des Konsums in Ländern mit hoher 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 anderen Substanzen 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, darunter auch die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten.

**Die am häufigsten konsumierten illegalen Stimulanzien in Europa sind Kokain, Amphetamine und Ecstasy**



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 2,5 Millionen junge Europäer (1,9 % dieser Altersgruppe) haben in den zurückliegenden 12 Monaten Kokain konsumiert. Relativ hohe Anteile des 12-Monate-Kokainkonsums bei jungen Erwachsenen (2,5-4,2 %) meldeten Dänemark, Irland, Spanien und das Vereinigte Königreich (Abbildung 2.4). In den Ländern mit höherer Prävalenz und aktuelleren Umfragen erreichte der 12-Monate-Kokainkonsum in dieser Altersgruppe zumeist 2008/2009 einen Höhepunkt und ist seither etwas zurückgegangen oder gleich geblieben. Die anderen Länder vermelden einen weiterhin relativ niedrigen und stabilen Kokainkonsum, wobei jedoch Frankreich und auch Polen im Jahr 2010 einen Anstieg registrierten.

### Anzeichen für rückläufige Kokain-Behandlungsnachfrage

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 Spanien den Anteil mit „intensivem Kokainkonsum“ 2009 auf 0,45 %, während Deutschland den Anteil der Erwachsenen mit „kokainbedingten Problemen“ mit 0,20 % bezifferte und Italien einen „potenziell problematischen Kokainkonsum“ bei 0,34 % sah. Das Vereinigte Königreich schätzte

den Anteil der Crack konsumierenden Erwachsenen 2009/2010 auf 0,54 %, merkte jedoch an, dass viele von ihnen wahrscheinlich nicht nur Crack, sondern auch Opiode konsumierten.

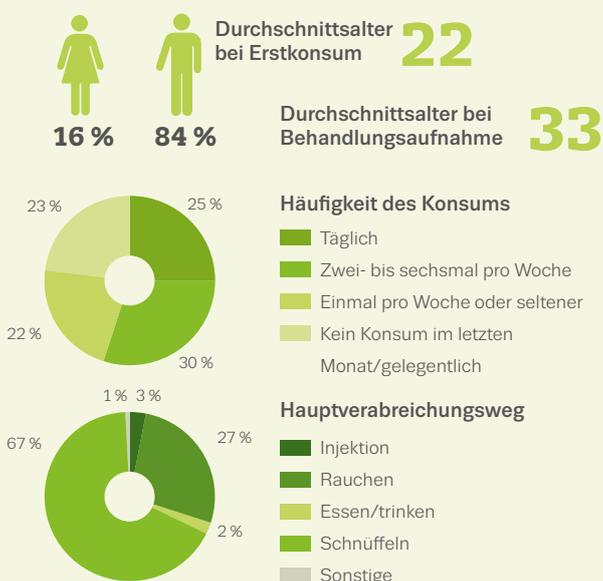
Kokain wurde von 14 % aller Patienten, die sich den Meldungen zufolge 2011 in eine spezielle Drogenbehandlung begaben (60 000), sowie von 19 % der erstmals in eine Behandlung eintretenden Patienten (31 000) als Primärdroge genannt. Auffällig ist, dass 90 % aller Kokainpatienten von nur fünf Ländern gemeldet werden (Deutschland, Spanien, Italien, Niederlande, Vereinigtes Königreich). Die Zahl jener, die sich zum ersten Mal im Leben wegen primären Kokainkonsums in Behandlung begaben, stieg von 35 000 im Jahr 2006 auf 37 000 im Jahr 2009, um dann 2011 auf 31 000 zurückzugehen (23 Länder). In Spanien wurde seit 2005 eine geringe, aber stetige Abnahme der Zahl neuer Kokainpatienten registriert, im Vereinigten Königreich seit 2008 und in Italien seit 2009. Nur etwa 3 000 neue Patienten mit Crack als Primärdroge begaben sich in Europa 2011 in Behandlung, wovon ca. zwei Drittel auf das Vereinigte Königreich entfielen und die Übrigen größtenteils auf Spanien und die Niederlande.

### Längerfristiger Anstieg der kokainbedingten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern

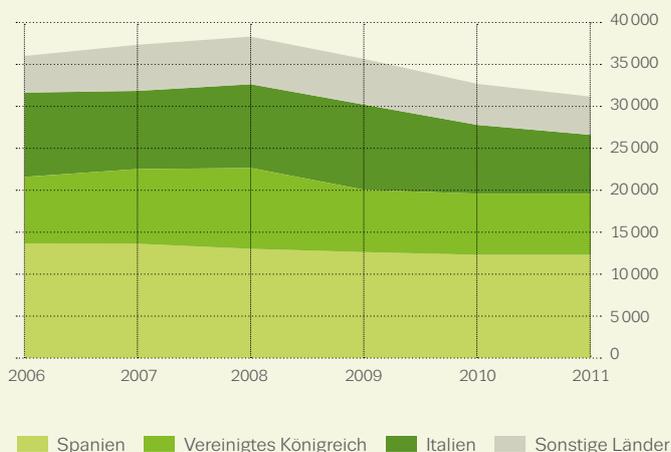
Einer kürzlich durchgeführten europäischen Studie zufolge stieg die Zahl der gemeldeten kokainbedingten

## IN BEHANDLUNG BEFINDLICHE KOKAINKONSUMENTEN

### Merkmale



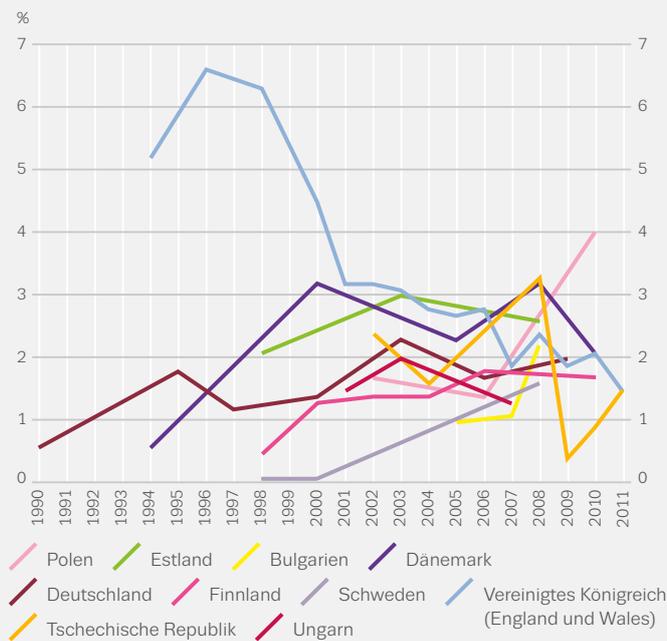
### Trends bei den Erstbehandelten



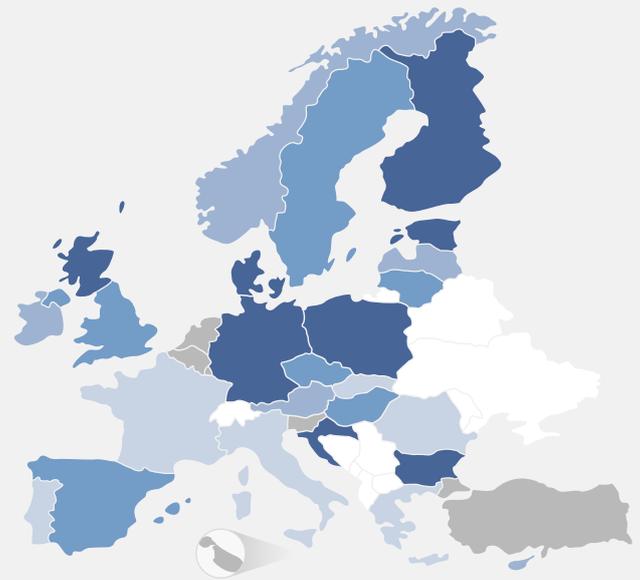
Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle in eine Behandlung eintretenden Patienten mit Kokain/Crack als Primärdroge. Die Trends betreffen die erstmals eine Behandlung beginnenden Patienten mit Kokain/Crack als Primärdroge. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

## ABBILDUNG 2.5

12-Monate-Prävalenz des Amphetaminkonsums bei jungen Erwachsenen: ausgewählte Trends (links) und aktuelle Daten (rechts)



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



% 0–0,5 0,51–1 1,1–1,5 >1,5 Keine Daten

Notaufnahmen in einigen Ländern seit Ende der 1990er Jahre um das Dreifache. Spitzenwerte wurden um das Jahr 2008 herum in Spanien und im Vereinigten Königreich (England) verzeichnet. Die meisten kokainbedingten Notfälle betrafen junge männliche Patienten. Auf eine Kokainvergiftung durch Überdosierung zurückzuführende Todesfälle sind offenbar recht selten. Im Jahr 2011 wurden den Berichten zufolge in 17 Ländern mindestens 475 Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain verzeichnet, wobei oft auch andere Substanzen involviert waren. Aktuelle Daten aus Spanien und dem Vereinigten Königreich deuten auf einen Rückgang der kokainbedingten Todesfälle seit 2008 hin. Kokain spielt wahrscheinlich auch eine Rolle bei einigen Todesfällen, die mit kardiovaskulären Problemen im Zusammenhang stehen, doch dazu liegen nur begrenzt Daten vor.

### Amphetamine: Konsum stabil, aber weiterhin Gesundheitsrisiken

Die Verfügbarkeit von Amphetamin ist in Europa höher als die von Methamphetamin. Der Konsum von Methamphetamin lässt sich traditionell auf die Tschechische Republik und in jüngster Zeit die Slowakei beschränken. Amphetamine werden in der Regel geschluckt oder geschnupft, doch in einigen Ländern ist bei problematischen Drogenkonsumenten und in

Behandlung befindlichen Patienten auch der injizierende Konsum relativ stark verbreitet.

Die meisten Studien zu den gesundheitsschädigenden Wirkungen des Konsums von Amphetaminen stammen aus Australien und den USA, wo der inhalierende Konsum von „Crystal Meth“ überwiegt. Daher sind die gewonnenen Erkenntnisse möglicherweise nicht direkt auf europäische Verhältnisse übertragbar. Diesbezügliche Studien beschreiben kardiovaskuläre, pulmonale und neurologische Beschwerden sowie psychische Gesundheitsprobleme angefangen von Angstzuständen, Aggressionen und Depressionen bis hin zu akuten paranoiden Psychosen. Hinzu kommt das Risiko von Infektionskrankheiten beim injizierenden Konsum. Einige Länder, vor allem diejenigen mit relativ hohem Anteil an Amphetaminkonsumenten, melden Todesfälle infolge des Konsums von Amphetaminen, die aber verglichen mit opioidbedingten Todesfällen relativ selten sind. Allerdings könnten Überdosierungen von Amphetaminen schwer festzustellen sein, da die Symptome mitunter weniger spezifisch sind. Verschärft wird diese Problematik durch das Aufkommen neuer Stimulanzien. Beispielsweise wurden 2011 und 2012 mehr als 20 Todesfälle mit der Amphetamin-verwandten Substanz 4-Methylamphetamin in Verbindung gebracht, woraufhin das EMCDDA und Europol eine europaweite Risikobewertung vornahm und die Europäische Kommission EU-weite Kontrollmaßnahmen vorschlug.

Schätzungsweise 1,7 Millionen (1,3 %) junge Erwachsene (15-34) haben in den zurückliegenden 12 Monaten Amphetamine konsumiert. Von 2006 bis 2011 war diese 12-Monate-Prävalenz in den meisten europäischen Ländern relativ niedrig und stabil und lag in fast allen Berichtsländern bei ca. 2 % oder darunter. Ausnahmen waren Bulgarien (2,1 %), Estland (2,5 %) und Polen (3,9 %). Stabile oder rückläufige Amphetamin-Prävalenzen meldeten auch die Länder mit aktuelleren Erhebungen (2010 oder später) mit Ausnahme Polens, das eine Zunahme verzeichnet (Abbildung 2.5).

### Steigende Behandlungsnachfrage bei Methamphetamin

Nur zwei Länder verfügen über aktuelle Zahlen in Bezug auf den problematischen Metamphetaminkonsum: die Tschechische Republik, die den Anteil der Erwachsenen (15-64) mit rund 0,42 % beziffert (2011), und die Slowakei, die diesen Anteil auf rund 0,21 % schätzt (2007). Anzeichen für einen problematischen Methamphetaminkonsum gab es in jüngerer Zeit auch in Deutschland, Griechenland, Zypern und der Türkei.

Ca. 6 % der Patienten, die in Europa 2011 eine spezialisierte Drogenbehandlung begannen, geben Amphetamine als Primärdroge an (ca. 24 000 Patienten, von denen sich 10 000 erstmals im Leben in Behandlung begaben). Konsumenten mit Amphetaminen

als Primärdroge machen nur in Lettland, Polen und Schweden einen erheblichen Anteil an allen gemeldeten Erstbehandelten aus. In der Tschechischen Republik und der Slowakei dagegen wird Methamphetamin von einem Großteil der Erstpatienten als Primärdroge angegeben. Im Zeitraum 2006-2011 blieb die Zahl der erstmals in eine Behandlung eintretenden Konsumenten von Amphetaminen größtenteils stabil; nur die Tschechische Republik und die Slowakei meldeten einen Anstieg bei den Methamphetamin-Erstpatienten.

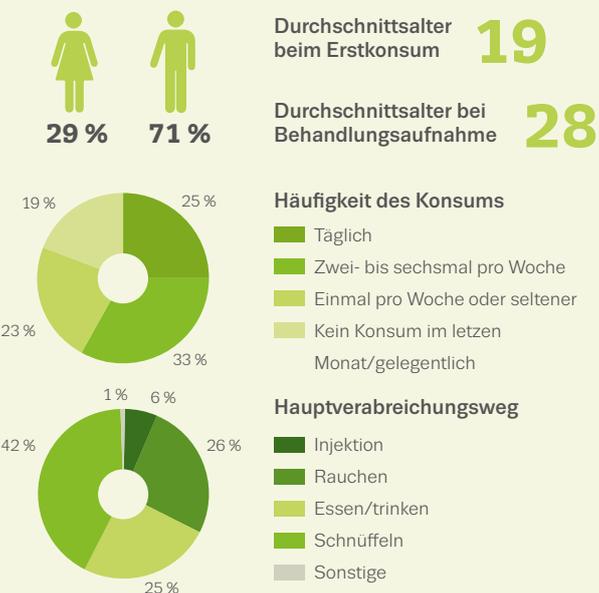
### Ecstasy: geringe Behandlungsnachfrage

Mit „Ecstasy“ ist in der Regel die synthetische Substanz MDMA gemeint. Diese Droge wird zumeist in Tablettenform konsumiert, ist teils aber auch als Pulver erhältlich, das geschluckt, geschnupft oder (selten) injiziert wird. Ecstasy wird traditionell auf Events unterschiedlicher elektronischer Musikszenen 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 kommen selten vor.

