



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



# Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

DEUTSCHLAND

Bericht 2018 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2017 / 2018)

---

Esther Dammer, Franziska Schneider & Tim Pfeiffer-Gerschel,  
IFT Institut für Therapieforschung

Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V (DHS)

Maria Friedrich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



## INHALT

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL.....</b>	<b>6</b>
1.1	Drogenbezogene Todesfälle .....	6
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen .....	6
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle .....	7
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien) .....	10
1.1.4	Trends drogenbezogener Todesfälle.....	10
1.1.5	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen.....	12
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	13
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	13
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	14
1.2.3	Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	16
1.2.4	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen .....	19
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	19
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C.....	19
1.3.2	Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	26
1.3.3	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen .....	26
1.3.4	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	29
1.3.5	Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	30
1.3.6	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	30
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	30
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	30
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung.....	34
1.5.1	Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung .....	34
1.5.2	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung .....	35
1.5.3	Maßnahmen zur Schadensminderung.....	36
1.5.4	Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends.....	44
1.5.5	Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung .....	48

1.6	Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen.....	48
1.6.1	Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen.....	48
1.7	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	48
1.7.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	48
1.7.2	Zusätzliche Informationen zu anderen drogenbezogenen gesundheitlichen Schädigungen.....	48
<b>2</b>	<b>TRENDS.....</b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN.....</b>	<b>48</b>
3.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen.....	48
3.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	48
3.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung.....	49
3.3.1	HIV-Prophylaxe: Pilotprojekt Einsendetests und Entwicklungen bei der Präexpositionsprophylaxe.....	49
3.3.2	Naloxon Take-Home-Programme.....	50
3.3.3	Verbesserung der Versorgung mit Drogenkonsumräumen.....	50
<b>4</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN.....</b>	<b>51</b>
4.1	Zusätzliche Informationsquellen.....	51
4.2	Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung.....	51
<b>5</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK.....</b>	<b>51</b>
5.1	Quellen.....	51
5.2	Methodik.....	54
5.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	54
5.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	56
<b>6</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>58</b>
<b>7</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>58</b>

## 0 ZUSAMMENFASSUNG

### **Drogenbezogene Todesfälle**

Im Jahr 2017 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) 1.272 Personen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Damit nahm die Zahl der drogenbedingten Todesfälle zum ersten Mal in den letzten fünf Jahren ab. Der Rückgang im Vergleich zum Vorjahr beträgt 4,6 %; die Zahl ist aber nach wie vor höher als noch 2015. 84,6 % der Drogentoten waren männlich, der Altersdurchschnitt betrug knapp 39 Jahre. Nach wie vor ist die Vergiftung mit Opioiden (mono- oder polyvalent) mit einem Anteil von über 55 % die häufigste Todesursache. Der Anteil ist in den letzten Jahren aber leicht gesunken. Aus dem Allgemeinen Sterberegister liegen keine aktuellen Daten vor.

### **Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle**

Im Jahr 2016 wurden deutschlandweit 23.589 drogenbezogene Intoxikations- und Vergiftungsfälle vollstationär zur Behandlung aufgenommen. Die Zahl ist in den letzten zehn Jahren bis 2015 stark angestiegen (2006: 12.249 Aufnahmen) und nun seit einem Jahr etwa stabil. Ob es sich hierbei um eine längerfristige Stabilisierung handelt, ist aktuell noch nicht absehbar. Toxikologische Angaben aus den Aufnahmen müssen auf Grund großer Ungenauigkeiten in der Kodierung mit Vorsicht interpretiert werden.

Im Bereich der stationär aufgenommenen Vergiftungen überwiegt die Vergiftung durch „sonstige Opiode“, allerdings gehen die Zahlen seit 2011 wieder zurück. Die nächstgrößere Gruppe sind Cannabinoide (allerdings mit deutlich geringeren Gesamtzahlen). In der Gruppe der akuten Intoxikationen ist die mit Abstand häufigste kodierte Diagnose die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen. Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür steigen seit über zehn Jahren steil an und machen einen großen Teil des Gesamtanstiegs aller stationären Krankenhausaufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle der letzten zehn Jahre aus. Die Stoffgruppen Cannabinoide (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa / Hypnotika, Stimulanzien (exkl. Kokain) und Opiode machen mit jeweils zwischen 2.000 und 3.000 Fällen beachtliche, ähnlich große Anteile aus. Dabei steigt der Anteil der Cannabinoide eher, während der Anteil von Sedativa / Hypnotika eher abnimmt.

### **Drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Für das Jahr 2017 liegen keine HIV-Meldedaten vor.

Das Robert Koch-Institut (RKI) meldet 3.622 Hepatitis-B-Virus-Infektionen für 2017. Angaben zum Übertragungsweg wurden nur bei 163 Fällen gemacht, von diesen war i.v.-Drogenkonsum mit 37 Fällen (23 %) der dritthäufigste Übertragungsweg.

Für das Jahr 2017 wurden insgesamt 4.798 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C an das RKI übermittelt. Bei 1.129 (24 %) Erstdiagnosen wurden auswertbare Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, stand

erneut an erster Stelle der Übertragungswege und wurde für 879 Erstdiagnosen (78 %) übermittelt. Der Wert liegt seit 2012 mit Schwankungen um die 80 %. Auf diesen Übertragungsweg entfielen 82 % der Angaben bei Männern (n = 711 / 872) und 65 % der Angaben bei Frauen (n = 165 / 253). Die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ lag bei 47 (5,4 %) der Männer und 5 (2,0 %) der Frauen mit Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ vor. Die Zahl übermittelter Erstdiagnosen mit Angabe i.v.-Drogenkonsum ist im Vergleich zu den letzten drei Vorjahren gesunken. Ein Grund dafür könnte sein, dass nach alter Falldefinition häufig auch bereits ausgeheilte Infektionen übermittelt wurden, die die neue Falldefinition nicht erfüllen. Auch ist es möglich, dass Drogengebrauchende zwar regelmäßig auf HCV-Antikörper gescreent werden, jedoch möglicherweise nicht immer einer weiterführenden Diagnostik zugeführt werden.

### **Maßnahmen zur Schadensminderung**

Maßnahmen zur Schadensminderung stellen eine der vier Ebenen der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik dar. Seit 2016 liegt zudem die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll. Intravenös Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt.

Auch Empfehlungen auf Basis der DRUCK-Studie zeigen Wege auf, wie Infektionskrankheiten in der Gruppe der Drogengebrauchenden behandelt werden können. Aus der Evaluation der Berliner Drogenkonsumräume liegen zudem Hinweise für eine Verbesserung des Angebots von Drogenkonsumräumen vor.

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumenten als auch als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung behandelt. Es gibt keine einheitliche Finanzierung. Die meisten Einrichtungen werden von den Kommunen getragen, es gibt aber auch Finanzierungen durch Bund und Länder. Die Verfügbarkeit von schadensmindernden Maßnahmen variiert in Deutschland stark. Sie ist insgesamt in Städten und dicht besiedelten Bereichen besser als in ländlichen Gegenden. Deutlich verbesserungswürdig ist die Versorgung in Gefängnissen (siehe hierzu Workbook Gefängnis).

Um Überdosierungen mit Opioiden entgegenzuwirken, werden in mehreren Städten Notfallschulungen für den Einsatz des Notfallmedikaments Naloxon durch Laien angeboten. Zielgruppe sind Drogenkonsumierende und ihr Umfeld. Die Verfügbarkeit ist bisher sehr begrenzt, aktuell gibt es Programme in Berlin, mehreren Städten in NRW, München und seit Dezember 2017 in Saarbrücken. In Bayern ist ein durch das Land gefördertes Modellprojekt in Planung, das Ende 2018 in fünf Städten starten soll.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumenten spielen nach wie vor Drogenkonsumräume eine entscheidende Rolle. Derzeit stehen 22 stationäre sowie zwei Drogenkonsummobile in sechs Bundesländern zur Verfügung. Ein weiteres Bundesland ist im Prozess der Verabschiedung einer Verordnung, die den Betrieb von Drogenkonsumräumen ermöglicht; konkrete Planungen für die Eröffnung laufen in einer der

Städte dieses Landes. In neun Bundesländern gibt es weiterhin keine Drogenkonsumräume<sup>1</sup>. Das Saarland hat als zweites Land nach Nordrhein-Westfalen (NRW) seinen Drogenkonsumraum für substituierte Klientinnen und Klienten geöffnet.

Spritzenvergabeprogramme existieren in Form von momentan 172 dokumentierten Spritzenautomaten in 9 Bundesländern sowie der Vergabe loser Spritzen in zahlreichen Projekten bundesweit. Safer-Use-Angebote in Haft liegen allerdings weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück: in nur einem von 180 deutschen Gefängnissen gibt es einen Spritzenautomaten.

Die Heilungschancen der HCV-Infektion bei Drogenkonsumierenden haben sich durch die Markteinführung neuer Medikamente, bei gleichzeitig deutlicher Reduzierung der Nebenwirkungen, wesentlich verbessert. Die Wirksamkeit der Medikamente auch für Drogenkonsumierende wird erneut von einer Studie mit einer Heilungschance von 85 % bestätigt (Christensen et al., 2018). Es liegen zudem Erkenntnisse dazu vor, dass die erwartete Kostenexplosion durch die hohen Preise dieser Medikamente ausgeblieben ist. Allerdings bleibt unklar, wie viele Drogenkonsumierende von diesen neuen Therapiemöglichkeiten profitieren, da es bislang eine Herausforderung ist, betroffene Menschen zu identifizieren.

---

<sup>1</sup> <https://www.aidshilfe.de/meldung/weg-frei-drogenkonsumraeume-baden-wuerttemberg>  
[Letzter Zugriff: 08.10.2018].

## 1 NATIONALES PROFIL

### 1.1 Drogenbezogene Todesfälle

#### 1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen

In Deutschland existieren zwei grundsätzliche, umfassende Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in verschiedenen Punkten unterscheiden. Dies sind die polizeilichen Daten aus der „Falldatei Rauschgift“ sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes. Beide Erfassungssysteme werden unter 5.2.1 ausführlicher beschrieben und hier nur kurz charakterisiert:

Die Daten des Bundeskriminalamtes (BKA), die sogenannte „Falldatei Rauschgift“, weisen der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Seit dem Datenjahr 2012 verwendet das BKA eine neue Tabelle, in der die einzelnen Todesursachen gut voneinander abgegrenzt sind bzw. Überlappungen in vielen Fällen kenntlich gemacht worden sind.

Die „Todesursachenstatistik“ bzw. das Allgemeine Sterberegister des Statistischen Bundesamtes wird für Vergleiche mit dem europäischen Ausland herangezogen, da bei diesem Register weitgehend gemeinsamen europäischen Standards gefolgt wird. Daten aus dem Polizeiregister sind für den langjährigen Vergleich der nationalen Trends von großer Bedeutung und geben wichtige Hinweise auf die an Überdosierungen beteiligten Stoffgruppen. Aufgrund der Unterschiede bei den Einschlusskriterien und berichteten Altersgruppen sind sie für europaweite Vergleiche jedoch weniger geeignet.

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Eine gewisse Anzahl relevanter Fälle wird jeweils nicht erkannt, nicht gemeldet oder falsch zugeordnet. Im langjährigen Vergleich zwischen den beiden Registern zeigen sich jedoch ähnliche Verläufe und Trends (wobei die Trends in den Systemen unterschiedlich stark ausfallen, siehe Abschnitt 1.1.4), sodass man von einer Art Kreuzvalidierung der beiden Schätzungen sprechen kann. Eine empirische Untersuchung der Frage, inwieweit die beiden Systeme die gleichen Fälle erfassen bzw. wie stark sich die Zielgruppen überlappen, steht bisher aus.

#### **Aktuelle Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen**

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung darüber, ob ein Drogentod vorliegt, herangezogen wurden. Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle der Falldatei Rauschgift (FDR) des BKA lag im Berichtsjahr 2017 bei 59,0 % (2016: 57,7 %) (Bundeskriminalamt, 2018a, Bundeskriminalamt, 2018b).

2017 nahm die Zahl der drogenbedingten Todesfälle zum ersten Mal in den letzten fünf Jahren ab. Es kamen insgesamt 1.272 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben (2016: 1.333, 2015: 1.226), das entspricht einer Minderung von ca. 4,6 %; die Zahl ist aber nach wie vor höher als noch 2015. 84,6 % der Drogentoten waren männlich, der



Altersdurchschnitt betrug knapp 39 Jahre. An den Einwohnerzahlen gemessen war – abgesehen von den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen – das relativ kleine Saarland wie schon im Vorjahr am stärksten belastet (2,7 Drogentote pro 100.000 Einwohner), gefolgt von Bayern, dem Bundesland mit der zweitgrößten Bevölkerung (2,4 Drogentote pro 100.000 Einwohner; 24 % aller deutschen Drogentoten). Auf das bevölkerungsreichste Land Nordrhein-Westfalen entfallen 16 % (1,1 Drogentote pro 100.000 Einwohner). Der Stadtstaat Berlin ist 2017 erneut die am stärksten belastete Großstadt mit einer Belastungszahl von 4,7; gefolgt von Köln (4,6), Nürnberg (3,7), Frankfurt (3,6), Mannheim (3,3) und München (3,0) (Bundeskriminalamt, 2018b). Bei der Interpretation dieser Zahlen muss beachtet werden, dass sich die Obduktionsraten der einzelnen Länder teilweise erheblich unterscheiden, was Vergleiche über die Bundesländer hinweg erschwert.

### **Aktuelle Daten aus dem allgemeinen Sterberegister**

Für das Jahr 2016 liegen auf Grund einer Verzögerung in der Datenlieferung des allgemeinen Sterberegisters keine Daten vor. Die Daten von 2015 sind im letztjährigen Workbook (Dammer et al., 2017) zu finden.

### **Vergleich der Daten aus dem allgemeinen Sterberegister mit den polizeilichen Daten**

Im Jahr 2015 erfasste das allgemeine Sterberegister insgesamt mehr Fälle als das parallel geführte BKA-Register; die Differenz für das Datenjahr 2015 betrug 80 Fälle. Ein aktuellerer Vergleich ist auf Grund der fehlenden Datenlieferung nicht möglich. Beide Register weisen für die letzten Jahre ähnliche Verläufe auf (die Trends werden in Abschnitt 1.1.4 detaillierter dargestellt), auch wenn die Bezugspopulationen und Falldefinitionen für die beiden Register nicht identisch sind. Es bleibt problematisch, dass die genaue Anzahl von Überdosierungen im Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes nicht angegeben wird, da weiterhin zu wenige Fälle spezifisch im Hinblick auf die akute Todesursache kodiert werden bzw. sich eine multikausale Kodierung noch nicht bundesweit durchgesetzt hat. Somit verfügt das nationale Sterberegister trotz 2006 in Kraft getretener Änderungen der WHO-Kodierregeln weiterhin über weniger Aussagekraft hinsichtlich der Auswertung der akut zum Tode führenden Substanzklassen bei Intoxikationen als die (2012 überarbeitete) Todesursachen-Kategorisierung in der BKA-Darstellung.