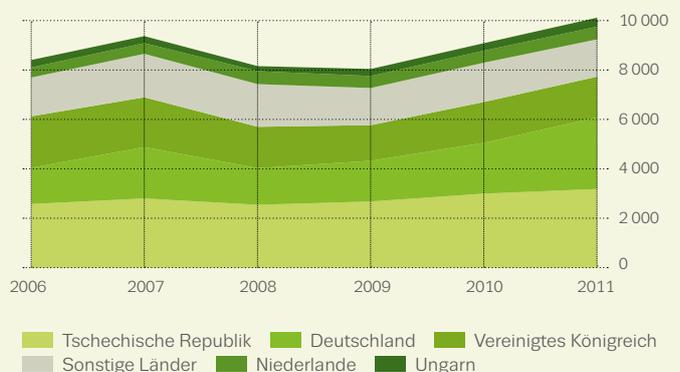
Schätzungen zufolge haben 1,8 Million junge Erwachsene in den zurückliegenden 12 Monaten Ecstasy konsumiert, wobei die nationalen Werte von weniger als 0,1 % bis 3,1 % reichen. Der Konsum dieser Substanz erreichte

## IN BEHANDLUNG BEFINDLICHE KONSUMENTEN VON AMPHETAMINEN

### Merkmale



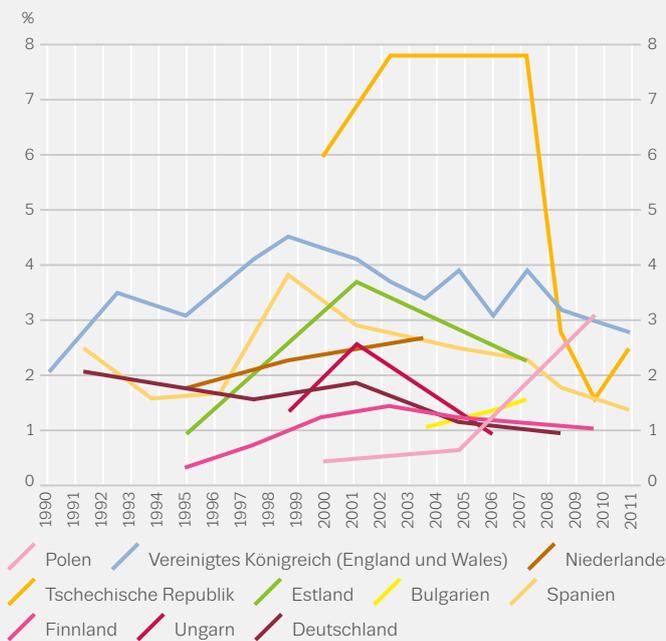
### Trends bei den Erstbehandelten



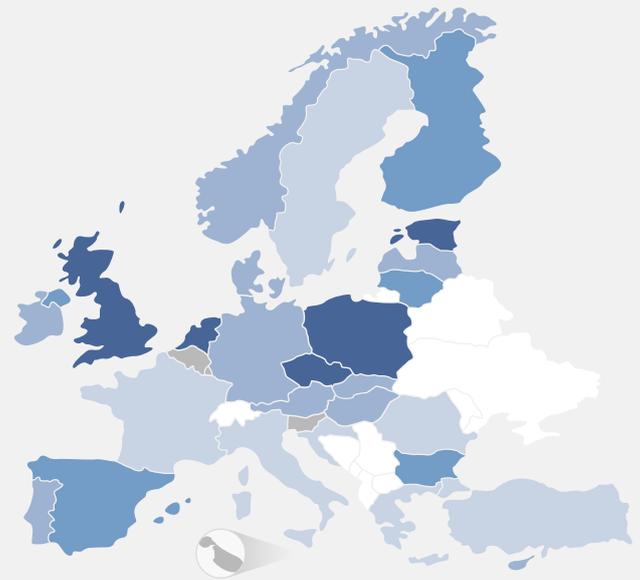
Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle in eine Behandlung eintretenden Patienten mit Amphetaminen als Primärdroge. Die Trends betreffen die erstmals eine Behandlung beginnenden Patienten mit Amphetaminen als Primärdroge. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

## ABBILDUNG 2.6

12-Monate-Prävalenz des Ecstasy-Konsums bei jungen Erwachsenen: ausgewählte Trends (links) und aktuellste Daten (rechts)



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



% 0–0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0 Keine Daten

Anfang bis Mitte der 2000er Jahre seinen höchsten Wert und war zwischen 2006 und 2011 in den meisten Ländern gleichbleibend bis rückläufig (Abbildung 2.6). Die Länder, die seit 2010 Erhebungen durchführten, berichten -mit Ausnahme Polens- über eine Fortsetzung dieses Rückgangs. Nur wenige Konsumenten begaben sich 2011 aufgrund von Ecstasy-bedingten Problemen in Behandlung: Ecstasy wurde von weniger als 1 % (ca. 600) all jener, die in Europa erstmals eine Behandlung antraten, als Primärdroge genannt.

### Mephedron: neuer Konkurrent auf dem Stimulanzienmarkt

Es deutet einiges darauf hin, dass sich synthetische Cathinone einschließlich Mephedron in einigen Ländern einen Weg auf den illegalen Stimulanzienmarkt gebahnt haben. Bislang wurden jedoch nur im Vereinigten Königreich wiederholte Erhebungen durchgeführt, die diese Drogen erfassten. Den jüngsten Daten zufolge konsumierten in England und Wales 1,1 % der Erwachsenen (16-59) in den letzten 12 Monaten Mephedron, das damit zur am vierthäufigsten konsumierten illegalen Droge geworden ist. Unter den 16- bis 24-Jährigen war die 12-Monate-Prävalenz genauso hoch wie bei Ecstasy (3,3 %), der dritthäufigsten Droge in dieser Altersgruppe. Verglichen mit der Erhebung von

2010/11 war jedoch bei allen Gruppen ein Rückgang des Konsums zu verzeichnen.

Auch weiterhin werden in Europa mephedronbedingte Todes- und Krankheitsfälle gemeldet, jedoch in relativ geringer Zahl. Einige Länder berichten über einen injizierenden Konsum von Mephedron, MDPV und anderen synthetischen Cathinonen in Gruppen von problematischen Drogenkonsumenten und in Behandlung befindlichen Drogenpatienten (Ungarn, Österreich, Rumänien, Vereinigtes Königreich).

**Synthetische Cathinone einschließlich Mephedron haben sich in einigen Ländern einen Weg auf den illegalen Stimulanzienmarkt gebahnt**

## Halluzinogene, GHB und Ketamin: nach wie vor präsent

In Europa sind auf dem illegalen Drogenmarkt eine Reihe psychoaktiver Substanzen mit halluzinogenen, betäubenden und dämpfenden 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 ist in Europa generell seit einigen Jahren niedrig und stabil. Bei nationalen Erhebungen wurden unter jungen Erwachsenen (15-34) geschätzte 12-Monate-Prävalenzen für den Konsum halluzinogener Pilze von 0 % bis 2,2 % und für den Konsum von LSD von 0 % bis 1,7 % ermittelt.

Seit Mitte der 1990er-Jahre wird von einem Freizeitkonsum von Ketamin und Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) in Subgruppen von Drogenkonsumenten in Europaberichtet. Die mit dem Konsum dieser Substanzen verbundenen gesundheitlichen Probleme, u. a. Schädigungen der Harnwege beim Langzeitkonsum von Ketamin, rücken zunehmend ins Blickfeld. Der Konsum von GHB kann zu Bewusstlosigkeit und Abhängigkeit führen, es wurden auch Entzugerscheinungen dokumentiert. Die vorhandenen nationalen Prävalenzschätzungen für den Konsum von GHB und Ketamin unter Erwachsenen wie auch unter Schülern sind nach wie vor niedrig. Im Vereinigten Königreich gaben 1,8 % der 16- bis 24-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten Ketamin konsumiert zu haben. Dieser Wert blieb 2008 bis 2012 gleich, nachdem er von 0,8 % im Jahr 2006 angestiegen war. Bei gezielten Umfragen im Nachtleben wurde eine höhere Lebenszeitprävalenz angegeben, so beispielsweise bei einer Umfrage unter dänischen Clubbesuchern, von denen 10 % Ketamin ausprobiert hatten. Britische Befragte einer Internet-Studie, die sich als regelmäßige Partygänger bezeichnen, gaben zu 40 % Ketaminkonsum und zu 2 % GHB-Konsum in den letzten 12 Monaten an.

## Opiode: mehr als 1,4 Millionen problematische Konsumenten

Der Opioidkonsum ist nach wie vor Hauptgrund dafür, dass der Drogenkonsum einen unverhältnismäßig hohen Anteil an der Mortalität und Morbidität in Europa hat. Die wichtigste Rolle spielt Heroin, das geraucht, geschnupft oder injiziert werden kann. Zudem sind eine Reihe anderer synthetischer Opioide wie Buprenorphin, Methadon und Fentanyl auf dem illegalen Markt erhältlich. Die meisten Opioidkonsumenten weisen einen polytoxikomanen Drogenkonsum auf, eine höhere Prävalenz ist in städtischen Ballungsräumen und unter Randgruppen

zu verzeichnen. Abgesehen von gesundheitlichen Problemen sind bei den Opioidkonsumenten, die eine Behandlung beginnen, höhere Obdach- und Arbeitslosenquoten sowie ein niedrigeres Bildungsniveau festzustellen als bei Konsumenten anderer Drogen.

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

ABBILDUNG 2.7

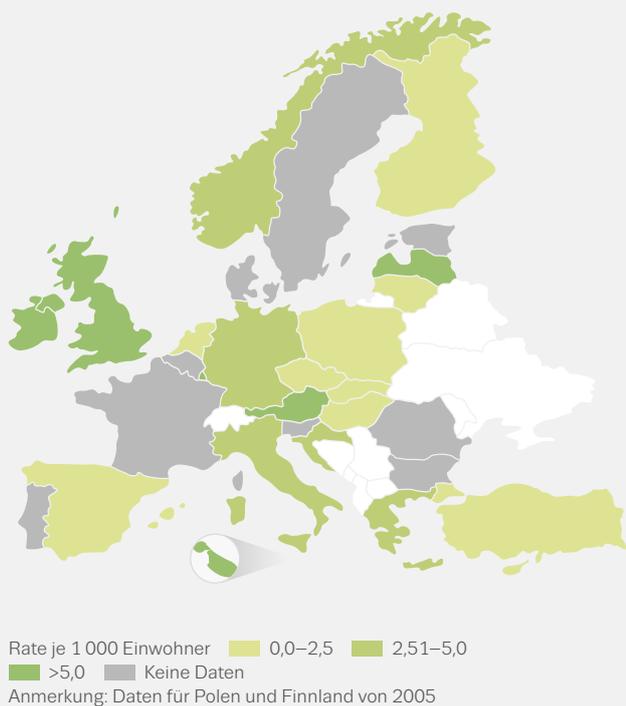
### Nationale Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Opioidkonsums und des injizierenden Drogenkonsums



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

ABBILDUNG 2.8

Schätzungen zum problematischen Opioidkonsum in Europa



Zahl der Neueinsteiger in den Heroinkonsum insgesamt zurückzugehen.

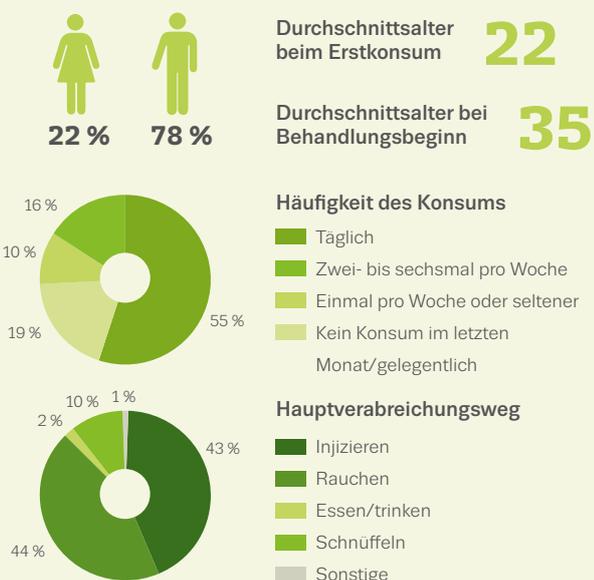
Die durchschnittliche Prävalenz des problematischen Opioidkonsums unter Erwachsenen (15-64) liegt schätzungsweise bei 0,41 %, was 1,4 Millionen problematischen Opioidkonsumenten in Europa im Jahre 2011 entspricht. Auf nationaler Ebene bewegen sich die Prävalenzschätzungen zum problematischen Opioidkonsum zwischen weniger als einem und rund acht Fällen je 1 000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Abbildung 2.7).

Heroin: Zahl der Neupatienten rückläufig

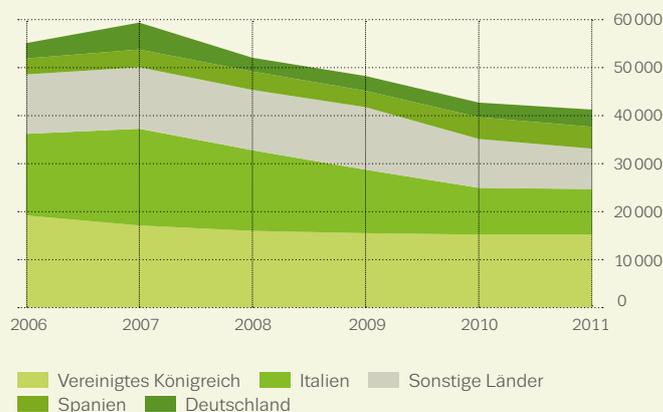
Die Konsumenten von Opioiden (hauptsächlich Heroin) machen 48 % der Patienten aus, die sich 2011 in Europa in eine spezialisierte Behandlung begaben (197 000 Patienten), und rund 30 % derjenigen, die erstmals eine Behandlung aufnahmen. Tendenziell ist die Gesamtzahl der neuen Heroinpatienten in Europa rückläufig und betrug 2011 verglichen mit einem Höchstwert von 59 000 im Jahr 2007 noch 41 000, wobei der Rückgang in den westeuropäischen Ländern am deutlichsten erkennbar ist. Insgesamt scheint es immer weniger Neueinsteiger in den Heroinkonsum zu geben, was sich nunmehr auf die Behandlungsnachfrage auswirkt.

IN BEHANDLUNG BEFINDLICHE HEROINKONSUMENTEN

Merkmale



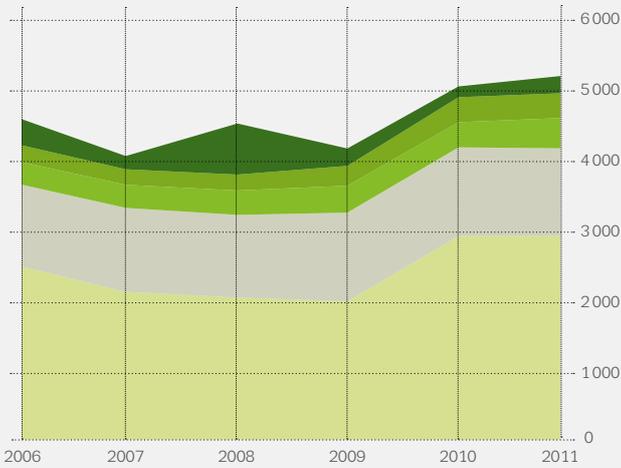
Trends bei den Erstbehandelten



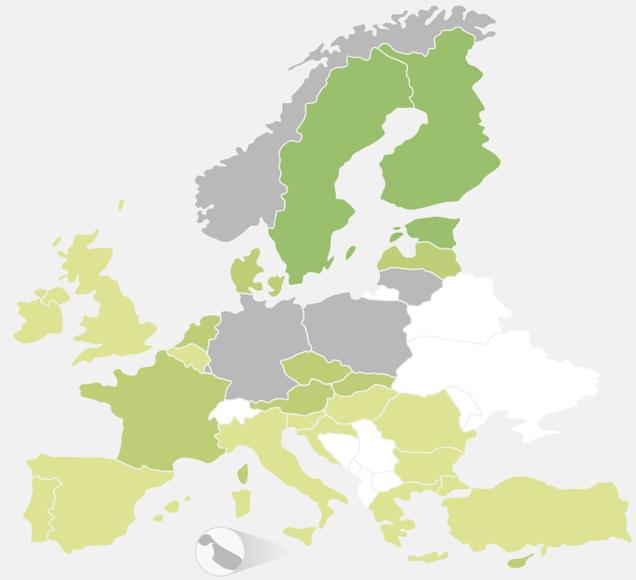
Anmerkung: Die Merkmale beziehen sich auf alle mit einer Behandlung beginnenden Patienten mit Heroin als Leitdroge. Die Trends betreffen die erstmals eine Behandlung aufnehmenden Patienten mit Heroin als Leitdroge. Die erfassten Länder variieren je nach Indikator.

ABBILDUNG 2.9

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



■ Vereinigtes Königreich 
 ■ Sonstige Länder 
 ■ Frankreich 
 ■ Spanien 
 ■ Italien



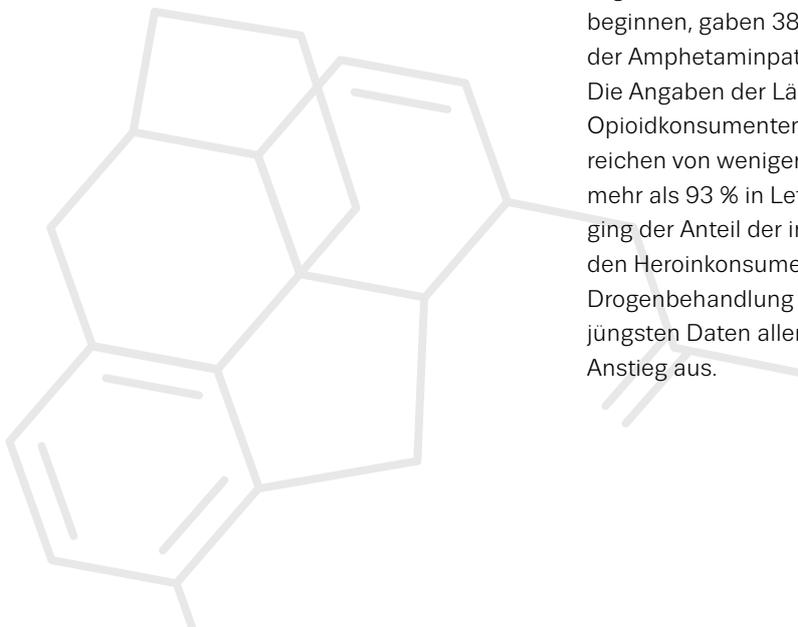
■ 0–10 
 ■ 11–50 
 ■ >50 
 ■ Keine Daten

**Andere Opiode als Heroin: ein Problem in einigen Ländern**

Im Jahre 2011 berichteten elf europäische Länder, dass 10 % oder mehr ihrer Opioidpatienten, die sich erstmals in eine Spezialbehandlung begeben haben, andere Opiode als Heroin konsumierten, einschließlich Fentanyl, Methadon und Buprenorphin (Abbildung 2.9). 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.