## **1.1.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle**

### **Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen**

Die Überdosierung von Heroin / Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellte mit 409 (2016: 511) Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (32 %); dieser Anteil ist allerdings um 13 Prozentpunkte geringer als noch zwei Jahre zuvor (2016: 38 %; 2015 und 2014: 45 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen als hauptsächliche Substanz nachgewiesen wurden, liegt wie im Vorjahr bei 17 % (218 Fälle). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiate, vor allem durch Kokain /

Crack und Amphetamin / Methamphetamin waren in 18 % der Fälle todesursächlich (siehe Tabelle 1) (Bundeskriminalamt, 2018b).

Es ist möglich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen die Anzahl von Mischintoxikationen („polyvalente Vergiftungen“) unterschätzt wird.

**Tabelle 1 Drogentodesfälle 2017 nach Substanzen**

Todesursachen	% von Gesamt		Anzahl
	2016	2017	2017
<b>Monovalente Vergiftungen durch Opioide</b>	<b>20,8</b>	<b>20,8</b>	<b>264</b>
Heroin / Morphin	14,4	13,0	165
Opiat-Substitutionsmittel	3,2	2,5	32
– davon: Methadon / Polamidon	2,8	2,4	30
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex)	0,3	0,2	2
– davon: Sonstige	0,1	0	0
Opiat-basierte Arzneimittel	2,9	3,4	43
– davon: Fentanyl	2,6	3,3	42
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	0,3	1,9	24
<b>Polyvalente Vergiftungen durch Opioide<sup>1</sup></b>	<b>38,4</b>	<b>34,8</b>	<b>443</b>
Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	23,9	19,2	244
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	14,2	14,6	186
– davon: Methadon / Polamidon i.V.m.a.S.	11,2	11,6	147
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m.a.S.	1,6	1,7	22
– davon: Sonstige i.V.m.a.S.	2,0	2,6	33
Opiat-basierte Arzneimittel	5,9	6,6	84
– davon: Fentanyl	4,5	5,3	68
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate) i.V.m.a.S.	1,4	1,8	23
<b>Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate</b>	<b>7,5</b>	<b>7,3</b>	<b>93</b>
Kokain / Crack	2,4	3,2	41
Amphetamin / Methamphetamin	2,0	2,4	30
– davon: Amphetamin	1,6	1,8	23
– davon: Methamphetamin	0,5	0,6	7
Amphetaminderivate	0,2	0,3	4

Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	2,6	0,7	9
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)	0,3	0,7	9
<b>Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioid/Opiate<sup>1</sup></b>	<b>11,6</b>	<b>11,1</b>	<b>141</b>
Kokain / Crack i.V.m.a.S.	2,9	3,6	46
Amphetamin / Methamphetamin i.V.m.a.S.	5,7	6,3	80
– davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	5,1	5,3	68
– davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	1,5	1,7	21
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	1,2	1,3	16
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) i.V.m.a.S	3,1	1,5	19
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	2,6	1,9	24
Sonstige i.V.m.a.S.	1,7	1,7	22
<b>Sonstige Todesursachen</b>			
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	1,4	1,5	19
Nicht spezifizierte / unbekannte Vergiftungen	2,6	3,6	46
Suizide	6,5	6,7	85
– davon: Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	3,2	2,0	26
– davon: Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	3,2	4,6	59
Langzeitschäden	11,6	14,0	178
– davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	5,7	2,7	34
Unfälle	2,5	1,6	20
Sonstige Fälle	0,6	0,7	9
<b>Gesamt (N)<sup>2</sup></b>	<b>1333</b>		<b>1272</b>

<sup>1</sup> In den Unterkategorien sind Mehrfachnennungen möglich.

<sup>2</sup> Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Summe aller mono- und polyvalenten Vergiftungen sowie der nicht durch Intoxikationen bedingten Suizide, der Langzeitschädigungen, Unfälle und sonstigen Fälle.

(Bundeskriminalamt, 2018b)

### Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Für das Jahr 2016 liegen keine Daten vor. Auswertungen der Trends der kodierten Todesursachen finden sich unter 1.1.4.

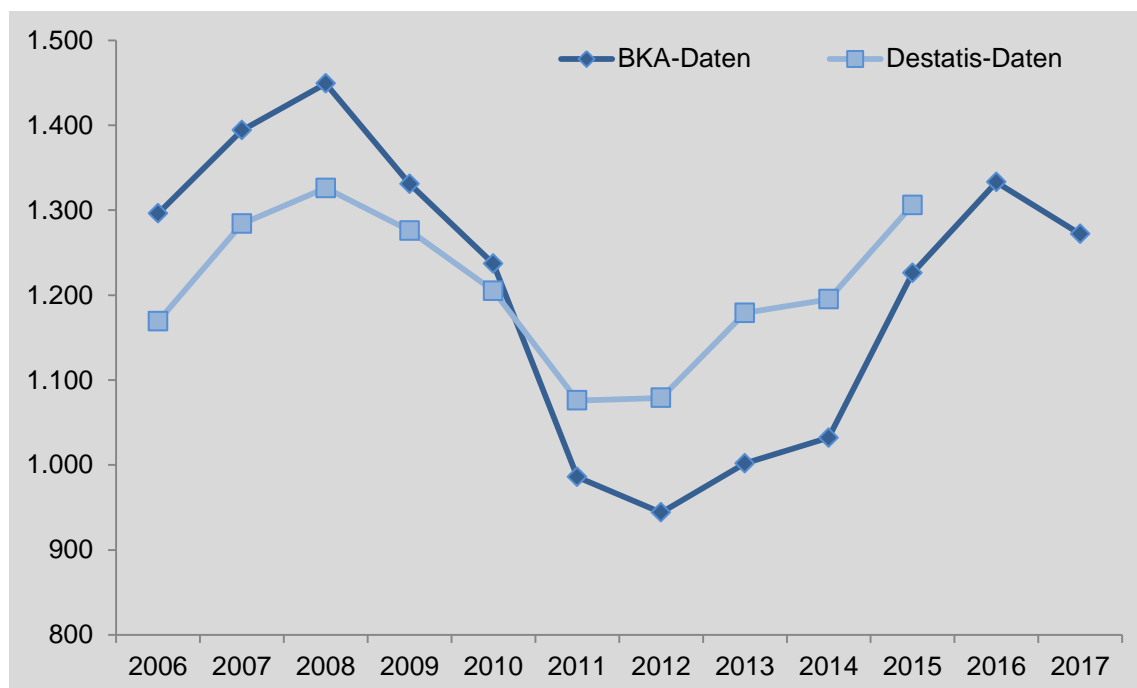
### 1.1.3 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien)

Ein Überblick über die Mortalität der gesamten Population der Drogenkonsumierenden liegt nicht vor, auch aktuelle regionale Kohortenstudien sind nicht bekannt.

#### 1.1.4 Trends drogenbezogener Todesfälle

Die Langzeitverläufe der Gesamtanzahlen der Drogentoten in Deutschland sind für beide Erfassungssysteme zwischen 2006 und 2015 sehr ähnlich. Zwischen 2008 und 2012 sank in beiden Systemen die Anzahl der Drogentoten deutlich; seit 2012 stiegen die Zahlen hingegen wieder an. Es fällt auf, dass die Trends der letzten vergleichbaren Jahre in den polizeilichen Daten etwas steiler ausfallen als in den Daten des allgemeinen Sterberegisters (siehe Abbildung 1). Im Jahr 2017 sind die Zahlen in den BKA-Daten erstmals leicht rückläufig; ob sich dieser Trend in den nächsten Jahren bestätigen wird und ob er sich auch in dieser Form in den Destatis-Daten zeigen wird, bleibt abzuwarten.

Da keine aktuellen Daten aus dem allgemeinen Sterberegister vorliegen, werden hierfür keine Trends berichtet (die Trends der vorherigen Jahre finden sich im letztjährigen Workbook).

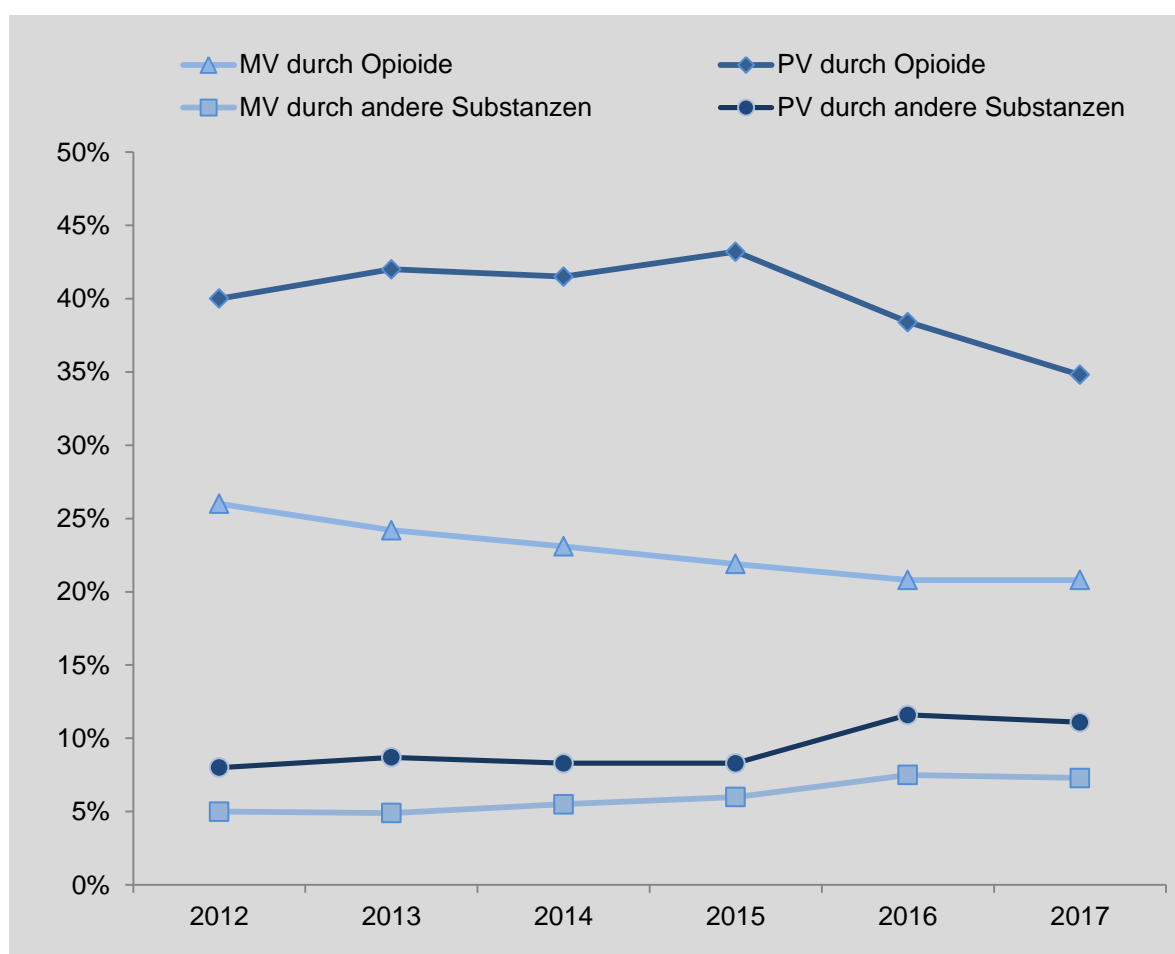


(Statistisches Bundesamt; BKA, 2018)

**Abbildung 1** Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2006 bis 2017

## Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Da 2012 die Datenerfassung des BKA geändert wurde, sind Vergleiche zu den vorherigen Jahren nur unter Vorbehalt möglich. Aus diesem Grund sind hier nur die Trends seit dem Jahr 2012 beschrieben. Auch hier finden sich hauptsächlich Vergiftungen durch Opioide als Todesursache; anders als im allgemeinen Sterberegister werden hier monovalente und polyvalente Vergiftungen unterschieden (siehe Abbildung 2). Der Anteil monovalenter Opioidvergiftungen ist seit 2012 bis 2016 kontinuierlich von 26,0 % auf 20,8 % gesunken und stagniert 2017 auf diesem Niveau. Polyvalente Vergiftungen durch Opioide sind nach wie vor die häufigste Todesursache, mit 34,8 % ist ihr Anteil 2017 jedoch der niedrigste der letzten Jahre. Mono- wie auch polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen haben zwischen 2012 und 2015 stabil 5 - 6 % bzw. 8 - 9 % ausgemacht und sind 2016 leicht auf etwa 7 % bzw. etwa 11 % angestiegen. 2017 haben sie sich auf diesem leicht höheren Niveau stabilisiert. 2017 ist der Anteil von Langzeitschäden (nicht in der Abbildung enthalten) erstmalig angestiegen; zwischen 2012 und 2016 lag er mit leichten Schwankungen zwischen 9 % und 11 %, 2017 liegt er erstmalig bei 14 %.



MV = monovalente Vergiftung, PV = polyvalente Vergiftung

(BKA, 2018)

**Abbildung 2** Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2017

### 1.1.5 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen

In einer Studie des IFT München im Auftrag des BMG wurden die Daten der Falldatei Rauschgift für die Jahre 2012 bis 2016 genauer untersucht (Kraus et al., 2018). Im Unterschied zur jährlichen Berichterstattung des BKA wurden hier auch die „Freitextangaben“ der Polizei analysiert. Diese beinhalten neben den festgestellten Substanzen (deren Analyse sich nicht wesentlich von den bereits berichteten Daten unterscheidet, da die Datengrundlage zwar nicht exakt gleich, aber sehr ähnlich ist) auch die Umstände des Drogentods, d. h. ob Dritte anwesend waren, Rettungsversuche unternommen wurden, Krisen vor dem Drogentod vorlagen, vorausgehende Komorbiditäten bekannt waren oder soziale Kontakte bestanden.