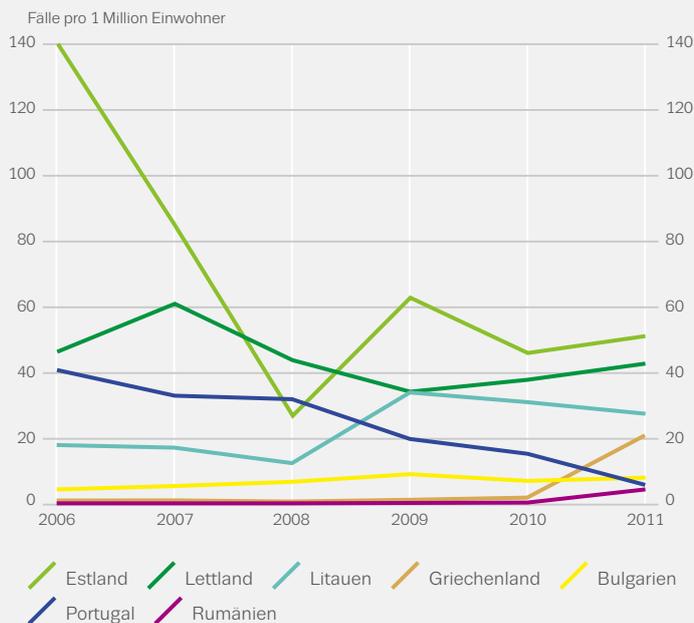
**Injizierender Drogenkonsum: langfristiger Rückgang**

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, wengleich in einigen Ländern der injizierende Konsum von Amphetaminen ein gravierendes Problem darstellt. Dreizehn 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 beginnen, gaben 38 % der Opioidpatienten und 24 % der Amphetaminpatienten an, die Droge zu injizieren. Die Angaben der Länder zum Anteil der injizierenden Opioidkonsumenten sind sehr unterschiedlich und reichen von weniger als 9 % in den Niederlanden bis zu mehr als 93 % in Lettland. Zwischen 2006 und 2011 ging der Anteil der injizierenden Konsumenten unter den Heroinkonsumenten, die sich erstmals in eine Drogenbehandlung begeben haben, generell zurück; die jüngsten Daten allerdings weisen einen geringfügigen Anstieg aus.

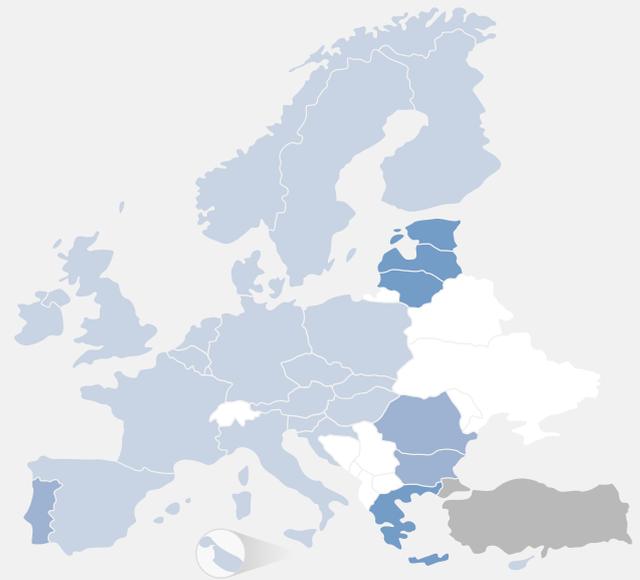


## ABBILDUNG 2.10

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



Anmerkung: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in den Ländern mit den höchsten Raten 2011 (Quelle: ECDC)



Fälle pro 1 Million Einwohner ■ <5 ■ 5–10 ■ >10 ■ Keine Daten

### Neuausbrüche gefährden langfristigen Rückgang von HIV

Die Injektion von Drogen spielt nach wie vor eine wichtige Rolle bei der Übertragung von Infektionskrankheiten einschließlich HIV/Aids und Hepatitis C. Die jüngsten Zahlen zeigen, dass Neuausbrüche unter injizierenden Drogenkonsumenten in Griechenland und Rumänien den langfristigen Rückgang der Zahl der HIV-Neuinfektionen in Europa beeinträchtigen könnten (Abbildung 2.10). Im Jahre 2011 betrug der durchschnittliche Anteil der gemeldeten HIV-Neudiagnosen, die auf injizierenden Drogenkonsum zurückgeführt wurden, 3,03 je 1 Million Einwohner. Es wurden 1507 neue Fälle gemeldet, wobei sich diese Angaben noch ändern können. Das bedeutet einen geringfügigen Anstieg gegenüber 2010 und damit ein Ende der seit 2004 generell beobachteten rückläufigen Tendenz.

Hinter dem europäischen Gesamtwert verbergen sich deutliche länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der entsprechenden Trends. So entfielen 2011 auf Griechenland und Rumänien 353 Neudiagnosen bzw. 23 % der Gesamtzahl, wohingegen es 2010 nur etwas über 2 % waren (31 von 1469). Bulgarien, Estland und Lettland meldeten 2011 geringfügig höhere Raten neu diagnostizierter HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten. Im Gegensatz dazu waren die von Irland, Spanien und Portugal gemeldeten Raten weiter rückläufig und entsprachen damit dem seit 2004 beobachteten Abwärtstrend.

**Bei injizierenden Drogenkonsumenten ist das Risiko gesundheitlicher Probleme besonders hoch**

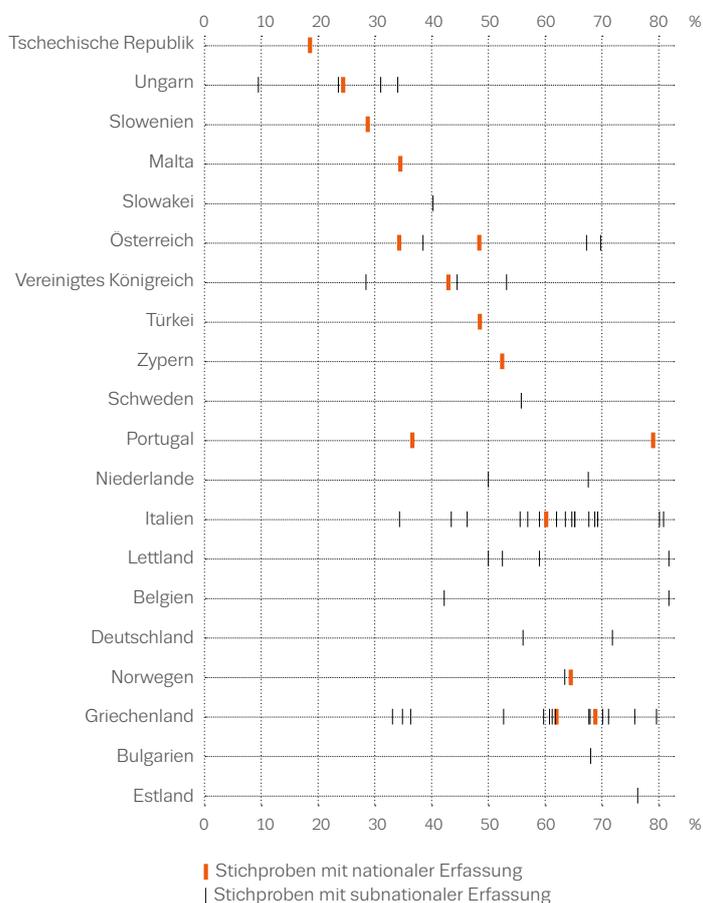
### Hepatitis und sonstige Infektionskrankheiten: schwerwiegende Gesundheitsprobleme

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 2010-2011 zwischen 18 % und 80 %, und acht der 12 Länder mit nationalen Daten meldeten Prävalenzraten von über 40 % (Abbildung 2.11). Eine Prävalenz auf oder über diesem Niveau kann darauf hindeuten, dass ein Potenzial für neue injektionsbedingte HIV-Übertragungen besteht. Von den Ländern, für die nationale Trenddaten für den Zeitraum 2006-2011 vorliegen, meldeten drei (Italien, Portugal, Norwegen) einen Rückgang der HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, während zwei Länder (Griechenland, Zypern) einen Anstieg verzeichneten.

2010 und 2011 belief sich der durchschnittliche Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an allen HCV-Fällen in den 18 Ländern, für die Daten zur Verfügung standen, auf 58 %; der Anteil an den gemeldeten akuten HCV-Fällen (in denen die Risikokategorie bekannt ist) lag bei 41 %. Bei Hepatitis B entfallen auf injizierende Drogenkonsumenten 7 % aller diagnostizierten Fälle und 1 % der gemeldeten akuten Fälle. Drogenkonsum kann auch ein Risikofaktor im Hinblick auf andere Infektionskrankheiten sein, darunter 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 Anfang März 2013 Meldungen über 15 drogenbedingte Anthrax-Fälle ein, von denen sieben einen tödlichen Ausgang nahmen. Hier besteht möglicherweise ein Zusammenhang mit einem früheren Ausbruch von Anthrax-Fällen, über die 2009/2010 berichtet wurde.

ABBILDUNG 2.11

HCV-Antikörper-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, 2010/2011



### Drogenbedingte Todesfälle: nicht nur Überdosierungen

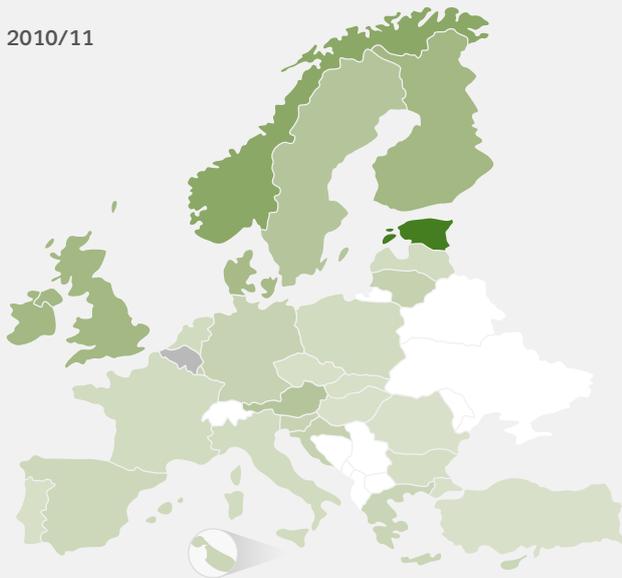
Der Drogenkonsum zählt in Europa zu den häufigsten Ursachen für Todesfälle unter jungen Menschen, und zwar sowohl direkt durch Überdosierungen (drogeninduzierte Todesfälle) als auch indirekt durch drogenbedingte Krankheiten und Unfälle, Gewalt und Selbstmorde. Die meisten Kohortenstudien zu problematischen Drogenkonsumenten weisen jährliche Mortalitätsraten zwischen 1 % und 2 % aus, womit die Mortalitätsrate 10 bis 20 Mal höher ist als erwartet. Eine kürzlich durchgeführte Analyse des EMCDDA ergab, dass in Europa jedes Jahr schätzungsweise zwischen 10 000 und 20 000 Opioidkonsumenten sterben. Größtenteils handelt es sich um Männer zwischen 30 und 40 Jahren, doch variieren Alter, Mortalitätsraten und Todesursachen je nach Land und im Laufe der Zeit.

HIV als indirekte Todesursache bei Drogenkonsumenten ist am besten dokumentiert. Die jüngste Schätzung besagt, dass 2010 in Europa rund 1700 Menschen an einer HIV-/Aids-Erkrankung starben, die im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stand, und dass dieser Trend rückläufig ist. Lebererkrankungen, größtenteils aufgrund einer HCV-Infektion, dürften ebenfalls Ursache für eine beträchtliche Zahl von Todesfällen sein, wobei hier oftmals noch schwerer Alkoholkonsum hinzukommt. Europäische Zahlen dazu liegen allerdings nicht vor. Zusätzlich tragen Selbstmorde, Verletzungen und Morde zur übermäßig hohen Mortalität unter Drogenkonsumenten bei, doch fehlen auch hierzu verlässliche Schätzungen.

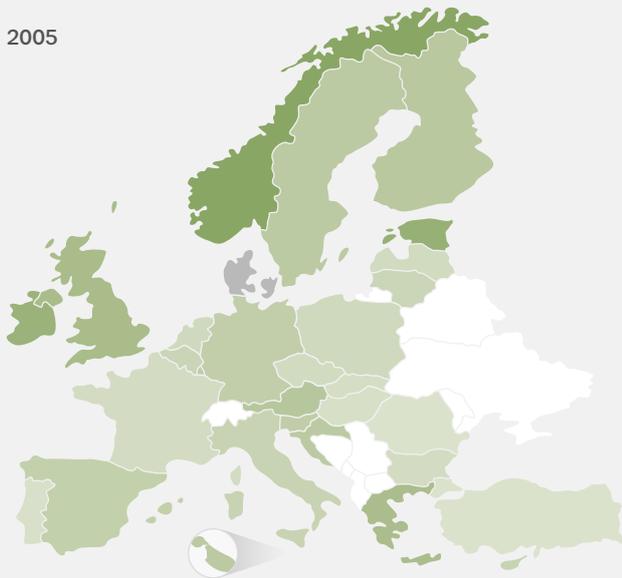
## ABBILDUNG 2.12

## Drogeninduzierte Mortalitätsraten unter Erwachsenen (15–64 Jahre)

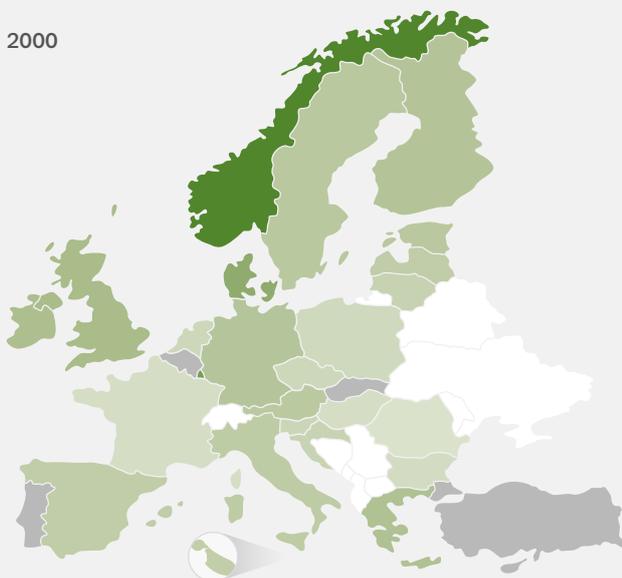
2010/11



2005



2000



1 17 51 85 119 136  
Fälle pro 1 Million Einwohner

Keine Daten

Haupttodesursache unter problematischen Drogenkonsumenten in Europa sind Überdosierungen. In der Mehrzahl der gemeldeten Fälle spielen Opioide, vor allem Heroin oder seine Metaboliten, eine Rolle, oftmals in Kombination mit anderen Substanzen wie Alkohol oder Benzodiazepinen. Neben Heroin werden in den toxikologischen Berichten weitere Opioide wie Methadon, Buprenorphin und Fentanyl aufgeführt.

Rund 90 % der Opfer der in Europa gemeldeten tödlichen Überdosierungen sind über 25 Jahre alt, und das Durchschnittsalter derer, die an einer Überdosis sterben, steigt an, was auf eine alternde Kohorte von problematischen Opioidkonsumenten schließen lässt. Die meisten gemeldeten Todesfälle durch Überdosierung (80 %) betreffen Männer.

Für 2011 wird die durchschnittliche Mortalitätsrate im Zusammenhang mit Überdosierungen in Europa auf 18 Todesfälle je 1 Million Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren geschätzt. Sechs Länder verzeichneten Raten von über 40 Todesfällen je 1 Million Einwohner, darunter an vorderster Stelle Norwegen (73 je 1 Million Einwohner) und Estland (136 je 1 Million Einwohner) (Abbildung 2.12).

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 2011 rund 6 500 Todesfälle aufgrund von Überdosierung vermeldet, das sind weniger als 2010 (7 000) und 2009 (7 700). Allerdings stellt sich die Situation in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich dar, einige berichten immer noch über steigende Zahlen.

**Insgesamt wurden 2011 rund 6500 Todesfälle aufgrund von Überdosierung vermeldet, das sind weniger als 2010 (7 000) und 2009 (7 700)**

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

### Veröffentlichungen des EMCDDA

#### 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, and Part II: Health effects of cannabis use, EMCDDA Monographs.

### EMCDDA- und ESPAD-Veröffentlichungen

#### 2012

Zusammenfassung, ESPAD-Bericht 2011.

### Veröffentlichungen des 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

**Bei den Drogenbekämpfungsmaßnahmen können im Wesentlichen Maßnahmen zur Nachfragereduzierung und Maßnahmen zur Angebotsreduzierung unterschieden werden**

# Massnahmen gegen Drogen

Bei den Drogenbekämpfungsmaßnahmen können im Wesentlichen Maßnahmen zur Nachfragereduzierung und Maßnahmen zur Angebotsreduzierung unterschieden werden. Zu Ersteren gehören Gesundheits- und Sozialmaßnahmen wie Prävention, Schadensminimierung, Behandlung und soziale Wiedereingliederung. Letztere beinhalten unter anderem die Durchsetzung der Drogengesetzgebung vor allem durch Polizei, Zoll und Justiz, wobei in erster Linie die Verfügbarkeit von Drogen eingeschränkt werden soll.

## Beobachtung drogenbezogener Maßnahmen

Zur Beobachtung dieser Maßnahmen wird gegenwärtig auf routinemäßig erfasste Daten wie auch auf nationale Einschätzungen und Experten-Bewertungen zurückgegriffen. Die Daten zu den Gesundheits- und Sozialmaßnahmen beinhalten Schätzungen zur Bereitstellung von opioidgestützten Substitutionstherapien sowie von Nadeln und Spritzen. Übersichtsarbeiten zu wissenschaftlichen Belegen, wie sie beispielsweise die Cochrane Collaboration bietet, liefern Informationen über die Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Maßnahmen. Weitere Informationen zu den hier präsentierten Daten und zur Evidenzbasis für die Maßnahmen liegen auf der Website des EMCDDA im Statistical bulletin und Best practice portal vor.