Kenntnisse zu Substitution lagen bei etwa 10 % der Todesfälle mit Überdosierung vor. Bei Überdosierung lagen zudem bei 7 bis 15 % Hinweise auf die Anwesenheit Dritter vor, bei etwa 20 % wurden Rettungsversuche unternommen, wobei der Anteil über die Zeit zunahm, und bei etwa 6 % lagen Kenntnisse über eine reduzierte Toleranz vor, die sich aus dem Umstand der Beendigung einer Drogentherapie oder der Entlassung aus dem Gefängnis unmittelbar vor Überdosierung ableitete. Mindestens eine Nennung zur Anwesenheit Dritter oder von Rettungsversuchen lag bei etwa 17 % der Überdosierungen durch Opioide vor. Hinweise auf komorbide Erkrankungen lagen bei 11 - 13 % der Drogentodesfälle vor, wobei Hepatitis-Erkrankungen mit durchschnittlich einem Viertel (vornehmlich Hepatitis C) am häufigsten waren. Diese Rate liegt jedoch immer noch deutlich unter der Rate, die etwa in der DRUCK-Studie unter i.v.-Drogenkonsumierenden ermittelt wurde (durchschnittliche Prävalenz potenziell infektiöser Hepatitis C von 44 %, chronischer Hepatitis C von 66 % (Robert Koch-Institut (RKI), 2016)). Es ist von einer deutlichen Untererfassung vorliegender komorbider Erkrankungen in der Falldatei Rauschgift auszugehen, da diese nicht der Fokus polizeilicher Ermittlungen sind. In durchschnittlich über 10 % der Fälle mit komorbiden Erkrankungen lagen Lungenerkrankungen, Herzerkrankungen oder eine Leberzirrhose vor. Bei 21 % der Fälle mit komorbiden Erkrankungen wurde eine psychische Erkrankung aufgeführt, auch diese Zahl erscheint im Vergleich mit üblicherweise in der Literatur genannten komorbiden psychischen Erkrankungen von Drogenkonsumierenden in Deutschland sehr niedrig (Marschall, 2010, Wittchen et al., 2011). Auch in diesem Fall ist vermutlich davon auszugehen, dass diese Angaben eine Unterschätzung aufgrund der Zielsetzung der FDR darstellen. Bei Todesfällen in Folge eines Langzeitkonsums waren die Anteile der komorbiden Erkrankungen am höchsten und die Verstorbenen hatten das verhältnismäßig höchste Lebensalter erreicht. Krisen vor dem Tod wurden im Zeitverlauf bei zwischen 2 % und 5 % der Drogentodesfälle berichtet.

Als wesentliche Limitation der Studie muss die teils hohe Anzahl an fehlenden Angaben gelten. Es ist beispielsweise nicht zu unterscheiden, ob ein Verstorbener tatsächlich keine körperlichen Erkrankungen hatte, oder ob diese nicht dokumentiert wurden (etwa weil sie der Polizei selbst nicht bekannt waren oder nicht als relevant eingestuft wurden). Zudem fallen große Unterschiede zwischen den Dokumentationen der einzelnen Bundesländer auf. Entsprechend schlussfolgern die Autoren, dass die Weiterentwicklung und Vereinheitlichung

der Dokumentation der Konsumsituation und der Todesumstände in den einzelnen Bundesländern sowie die generelle Durchführung von Obduktionen und insbesondere die Erstellung toxikologischer Gutachten zu empfehlen sind. Nur so ließen sich zeitliche Entwicklungen und Veränderungen der Begleitumstände, inklusive der von den Verstorbenen konsumierten Substanzen, auf einer fundierten Basis beobachten und Aussagen über bekannte Risikofaktoren machen.

## **1.2 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle**

### **1.2.1 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle**

Als Näherung für die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10 Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik 2016 bzw. speziellen Berechnungen des Statistischen Bundesamts zur Verfügung (siehe Tabelle 2). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 T40.X) sowohl um eine Überdosierung als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opioide auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung verschriebener opioidhaltiger Medikamente, statt um den Konsum illegaler Drogen handeln. Darüber hinaus kann mit diesen Daten nur eine Aussage über im Krankenhaus stationär aufgenommene drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle getroffen werden. Notfälle, die entweder gar nicht oder durch andere Anlaufstellen (Giftinformationszentren, siehe 1.2.2, aber auch niedergelassene Ärzte, notärztliche Behandlung ohne folgenden stationären Aufenthalt) behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Aus den Daten geht zudem nicht hervor, wie schwer ausgeprägt oder gefährlich die Symptomatik war und wie lange die jeweilige Behandlung andauerte; Stundenfälle werden ebenfalls mit eingeschlossen. Die Daten sind also nur mit Vorsicht zu interpretieren.

Eine weitere Annäherung an die Zahl drogenbezogener Notfälle kann über die Daten der Giftinformations- bzw. Giftnotrufzentralen (GIZ) erfolgen. Diese geben Aufschluss über Notfälle, die nicht zu einer Aufnahme im Krankenhaus geführt haben und werden weiter unten dargestellt (siehe 1.2.2).

## 1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2016

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 45	45 - 65	65+
<b>akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)</b>	<b>21.934</b>	<b>397</b>	<b>6.432</b>	<b>10.660</b>	<b>3.623</b>	<b>822</b>
durch Opioide (F11.0)	2.086	11	204	1.186	456	229
durch Cannabinoide (F12.0)	2.623	169	1.535	791	118	10
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	2.347	32	368	893	681	373
durch Kokain (F14.0)	599	5	129	396	67	2
durch andere Stimulanzien (F15.0)	2.121	50	911	1.043	109	8
durch Halluzinogene (F16.0)	491	17	266	186	21	1
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	58	4	13	32	7	2
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	11.609	109	3.006	6.133	2.164	197
<b>Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)</b>	<b>1.655</b>	<b>75</b>	<b>319</b>	<b>503</b>	<b>326</b>	<b>432</b>
durch Opium (T40.0)	83	2	3	13	32	33
durch Heroin (T40.1)	126	1	8	89	28	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	836	34	67	158	198	379
durch Methadon (T40.3)	66	0	4	39	22	1
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	30	2	7	12	4	5
durch Kokain (T40.5)	101	5	25	60	11	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	44	4	7	12	10	11
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	284	23	159	88	12	2
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	27	0	17	9	1	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	58	4	22	23	8	1

(Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen)



### **Aus den Daten der Giftinformations- bzw. Giftnotrufzentralen:**

Es liegen aus vier der acht deutschen Giftinformationszentralen (GIZ)<sup>2</sup> Daten zu dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) aus dem Jahr 2016 vor (Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, 2017; Giftinformationszentrum-Nord (GIZ-Nord), 2017b; Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar, 2017; Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017).

In diesen vier Institutionen wurden im Jahr 2016 insgesamt 103.432 Anfragen auf Grund von Vergiftungsverdachtsfällen bei Menschen registriert, davon 2.236 auf Grund von tatsächlicher oder vermuteter Einnahme illegaler Drogen. Der Anteil der Drogenfälle liegt damit bei 2,16 % und bleibt wie in den Vorjahren stabil auf einem niedrigen Niveau. Aus diesen Daten geht allerdings nicht hervor, ob es sich um unbeabsichtigte Einnahmen oder um Überdosierungen beim beabsichtigten Drogenkonsum gehandelt hat. Einige Giftinformationszentralen nehmen in ihren Dokumentationssystemen auch eine Aufschlüsselung nach Substanzen und anderen Variablen wie etwa dem Alter vor.

Das GIZ Nord<sup>3</sup> dokumentierte für 2016 insgesamt 33.986 menschliche Vergiftungsverdachtsfälle, davon entfielen 2,3 % (N = 768) der Anfragen auf die Hauptgruppe illegaler Drogen. Es sind keine Todesfälle dokumentiert. 64 der Verdachtsfälle wurden als schwere Vergiftung eingestuft (8,3 %), 281 (36,6 %) mit dem mittleren Schweregrad, 183 (23,8 %) als leichte Vergiftung. 29 Verdachtsfälle (3,8 %) waren symptomlos. Für 205 Verdachtsfälle (26,7 %) konnte der Schweregrad der Vergiftung nicht eingeschätzt werden, bei 6 Fällen fehlt die Dokumentation (Giftinformationszentrum-Nord (GIZ-Nord), 2017a).

Es liegen Angaben zu Substanzgruppen vor: 36,6 % der Anrufe (N = 281) wurde wegen der Einnahme amphetaminartiger Substanzen getätigt. 17,6 % (N = 135) bezogen sich auf den Konsum von Cannabinoiden, von diesen wurde in etwas über der Hälfte der Anfragen wegen synthetischer Cannabinoide (N = 73) angerufen. Dieser Anteil ist nach einem Anstieg im Vorjahr nun gesunken, aber dennoch beachtlich, wenn man die deutlich geringeren Prävalenzzahlen für synthetische Cannabinoide im Vergleich zu herkömmlichen Cannabis-Formen bedenkt. Kokain(-derivate) machten 16,2 % (N = 125) der Anrufe aus, Opioide 8,2 % (N = 63), hiervon mit 51 Fällen größtenteils Heroin.

Von den 64 als schwer eingestuften Vergiftungen waren 31 auf amphetaminartige Substanzen zurückzuführen, 10 auf Kokain, 9 auf Opioide und 6 auf Cannabinoide (hiervon 5 auf synthetische Cannabinoide).

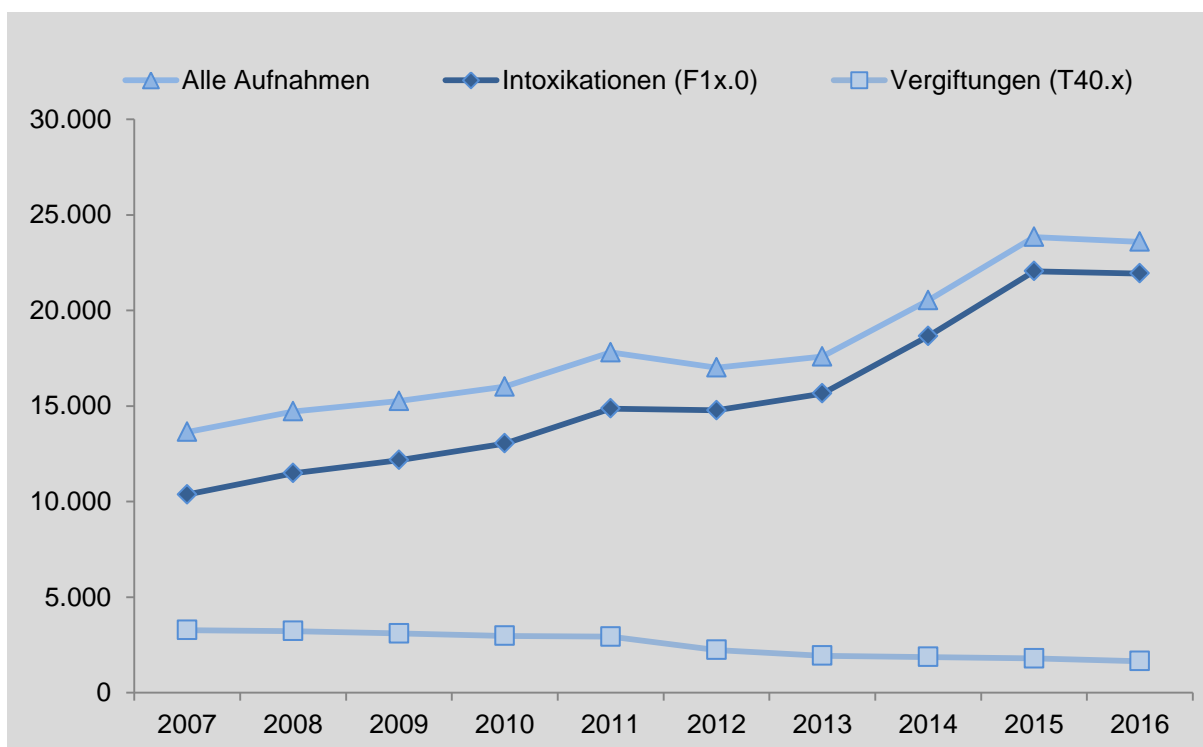
---

<sup>2</sup> <https://www.klinitox.de/3.0.html> [Letzter Zugriff: 28.08.2018].

<sup>3</sup> Zuständig für Anfragen aus Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

### 1.2.3 Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Der folgende Trend basiert auf den bundesweiten Daten zu in Krankenhäusern vollstationär aufgenommenen akuten Rausch- und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen) aus den jährlich erscheinenden Krankenhausdiagnosestatistiken des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen). Diese Daten sollten mit großer Vorsicht interpretiert werden; die Einschränkungen werden weiter oben erläutert (siehe 1.2.1).

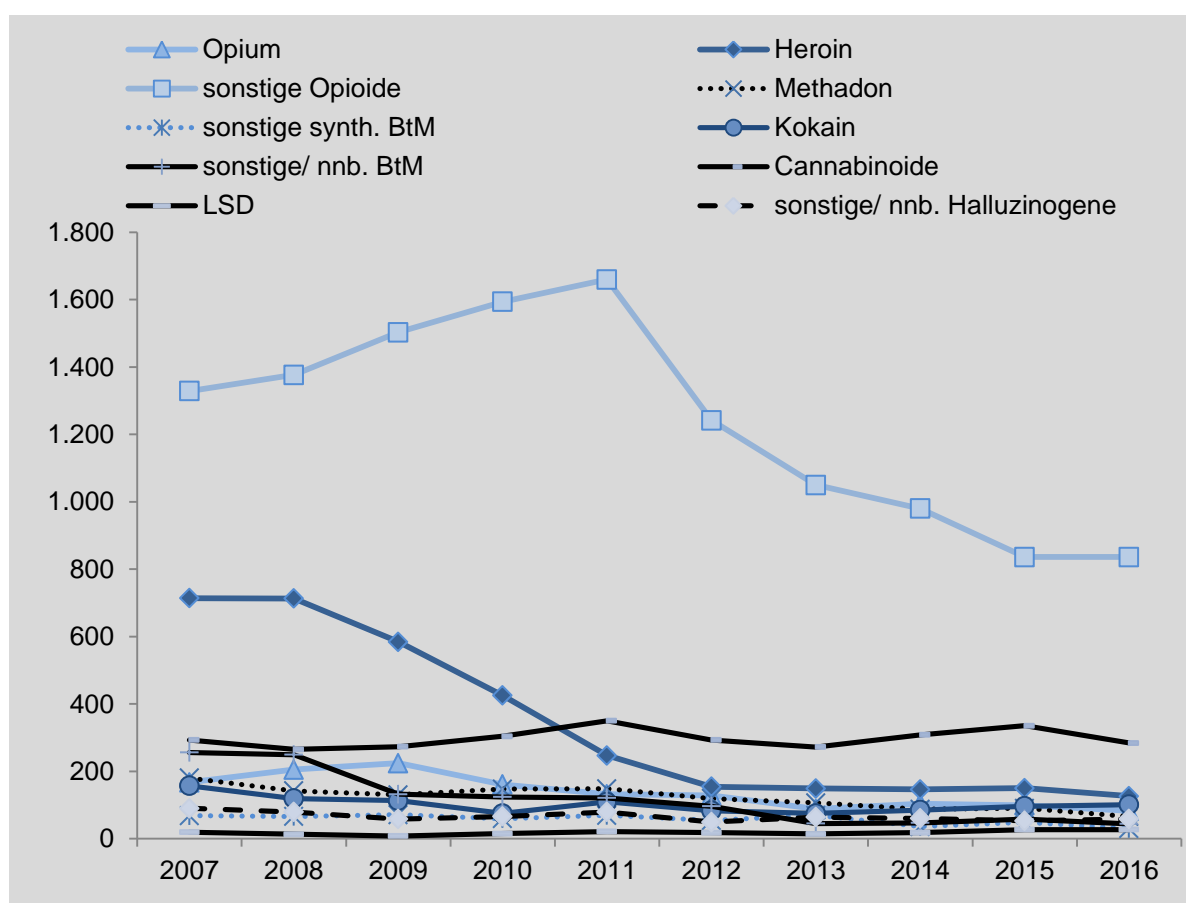


(Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen)

**Abbildung 3** Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle 2007 bis 2016

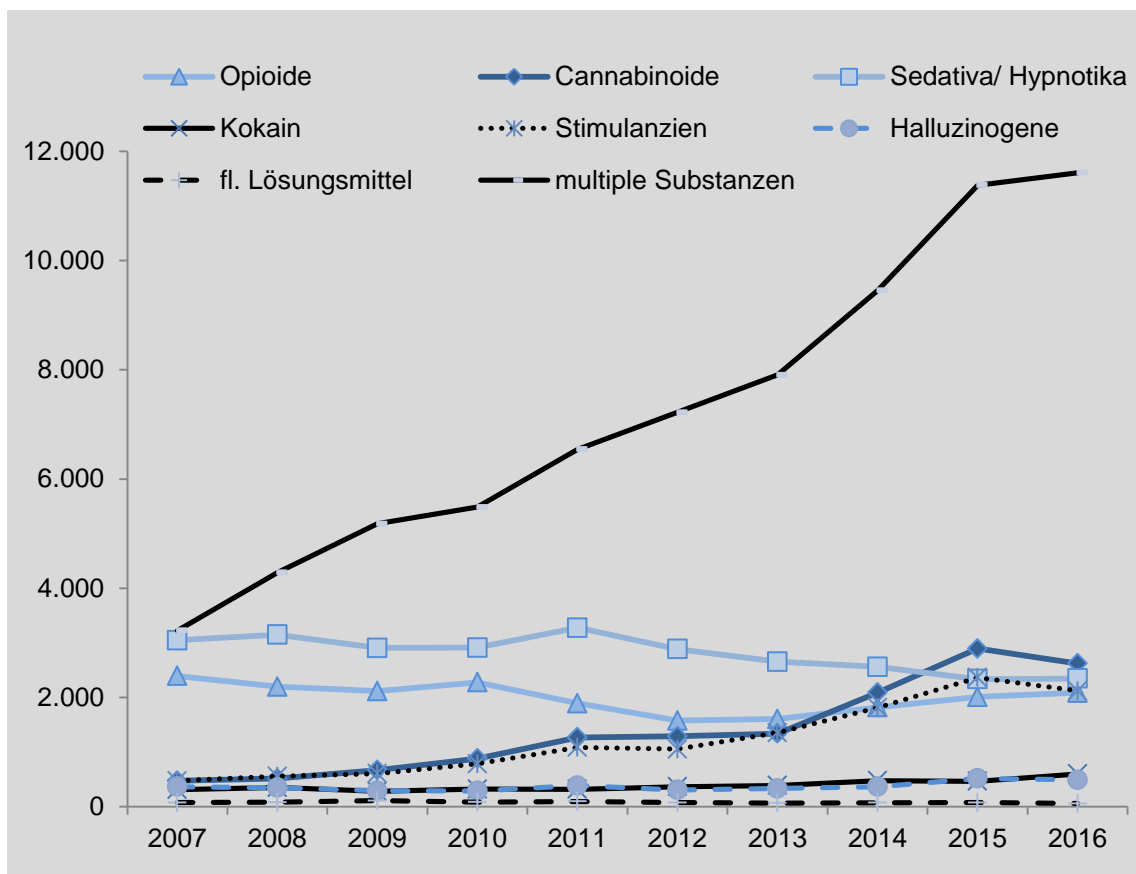
Insgesamt zeigt sich in den letzten zehn Jahren bis 2015 ein recht kontinuierlicher Anstieg der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle von 12.249 Aufnahmen 2006 zu 23.839 Aufnahmen 2015 (siehe Abbildung 3). 2016 liegt die Gesamtzahl mit 23.589 Aufnahmen auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr. Ob es sich hierbei um eine längerfristige Stabilisierung handelt, ist aktuell noch nicht absehbar. Der Anstieg der letzten Jahre wird durch den Anstieg der kodierten akuten Intoxikationsfälle bedingt, die 2016 21.934 Fälle ausmachen. Die Anzahl der Vergiftungsfälle, die bereits 2006 schon auf deutlich niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten 10 Jahren weiter gesunken und liegt 2016 bei 1.655 Fällen. Es bleibt unklar, ob dies durch die Kodiergewohnheiten erklärbar ist, oder ob tatsächlich weniger Vergiftungsfälle und mehr Intoxikationsfälle aufgenommen wurden.

Betrachtet man Vergiftungen und Intoxikationen getrennt, so überwiegt bei den stationär aufgenommenen Vergiftungen (T 40.x-Codes, siehe Abbildung 4) in den letzten 10 Jahren deutlich die Vergiftung durch „sonstige Opioide“ (T40.2). Nach einem deutlichen Anstieg bis 2011 (1.660 Fälle) gingen die Zahlen seitdem allerdings wieder stark zurück (2016: 836 Fälle). Vergiftungen durch Heroin (T40.1) waren lange Zeit die zweithäufigste Diagnose in dieser Gruppe, sind aber seit über 10 Jahren fast konstant gesunken und machen nur noch einen relativ geringen Anteil der Vergiftungen aus (2016: 126 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide (T40.7) damit nach Vergiftungen durch sonstige Opioide die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Allerdings stellt sich der Trend in den letzten zehn Jahren mit leichten Schwankungen stabil dar und befindet sich mit 284 Fällen im Jahr 2016 auf wesentlich niedrigerem Niveau als Vergiftungen durch Opioide. Alle anderen Substanzen, inklusive der sonstigen / nicht näher bezeichneten Betäubungsmittel, spielen mit bis zu 100 gemeldeten Fällen nur eine untergeordnete Rolle.



(Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen)

**Abbildung 4** Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes) 2007 – 2016



(Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen)

**Abbildung 5** Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) 2007 – 2016

In der Gruppe der akuten Intoxikationen ist die mit Abstand häufigste kodierte Diagnose die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0) (siehe Abbildung 5). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür steigen seit über zehn Jahren steil an und machen einen großen Teil des Gesamtanstiegs aller stationären Krankenhausaufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle der letzten zehn Jahre aus. Mit 11.609 Fällen im Jahr 2016 macht diese Gruppe fast die Hälfte aller stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle aus. Angaben zu den einzelnen Substanzen, die unter „multipler Gebrauch“ bzw. „andere psychotrope Substanzen“ kodiert werden, liegen leider nicht vor, sodass keine genauen Rückschlüsse auf das Konsumverhalten gezogen werden können.

Die Stoffgruppen Cannabinoide, (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa / Hypnotika, Stimulanzien (exkl. Kokain) und Opioides machen mit jeweils zwischen 2.000 und 3.000 Fällen beachtliche, ähnlich große Anteile aus. Im Zeitverlauf hat sich die Bedeutung der einzelnen Stoffgruppen wesentlich verändert:

Seit 2015 sind Intoxikationen durch Cannabinoide (inklusive synthetischer Cannabinoide) die am zweithäufigsten kodierte Ursache. In den letzten zehn Jahren haben sich die Aufnahmezahlen für diese Stoffgruppe mehr als verfünffacht (475 Fälle 2007, 2.623 Fälle

2016), allerdings ist die Anzahl 2016 wieder etwas geringer als im Vorjahr. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich für Stimulanzien (exkl. Kokain), die mit 2.121 Fällen im Jahr 2016 mehr als viermal häufiger kodiert wurden als zehn Jahre zuvor; auch hier zeigt sich allerdings ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Die Menge der Intoxikationen durch die Stoffgruppe der Sedativa / Hypnotika, die bis zum Vorjahr stets die zweithäufigste war, ist in den letzten zehn Jahren hingegen insgesamt zurückgegangen (2007: 3.049 Fälle; 2016: 2.347 Fälle). Intoxikationen durch Opiode schwanken in den letzten zehn Jahren um ca. 2.000 Fälle pro Jahr; hier ist kein eindeutiger Trend erkennbar. Insgesamt zeigt sich im Bereich der akuten Intoxikationen ein Trend hin zu multiplen Substanzgebrauch und einer steigenden Bedeutsamkeit von Cannabinoiden und Stimulanzien, wohingegen Sedativa / Hypnotika im Vergleich eher an Bedeutung verlieren.

#### **1.2.4 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen**

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

### **1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Deutschlandweit werden alle Daten zu Infektionskrankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz der Meldepflicht unterliegen, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt und dort analysiert, somit auch Meldungen zu HIV- und Hepatitis-Infektionen. Zusätzlich liegen Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik vor, die jedoch auf Grund einer sehr hohen Quote fehlender Angaben nur mit äußerster Vorsicht interpretiert werden dürfen. Daten aus anderen Quellen geben zusätzlich Einblick in die Belastung von spezifischen, häufig regionalen, Populationen von Drogenkonsumenten (z. B. Konsumraumnutzer, Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen) mit HIV und Hepatitis. Hier ist insbesondere die DRUCK-Studie zu nennen, die in den Jahren 2011 - 2015 die Verbreitung von Hepatitis B und C sowie HIV, unsafe-use Verhaltensweisen und Wissen über die Infektionen sowie Safer-Use bei injizierenden Drogenkonsumenten in acht deutschen Städten untersucht hat und deren Ergebnisse in den Berichten der letzten beiden Jahre ausführlich berichtet wurden.

Genauere Informationen zu den Datenquellen für drogenbezogene Infektionskrankheiten finden sich im Abschnitt 5.2.2.

#### **1.3.1 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C**

Für 2017 können keine HIV-Daten berichtet werden, da diese auf Grund einer Umstellung der Datenbank für HIV-Meldungen an das RKI bei Redaktionsschluss noch nicht vorlagen. Im Jahr 2016 waren dem RKI 3.419 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, bildeten mit 127 Personen wie in den Vorjahren die drittgrößte Gruppe (5 % aller Neuinfektionen mit Angaben zum Übertragungsweg). Von diesen 127 Personen lebten 38 in Bayern. Nach einem Tiefpunkt bei den HIV-Neudiagnosen mit Übertragungsweg IVD in den Jahren 2010 - 2012 (77 - 80 Neudiagnosen pro Jahr) und einem vorangegangenen

kontinuierlichen Rückgang ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen mit diesem Übertragungsweg seit 2012 wieder insgesamt angestiegen (von 80 auf 127 im Jahr 2016), insbesondere in der Altersgruppe 30 - 39 Jahre.

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten über Hepatitis-C-Neudiagnosen sowie akute Hepatitis B an das RKI für das Jahr 2017 (Robert Koch-Institut, 2018a; Robert Koch-Institut, 2018b).

### **Hepatitis B Meldedaten**

Die Falldefinitionen (FD) wurden im Jahr 2015 dahingehend geändert, dass nun nicht nur Fälle, bei denen sowohl das klinische Bild wie auch die Labordiagnostik vorlagen, die Definition erfüllen, sondern auch labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt oder unbekannt ist. Die Kriterien für einen labordiagnostischen Nachweis erfüllt nur noch der direkte Hepatitis-B-Virus-Nachweis; das alte labordiagnostische Kriterium gilt nicht mehr. Die Änderungen werden genauer unter 5.2.2 beschrieben. Die Änderungen dienen nicht nur der Anpassung an die europäischen Falldefinitionen, sondern zielen auch darauf ab, den aktiven, d. h. infektiösen und damit übertragbaren, Hepatitis-B-Virus-Infektionen nachzugehen, unabhängig von der Ausprägung ihrer Symptomatik. Mit Einführung der neuen Falldefinition stieg die Zahl der veröffentlichten Hepatitis-B-Virus-Infektionen wie erwartet an.

Für das Jahr 2017 wurden 12 Fälle nach der alten und 3.570 Fälle nach der neuen Falldefinition erfasst und übermittelt. Im Vorjahr waren noch 629 Fälle nach der alten Definition übermittelt worden; somit kann die Umstellung der Falldefinition in diesem Jahr als abgeschlossen gelten. Der Anteil der klinisch-labordiagnostisch bestätigten Fälle an allen übermittelten Fällen blieb im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert und lag bei 20 %; für die restlichen Fälle war das klinische Bild unbekannt oder nicht vollständig erfüllt, die Infektion war jedoch labordiagnostisch nachgewiesen.

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 3.622 Hepatitis-B-Virus-Infektionen übermittelt (2016: 3.466, 2015: 3.873). Von den übermittelten Fällen entsprachen 3.582 Fälle (99 %) der Referenzdefinition und damit 551 mehr als im Vorjahr. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen.

Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 4,4 Infektionen pro 100.000 Einwohner (2016: 3,7). Die Inzidenz für Hepatitis B war bei Jungen und Männern mit 5,7 Infektionen pro 100.000 Einwohnern 2-mal so häufig wie bei Mädchen und Frauen (2,9). Bei Frauen war die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen am stärksten betroffen (7,6). Dagegen lag das Maximum bei Männern in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (11,9). Die Inzidenzen in den Bundesländern unterscheiden sich deutlich und betragen 2017 zwischen 0,6 Infektionen pro 100.000 Einwohner in Thüringen und 7,9 in Bayern.

Nur bei 163 (4,6 %) der 3.582 übermittelten Fälle wurden für die Auswertung ausreichende Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Mehrfachnennungen wurden bei der Auswertung auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Sexuelle

Transmission wurde am häufigsten (62 Fälle; 38 %) genannt, darunter in 22 Fällen durch gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern. Als zweithäufigster Übertragungsweg wurde bei 49 Fällen (30 %) die Wohngemeinschaft mit einem Hepatitis-B-Virus-träger angegeben, gefolgt von i.v.-Drogenkonsum (37 Fälle, 23 %).

Zwischen 2001 und 2009 wurde ein Rückgang der übermittelten akuten Hepatitis-B-Erkrankungen beobachtet, der vermutlich vorwiegend auf einen verbesserten Impfschutz durch die Einführung der generellen Impfpflicht für Säuglinge im Jahr 1995 zurückzuführen ist. Dieser Trend stagnierte mit geringen Schwankungen von 2009 bis 2014. Seit 2015 (Änderung der Falldefinition) ist eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen, wie in Abbildung 6 dargestellt.