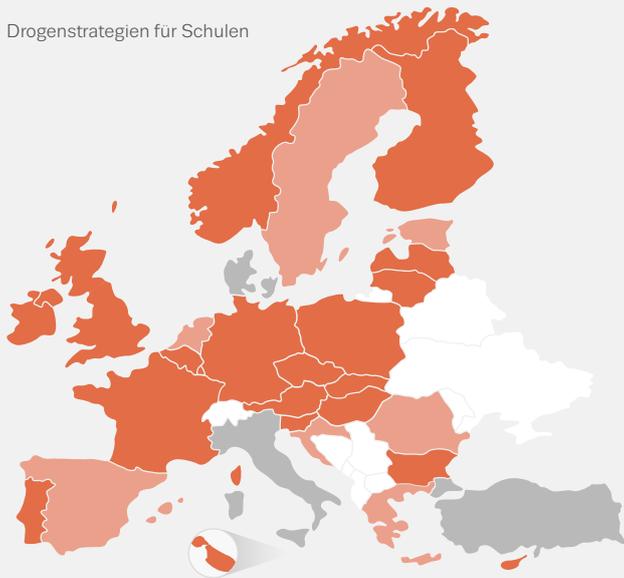
## Fortschritte bei der evidenzbasierten Prävention an Schulen

Mit einer Reihe von Präventionsstrategien wird versucht, dem Drogenkonsum entgegenzuwirken und die damit zusammenhängenden Probleme zu bewältigen. Milieubezogene und universale Ansätze zielen dabei auf ganze Bevölkerungsgruppen, die selektive Prävention wirkt auf besonders anfällige Gruppen, und die indizierte Prävention legt den Schwerpunkt auf bestimmte gefährdete Personen. In Europa werden Präventionsmaßnahmen größtenteils in Schulen durchgeführt (Abbildung 3.1), sind aber auch in anderen Bereichen anzutreffen.

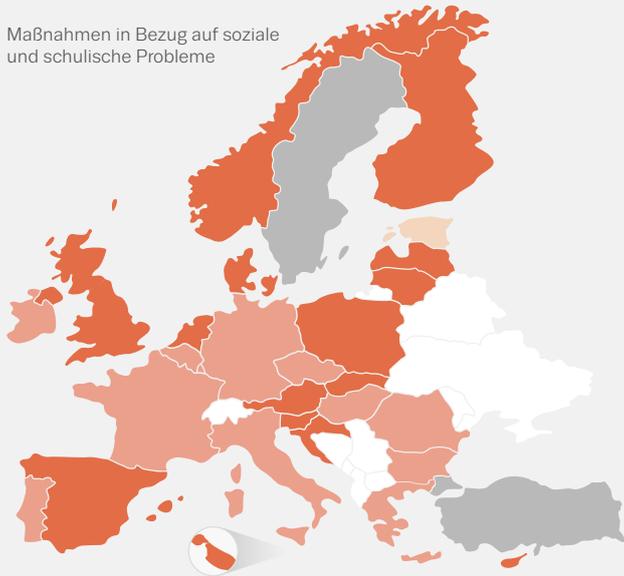
## ABBILDUNG 3.1

## Verfügbarkeit von spezifischen Drogenpräventionsmaßnahmen an Schulen (Experten-Bewertungen, 2010)

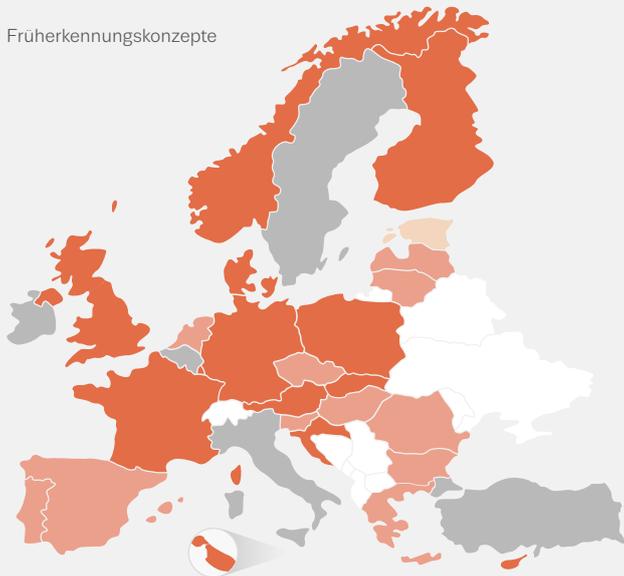
Drogenstrategien für Schulen



Maßnahmen in Bezug auf soziale und schulische Probleme



Früherkennungskonzepte



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

Es hat sich gezeigt, dass mit milieubezogenen Präventionsstrategien zur Änderung des kulturellen, sozialen, physischen und wirtschaftlichen Umfelds eine wirksame Einflussnahme auf die normativen Einstellungen und folglich auch auf den Substanzkonsum möglich ist. In Europa insgesamt sind milieuspezifische Maßnahmen im Schulbereich nach wie vor selten anzutreffen, obwohl in mancherlei Hinsicht durchaus Fortschritte zu verzeichnen sind, wie etwa bei der Förderung eines protektiven Klimas an Schulen und der Entwicklung von Drogenstrategien für Schulen (z. B. Leitlinien für den Umgang mit Drogenkonsum oder -verkauf durch Schüler). Gewisse Fortschritte macht auch die Anwendung von universalen Präventionsansätzen mit positiven Evaluationsergebnissen in Schulen, die beispielsweise die Vermittlung von persönlichen und sozialen Kompetenzen beinhalten. Von einer grundlegenden Aufklärungstätigkeit wurde eher Abstand genommen, da es kaum Anhaltspunkte für deren Wirksamkeit gibt. Es wächst die Zahl der Berichte über die erfolgreiche Umsetzung von nordamerikanischen und europäischen Präventionsprogrammen mit positiven Evaluationsergebnissen (z. B. Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro und Preventure).

Selektive Präventionsmaßnahmen sind auf besonders anfällige Gruppen von Jugendlichen ausgerichtet, bei denen möglicherweise ein größeres Risiko für Drogenprobleme besteht. Aus Expertenberichten geht hervor, dass sich das Maßnahmenangebot für einige gefährdete Gruppen in Europa insgesamt vergrößert hat, und zwar vor allem für Schüler mit sozialen und schulischen Problemen. Zudem sind Schulen ein wichtiger Bereich für indizierte Präventionsmaßnahmen, die spezielle Konzepte zur frühzeitigen Erkennung von Schülern mit Verhaltensstörungen und Drogenproblemen einschließen.

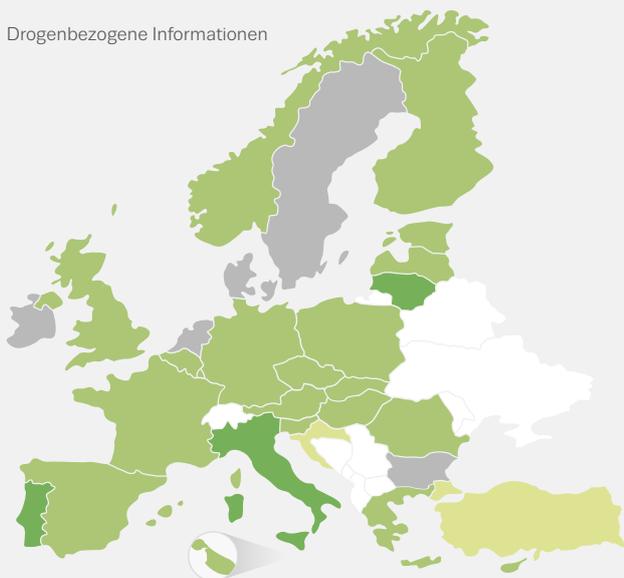
### Maßnahmen in der Nachtclubszene: die Notwendigkeit eines integrierten Ansatzes

Der Konsum von illegalen Drogen, insbesondere Stimulanzien, wird bekanntermaßen mit dem Nachtleben in Verbindung gebracht. Junge Leute können bei bestimmten Veranstaltungen durchaus mit Formen des Drogen- und Alkoholkonsums in Berührung kommen, die in hohem Maße die Gefahr von gesundheitlichen Problemen, Unfällen oder Verletzungen in sich bergen. Die europäische Initiative „Healthy Nightlife Toolbox“ betont die Notwendigkeit der Verfügbarkeit von umfassenden Maßnahmen in Bezug auf diese Risiken im Freizeitbereich. Der empfohlene Ansatz integriert Maßnahmen zur Prävention, Schadensminimierung, Regulierung und Strafverfolgung.

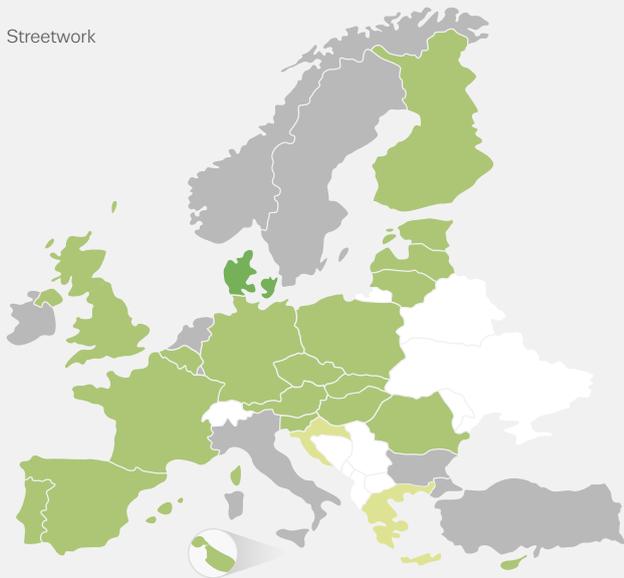
## ABBILDUNG 3.2

Verfügbarkeit von spezifischen Maßnahmen in der Nachtclubszene  
(Experten-Bewertungen, 2011)

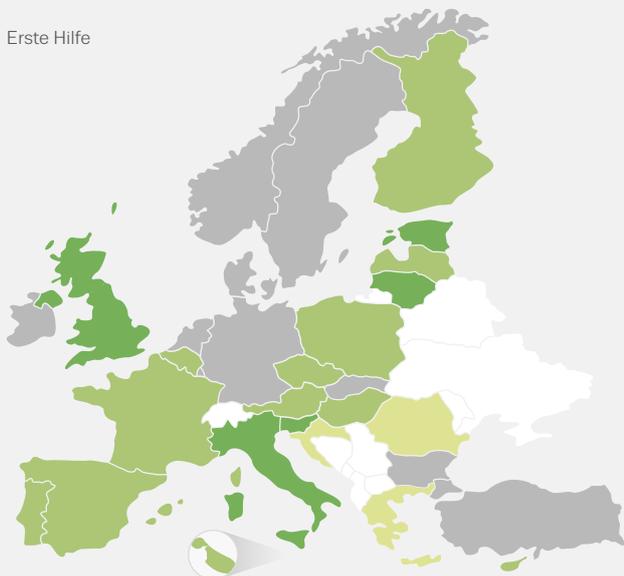
Drogenbezogene Informationen



Streetwork



Erste Hilfe



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

Etwas mehr als ein Drittel der Länder berichtet über die Anwendung von Strategien zur Prävention oder Schadensminimierung in Freizeitbereichen. Sie sind teilweise personenbezogen und sehen die Verteilung von Informationsblättern, Ansätze zur Peer Education und den Einsatz von mobilen Teams vor. Andere Strategien wiederum sind schwerpunktmäßig auf das Milieu ausgerichtet und betreffen beispielsweise die Regulierung und Zulassung von Lokalitäten mit Alkoholverkauf, die Förderung eines verantwortungsbewussten Ausschanks von Alkohol, den Umgang mit großen Menschenmengen und die Sicherung des Zugangs zu kostenlosem Wasser und sicherem Transport in der Nacht. Gefördert werden solche Maßnahmen von club-health.eu und den im Rahmen des Projekts „Party+“ geförderten Safer-Party-Labels („quality nights“). Eine Überprüfung der Verfügbarkeit dreier auf das Nachtleben bezogener Maßnahmen – Bereitstellung von Informationsmaterial, Streetwork und erste Hilfe – zeigt jedoch, dass in den meisten Ländern nach wie vor wenig in diesem Bereich getan wird (Abbildung 3.2).

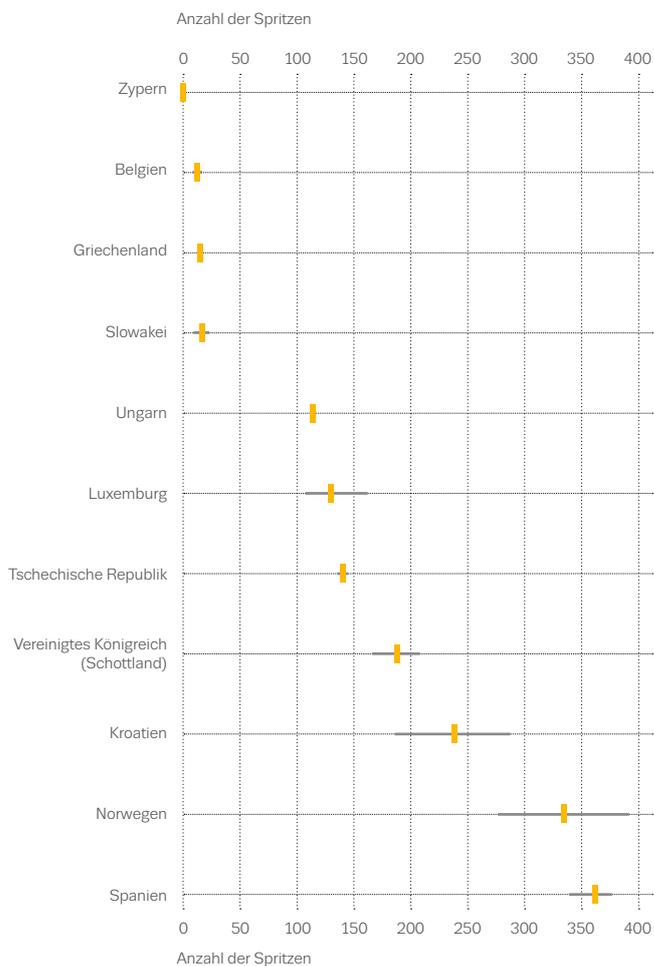
### Vermeidung von Infektionskrankheiten: Hepatitis-C-Behandlung muss stärker in den Blickpunkt rücken

Für Drogenkonsumenten und insbesondere injizierende Drogenkonsumenten besteht die Gefahr der Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch die gemeinsame Nutzung des für den Konsum erforderlichen Materials und durch ungeschützten Geschlechtsverkehr. Die Verhinderung der Übertragung von HIV, Virushepatitis und anderen Infektionskrankheiten ist daher ein wichtiges Ziel der europäischen Drogenpolitik. Speziell für injizierende Opioidkonsumenten wurde in letzter Zeit im Rahmen mehrerer Reviews die Wirksamkeit der Substitutionstherapie aufgezeigt, die sich bei einer Kombination mit Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen offenbar noch erhöht.

Die Zahl der im Rahmen spezieller Programme ausgegebenen Spritzen hat sich in den 23 Ländern, die nationale Daten für die betreffenden Jahre vorgelegt haben, zwischen 2005 und 2011 von 34,2 Millionen auf 46,3 Millionen erhöht. In den 11 Ländern, für die neuere Schätzungen zur Zahl der injizierenden Drogenkonsumenten verfügbar sind, erhielt jeder dieser Konsumenten 2011 durchschnittlich 127 Spritzen im Rahmen spezieller Programme, wobei sich die konkreten Zahlen von weniger als 50 bis zu mehr als 300 Spritzen pro Konsumenten bewegen (Abbildung 3.3).

### ABBILDUNG 3.3

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

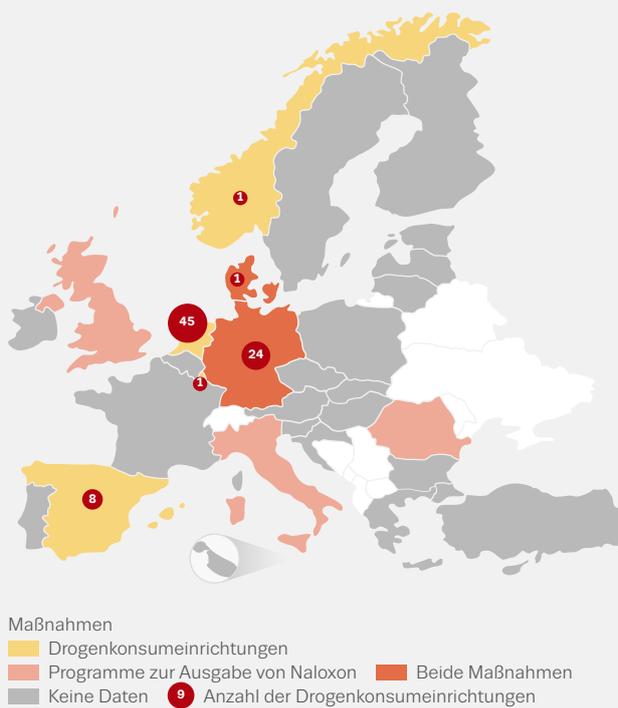


Anmerkung: Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt.