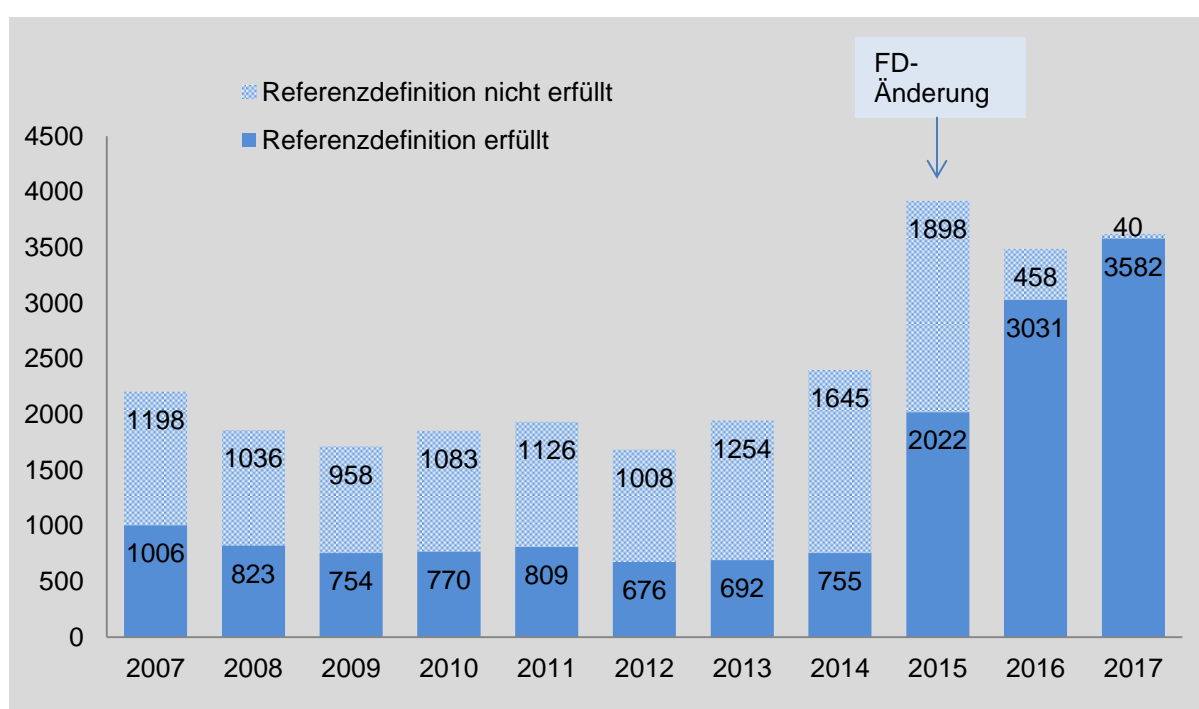


Abbildung 6 Trend HBV-Diagnosen

Diese Zunahme ist zum Teil durch die Erweiterung der Referenzdefinition auf Fälle ohne, mit unklarer und unbekannter Symptomatik zu erklären; jedoch sollten auch weitere Einflussgrößen berücksichtigt werden. Die Zunahme der Fälle, die in die Falldefinitions-kategorie E fallen, könnte auf ein vermehrtes Testen hinweisen. Gerade in Bundesländern mit besonders hohen Inzidenzen bzw. starkem Anstieg wie z. B. Bayern und Sachsen ist das vermehrte Testen von Asylsuchenden zu berücksichtigen, welche auch aus Regionen mit hoher Hepatitis-B-Prävalenz migrieren. Der Häufigkeitsspitzen bei den 15- bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen könnte ein weiterer Hinweis dafür sein, dass ein Teil der Zunahme der Hepatitis-B-Fälle auf die vermehrte Testung von Asylsuchenden zurückgeführt werden kann. Nicht genau quantifizierbar ist, in welchem Umfang der Anstieg der Änderung der Falldefinition, dem vermehrten Testen von z. B. Asylsuchenden oder

einem tatsächlichen Anstieg zuzuschreiben ist. Dies bedarf weiterer Untersuchungen. Hinzu kommen mögliche Doppelmeldungen, da in Ermangelung eines festen Wohnortes von Asylsuchenden die Zuordnung von Testergebnissen erschwert sein könnte. Es kann nicht beurteilt werden, ob es sich ausschließlich um akute Fälle handelt, da die Labordiagnostik eine solche Differenzierung nicht immer zulässt. So kann es sein, dass die Erfassung chronischer Fälle auch in Anbetracht des geänderten Infektionsschutzgesetzes im Juli 2017 sowie begrenzter Recherchemöglichkeiten die übermittelten Zahlen ansteigen lässt. Der zeitliche Verlauf der nächsten Jahre wird die Interpretierbarkeit der Meldedaten erhöhen, da die Vergleichbarkeit bei einheitlichen Kriterien von Fall- und Referenzdefinitionen dann wieder hergestellt ist.

Ähnlich den Vorjahren war die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen, mit jeweiligem Inzidenzgipfel im jüngeren Erwachsenenalter. Seit 2015 hat sich die Altersverteilung der Männer zu jüngeren Erwachsenen und Jugendlichen verschoben. Demgegenüber blieb die Altersverteilung der Frauen ähnlich. Die Inzidenzgipfel und angegebenen Expositionen deuten an, dass die sexuelle Übertragung wie in den Vorjahren den bedeutsamsten Transmissionsweg darstellt.

Angaben zum Geburtsland werden nur bei Asylsuchenden erhoben und können seit Ende 2015 übermittelt werden. Vermutlich stellt diese Gruppe einen erheblichen Anteil der Betroffenen in Deutschland dar, sodass hier Verbesserungsbedarf bei der Fallfindung, Prävention und Behandlung besteht. Es wird dringend empfohlen, alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie weitere definierte Risikogruppen konsequent zu impfen, insbesondere bei Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung oder injizierendem Drogengebrauch (Robert Koch-Institut, 2018a).

### **Hepatitis C Meldedaten**

Da es sowohl labordiagnostisch als auch klinisch kaum möglich ist, akute und chronische HCV-Infektionen zu unterscheiden und die Mehrzahl der Neuinfektionen der Hepatitis C (ca. 75 %) asymptomatisch verläuft, werden alle neu diagnostizierten Infektionen erfasst. Daher beinhaltet die Gesamtheit der Fälle vermutlich einen erheblichen Anteil bereits chronischer Hepatitis-C-Fälle (im Sinne einer Virusreplikation von mehr als 6 Monaten). Die Falldefinition wurde im Jahr 2015 geändert. Seitdem erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis die Kriterien für die labordiagnostische Bestätigung, es werden also nur noch aktive Hepatitis-C-Infektionen berücksichtigt. Dies ermöglicht eine bessere Annäherung an die wahre Inzidenz. Auf Grund der Änderung sind die aktuellen Fallzahlen nur bedingt mit den Fallzahlen der Vorjahre vergleichbar, sodass Trendauswertungen nur mit Einschränkungen möglich sind. Eine Abnahme der gemeldeten Fallzahlen durch die Änderung der Falldefinition ist wie erwartet eingetreten. Für mehr Informationen zur Methodik siehe 5.2.2.

Für das Jahr 2017 wurden insgesamt 4.798 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt (Robert Koch-Institut, 2018b). Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 5,8 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner (2016: 5,4; 2015: 6,0).



Ab dem Jahr 2005 war ein abnehmender Trend der Inzidenz und der absoluten Fallzahlen von erstdiagnostizierter Hepatitis C zu verzeichnen, der sich seit dem Jahr 2009 verlangsamt hatte. Ab 2011 war die Inzidenz relativ stabil mit leichten Schwankungen. Nach einem Anstieg der Erstdiagnosen im Jahr 2014 fiel die Inzidenz 2015 – nach Änderung der Falldefinition – wieder auf das Niveau der fünf Vorjahre zurück und ging im Jahr 2016 weiter zurück. 2017 stieg die Inzidenz geringfügig an, hauptsächlich durch einen Anstieg der Fallzahlen im zweiten Halbjahr 2017. In diesem Zeitraum sind weitere direkt antiviral wirkende Medikamente auf dem deutschen Markt zugelassen worden, die zu einer verstärkten Testung und Fallfindung geführt haben können. Auch wurden verschiedene, teils lokale Kampagnen und Projekte zur Erhöhung der Aufmerksamkeit von viraler Hepatitis und Fallfindung durchgeführt. Schließlich trat im Juli 2017 die Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Kraft, nach welchem jeder labordiagnostische Nachweis einer Hepatitis C meldepflichtig ist, sodass alle aktiven (akuten oder chronischen) Infektionen erfasst werden.

Die Inzidenz der Hepatitis-C-Erstdiagnosen war 2017 wie bereits in den letzten Jahren in der männlichen Bevölkerung mit 8,2/100.000 Einwohnern mehr als doppelt so hoch wie in der weiblichen Bevölkerung (3,5). Ebenfalls zeitlich stabil lag der Häufigkeitsgipfel der Inzidenzen für beide Geschlechter in der Altersgruppe 30 - 39. Bei den Frauen dieser Altersgruppe war die Inzidenz mit 5,9 jedoch nur ein Drittel so hoch wie die Inzidenz bei Männern (19,7).

Bei 1.129 (24 %) Erstdiagnosen wurden auswertbare Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht (siehe Abbildung 7). Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert.

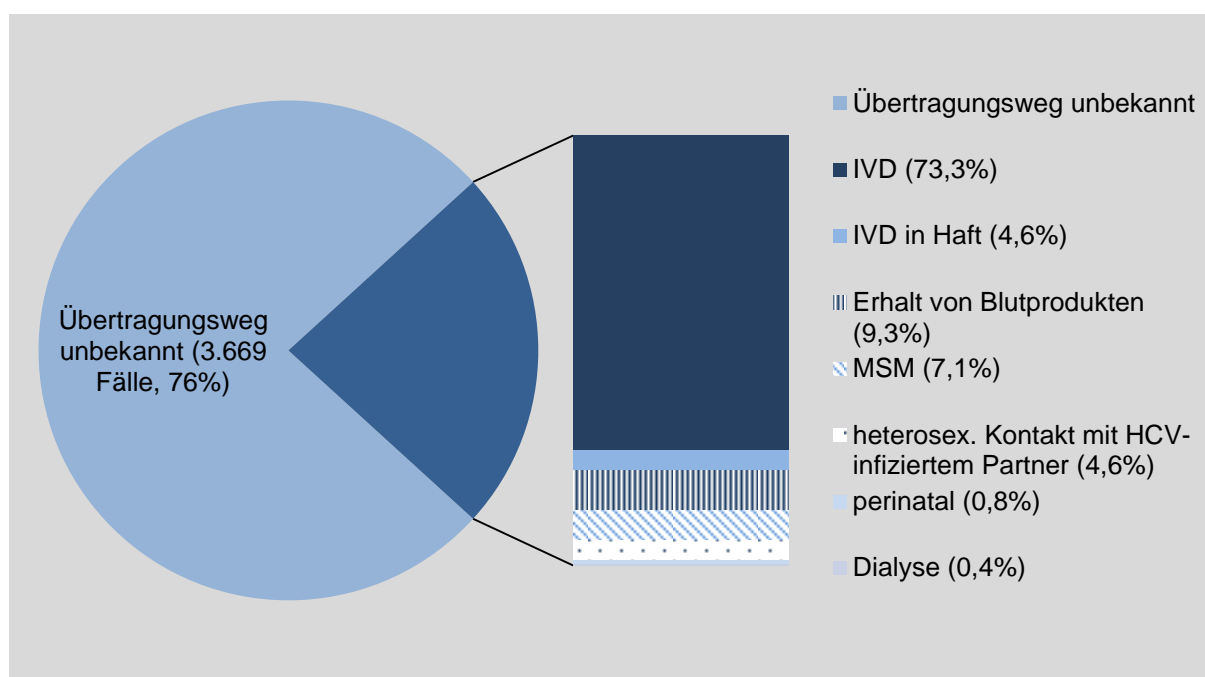


Abbildung 7 Übertragungswege HCV-Diagnosen 2017

Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 879 Erstdiagnosen (78 % der Erstdiagnosen mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Auf diesen Übertragungsweg entfielen 82 % der Angaben bei Männern ( $n = 711 / 872$ ) und 65 % der Angaben bei Frauen ( $n = 165 / 253$ ). Die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ lag bei 47 (5,4 %) der Männer und 5 (2,0 %) der Frauen mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ vor. Dieser Wert liegt seit 2012 mit Schwankungen um die 80 %. Die Fallzahlen und der Anteil des Übertragungswegs IVD an allen Diagnosen der letzten zehn Jahre werden in Abbildung 8 für Männer und Frauen getrennt dargestellt (die Fallzahlen schwanken entsprechend der Entwicklung der Gesamtzahlen der HCV-Melddaten; der Anteil ist hingegen unabhängig von der absoluten Fallzahl interpretierbar).

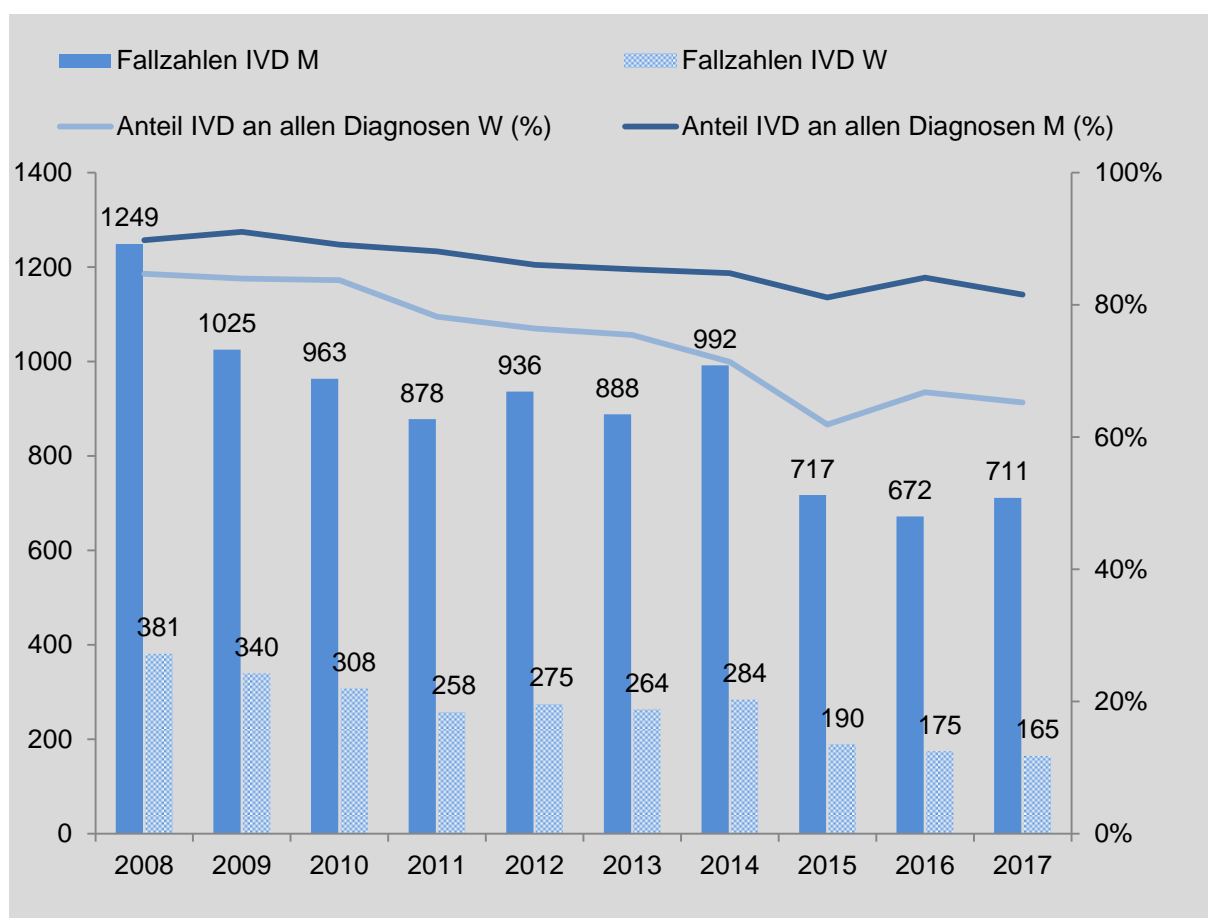


Abbildung 8 Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen

Die gesamte Inzidenz übermittelter Hepatitis-C-Erstdiagnosen ist im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht angestiegen, nachdem in den beiden Vorjahren die Inzidenz deutlich niedriger lag als in den Jahren vor 2015. Diese war vermutlich vor allem bedingt durch die Einengung der Fallddefinition, nach der nur noch aktive Infektionen mit Erregernachweis die labordiagnostischen Kriterien erfüllen. Der leichte Anstieg im Berichtsjahr wurde hauptsächlich verursacht durch erhöhte Fallzahlen im letzten Halbjahr. In

diesem Zeitraum sind weitere direkt antiviral wirkende Medikamente auf dem deutschen Markt zugelassen worden, die zu einer verstärkten Testung und Fallfindung geführt haben können. Auch wurden verschiedene, teils lokale Kampagnen und Projekte zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für virale Hepatitis und Fallfindung durchgeführt. Schließlich trat im Juli 2017 die Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Kraft, nach welchem jeder labordiagnostische Nachweis einer Hepatitis C meldepflichtig ist, sodass alle aktiven (akuten oder chronischen) Infektionen erfasst werden.

Wie auch in den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Die Tatsache, dass Männer häufiger Drogen konsumieren als Frauen und dies der am häufigsten berichtete Übertragungsweg ist, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern. Seit 2003 ist Berlin das Bundesland mit der höchsten Inzidenz von erstdiagnostizierten Fällen, wobei diese in den letzten Jahren deutlich gegenüber dem Median der Vorjahre zurückgegangen ist. Mögliche Ursache ist der in großstädtischen Ballungszentren überdurchschnittlich hohe Anteil von Personen, die Risikogruppen wie i.v.-Drogenkonsumierenden und Männern, die Sex mit Männern haben, angehören.

Die Zahl übermittelter Erstdiagnosen mit Angabe i.v.-Drogenkonsum ist im Vergleich zu den letzten drei Vorjahren gesunken. Ein Grund dafür könnte sein, dass nach alter Falldefinition häufig auch bereits ausgeheilte Infektionen übermittelt wurden, die die neue Falldefinition nicht erfüllen. Auch ist es möglich, dass Drogengebrauchende zwar regelmäßig auf HCV-Antikörper gescreent werden, jedoch möglicherweise nicht immer einer weiterführenden Diagnostik zugeführt werden. Der Prävention von Hepatitis C unter Drogenkonsumierenden sowie der Fallfindung, Diagnostik und Therapie in dieser Gruppe sollte in Deutschland weiter höchste Priorität zukommen.

Die Zahl der Erstdiagnosen mit dem wahrscheinlichen Übertragungsweg durch Blutprodukte vor Einführung der diagnostischen Testung ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen, wobei es sich seit Einführung der Testung von Blutprodukten nicht um neue Übertragungen, sondern eher um lange zurückliegende Infektionen handelt, die erst jetzt diagnostiziert werden. Die Zahl übermittelter Erstdiagnosen durch sexuelle Kontakte zwischen Männern ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen. Informationen zu Ko-Infektionen werden im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) nicht erhoben, es ist aber anzunehmen, dass es zu einer sexuellen Übertragung von Hepatitis C insbesondere bei zugrunde liegender HIV-Infektion kommt.

Zwar können die Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland als Annäherung an die Schätzung von Hepatitis-C-Erstdiagnosen bei Personen aus Ländern mit einer höheren Hepatitis-C-Prävalenz dienen, jedoch besteht eine wesentliche Einschränkung bei der Interpretation der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle darin, dass erst seit der IfSG-Novellierung im Juli 2017 bei allen Hepatitis C-Meldungen Angaben zum Migrationsstatus oder Herkunftsland übermittelt werden können. Die Erfassung wird derzeit in SurvNet@RKI umgesetzt, sodass in diesem Berichtsjahr noch keine Informationen auszuwerten sind. Der Anteil neu diagnostizierter Hepatitis-C-Fälle bei Personen aus Hochprävalenzregionen ist daher

unbekannt, es sei denn, es handelt sich um Asylsuchende, bei denen diese Angaben seit 2015 erhoben werden. Es ist anzunehmen, dass Personen aus Hochprävalenzländern einen größeren Anteil der an Hepatitis C Erkrankten in Deutschland stellen. Deutschland hat sich den Eliminationszielen viraler Hepatitis der WHO bis 2030 verschrieben. Um diese zu erreichen, besteht Verbesserungsbedarf bei der Fallfindung, Prävention und Behandlung der genannten Gruppen.

### **1.3.2 Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Es kam zu einem lokalen HIV-Ausbruch mit 28 Infektionen des Subtyp C in Bayern. Infektionsschwerpunkt war das Jahr 2016 (21 belegte Neudiagnosen) mit einigen Vorläufern 2015 und wenigen Diagnosen 2017; das Ausbruchsgeschehen kann damit als beendet gelten. Von den 28 gemeldeten Infektionen lag für 22 Personen die Angabe „i.v.-Drogengebraucher“ als wahrscheinlichster Übertragungsweg vor. Eine Analyse des Robert Koch-Instituts ergab, dass die einzelnen Infektionen direkt miteinander in Verbindung stehen (die phylogenetische Analyse zeigt eine Identität von 98 - 100 % innerhalb des Subtyp C Clusters). Zudem lag in 19 Fällen filtergetrocknetes Restserum der originalen Proben vor, von denen in 8 ein Nachweis synthetischer Kathinone erfolgte, sodass das Robert Koch-Institut von einem Zusammenhang zwischen dem Konsum synthetischer Kathinone und diesem Ausbruchsgeschehen ausgeht (Fiedler et al., 2018).

### **1.3.3 Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen**

Die DRUCK-Studie, die zwischen 2011 und 2014 2.077 i.v.-Drogenkonsumierende in acht großen Städten in Deutschland untersucht hat, hat Daten zu Prävalenzraten von HIV, HBV und HCV erbracht. Die Ergebnisse der Studie werden ausführlich in den Workbooks „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ von 2015 und 2016 (Dammer et al., 2016; Pfeiffer-Gerschel et al., 2015) dargestellt und hier nur als Vergleichswerte herangezogen.

#### **HIV: Daten aus zusätzlichen Datenquellen**

Aus der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten von 60 Suchthilfeeinrichtungen vor. Im Jahr 2016 wurden Daten für 15.473 Klienten dokumentiert, von ihnen waren 1.492 Angehörige von Drogenkonsumierenden. 32 % der betreuten Drogenkonsumierenden gaben eine hauptsächliche Opioid-Problematik an (n = 4.395; ähnlich wie im Vorjahr 33 % bzw. n = 4.456), der größte Teil weist jedoch polytoxe Konsummuster auf. Somatische und psychische Komorbiditäten werden in Abschnitt 1.4.1 genauer ausgeführt.

Die HIV-Infektionsrate unter allen Drogenkonsumenten lag 2016 mit 2,3 % etwa auf dem Vorjahresniveau (2015: 2,4 %), unter Opioidkonsumierenden war sie mit 4,0 % wie in den letzten Jahren höher, über die Zeit hinweg aber stabil bis leicht abnehmend (2015: 4,3 %; 2014: 4,6 %). Differenziert nach Geschlecht zeigt sich unter den Opioidkonsumierenden in

diesem Jahr erneut eine etwas höhere Infektionsrate bei den Frauen (4,7 % vs. 3,7 %). 7,0 % aller Klienten und 4,7 % der opioidabhängigen Klienten gaben an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben. Unter den Opioidkonsumierenden sind die Test-Raten bei Männern, wie in den Vorjahren, deutlich höher als bei Frauen (nicht getestete Männer: 3,5 %, nicht getestete Frauen: 8,1 %), in der Gesamtgruppe hingegen für beide Geschlechter ähnlich (7,0 % Männer, 6,9 % Frauen; Lindemann et al., 2017).

Auch aus der Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume (Stöver und Förster, 2017) liegen Daten zum HIV-Status der im Jahr 2016 betreuten 4.705 Klientinnen und Klienten<sup>4</sup> vor. 2.601 Personen (55 % aller Betreuten) beantworteten die Frage, ob Sie schon einmal einen HIV-Test gemacht hätten; von diesen waren 91,5 % bereits getestet. Frauen und Männer ließen sich etwa gleich häufig testen. Zu 1.624 Personen liegt eine Angabe vor, wann der letzte HIV-Test erfolgte. 37,8 % dieser Personen gaben an, dass ihr Test 2016 stattgefunden habe und somit aktuell sei, weitere 46,4 % erfolgten 2015. Die übrigen Tests (15,8 %) liegen schon länger zurück. 49 % aller Konsumraumnutzer (2.297 Personen) gaben ihr Testergebnis an. 3,3 % gaben an, HIV-positiv zu sein, wobei Frauen mit 7,5 % wie in den Vorjahren deutlich häufiger betroffen sind als Männer mit 2,5 %. Längerfristig betrachtet lässt sich kein eindeutiger Trend bei den HIV-Infektionen feststellen, er schwankt seit 2009 zwischen 2,9 % und 4,4 %. Zudem muss von Ungenauigkeiten im Erhebungssystem ausgegangen werden (so werden nicht alle Klientinnen und Klienten befragt; teils liegen die Testungen schon länger zurück), sodass eine Interpretation nur mit großer Vorsicht erfolgen kann. HIV-Infektionen sind bei den Neuzugängen seit Jahren seltener als bei den Fortsetzern (2016: 0,9 % der Neuzugänge, 4,3 % der Fortsetzer); insbesondere die Frauen unter den Fortsetzern weisen eine überdurchschnittlich hohe HIV-Infektionsrate auf (2016: 10,3 %).

Fasst man die Ergebnisse aus Hamburg, Frankfurt am Main und der DSHS zusammen, so kommt man auf eine durchschnittliche HIV-Prävalenz unter Opioidkonsumierenden von etwa 1 % bis ca. 10 % je nach Subgruppe. Unter Neuzugängen der Konsumräume liegt der Wert insgesamt etwas niedriger. Frauen sind stärker betroffen als Männern. Die Werte müssen auf Grund der hohen Anzahl nicht getesteter Klienten vorsichtig gedeutet werden. Sie stimmen jedoch recht gut überein mit den in der DRUCK-Studie erhobenen Werten (Robert Koch-Institut (RKI), 2016), die eine HIV-Prävalenz zwischen 0 % und 9 % (je nach Studienstadt) feststellte und ebenfalls ergab, dass Frauen häufiger infiziert waren als Männer (7 % vs. 4 %).

---

<sup>4</sup> Die Anzahl der Klientinnen und Klienten wird aus den individuell vergebenen „HIV-Codes“ errechnet. Es ist möglich, dass einige Personen über mehrfache Codes verfügen, sodass die Zahl der tatsächlich betreuten Klienten etwas geringer ausfallen könnte.

## **Hepatitis B und C: Daten aus zusätzlichen Datenquellen**

### **ECHO-Studie**

Die ECHO-Studie hat 2.467 Klientinnen und Klienten in Opioidsubstitutionstherapie (OST) auf Hepatitis-C-Prävalenzen hin untersucht (Schulte et al., 2018). Die Dauer der Substitutionstherapie betrug zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 0 und 27 Jahren (Mittelwert 6,4 Jahre), 24 % der Klientinnen und Klienten waren erstmalig in OST. 58,8 % der getesteten 2.386 Personen wurden positiv auf HCV-Antikörper getestet; 27,3 % der 2.260 getesteten Personen wurden positiv auf HCV-RNA getestet und sind somit mit einer potenziell ansteckenden Hepatitis C infiziert. Auf Basis der 78.500 Klientinnen und Klienten in Opioidsubstitution in Deutschland schätzen die Autoren somit, dass etwa 21.500 Personen in Substitution mit einer potenziell infektiösen Hepatitis C infiziert sind.

Die Inzidenz für eine Neuinfektion in dieser Stichprobe von OST-Behandelten betrug 2,1 bis 2,5 Fälle pro 100 Personen-Jahre. Diejenigen, die sich im Zeitraum der Studie neu ansteckten, zeigten eine hohe Symptom-Last, einen besonders stark ausgeprägten Drogenkonsum und wesentliche soziale Probleme.

Von 151 zwischen Baseline und Follow-Up wegen Hepatitis C behandelten Patientinnen und Patienten liegen Behandlungsergebnisse für 134 Personen vor. Von diesen waren bei 88,6 % langfristig keine Viren mehr im Blut auffindbar, die Infektion war also ausgeheilt. Von weiteren 6,1 % liegen nur kurzfristige Daten der Virusfreiheit vor (die langfristigen Daten fehlen). 3,1 % hatten einen Rückfall, 0,8 % waren Non-Responder und weitere 0,8 % beendeten vorzeitig die Behandlung.

Die Autoren schlussfolgern auf Grund des guten Behandlungserfolgs und der geringen Rate an Neu-Infektionen in der Stichprobe bei einer gleichzeitig hohen Grund-Prävalenz, dass sowohl noch mehr Personen in Opioidsubstitution gebracht werden sollten, als auch mehr Personen die bereits in Opioidsubstitution sind, ebenfalls auf Hepatitis C behandelt werden sollten. Zudem würden robuste, kontinuierlich fortgeführte Monitoring-Daten für diese Gruppe benötigt.

### **Routine-Daten**

Laut der BADO waren 2016 19,9 % aller Klienten und 46,2 % der Opioidklientel in Hamburg mit Hepatitis C infiziert. Über die letzten Jahre hinweg erweist sich die Rate der infizierten Opioidkonsumierenden auf sehr hohem Niveau als etwa stabil. 6,8 % aller Klienten und 4,7 % der Opioidkonsumenten hatten sich noch nie auf Hepatitis C untersuchen lassen, wobei unter den Opioidkonsumierenden, wie bei HIV, die Testungsquoten bei Männern deutlich besser sind als bei Frauen (nicht getestete Männer: 3,4 %, nicht getestete Frauen: 6,6 %; Lindemann et al., 2017). Daten zu Hepatitis B werden in der BADO nicht erhoben.