Es gibt einen sicheren und wirksamen Impfstoff zur Verhinderung der Ausbreitung des Hepatitis-B-Virus (HBV), und 25 europäische Länder haben Hepatitis-B-Impfungen in ihre nationalen Impfprogramme aufgenommen. Sechzehn Länder geben an, über spezielle HBV-Impfprogramme für injizierende Drogenkonsumenten zu verfügen. In Bezug auf Hepatitis C, wogegen nicht geimpft werden kann, werden ähnliche Präventionsmaßnahmen angewandt wie zur Verhinderung der Übertragung von HIV. In einigen europäischen Ländern bestehen nach wie vor nur wenige und zudem finanziell schlecht ausgestattete Initiativen, um injizierende Drogenkonsumenten auf Hepatitis C zu testen und entsprechend zu beraten. Aus Modellstudien geht hervor, dass die Übertragung des Virus verringert werden könnte, wenn infizierte Konsumenten eine antivirale Therapie gegen Hepatitis C aufnehmen würden. Ungeachtet dessen und trotz der sich verdichtenden Beweise für den wirksamen Einsatz dieser Therapie bei injizierenden Drogenkonsumenten wird sie derzeit in Europa nur in relativ wenigen Fällen durchgeführt.

### ABBILDUNG 3.4

Länder mit Programmen zur Ausgabe von Naloxon und überwachten Drogenkonsumeinrichtungen

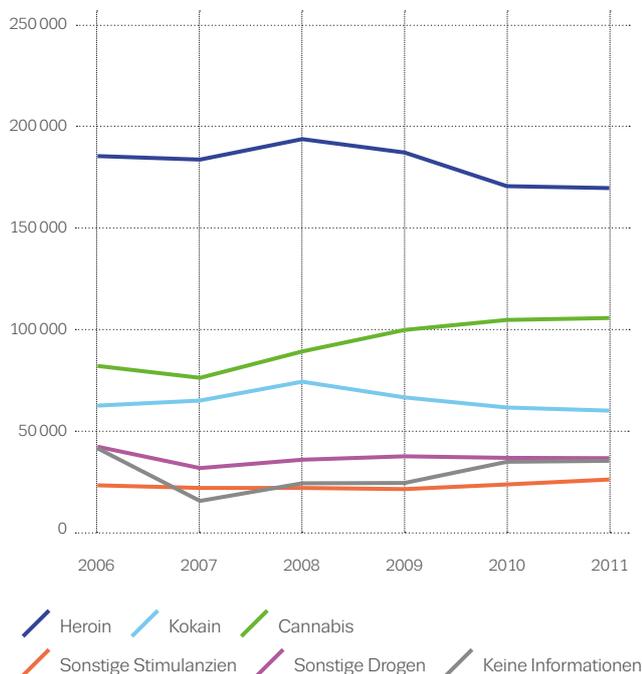


#### Verhinderung von drogenbedingten Todesfällen: eine große gesundheitspolitische Aufgabe

Die Verringerung der Zahl von Überdosierungen und anderen drogenbedingten Todesfällen ist und bleibt eine große Aufgabe für die Gesundheitspolitik. Eine Behandlung, insbesondere die opioidgestützte Substitutionstherapie, kann das Mortalitätsrisiko von Drogenkonsumenten erheblich verringern, und die Verbesserung des Zugangs zu und des Verbleibs in Behandlungen kann als eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung von Überdosierungen angesehen werden. Das Risiko einer Überdosierung erhöht sich bei Opioidkonsumenten bekanntermaßen nach Entlassung aus dem Strafvollzug und nach bestimmten Arten von Behandlung, was an einer verringerten Opioid-Toleranz liegen könnte. Ein innovativer Ansatz zur Bekämpfung dieser Risiken sieht vor, den Opioidantagonisten Naloxon umfassender verfügbar zu machen. Fünf Länder berichten über Pilotprojekte oder Programme, bei denen Naloxon an Opioidkonsumenten, ihre Familienangehörigen oder Pflegekräfte ausgegeben wird (Abbildung 3.4). Eine Studie im Vereinigten Königreich hat gezeigt, dass Pflegekräfte und auch Betreuer von Drogenabhängigen ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Selbstsicherheit bei der Bewältigung von Fällen von Opioidüberdosierung und bei der Naloxon-Gabe mit nur minimalen Schulungen stärken könnten.

## ABBILDUNG 3.5

Anzahl der Patienten, die sich in spezialisierte Drogentherapie begeben, nach Leitdroge



Die Mehrheit der Länder gibt an, dass Informationsmaterial zur Gefahr der Überdosierung an problematische Drogenkonsumenten verteilt wird. Eine Abschätzung der Gefahr einer Überdosierung durch geschulte Mitarbeiter von Einrichtungen der Suchthilfe oder des Gesundheitssystems kann dazu beitragen, besonders gefährdete Personen früh zu erkennen. Mit Hilfe von betreuten Drogenkonsumeinrichtungen ist es möglich, Gruppen von marginalisierten Drogenkonsumenten zu erreichen. Solche Einrichtungen bestehen in sechs Ländern und können zur Verhinderung von Todesfällen durch Überdosierung und zur Verringerung der Folgen nichttödlicher Überdosierungen beitragen.

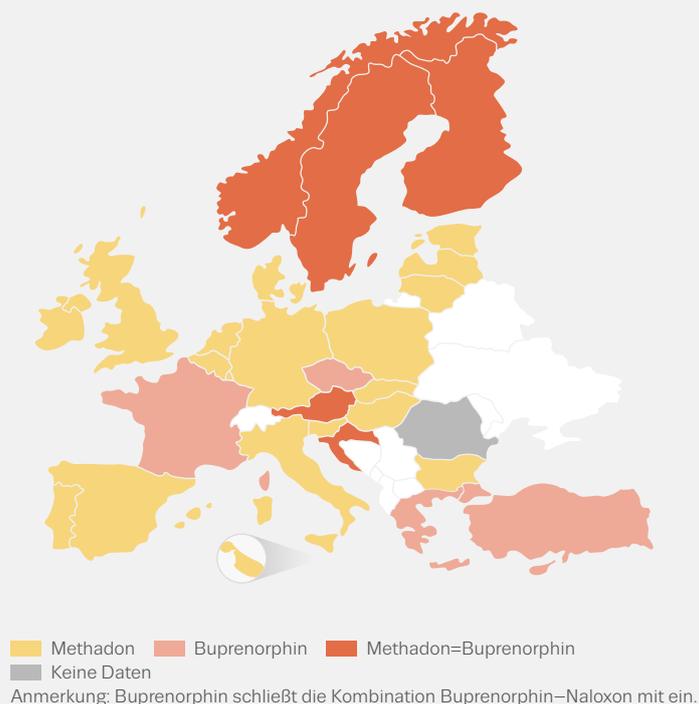
### Mehr als eine Million Europäer in Drogentherapie

Es wird davon ausgegangen, dass in Europa 2011 mindestens 1,2 Millionen Menschen wegen Konsums illegaler Drogen in Behandlung waren. Opioidkonsumenten bilden dabei die größte Gruppe, danach rangieren Cannabis- und Kokainkonsumenten, wie aus den Daten zu den Behandlungsaufnahmen (Abbildung 3.5) hervorgeht. Allerdings sind hierbei Unterschiede zwischen den Ländern zu beobachten.

In Europa stützt man sich bei der Drogentherapie in erster Linie auf psychosoziale Maßnahmen, die opioidgestützte Substitutionstherapie und Entgiftung. Die Behandlung

## ABBILDUNG 3.6

Wichtigste Opioid-Substitutionsmittel nach Patientenzahlen



wird größtenteils ambulant durchgeführt, unter anderem von spezialisierten Zentren, Allgemeinärzten und niedrigschwelligen Diensten. Ein nicht unerheblicher, jedoch immer geringer werdender Teil der Drogenbehandlung wird auch stationär durchgeführt.

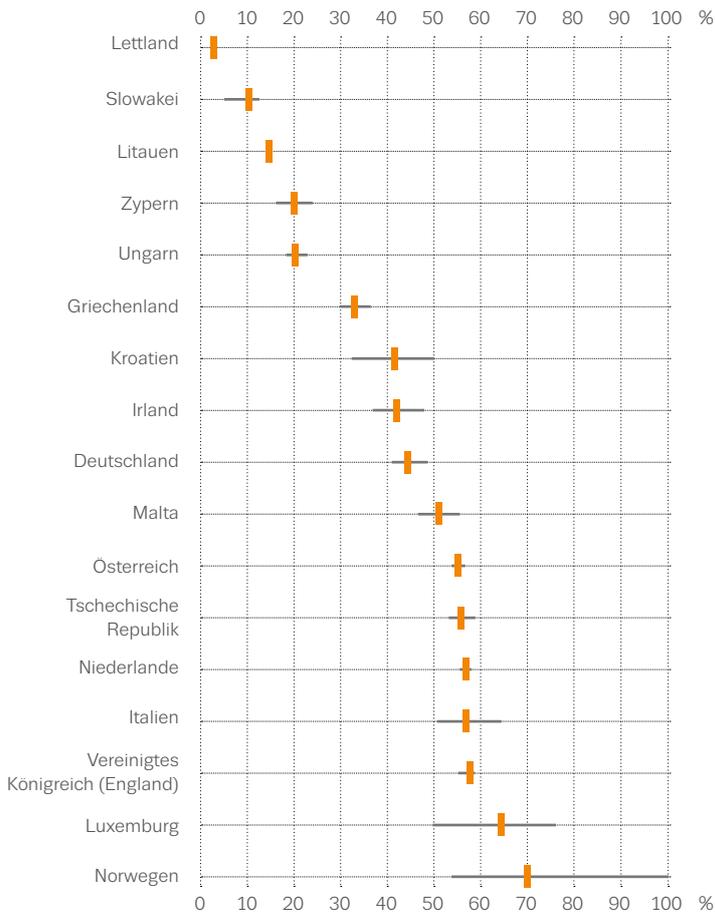
### Opioidkonsumenten: Substitutionsbehandlung ist die erste Wahl

Die gängigste Behandlungsform einer Opioidabhängigkeit in Europa ist die Substitutionsbehandlung, die im Allgemeinen mit psychosozialer Betreuung einhergeht und in spezialisierten ambulanten Einrichtungen oder durch Allgemeinärzte durchgeführt wird. Methadon ist das am häufigsten verordnete Medikament und wird an bis zu drei Viertel aller Patienten verabreicht. Den übrigen Patienten wird größtenteils Buprenorphin verschrieben, das in fünf Ländern das wichtigste Substitutionsmittel ist (Abbildung 3.6). Bei weniger als 5 % aller Substitutionsbehandlungen in Europa kommen andere Substanzen zum Einsatz, wie etwa Morphin in Retardform (mit langsamer Wirkstofffreisetzung) oder Diacetylmorphin (Heroin).

Das vorhandene Datenmaterial spricht für eine Opioid-Substitutionstherapie kombiniert mit psychosozialer Betreuung, wenn die Patienten in der Behandlung gehalten und der illegale Opioidkonsum ebenso wie drogenbedingte Schäden und Todesfälle reduziert werden

ABBILDUNG 3.7

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



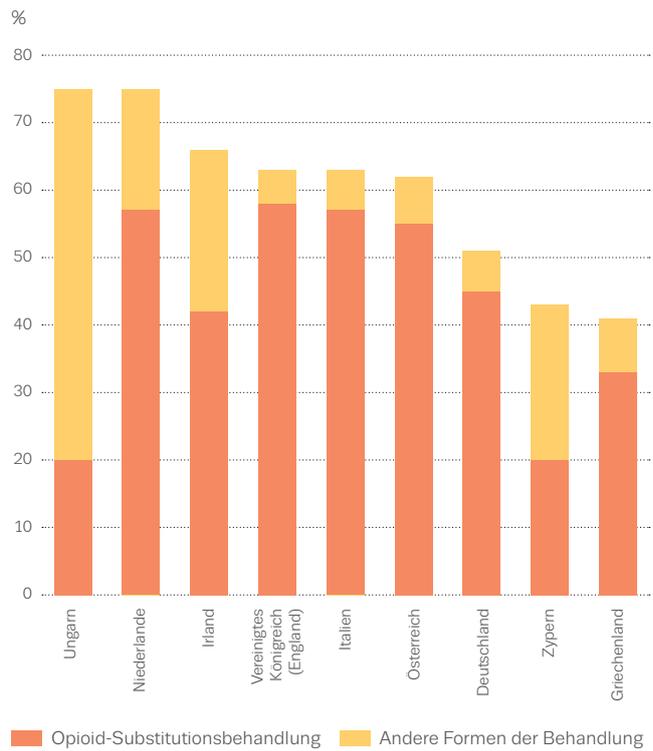
Anmerkung: Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt.

sollen. Methadon, Buprenorphin und Diacetylmorphin haben sich als wirksam erwiesen, um den Zyklus von Intoxikation und Entzug zu beenden und damit den Patienten zu helfen, sich zu stabilisieren und andere Arten von Maßnahmen in Anspruch zu nehmen (beispielsweise Behandlung von HIV/AIDS und Hepatitis). Außerdem trägt die Substitutionsbehandlung erwiesenermaßen zur Verbesserung der Lebensqualität bei und erleichtert die soziale Wiedereingliederung.

Die Gesamtzahl der Opioidkonsumenten, die in Europa eine Substitutionsbehandlung erhalten, lag im Jahr 2011 bei schätzungsweise 730 000, was eine Zunahme gegenüber 2008 (650 000) darstellt. Das dürften ungefähr 50 % der problematischen Opioidkonsumenten in Europa sein, womit die geschätzte Erfassungsrate mit der vergleichbar ist, die für Australien und die Vereinigten Staaten vermeldet wird. In Europa selbst jedoch gibt es bei den Erfassungsraten große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Die niedrigsten geschätzten

ABBILDUNG 3.8

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



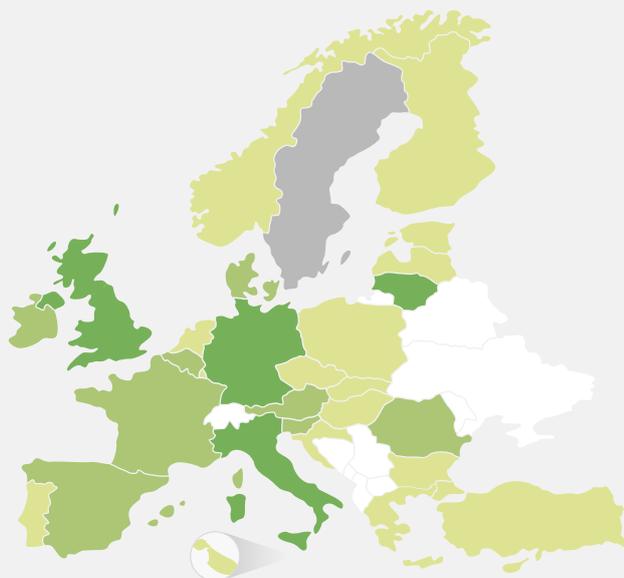
Raten (3-20 %) wurden in Lettland, der Slowakei und Litauen gemeldet (Abbildung 3.7). Lange Wartezeiten von einem Monat bis zu sechs Monaten waren in fünf Ländern zu verzeichnen, während sie in Bulgarien und Griechenland den Berichten zufolge mehr als sechs Monate betragen. Allerdings hat Griechenland vor kurzem nach den Ausbrüchen von HIV unter injizierenden Heroinkonsumenten im Jahr 2010 die Möglichkeiten für eine Substitutionsbehandlung erweitert, und die Wartezeiten haben sich verkürzt.

**Andere Behandlung für Opioidkonsumenten: in allen Ländern erhältlich**

Eine Behandlung ohne Substitutionsmittel steht Opioidkonsumenten in allen europäischen Ländern zur Verfügung. Sie kann ambulant und stationär erfolgen und schließt psychosoziale Maßnahmen mit ein, wie etwa kognitive Verhaltenstherapie, therapeutische Gemeinschaften und andere Konzepte. Der Behandlung geht manchmal eine Entgiftung voraus, in deren Rahmen die notwendige medikamentöse Unterstützung zur Bewältigung der körperlichen Entzugserscheinungen gewährt wird. Maßnahmen der kognitiven Verhaltenstherapie haben bei Opioidkonsumenten durchaus eine gewisse Wirkung gezeigt, jedoch sind die Nachweise nicht ausreichend robust genug, um genau festzustellen, welche Maßnahme am erfolgreichsten ist. Es

ABBILDUNG 3.9

Verfügbarkeit von spezifischen Behandlungsprogrammen für Kokainkonsumenten (Experten-Bewertungen, 2011)



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

gibt keine schlüssigen Anhaltspunkte für die Wirksamkeit von drogenfreien therapeutischen Gemeinschaften.

In den neun Ländern, die hinreichende Daten zur Verfügung gestellt haben, sind zwischen 5 % und mehr als 50 % aller problematischen Opioidkonsumenten in irgendeine andere Behandlung als die Substitutionstherapie eingebunden (Abbildung 3.8). In allen diesen Ländern liegt die Erfassungsrate bei sämtlichen Arten der Behandlung von problematischen Opioidkonsumenten bei über 40 %.