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2016 (Stöver und Förster, 2017) gaben 55 % (n = 2.609) der Konsumraumnutzerinnen und -nutzer an, ob bereits ein HBV- und / oder HCV-Test gemacht wurde; von diesen hatten 93,4 % einen Test gemacht. Testergebnisse liegen von 49 % aller Betreuten (2.305 Personen) vor; von diesen waren 34,9 % positiv auf

Hepatitis C getestet worden, 0,8 % auf Hepatitis B und weitere 1,9 % auf eine komorbid vorliegende Hepatitis B und C. Es gab kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Ähnlich wie bei HIV und konsistent zu den Ergebnissen der letzten Jahre waren ältere Drogenkonsumenten häufiger mit HCV infiziert als jüngere. Ebenso wiesen Fortsetzer eine höhere Infektionsrate auf als Neuzugänge (HCV: 37,6 % vs. 28,5 %; komorbide HCV und HBV: 2,2 % vs. 1,2 %). Die Autoren merken an, dass die Infektionsraten insgesamt und auch in den letzten drei Jahren eine abnehmende Tendenz aufweisen: 2004 waren noch 66 % der Klientinnen und Klienten von einer oder beiden Hepatitis-Infektionen betroffen. 2013 waren 45 % der Klientinnen und Klienten HCV-positiv; 2016 waren es noch 37 % (wenn die komorbid HCV und HBV-infizierten hinzugezählt werden). Die Autoren verweisen jedoch auch hier auf erfassungsbedingte Ungenauigkeiten, da bei Weitem nicht alle in den Räumen Konsumierende ihren Infektionsstatus angeben.

Bezüglich Hepatitis B zeigt sich in Frankfurt eine sehr niedrige Infektionsrate. Diese ist auf Grund der extrem hohen Dunkelziffer und der geringen Fallzahlen jedoch eher wenig aussagekräftig. Vergleicht man sie mit den in der DRUCK-Studie erhobenen Daten, muss eine Unterschätzung in Betracht gezogen werden: hier wurde eine Prävalenzrate von etwa 25 % erhoben (je nach Studienstadt zwischen 5 % und 33 %) (Robert Koch-Institut (RKI), 2016).

Fasst man die Hepatitis-C-Daten aus Hamburg und Frankfurt zusammen, kommt man auf eine Prävalenzschätzung für chronische Hepatitis C unter Opioidkonsumierenden zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Betreuten. Da es sich hierbei um selbstangegebene Daten handelt, ist damit zu rechnen, dass es sich um eine konservative Schätzung handelt. Hinzu kommt eine hohe Anzahl an nicht getesteten Klientinnen und Klienten; vor dem Hintergrund der hohen Dunkelziffern müssen die Zahlen mit Vorsicht interpretiert werden. Dies wird verkompliziert durch die verschiedenen Möglichkeiten, eine HCV-Infektion zu testen, deren Unterschiede den Klientinnen und Klienten eher selten bekannt sein dürften. Tatsächlich hat die methodisch wesentlich fundiertere DRUCK-Studie insgesamt etwas höhere Prävalenzen unter intravenös konsumierenden Drogengebrauchern erfasst: hier wurde eine mittlere HCV-Prävalenz von 66 % (42 % bis 75 % je nach Studienstadt) und eine Prävalenz potenziell infektiöser Hepatitis C von 44 % (23 % bis 54 % je nach Studienstadt) festgestellt (Robert Koch-Institut (RKI), 2016).

Zuverlässigere Zahlen könnten auch in der Routineberichterstattung durch direkte Testungen der Klientinnen und Klienten vor Ort erreicht werden. Hierfür ist im Alltag der niedrigschwelligen Einrichtungen jedoch keine Finanzierung vorhanden, sodass solche Angebote fehlen. Die Autorinnen der DRUCK-Studie planen aktuell eine mögliche Fortführung.

### **1.3.4 Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

In der BADO gaben 2016 60,7 % der Opioidkonsumierenden an, jemals i.v. konsumiert zu haben. 30,3 % gaben an, jemals Spritzbesteck mit jemandem geteilt zu haben und 5,4 %

gaben dies für die letzten 30 Tage an (2015: 63,0 % bzw. 31,9 % bzw. 5,2 %) (Lindemann et al., 2017).

Aus der DRUCK-Studie liegen ausführliche Daten zu Risikoverhaltensweisen und Wissen über Risiken bzw. Schutzmöglichkeiten intravenös injizierender Drogengebraucher vor, die in den Workbooks „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ von 2015 und 2016 ausführlich dargestellt wurden.

### **1.3.5 Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Aktuell liegen keine Informationen zu anderen drogenbezogenen Infektionskrankheiten vor.

### **1.3.6 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

Es liegen aktuell keine zusätzlichen Informationen vor.

## **1.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen**

### **1.4.1 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen**

Neben der Belastung durch die oben beschriebenen Infektionskrankheiten sind Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in erheblichem Maße von einer Reihe weiterer somatischer und psychischer Komorbiditäten betroffen. Umfassende nationale oder repräsentative Untersuchungen dazu liegen nicht vor. In der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden zwar Daten zu Komorbiditäten erhoben, da hier aber für eine große Mehrheit aller dokumentierten Patientinnen und Patienten die Daten fehlen, kann auf Grundlage der wenigen verbliebenen Datenpunkte bisher keine seriöse Schätzung zu Komorbiditäten vorgenommen werden.

### **Somatische und psychische Komorbidität bei Opioidkonsumierenden in Hamburg**

In der BADO 2016 finden sich sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Lindemann et al., 2017), die zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können, jedoch einen Einblick in dieses bestimmte, sehr belastete Klientel bieten.

Die 4.395 Opiatklientinnen und -klienten wiesen häufig zusätzliche stoffgebundene wie auch nicht stoffgebundene Süchte auf. Im Mittel wurden bei der Opiatklientel 4,3 weitere Problembereiche dokumentiert (inklusive Glücksspiel und Essstörungen, exklusive Tabak). Es gab in der Anzahl der zusätzlichen Problembereiche keine relevanten Geschlechtsunterschiede, jedoch unterschieden sich die Schwerpunkte der zusätzlichen Problematiken. Die am häufigsten zusätzlich zu Opiaten konsumierten Substanzen waren wie in den Vorjahren Kokain (68 %), Cannabis und Alkohol (je 58 %), Crack (45 %) und Sedativa (43 %). Die Anteile der männlichen Betreuten waren zumeist etwas höher als die der weiblichen, wie in den Vorjahren insbesondere bei Cannabis (67 % vs. 54 %). Bei den Essstörungen waren hingegen weiterhin anteilig mehr Frauen betroffen (15 % vs. 3 %).



26 % der Personen in der Gruppe der Opioidkonsumierenden wurden von den Betreuern als erheblich oder extrem körperlich-gesundheitlich belastet eingeschätzt, weitere 32 % wurden als mittel gesundheitlich belastet eingestuft, bei 13 % ist ein anerkannter Behindertenstatus dokumentiert. Für 50,3 % sind Schlafstörungen dokumentiert; 36,2 % haben einen behandlungsbedürftigen und weitere 6,3 % einen ruinösen Zahnstatus. Daten zu HIV- und Hepatitis-Status finden sich unter 1.1.3.

Die psychische Belastung der Klientel wird von den Beraterinnen und Beratern seit Jahren als konstant hoch eingestuft: wie im Vorjahr wurden 38 % der Klienten als psychisch erheblich oder extrem belastet eingestuft, Frauen (49 %) dabei deutlich öfter als Männer (34 %). Die Rate an Suizidversuchen ist ebenfalls seit Jahren konstant hoch; 31 % der Klienten berichten von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Frauen 42 %, Männer 29 %), 15 % von mehr als einem (Frauen 21 %, Männer 13 %). Die am häufigsten genannten Symptome sind weiterhin depressive Stimmung (22 %), Unruhezustände (19 %) und Ängste / Phobien (16 %). Etwas seltener werden überhöhte Selbsteinschätzung (11 %), mangelnde Impuls- / Affektkontrolle (8 %) und Aggressionen (6 %) genannt. Die psychischen Symptome sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuungen in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu stabilisieren. 37 % der Klientel nehmen ärztlich verschriebene Psychopharmaka ein (Frauen 40 %, Männer 36 %), wobei 23 % Antidepressiva einnehmen, 10 % Sedativa und 8 % Neuroleptika. Bei 13 % der Opioidgruppe wurde dokumentiert, dass notwendige medizinische Versorgung nie oder nur selten wahrgenommen wird, bei 29 % gelegentlich.

Zur Behandlung von psychischen Störungen bei gleichzeitig bestehender Abhängigkeitsproblematik siehe Workbook „Behandlung“ (Bartsch et al., 2018).

### **CaPRis: Folgen des Cannabiskonsums**

Vor dem Hintergrund nach wie vor hoher Prävalenzen des Freizeit-Cannabis-Konsums, dem hohen Anteil, den cannabisbezogene Störungen in der Drogenbehandlung ausmachen, sowie dem 2017 in Kraft getretenen „Cannabis als Medizin“-Gesetz, sind die Folgen des Cannabiskonsums in den deutschen Medien, der Politik sowie der Fachwelt weiterhin Thema. Die größeren suchtmmedizinischen Fachgesellschaften haben hierzu Stellungnahmen veröffentlicht (eine Auflistung findet sich im Workbook „Drogenpolitik“ des Jahres 2016, Pfeiffer-Gerschel et al., 2016).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) haben Hoch et al. (2017) eine Cannabis-Expertise („Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)“) erstellt. Das systematische Review fasst unter anderem Ergebnisse der letzten 10 Jahre zu den psychischen, organischen und sozialen Folgen des Konsums von pflanzlichen und synthetischen Cannabisprodukten zum Freizeitgebrauch zusammen. Ergebnisse zu unterschiedlichen Bereichen werden hier zusammengefasst aufgeführt:

### Kognition

Für den Bereich der Kognition halten die Autoren fest, dass regelmäßiger und häufiger Cannabiskonsum zu globalen Defiziten der Kognition, insbesondere der Gedächtnisleistung führt, wobei das Bild dieser Einschränkungen nicht so einheitlich wie bei den Akut-Effekten von Cannabis ist. Eine geminderte Intelligenz im Zusammenhang mit regelmäßigem Cannabiskonsum konnte nicht konsistent belegt werden. Kognitive Funktionsdefizite durch chronischen Cannabiskonsum scheinen vorübergehend zu sein. Hinweise auf kognitive Einschränkungen, die auch noch nach einer mehr als einmonatigen Abstinenz von Cannabis vorliegen finden sich nur in Einzelstudien (z. B. bei Probanden mit frühem Konsumbeginn in der Adoleszenz). Chronischer Cannabiskonsum ist mit veränderten Aktivitätsmustern im Gehirn während kognitiver Beanspruchung assoziiert, die sowohl die Intensität als auch die regionale Verteilung der Aktivierung betreffen. Diese veränderte neuronale Aktivität könnte eine Kompensation von beeinträchtigten neuronalen Prozessen darstellen. Die Datenlage zur Beurteilung geschlechtsspezifischer Unterschiede ist mangelhaft, Einzelstudien weisen auf differentielle Auswirkungen von Cannabis bei Frauen auf die Kognition hin. Ein Einfluss des Einstiegsalters für den Cannabiskonsum auf langfristige Kognitionsstörungen konnte nicht abschließend geklärt werden; es besteht deshalb deutlicher Bedarf an Längsschnittstudien und einer Kontrolle des Alterseffekts in diesen Studien.

### Psychische Störungen

Cannabiskonsum und Cannabisabhängigkeit scheinen das Risiko für Angststörungen leicht zu erhöhen (Faktor 1,3 bzw. 1,7), allerdings belegen nicht alle Einzelstudien diesen Befund. Früher Konsumbeginn (jünger als 16 Jahre), langjähriger, wöchentlicher Cannabisgebrauch und aktuelle Cannabisabhängigkeit erhöhen das Risiko für Angststörungen deutlich (Faktor 3,2; Ergebnisse einer Längsschnittstudie). Das Risiko für Depressivität erhöht sich durch Cannabiskonsum leicht, in Abhängigkeit von der Intensität des Konsums (Faktor 1,3 bis 1,6). Dieser Befund zeigte sich auch in einer Studie bei Jugendlichen (12 - 18 Jahre alt). Das Risiko für Suizidgedanken scheint durch Cannabiskonsum geringfügig erhöht zu sein, aber auch dieser Befund zeigt sich nicht in allen Einzelstudien. Ein Neuauftreten bipolarer (d. h. manisch-depressiver) Symptome wird durch Cannabiskonsum um den Faktor 3 erhöht. Das Neuauftreten von bipolaren Störungen durch Cannabiskonsum erhöht sich um den Faktor 1,4 (bei wöchentlichem Konsum) bzw. 2,5 (bei nahezu täglichem Konsum). Bei bereits bestehender bipolarer Störung erhöht Cannabiskonsum das Risiko für ein Wiederauftreten von manischen Symptomen oder Episoden. Alters- und geschlechtsspezifische Effekte wurden insgesamt selten untersucht. Cannabiskonsum kann auch das Risiko für psychotische Störungen erhöhen. Große Meta-Analysen zeigten, dass bei gelegentlichem Cannabiskonsum die Häufigkeit des Auftretens psychotischer Störungen um das 1,4- bis 2,0-fache, bei hoher Konsumintensität um das 2,0- bis 3,4-fache erhöht ist. Der Zeitpunkt der Ersterkrankung verlagert sich gegenüber Nicht-Konsumierenden durchschnittlich um 2,7 Jahre vor. Cannabisgebrauch ist mit ungünstigen Verläufen der psychotischen Störungen (Rückfallquote, Verweildauer, stärkere Ausprägung der Positivsymptomatik) assoziiert.

### Psychosoziale Folgen

Früher Beginn des Cannabiskonsums (vor dem 15. Lebensjahr) und häufiger Cannabiskonsum in der frühen Adoleszenz sind mit geringerem Bildungserfolg (höhere Schulabbruchraten, geringere Beteiligung an universitärer Ausbildung und weniger akademische Abschlüsse) assoziiert. Beeinträchtigungen im Bildungserfolg scheinen linear negativ mit dem Alter des regelmäßigen Konsumbeginns zusammenzuhängen. Inkonsistente und zu wenige empirische Daten liegen bezüglich Cannabis-assoziierten Auffälligkeiten im Sozialverhalten, der Straffälligkeit sowie der familiären, beruflichen und wirtschaftlichen Entwicklung vor. Geschlechtsspezifische Effekte wurden nicht untersucht.