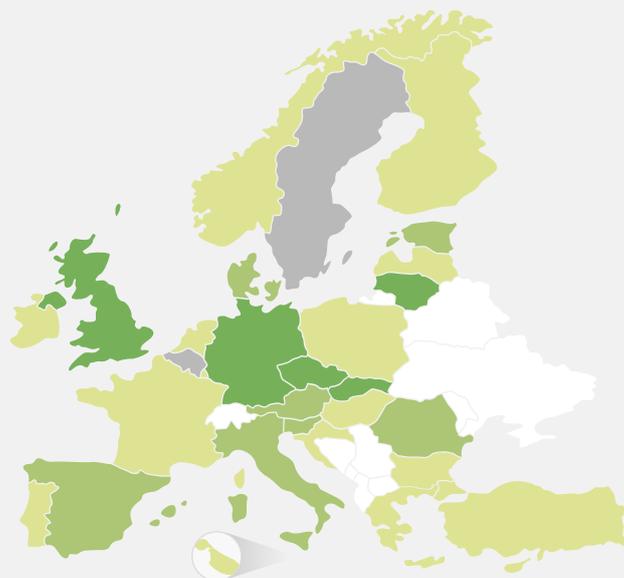
### Behandlung von Kokainkonsumenten: spezifische Programme verfügbar

Zu den primären Behandlungsmöglichkeiten einer Kokainabhängigkeit zählen psychosoziale Maßnahmen, wobei das Kontingenzmanagement offenbar die Maßnahme mit der größten Wirksamkeit ist. Was den Einsatz von Medikamenten betrifft, so könnten Dopaminagonisten und Antipsychotika wirksam zur Verringerung des Kokainkonsums beitragen.

Obwohl Personen mit Kokainproblemen in allgemeinen Behandlungseinrichtungen versorgt werden können, stehen in 12 Ländern spezielle Programme für Kokain- und Crackkonsumenten zur Verfügung (Abbildung 3.9), darunter in den Ländern mit dem höchsten Kokainkonsum.

ABBILDUNG 3.10

Verfügbarkeit von spezifischen Behandlungsprogrammen für Amphetaminkonsumenten (Experten-Bewertungen, 2011)



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

In einigen Ländern richten sich diese Programme an sozial integrierte Kokainkonsumenten, die andere Leistungen möglichst nicht in Anspruch nehmen wollen. In Dänemark und Österreich wird Kokainkonsumenten eine Behandlung auch im Rahmen von Programmen für Mehrfachkonsumenten angeboten. Zudem melden Bulgarien, Malta und die Niederlande, dass für die nahe Zukunft spezifische Behandlungsprogramme geplant sind. Spezifische Leitlinien für die Behandlung von Kokainkonsumenten wurden in Dänemark, Deutschland und dem Vereinigten Königreich entwickelt.

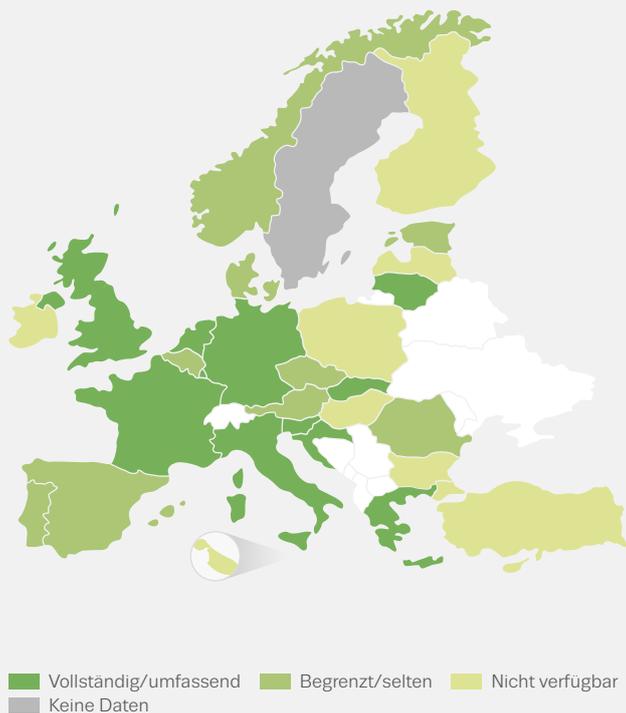
### Behandlung von Amphetaminkonsumenten: geografische Unterschiede

Psychosoziale Maßnahmen in ambulanten Einrichtungen sind die primären Behandlungsmöglichkeiten für Amphetaminkonsumenten. Sowohl die kognitive Verhaltenstherapie als auch das Kontingenzmanagement, gelegentlich in Kombination, wird offenbar mit positiven Ergebnissen in Verbindung gebracht. Es wurden mehrere Arzneimittel zur Behandlung der Amphetamin- und Methamphetaminabhängigkeit untersucht, bislang jedoch gibt es für keine pharmakologische Therapie zuverlässige Nachweise.

Die den Konsumenten von Amphetaminen in Europa zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten sind in

## ABBILDUNG 3.11

Verfügbarkeit von spezifischen Behandlungsprogrammen für Cannabiskonsumenten (Experten-Bewertungen, 2011)



den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Speziell auf diese Konsumentengruppe zugeschnittene Programme stehen insbesondere in den Ländern zur Verfügung, die auf eine lange Zeit der Behandlung des Amphetaminkonsums zurückblicken können (Abbildung 3.10). Darüber hinaus melden Bulgarien und Ungarn, dass spezifische Behandlungsprogramme für Amphetaminkonsumenten für die nahe Zukunft geplant sind.

### Behandlung von Cannabiskonsumenten: zahlreiche Konzepte

In Europa umfasst die Behandlung von Cannabiskonsumenten zahlreiche Konzepte, darunter die internetbasierte Behandlung, Kurzzeitmaßnahmen, multidimensionale Familientherapie, kognitive Verhaltenstherapie und andere strukturierte psychosoziale Maßnahmen im ambulanten oder stationären Rahmen. Überweisungen werden in einigen Ländern hauptsächlich durch Justizeinrichtungen, Unfallstationen und Notaufnahmen sowie psychosoziale Einrichtungen vorgenommen. In den letzten Jahren mehren sich die Studien zur Evaluation der Behandlung von Cannabiskonsumenten. Eine kürzlich vorgenommene Metaanalyse zur multidimensionalen Familientherapie beispielsweise hat ergeben, dass im Hinblick auf die Verringerung des Substanzkonsums und des Verbleibs in der Behandlung positive Ergebnisse zu verzeichnen sind. Forschungsaktivitäten werden auch zu

Medikamenten durchgeführt, die für die Unterstützung von psychosozialen Maßnahmen in Frage kommen. So wurden mit Rimonabant, einem Agonisten, positive Ergebnisse bei der Verringerung akuter physiologischer Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen von Cannabis erzielt.

Im Jahre 2011 berichtete mehr als die Hälfte der europäischen Länder über spezifische Programme für die Behandlung von Cannabiskonsumenten (Abbildung 3.11), während Bulgarien, Polen, Ungarn und Zypern die Einführung von Programmen in diesem Bereich planen.

### GHB: Suche nach Behandlungsoptionen

Die Abhängigkeit von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) ist ein anerkannter klinischer Befund, der nach einem regelmäßigen oder chronischen Konsum mit potenziell schwerwiegenden Entzugserscheinungen einhergeht. Bisher konzentrierte sich die Forschung auf die Beschreibung dieser Erscheinungen und der damit einhergehenden Komplikationen, die in Notfällen häufig nur schwer zu erkennen sind. Zur Behandlung der Symptome bei einem GHB-Entzug stehen bisher noch keine Standardprotokolle zur Verfügung, obwohl in den Niederlanden derzeit Untersuchungen zu einer kontrollierten Entgiftung mit Hilfe von GHB-haltigen Arzneimitteln laufen.

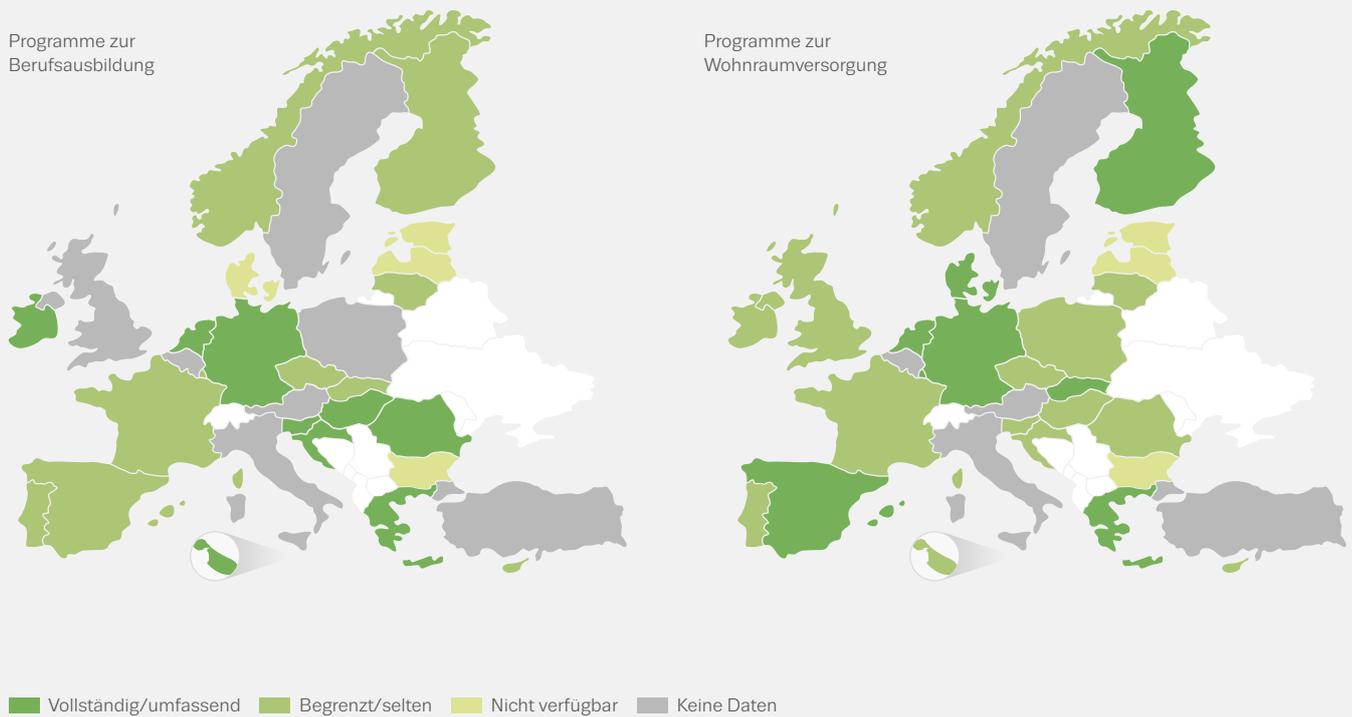
### Soziale Wiedereingliederung: das fehlende Element?

Die Angaben zu den Personen, die im Jahr 2011 mit einer speziellen Drogenbehandlung begonnen haben, zeigen, dass etwa die Hälfte (47 %) arbeitslos war und nahezu jeder Zehnte (9 %) keine feste Unterkunft hatte. Auch ein niedriges Bildungsniveau findet sich häufig bei dieser Gruppe von Patienten, von denen 36 % lediglich die Grundschule abgeschlossen und 2 % nicht einmal diesen Abschluss erreicht haben.

Leistungen zur sozialen Wiedereingliederung, zu denen die Verbesserung der sozialen Kompetenzen, die Förderung von Bildung und Beschäftigungsfähigkeit sowie die Versorgung mit Wohnraum gehören, können entweder parallel zur Drogenbehandlung oder nach deren Abschluss bereitgestellt werden. Obwohl die meisten Länder das Vorhandensein derartiger Wiedereingliederungsmaßnahmen vermelden (Abbildung 3.12), bleibt das Angebot im Allgemeinen doch deutlich hinter der Nachfrage zurück. Zudem wird der Zugang zu den Leistungen oftmals an Auflagen gebunden, wie beispielsweise Drogenfreiheit oder feste Unterkunft,

## ABBILDUNG 3.12

## Verfügbarkeit von Programmen für die soziale Wiedereingliederung in Behandlung befindlicher Drogenkonsumenten (Experten-Bewertungen, 2010)



wodurch möglicherweise einige derer ausgeschlossen werden, die Unterstützung am nötigsten hätten.

Ausschlaggebend für den Erfolg der Maßnahmen zur sozialen Wiedereingliederung ist oftmals eine effiziente Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Hilfseinrichtungen. Diese Thematik war kürzlich Gegenstand einer EMCDDA-Erhebung, bei der 17 von 28 Ländernangaben, dass es Partnerschaftsvereinbarungen zwischen Drogenbehandlungseinrichtungen und speziellen Einrichtungen gibt, die in Bereichen wie Wohnraum und Beschäftigung Unterstützung anbieten.

### Angebote für Strafgefangene: noch unterentwickelt

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.

Da Strafgefangene mit Drogenproblemen oftmals verschiedenste und komplexe gesundheitliche Bedürfnisse haben, die möglicherweise multidisziplinäre und spezielle medizinische Leistungen erforderlich machen, ist die Abschätzung des Behandlungs-/Betreuungsbedarfs bei Haftantritt besonders wichtig. In den meisten Ländern wurden mittlerweile einrichtungsübergreifende Partnerschaften zwischen der Gesundheitsversorgung in den Strafvollzugsanstalten und Anbietern in den Kommunen eingerichtet, um gesundheitliche Aufklärung und Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug anzubieten und gleichzeitig die Kontinuität der Betreuung auch nach der Entlassung zu gewährleisten. In sieben europäischen Ländern fällt die Gesundheit im Strafvollzug in die Zuständigkeit der Gesundheitsministerien. Generell jedoch werden den Strafgefangenen oftmals immer noch schlechtere drogenspezifische Unterstützungsleistungen angeboten als der breiten Öffentlichkeit, trotz eines allgemeinen Plädoyers für den Grundsatz der Gleichheit der Behandlung.

Die in europäischen Strafvollzugsanstalten verfügbaren drogenbezogenen Angebote schließen eine Reihe von Maßnahmen ein, wie etwa Aufklärung, Beratung und Behandlung, Maßnahmen zur Schadensminimierung und Vorbereitung auf die Entlassung. Untersuchungen auf Infektionskrankheiten, im Wesentlichen HIV, werden häufig bei Haftantritt angeboten und in einigen wenigen Ländern auch bei der Entlassung. Nicht immer

ABBILDUNG 3.13

Verfügbarkeit der Opioid-Substitutionsbehandlung in Strafvollzugsanstalten

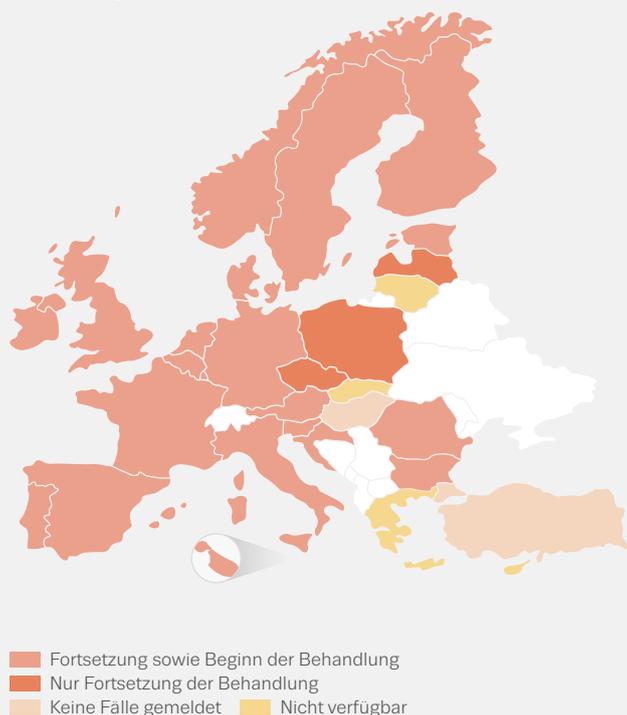
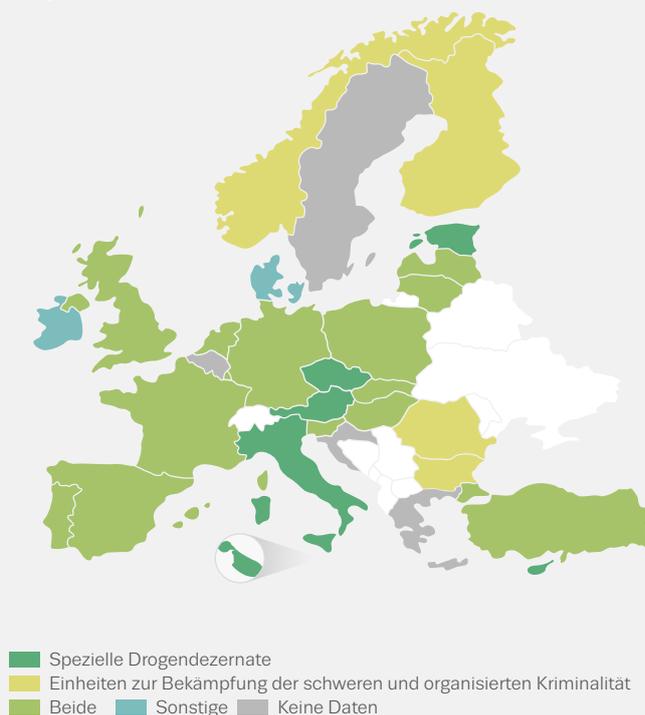


ABBILDUNG 3.14

Arten von spezialisierten Strafverfolgungsbehörden im Drogenbereich in Europa



jedoch ist ein HCV-Screening Bestandteil bestehender Testprogramme. Selten werden im Strafvollzug saubere Injektionsbestecke bereitgestellt. Nur vier Länder geben an, dass in mindestens einer Strafvollzugsanstalt Spritzen zur Verfügung stehen.

Eine Opioid-Substitutionsbehandlung gibt es mittlerweile in den Strafvollzugsanstalten der meisten Länder, jedoch vollzog sich die Einführung langsamer als in den Kommunen. Eine jüngste Schätzung besagt, dass mindestens 74 000 Strafgefangene im Verlaufe des Jahres eine solche Behandlung erhalten haben, wobei jedoch der Versorgungsumfang in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausfällt. Zudem kann es Beschränkungen geben. So gewähren beispielsweise einige Länder die Substitutionsbehandlung nur denjenigen Strafgefangenen, die sie bereits vor ihrer Inhaftierung erhalten haben (Abbildung 3.13).

### Reduzierung des Drogenangebots: Drogendezernate verlieren an Bedeutung

Während Maßnahmen zur Nachfragereduzierung im Allgemeinen dokumentiert werden, ist eine systematische Datenerfassung zu den Aktivitäten im Bereich der Angebotsreduzierung weitaus seltener, obwohl auf diese Aktivitäten oftmals der größere Teil der nationalen Drogenbudgets entfällt. Die Strafverfolgung

im Drogenbereich ist eine wichtige Komponente der Angebotsreduzierung, und das EMCDDA hat kürzlich ein Pilotprojekt mit dem Ziel gestartet, die Organisation der Aktivitäten in diesem Bereich besser zu beschreiben und damit auch ein besseres Verständnis zu erzielen. Ausgangspunkt war eine Bestandsaufnahme der offiziellen Strafverfolgungsbehörden, deren Hauptaufgabe es ist, Verstöße gegen die Drogengesetzgebung zu ermitteln und zu untersuchen. Dabei wird zwischen zwei Hauptarten unterschieden, den eigens eingerichteten Drogendezernaten und den Behörden zur Bekämpfung der organisierten Kriminalität mit einem spezifischen Mandat zur Reduzierung des Drogenangebots.

In 26 Ländern ist mindestens eine dieser beiden Behördenarten anzutreffen, und es wurden insgesamt mehr als 1 000 Einheiten mit spezifischen Mandaten zur Strafverfolgung im Drogenbereich gemeldet (Abbildung 3.14). Die Zahl der Strafverfolgungsbeamten, die sich auf den Bereich der illegalen Drogen spezialisiert haben, wurde für 23 Länder geschätzt und beträgt demnach mindestens 17 000, wobei es sich überwiegend um Polizeiangehörige handelt. Obwohl die gemeldeten Zahlen nicht immer direkt vergleichbar sind, machen die Spezialbeamten schätzungsweise 0,2 bis 3,3 % aller Strafverfolgungsbeamten auf nationaler Ebene aus.

Die Drogendezernate und die Behörden zur Bekämpfung der organisierten Kriminalität mit einem Mandat zur

Reduzierung des Drogenangebots sind grösstenteils der Polizei angegliedert, einige wenige auch dem Zoll. Zudem berichten 11 Länder über eine behördenübergreifende Zusammenarbeit, gewöhnlich in Form von gemeinsamen Polizei- und Zolldezentern oder -stellen. Gelegentlich sind auch andere Behörden wie Küstenwachen oder Grenzkontrollbehörden mit einbezogen, die aber lediglich 42 von den mehr als 1 000 ermittelten Einheiten ausmachten.

Wenngleich 21 Länder angeben, über speziell eingerichtete Drogendezentern zu verfügen, lässt sich aus den Daten ablesen, dass in Europa insgesamt diese Form der spezialisierten Einheit zunehmend an Bedeutung verliert und stattdessen umfassendere Behörden zur Bekämpfung schwerer und organisierter Kriminalität eingerichtet werden. Das spiegelt zum Teil die Entwicklungen auf EU-Ebene wieder, wird doch sowohl in der von Europol vorgenommenen Bewertung der Bedrohungslage im Bereich der schweren und organisierten Kriminalität als auch im Rahmen des Politikzyklus des Europäischen Rates zur Bekämpfung der organisierten und schweren internationalen Kriminalität die Reduzierung des Drogenangebots zunehmend als eine von mehreren miteinander verbundenen Dimensionen des Kampfes gegen die organisierte Kriminalität angesehen.

**Die Zahl der Strafverfolgungsbeamten, die sich auf den Bereich der illegalen Drogen spezialisiert haben, wurde für 23 Länder geschätzt und beträgt demnach mindestens 17 000 Beamte**

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

### Veröffentlichungen des EMCDDA

#### 2012

Reduzierung der Drogennachfrage: Globale Erkenntnisse als Grundlage für lokales Handeln, Drogen im Blickpunkt, Nr. 23.

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

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

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

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

#### 2011

European drug prevention quality standards, Manual.

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

#### 2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issue.

#### 2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

#### 2008

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

### Veröffentlichungen des 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

**Den Gesamtkontext für die Drogenkontrolle in Europa bildet das internationale Kontrollsystem, das auf drei Übereinkommen der Vereinten Nationen basiert**

# Drogenpolitik

In Europa obliegt es den nationalen Regierungen und Parlamenten, die rechtlichen, strategischen, organisatorischen und haushaltspolitischen Rahmenbedingungen für die Bewältigung drogenbedingter Probleme zu schaffen, während die EU-Drogengesetzgebung sowie mehrjährige Strategien und Aktionspläne die Grundlage für ein koordiniertes Vorgehen bilden. Zusammen machen diese Elemente die Drogenpolitik aus, die den Ländern als Orientierung bei der Entwicklung und Umsetzung der in diesem Bericht untersuchten Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage und des Drogenangebots dient.

## Beobachtung von Drogenmaßnahmen

Zu den wichtigsten Dimensionen, die auf europäischer Ebene beobachtet werden können, gehören Drogengesetze und Drogendelikte, nationale Drogenstrategien und -aktionspläne, die Koordinierung und Evaluation von Drogenpolitik sowie Budgets und öffentliche Ausgaben im Drogenbereich. Die Datenerfassung erfolgt über zwei EMCDDA-Netzwerke, und zwar die nationalen Knotenpunkte und die Rechtsberater. Daten und methodische Anmerkungen zu Drogendelikten können dem Statistical bulletin entnommen werden, umfassende Informationen zu European drug policy and law stehen auch online zur Verfügung.

## Drogengesetze: ein gemeinsamer Rahmen

Den Gesamtkontext für die Drogenkontrolle in Europa bildet das internationale Kontrollsystem, das auf drei Übereinkommen der Vereinten Nationen basiert. Damit ist der Rahmen für die Kontrolle von Herstellung, Handel und Besitz bei mehr als 240 psychoaktiven Substanzen gegeben, von denen die meisten anerkanntermaßen einen medizinischen Nutzen haben. Gemäß den Übereinkommen ist jedes Land verpflichtet, ein unerlaubtes Angebot 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 von den europäischen Ländern nicht einheitlich interpretiert, weshalb sich die rechtlichen Ansätze in diesem Bereich unterscheiden.

### Besitz von Drogen für den Eigengebrauch: immer seltener mit Freiheitsstrafe geahndet

In den meisten europäischen Ländern ist der Besitz von Drogen für den Eigengebrauch (und zuweilen der Drogenkonsum) ein Straftatbestand, der mit einer Freiheitsstrafe zu ahnden ist. In einigen Ländern jedoch sind dafür nur nichtstrafrechtliche Sanktionen wie Geldstrafen oder Fahrerlaubnisentzug vorgesehen. Ein zusätzlicher Faktor ist die Art der Droge. In zwei Dritteln der europäischen Länder schreibt der Gesetzgeber für den Fall des persönlichen Besitzes von Drogen eine einheitliche Strafe vor, unabhängig von der betreffenden Substanz. In den übrigen Ländern variieren die möglichen Strafen je nach Substanz.

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 durch Änderungen ihrer Rechtsvorschriften Freiheitsstrafen ausgeschlossen (beispielsweise Portugal, Slowenien, Bulgarien und jüngst Kroatien), in anderen wurden Polizei oder Staatsanwaltschaft durch nationale Richtlinien angewiesen, bei der Sanktionierung von dieser Art der Bestrafung abzusehen. Der in Portugal eingeschlagene Weg hat beachtliche internationale Aufmerksamkeit erhalten. Mit den 2001 eingeführten Maßnahmen erfolgte eine Schwerpunktverlagerung weg von der Bestrafung und hin zur Vermittlung der Drogenkonsumenten an ein vom Gesundheitsministerium verwaltetes Netz von „Kommissionen zur Überwindung der Drogensucht“.

In den meisten europäischen Ländern beziehen sich die gemeldeten Drogendelikte größtenteils auf Drogenkonsum

oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch. Ihre Gesamtzahl in Europa belief sich 2011 auf mehr als eine Million, das sind 15 % mehr als 2006. Bei mehr als drei Vierteln dieser Delikte spielt Cannabis eine Rolle (Abbildung 4.1).

Die Verurteilungspraxis gibt einen gewissen Aufschluss darüber, wie Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum oder dem Drogenbesitz für den Eigengebrauch in Europa behandelt und letztendlich geahndet werden. Aus einer EMCDDA-Datensammlung von 2009 geht hervor, dass viele Länder beim Drogenbesitz für den Eigengebrauch Geldstrafen verhängen, Verwarnungen aussprechen oder gemeinnützige Arbeit auferlegen, wohingegen in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern wie Bulgarien, Polen, Rumänien, Slowakei und Kroatien schon eher Freiheitsstrafen mit Bewährung verhängt werden.

### Drogenangebot: unterschiedliche Strafen

Ein illegales Drogenangebot stellt in Europa immer einen Straftatbestand dar, jedoch bestehen bei den möglichen Höchststrafen beträchtliche Unterschiede. Einige Länder haben für Angebotsdelikte einen feststehenden Strafraum (bis hin zu lebenslanger Haft). Andere Länder unterscheiden zwischen geringfügigen und schwerwiegenden Angebotsdelikten mit jeweiligen Höchststrafen, wobei solche Faktoren wie die Menge der aufgefundenen Drogen ausschlaggebend sind. Bei einem anderen Ansatz, der in 14 der hier untersuchten 30 Länder anzutreffen ist, wird die Strafe von der Art der Droge abhängig gemacht (Abbildung 4.2).

ABBILDUNG 4.1

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

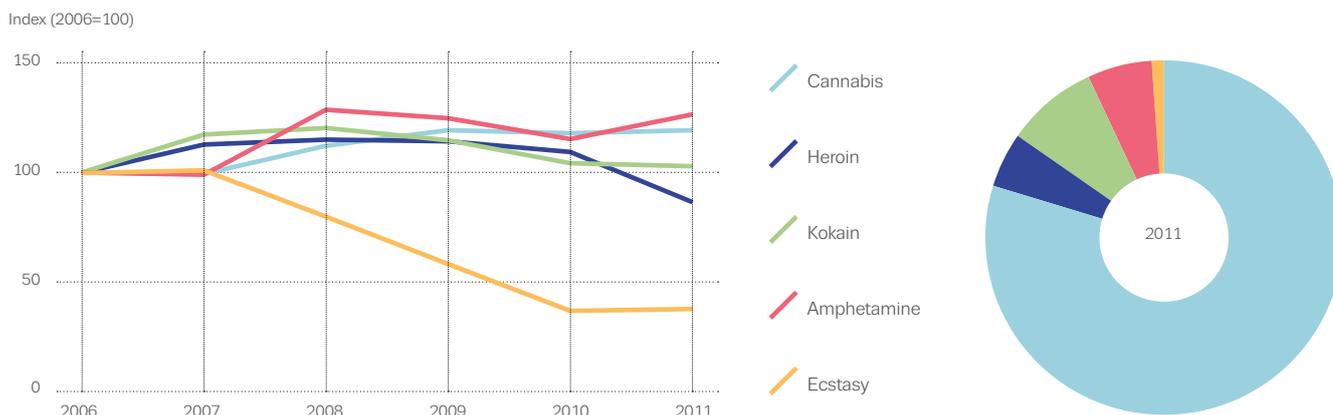


ABBILDUNG 4.2

Strafen bei Drogendelikten: Unterschiede nach Droge

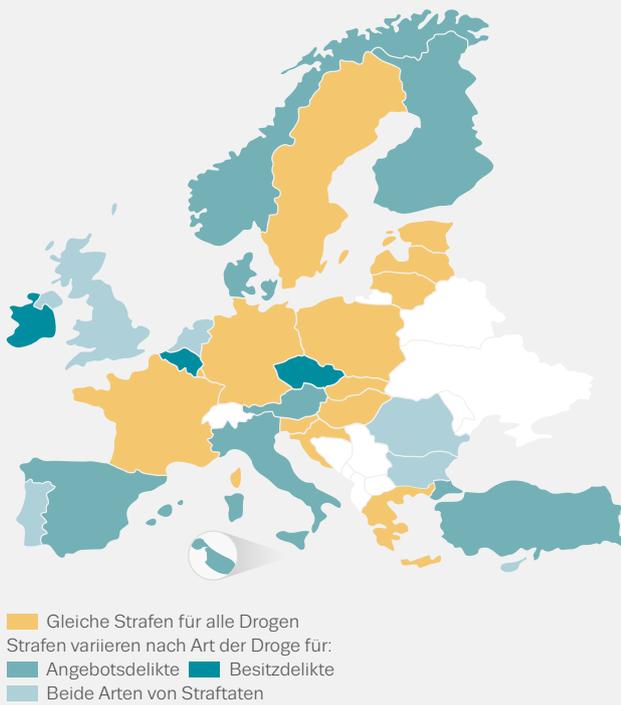
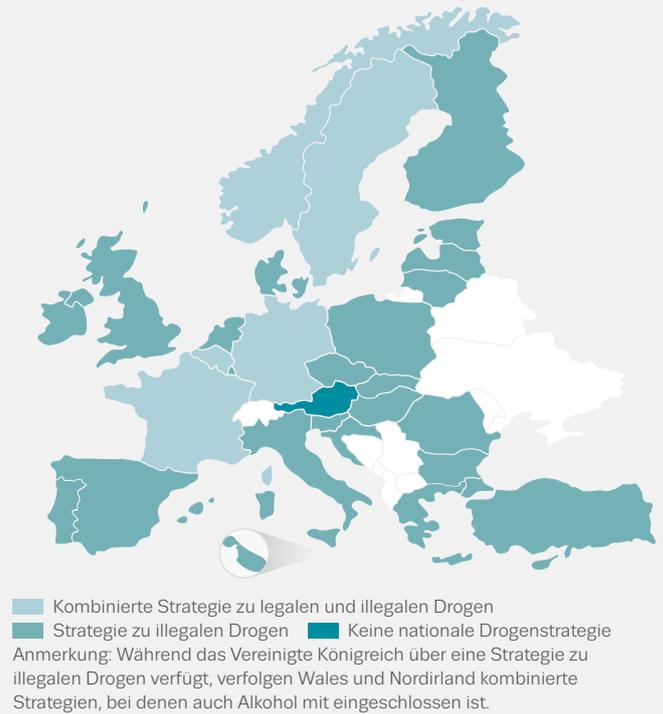


ABBILDUNG 4.4

Nationale Drogenstrategien und -aktionspläne, Verfügbarkeit und Umfang



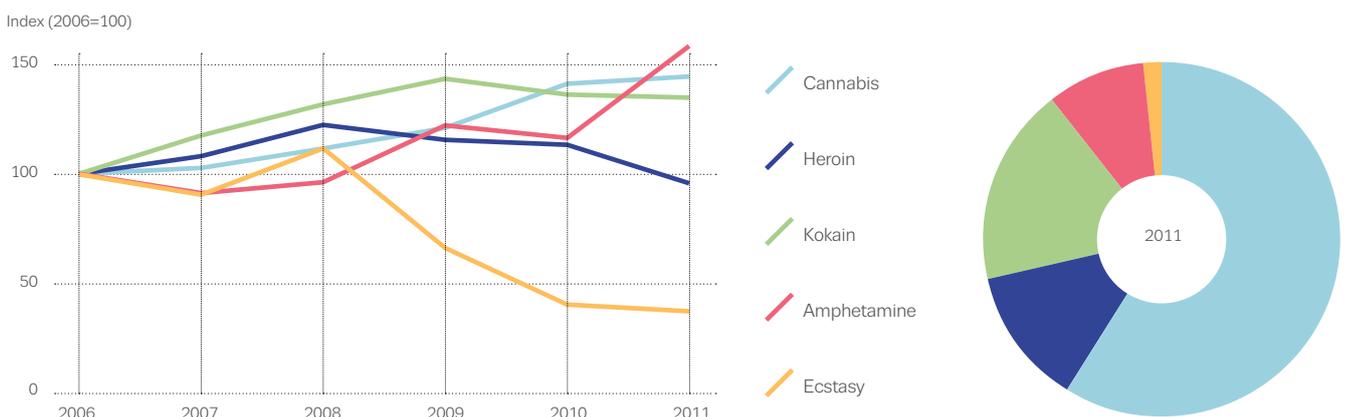
Die Zahl der gemeldeten Straftaten im Zusammenhang mit dem Drogenangebot hat sich seit 2006 um ein Viertel erhöht und betrug im Jahr 2011 mehr als 225 000. Wie auch bei den Besitzdelikten ging es bei den Angebotsdelikten in der Mehrzahl um Cannabis. Kokain, Heroin und Amphetamine spielten bei diesen Angebotsdelikten eine größere Rolle als bei den Besitzdelikten (Abbildung 4.3).

Aus den Strafstatistiken von 2009 für ausgewählte Länder geht hervor, dass Angebotsdelikte eher mit

einer Freiheitsstrafe geahndet wurden als Besitzdelikte. Höchststrafen wurden jedoch kaum oder niemals verhängt, und Freiheitsstrafen waren im Durchschnitt kurz und wurden oftmals zur Bewährung ausgesetzt. Das zeigt, dass nur wenige der Straftäter als bedeutende Drogenhändler angesehen wurden. Die Ergebnisse lassen außerdem erkennen, dass die durchschnittlichen Strafen je nach Art der Droge unterschiedlich waren, und zwar selbst in den Ländern, in dem alle Drogen nach dem Gesetz gleich behandelt werden.

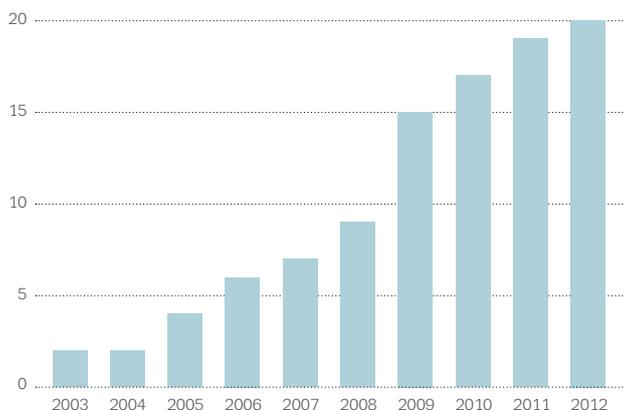
ABBILDUNG 4.3

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



## ABBILDUNG 4.5

Kumulierte Anzahl von Ländern mit einer evaluierten nationalen Drogenstrategie



### Nationale Drogenstrategien: ein europäischer Standard

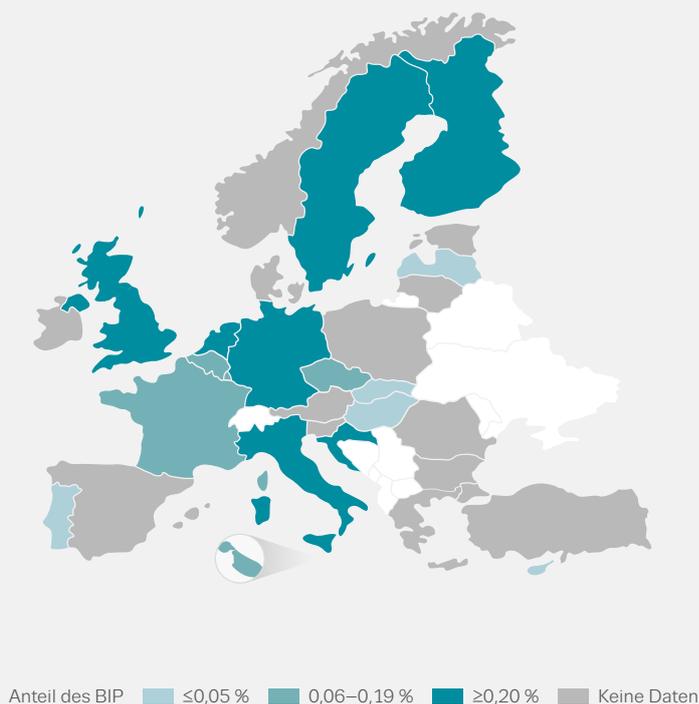
Seit dem Ende der 1990er Jahre ist es gängige Praxis, dass die nationalen Regierungen in Europa Drogenstrategien und -aktionspläne verabschieden. Sie sind für einen begrenzten Zeitraum festgelegt und enthalten allgemeine Grundsätze, Zielstellungen und Prioritäten sowie genauere Angaben zu den Maßnahmen und den für 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. Fünf Länder haben nationale Strategien und Aktionspläne aufgestellt, die legale und illegale Drogen gleichermaßen berücksichtigen (Abbildung 4.4).

### Unterstützung der Drogenstrategien: Mechanismen zur Koordinierung und Bewertung

Parallel zur Entwicklung von nationalen Drogenstrategien haben die Länder auch Mechanismen zur Koordinierung der Umsetzung ihrer Drogenpolitik eingerichtet. Die meisten von ihnen verfügen mittlerweile auf nationaler Ebene über einen interministeriellen Drogenausschuss, ergänzt durch eine nationale Drogenkoordinierungsstelle, die für die operative Verwaltung der Maßnahmen zuständig ist. In 14 Ländern ist er beim Gesundheitsministerium angesiedelt, in den anderen Ländern bei der Regierung oder dem Büro des Premierministers, dem Innenministerium oder anderen Ministerien. In 22 Ländern gibt es den Angaben zufolge einen offiziell ernannten nationalen Drogenkoordinator, der oftmals der nationalen Koordinierungsstelle vorsteht. Die nationalen Koordinatoren begegnen einander auf EU-Ebene.

## ABBILDUNG 4.6

Jüngste Schätzungen für die öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich (% des BIP)



In den meisten Ländern agieren auch auf regionaler oder lokaler Ebene Drogenkoordinierungsstellen, Drogenkoordinatoren oder beides. Darüber hinaus wird in einigen Ländern, speziell in Staaten mit einer föderalen Struktur, die Zusammenarbeit zwischen der nationalen und der lokalen Ebene durch vertikale Koordinierungsgremien unterstützt. In anderen Ländern sind oftmals die nationalen Stellen direkt für die Koordinierung auf regionaler oder lokaler Ebene zuständig.

In den letzten Jahren haben sowohl die Europäische Union als auch eine wachsende Zahl von Ländern eine abschließende Evaluation ihrer Drogenstrategie oder ihres Drogenaktionsplans vorgenommen (Abbildung 4.5). Ziel ist eine generelle Beurteilung des Standes der

**Die meisten Länder verfügen mittlerweile über einen interministeriellen Drogenausschuss, ergänzt durch eine nationale Drogenkoordinierungsstelle, die für die operative Verwaltung der Maßnahmen zuständig ist**

Umsetzung der Maßnahmen sowie der Veränderungen in der Drogensituation insgesamt, womit entsprechendes Ausgangsmaterial für die Erarbeitung der nächsten Strategie zur Verfügung gestellt wird. Diese Evaluationen werden größtenteils intern von der für den Plan zuständigen Stelle oder Einrichtung durchgeführt, immer mehr Länder aber haben gemeinsame oder externe Evaluationen in Auftrag gegeben. Derzeit planen die meisten europäischen Länder eine abschließende Evaluation ihrer aktuellen Drogenstrategie.

### Beurteilung des wirtschaftlichen Aspekts: bessere Daten erforderlich

Eine ökonomische Evaluation auf der Grundlage einer Untersuchung der komparativen Kosten und Vorteile von alternativen Maßnahmen kann ein wichtiges Instrument für die Evaluation der Drogenpolitik sein. Allerdings sind die verfügbaren Informationen zu den öffentlichen Ausgaben im Drogenbereich in Europa quantitativ und qualitativ sehr eingeschränkt, was eine Kostenwirksamkeitsanalyse recht schwierig macht. Dabei ist die Zahl der Länder gestiegen, die – zumindest einmal während der letzten Dekade – versucht haben, die staatlichen Ausgaben für die Drogenpolitik zu schätzen. Die von ihnen gemeldeten Ausgabenschätzungen reichen von 0,01 bis 0,7 % des BIP (Abbildung 4.6), auch wenn Ländervergleiche schwierig sind, da Umfang und Qualität der Schätzungen doch stark voneinander abweichen. Ungeachtet dieser Einschränkungen geht aus den verfügbaren Informationen hervor, dass in den meisten Ländern der größte Teil der für den Drogensektor bereitgestellten öffentlichen Ausgaben in Maßnahmen zur Angebotsreduzierung fließt.

Wie in vielen anderen Teilen der Welt sind auch in Europa nach wie vor die Folgen des jüngsten Konjunkturabschwungs zu spüren. Diese können sich in einem negativen Wirtschaftswachstum, steigenden Arbeitslosenquoten insbesondere unter Jugendlichen und Kürzungen bei den Staatsausgaben äußern. Davon betroffen sind möglicherweise auch die für Gesundheit, öffentliche Ordnung und Sicherheit zur Verfügung stehenden Budgets, aus denen die meisten öffentlichen Ausgaben für den Drogenbereich stammen. Die europäischen Länder scheinen derzeit in sehr unterschiedlichem Umfang mit Haushaltskonsolidierung bzw. Sparmaßnahmen und deren Auswirkungen konfrontiert zu sein. Lettland, Litauen und Estland gehören zu den Ländern, in denen die öffentlichen Ausgaben am stärksten gekürzt wurden. Eine Reihe europäischer Länder vermelden mittlerweile auch Einschnitte bei den Programmen und Unterstützungsleistungen im Drogenbereich.

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

### Veröffentlichungen des EMCDDA

#### 2013

Drug policy profiles: Ireland.

#### 2012

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

#### 2011

Drug policy profiles: Portugal.

#### 2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issue.

#### 2008

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

#### 2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Selected issue.

#### 2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Thematic paper.

### Veröffentlichungen des 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 nationalen Daten sind dem Statistical Bulletin 2013 entnommen, in dem darüber hinaus noch weitere Daten, Jahre, Anmerkungen und Metadaten enthalten sind**

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	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulgarien	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Tschechische Republik	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Dänemark	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Deutschland	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estland	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irland	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Griechenland	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Spanien	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Frankreich	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Italien	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Zypern	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Lettland	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litauen	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luxemburg	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Ungarn	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Niederlande	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Österreich	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polen	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Rumänien	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slowenien	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slowakei	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finnland	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Schweden	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Vereinigtes Königreich	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Kroatien	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Türkei	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norwegen	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

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	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulgarien	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Tschechische Republik	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Dänemark	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Deutschland	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estland	–	1,3	–	–	–	–	–
Irland	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Griechenland	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Spanien	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Frankreich	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Italien	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Zypern	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Lettland	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litauen	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luxemburg	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Ungarn	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Niederlande	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Österreich	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polen	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugal	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumänien	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slowenien	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slowakei	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finnland	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Schweden	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Vereinigtes Königreich	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Kroatien	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Türkei	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norwegen	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

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 Behandlungs- aufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungs- aufnahme	Alle Patienten mit Behandlungs- aufnahme	Patienten mit erstmaliger Behandlungs- aufnahme
%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	% (Anzahl)	
Belgien	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulgarien	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Tschechische Republik	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Dänemark	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Deutschland	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estland	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irland	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Griechenland	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spanien	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Frankreich	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Italien	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Zypern	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Lettland	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litauen	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luxemburg	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Ungarn	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Niederlande	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Österreich	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polen	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugal	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumänien	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slowenien	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slowakei	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finnland	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Schweden	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Vereinigtes Königreich	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Kroatien	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Türkei	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norwegen	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABELLE 4

## ECSTASY

Land	Prävalenzschätzungen			Indikator Behandlungsnachfrage, Leitdroge	
	Allgemeinbevölkerung		Schüler	Ecstasypatienten in % der Patienten mit Behandlungsbeginn	
	Lebenszeit, Erwachsene (15–64)	letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15–34)	Lebenszeit, Schüler (15–16)	Alle Patienten mit Behandlungsbeginn	Patienten mit erstmaliger Behandlungsbeginn
	%	%	%	% (Anzahl)	% (Anzahl)
Belgien	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bulgarien	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Tschechische Republik	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Dänemark	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Deutschland	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estland	–	2,3	3,0	–	–
Irland	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Griechenland	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Spanien	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Frankreich	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Italien	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Zypern	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Lettland	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litauen	2,1	1,9	2,0	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–
Ungarn	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Niederlande	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Österreich	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polen	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugal	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumänien	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slowenien	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slowakei	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finnland	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Schweden	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Vereinigtes Königreich	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Kroatien	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Türkei	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norwegen	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

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 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulgarien	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Tschechische Republik	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Dänemark	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Deutschland	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estland	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irland	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Griechenland	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Spanien	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Frankreich	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Italien	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Zypern	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Lettland	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litauen	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luxemburg	–	–	–	12,9 (29)	–
Ungarn	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Niederlande	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Österreich	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polen	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugal	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumänien	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slowenien	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slowakei	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finnland	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Schweden	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Vereinigtes Königreich	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Kroatien	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Türkei	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norwegen	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

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	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulgarien	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Tschechische Republik	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Dänemark	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Deutschland	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estland	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Irland	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Griechenland	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Spanien	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Frankreich	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Italien	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Zypern	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Lettland	7,9 (11)	40,4 (90)	–	338 473
Litauen	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luxemburg	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Ungarn	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Niederlande	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Österreich	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Polen	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugal	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Rumänien	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slowenien	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slowakei	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finnland	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Schweden	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Vereinigtes Königreich	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Kroatien	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Türkei	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norwegen	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

TABELLE 7

## SICHERSTELLUNGEN

Land	Heroin		Kokain		Amphetamine		Ecstasy	
	Sicher- gestellte Menge	Zahl der Sicher- stellungen						
	kg	Anzahl	kg	Anzahl	kg	Anzahl	Tabletten	Anzahl
Belgien	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulgarien	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Tschechische Republik	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Dänemark	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Deutschland	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estland	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irland	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Griechenland	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Spanien	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Frankreich	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Italien	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Zypern	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Lettland	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litauen	11	234	10	23	13	46	303	5
Luxemburg	24	244	24	94	3	15	91	6
Ungarn	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Niederlande	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Österreich	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polen	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugal	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Rumänien	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slowenien	4	503	2	272	1	204	34	14
Slowakei	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finnland	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Schweden	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Vereinigtes Königreich	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Kroatien	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Türkei	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norwegen	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

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	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (-)	1 070
Bulgarien	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Tschechische Republik	2	24	441	508	62 817 (-)	240
Dänemark	2 267	8 403	168	891	- (1 452)	710
Deutschland	1 748	7 285	3 957	27 144	- 133 650	1 804
Estland	46	22	53	409	- (29,3)	25
Irland	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (-)	582
Griechenland	122	172	13 393	5 774	33 242 (-)	460
Spanien	355 904	199 770	17 535	140 952	- (26 108)	1 436
Frankreich	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (-)	2 146
Italien	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (-)	1 208
Zypern	1	33	76	758	86 (-)	27
Lettland	283	55	34	399	- (497)	7
Litauen	168	31	43	311	- (-)	0
Luxemburg	2	171	11	833	81 (-)	5
Ungarn	18	63	209	2 073	14 121 (-)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (-)	7
Niederlande	1 000	-	5 000	-	2 000 000 (-)	-
Österreich	75	1 197	621	5 272	- (219)	261
Polen	-	-	1 265	-	52 914 (-)	-
Portugal	14 633	3 093	108	460	5 523 (-)	304
Rumänien	18	328	252	1 365	897 (-)	9
Slowenien	4,2	89	613	3 306	12 836 (-)	178
Slowakei	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finnland	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Schweden	950	7 465	264	5 272	- (-)	92
Vereinigtes Königreich	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (-)	16 672
Kroatien	2	373	421	3 684	4 136 (-)	195
Türkei	21 141	8 192	55 251	43 217	- (-)	7 318
Norwegen	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht  
**Europäischer Drogenbericht 2013: Trends und Entwicklungen**  
Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union  
2013 — 74 S. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-609-4  
doi:10.2810/87663



## 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 sowohl mit den Aspekten der Nachfrage nach Drogen, des Drogenkonsums und der Problematik für die öffentliche Gesundheit als auch mit Fragen der Drogenpolitik und der politischen Maßnahmen in diesem Bereich. Der Bericht bildet zusammen mit dem online verfügbaren Statistikkbulletin (*Statistical bulletin*), den Länderübersichten (*Country overviews*) und den Drogenperspektiven (*Perspectives on drugs*) das Informationspaket „Europäischer Drogenbericht 2013“.

## Über das EMCDDA

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) ist die zentrale Drogeninformationsstelle in Europa. Ihre Aufgabe besteht darin, der EU und ihren Mitgliedstaaten „sachliche, objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen“ über Drogen, Drogensucht und ihre Folgen zu liefern. Sie wurde 1993 gegründet und richtete 1995 ihren Sitz in Lissabon ein. Sie gehört zu den dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Mit einem starken multidisziplinären Team stellt die Agentur politischen Entscheidungsträgern die Faktengrundlage bereit, die diese zur Erarbeitung von Drogengesetzgebung und Strategien benötigen. Außerdem unterstützt sie Fachleute und Forscher, bewährte Praktiken und neue Analysebereiche zu ermitteln.