Die AutorInnen halten fest, dass eine international gültige, standardisierte Erfassung von wichtigen Variablen des Cannabiskonsums (insbesondere von THC- und CBD-Anteilen im konsumierten Cannabis, Darreichungsform, Plasmakonzentrationen, Einstiegsalter, Abstinenzdauer und Konsumstärke / -dauer) dringend notwendig sei, um die Vergleichbarkeit der Studien und ihrer Ergebnisse zu verbessern.

### Synthetische Cannabinoide

Das Review umfasst auch die Begleiterscheinungen des Konsums synthetischer Cannabinoide. Diese verfügen im Vergleich zu pflanzlichen Cannabinoiden über eine verstärkte pharmakologische Wirksamkeit an beiden Cannabinoid-Rezeptoren, weshalb ihre Wirkung und Stärke teilweise schlecht vorhersagbar ist. Häufigste Symptome einer Intoxikation bzw. Überdosierung durch synthetische Cannabinoide sind beschleunigter Puls („Herzrasen“), Ruhelosigkeit und Übelkeit / Erbrechen. Ein erhöhtes Psychose-Risiko liegt für vulnerable Personen mit psychiatrischen Vorerkrankungen vor. Der Konsum ist mit einem erhöhten Risiko einer notärztlich zu behandelnden Intoxikation verbunden, was aus Verlaufs- und Meldedaten der Drogenbehörden, Drogennotrufe und der Notfallberichte aus Krankenhäusern geschlossen wird. Schwere klinische Symptome (z. B. Infarkt, Nierenversagen, epileptischer Grand-Mal-Anfall, Psychose) sind eher selten, aber keine Einzelfälle. International wurden bislang 32 Todesfälle im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden registriert. Die wahre Zahl könnte jedoch deutlich höher liegen, da es keine standardisierte Toxikologie zu synthetischen Cannabinoiden gibt. Die Datenlage basiert weitestgehend auf notfallmedizinischen Fallberichten und -serien sowie behördlichen Meldedaten.

Zu möglichen Strategien der Schadensminderung bezüglich Cannabis und dem Stand der Anwendung dieser Maßnahmen in Deutschland liegt eine Arbeit von Manthey (2017) vor.

## **Psychische / physische Belastung und Resilienz<sup>5</sup> von Angehörigen**

Angehörige von Menschen mit problematischem Substanzkonsum sind mit besonderen Belastungen konfrontiert. Eine Fragebogenstudie mit 221 Angehörigen untersucht die empfundene Belastung, Lebensqualität und Resilienzfaktoren (Soellner und Hofheinz, 2017). Die Beziehung der Angehörigen zu den problematisch Konsumierenden wird nicht genauer definiert, anhand des gleichen Alters (durchschnittlich knapp 44 Jahre, Standardabweichung ca. 14 Jahre in beiden Gruppen) und der Geschlechtsverteilung (Angehörige zu über 90 % weiblich, Konsumierende zu fast 80 % männlich) kann aber davon ausgegangen werden, dass es sich größtenteils um partnerschaftliche Beziehungen oder allenfalls Geschwister handelt.

Es zeigte sich, dass die Angehörigen psychisch und physisch belasteter sind und ihre Lebensqualität als niedriger beschreiben als eine Normstichprobe. Die Selbstwirksamkeitserwartung erwies sich als der stärkste Prädiktor für die Vorhersage der Resilienz, während Schulbildung und Zufriedenheit mit der Unterstützung des Hilfesystems keinen Vorhersagebeitrag leisteten. Resilienz als positives Maß im Sinne von Lebensqualität trotz Belastung war darüber hinaus durch die Zufriedenheit mit der emotionalen Unterstützung im privaten Umfeld assoziiert. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass der Austausch mit anderen Betroffenen (u. a. in Selbsthilfegruppen oder gruppentherapeutischen Angeboten) für Angehörige eine wichtige Unterstützungsmöglichkeit sein könne und daher weiter gefördert werden sollte, da das Lernen am Modell ein wesentlicher Faktor sei, um die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken.

## **1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung**

### **1.5.1 Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung**

Maßnahmen zur Schadensminderung stellen eine der vier Ebenen der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012). Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern:

- Information und Aufklärung zu den Risiken einer Überdosis,
- Bereitstellung effektiver Behandlungsmaßnahmen für Drogenkonsumenten, u. a. der Substitution (vgl. Workbook Behandlung, Bartsch et al., 2018) und Verbesserung der Haltequoten,
- Verbesserung des Übergangsmagements nach Haftentlassungen (vgl. Workbook "Gefängnis", Schneider et al., 2018),
- Bereitstellung von Drogenkonsumräumen,

---

<sup>5</sup> „Resilienz“ bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit, also die Fähigkeit, mit Belastungen und Krisen umzugehen, ohne durch diese im schlimmsten Fall zu erkranken.

- Verbesserung der Reaktion Umstehender im Falle eines Drogennotfalls (Erste-Hilfe-Trainings, Naloxon-Programme).

Nähere Informationen zur Nationalen Strategie finden sich im Workbook „Drogenpolitik“ (Pfeiffer-Gerschel et al., 2018)<sup>6</sup>.

Mit Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016 liegt außerdem die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016). Injizierende Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt, für die bedarfsgerechte Angebote geschaffen bzw. ausgebaut werden und integrierte Angebote entwickelt werden sollen. Weitere Ziele der Strategie sind, ein gesellschaftliches Klima der Akzeptanz für unterschiedliche Sexualitäten und Lebensentwürfe zu schaffen um Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen sowie sektorenübergreifend Akteure miteinander zu vernetzen und die Wissensgrundlage weiter auszubauen<sup>7</sup>.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Schadensminderung in Deutschland auf Basis der DRUCK-Studie zeigen ebenfalls Wege auf, wie Infektionskrankheiten und andere drogenbezogene Gesundheitsschädigungen bekämpft werden können. Die Empfehlungen betreffen die niedrigschwellige Drogenhilfe, ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe, die Substitution, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Justizvollzugsanstalten. Die detaillierten Empfehlungen können dem Abschlussbericht der DRUCK-Studie entnommen werden (Robert Koch-Institut (RKI), 2016).

### **1.5.2 Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung**

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumenten als auch als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung behandelt. Daten zur allgemeinen Gesundheitsversorgung liefern keine Angaben, die sich speziell auf die Zielgruppe der Drogenabhängigen beziehen ließen. Deshalb fehlen, abgesehen von Einzelfällen, Daten zur Zahl von Notfalleinsätzen wegen Überdosierungen oder wegen anderer lebensbedrohlicher Zustände in Folge von Drogenkonsum. Auch Angaben über die Behandlung anderer Folgeerkrankungen durch allgemeinärztliche Praxen oder Kliniken liegen nicht vor, ihre Kosten werden im Allgemeinen von den Krankenkassen getragen, aber nicht gesondert erhoben bzw. veröffentlicht.

Informationen über Umfang und Art spezifischer Angebote für Drogenkonsumierende stehen nur für einen Teil der Maßnahmen zur Verfügung, da diese von spezialisierten Einrichtungen

---

<sup>6</sup> Sie ist online zugänglich auf [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2\\_Themen/1\\_Drogenpolitik/Nationale\\_Strategie\\_Druckfassung-Dt.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf) [Letzter Zugriff: 27.08.2018].

<sup>7</sup> Die Strategie ist online verfügbar unter [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf) [Letzter Zugriff: 27.08.2018].

durchgeführt werden oder im Rahmen besonderer Programme stattfinden. Es gibt keine einheitliche Finanzierung. Die meisten Einrichtungen werden von den Kommunen getragen, es gibt aber auch Finanzierungen durch Bund und Länder.

Die Verfügbarkeit von schadensmindernden Maßnahmen variiert in Deutschland stark. Sie ist insgesamt in Städten und dicht besiedelten Bereichen besser als in ländlichen Gegenden. Besonders schlecht ist die Versorgung in Gefängnissen (siehe Workbook „Gefängnis“). Auf Grund der föderalen Struktur Deutschlands ist zudem die Rechtslage für schadensmindernde Maßnahmen nicht in allen Bundesländern exakt gleich, was sich insbesondere auf die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen auswirkt, die zur Zeit nur in sechs Bundesländern betrieben werden.

### 1.5.3 Maßnahmen zur Schadensminderung

#### Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen

Es gibt kein systematisches, deutschlandweites Screening auf Infektionserkrankungen. Für Hepatitis wird die Einführung für die Allgemeinbevölkerung und insbesondere für Risikogruppen seit Längerem von der deutschen Leberstiftung gefordert<sup>8</sup>.

Die Testmöglichkeiten innerhalb niedrigschwelliger Einrichtungen variieren stark und sind häufig von finanziellen Bedingungen abhängig; es liegen keine deutschlandweiten Daten zum Angebot vor, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass Testungen zumindest für HIV, HBV und HCV nicht selten sind. Manche niedrigschwelligen Einrichtungen kooperieren mit Gesundheitsämtern für solche Testungen. In der BADO und der Frankfurter Konsumraumdokumentation geben regelmäßig über 90 % der Befragten an, auf diese Infektionen getestet worden zu sein (siehe 1.3.3). Allerdings geben in der Frankfurter Konsumraumdokumentation nur ca. ein Drittel der Befragten an, dass ihr HIV-Test aktuell sei, sodass nicht von einer ausreichenden Testhäufigkeit ausgegangen werden kann. Bei stationären Aufenthalten besteht häufig die Möglichkeit, sich auf verschiedene Infektionskrankheiten testen zu lassen. Generell kann jeder Mensch in Deutschland sich beim Gesundheitsamt anonym und kostenlos auf HIV testen lassen. Für Hepatitis-Infektionen besteht dieses Angebot jedoch nicht.

Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass niedrigschwellige Testungsangebote durchaus funktionieren können: Das Angebot eines Schnelltests im Rahmen der DRUCK-Studie hatten je nach Studienstadt 30 - 80 % der Teilnehmer genutzt. Die Autoren schlussfolgern, dass Angebote der Testung und der Beratung in Einrichtungen der Drogenhilfe, insbesondere in Form von kurzen, gezielten Interventionen, die vor Ort zur Verfügung stehen und maximal 10 Minuten in Anspruch nehmen, von den Drogennutzern recht gut angenommen werden (Robert Koch-Institut (RKI), 2015). Aus der DRUCK-Studie liegen detaillierte Empfehlungen

---

<sup>8</sup> Vgl. [http://www.deutsche-leberstiftung.de/aktuelles/presseportal/pressearchiv/Welt-Hepatitis-Tag-2014\\_07\\_17](http://www.deutsche-leberstiftung.de/aktuelles/presseportal/pressearchiv/Welt-Hepatitis-Tag-2014_07_17) [Letzter Zugriff: 27.08.2018].

für eine Ausweitung der Testungen vor. Auch das ältere Projekt „TEST IT“ (Januar bis September 2010) der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), das in Kooperation mit der Dortmunder Drogenhilfeeinrichtung KICK durchgeführt und von der Fachhochschule Dortmund wissenschaftlich begleitet wurde, erwies sich als erfolgreich bezüglich einer Steigerung der Test-Rate auf HIV und wird z. B. in Berlin<sup>9</sup> fortgeführt (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2010). Ca. 10 % der in Berlin festgestellten HIV-Infektionen waren im Rahmen des Schnelltestprojekts diagnostiziert worden (aerzteblatt.de, 2013).

Die BZgA in Kooperation mit der DAH und dem RKI sowie mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) e.V. führt derzeit in vier Bundesländern das Projekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ zur Verbesserung der Testung und Versorgung durch. Hierbei handelt es sich um ein Beratungs- und Testangebot, das einen niedrighschwelligem Zugang zu kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und HCV für Drogen gebrauchende Menschen ermöglicht<sup>10</sup>.

Ein Pilotprojekt zur Testmöglichkeit von HIV und anderen Geschlechtskrankheiten zu Hause wird unter 3.3.1 vorgestellt.

### **Vergabe von Spritzen und anderen Safer-Use-Artikeln**

Die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten erfolgt in der niedrighschwelligem Drogenhilfe vor allem durch Informationen über Infektionskrankheiten und -risiken sowie die Vergabe von Safer-Use-Artikeln. Spritzenvergabe und Sprizentausch in der niedrighschwelligem Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt.

Daten zur Vergabe von Spritzen werden in Deutschland zumeist nur von einzelnen Einrichtungen in ihren jeweiligen Jahresberichten dokumentiert. Eine bundesweite Zusammenstellung der vorhandenen Daten findet nicht statt. Die Deutsche Aidshilfe (DAH) stellt eine Internetseite<sup>11</sup> zur Verfügung, die eine Übersicht über die Standorte der ihr bekannten Spritzenautomaten bietet. Die Ausgabe von Spritzen in niedrighschwelligem und anderen Einrichtungen ist jedoch nicht dokumentiert. Laut der Website sind in neun Bundesländern überhaupt Spritzenautomaten verfügbar; in sieben Bundesländern ist kein einziger Spritzenautomat dokumentiert. Von den 172 von der DAH gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in Nordrhein-Westfalen (NRW) und 17 in Berlin. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor bei Weitem nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern lückenhaft ist, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin

---

<sup>9</sup> [www.testit.fixpunkt-berlin.de](http://www.testit.fixpunkt-berlin.de) [Letzter Zugriff: 27.08.2018].

<sup>10</sup> <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/projekte-und-schirmherrschaften/projekte-des-monats/2018/hiv-hepatitis-das-check-ich.html?L=0> [Letzter Zugriff: 09.10.2018].

<sup>11</sup> <http://www.spritzenautomaten.de> [Letzter Zugriff: 28.08.2018].

mitbedingen könnte. Es kann also nicht von einer erschöpfenden Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik gesprochen werden.

Eine neue Studie zur niedrigschwelligen Versorgung mit sterilen Konsumutensilien über Automaten im Land NRW hat festgestellt, dass selbst in diesem verhältnismäßig gut versorgten und dokumentierten Bundesland in mehreren Kreisen (mit einer Gesamtbevölkerung von mehr als 3,8 Millionen Menschen) kein Spritzenautomat zur Verfügung steht (Deimel et al., 2018). In der Studie wird deutlich, dass der Anteil der über Automaten abgegebenen Spritzen an allen Spritzen im Landesschnitt nur bei 6,0 bis 7,2 % liegt, es hierbei jedoch extreme Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen gibt: In Großstädten liegt der Anteil nur bei 1,2 bis 8,3 %, in ländlichen Gebieten liegt er hingegen bei 90,3 bis 100 % aller abgegebenen Spritzen. Die Autoren schlussfolgern, dass Automaten zur Abgabe von sterilen Konsumutensilien ein komplementäres Angebot zu bestehenden Einrichtungen darstellen. Gerade in ländlichen Gegenden (bzw. generell an Orten ohne niedrigschwellige Einrichtungen) können sie der einzige niedrigschwellige Zugang zu sterilen Konsumutensilien sein, weshalb ein flächendeckender Ausbau des Spritzenautomaten-Programms insbesondere im ländlichen Raum auf Grund einer dezidierten Bedarfsplanung gefordert wird. Hierbei wird auch die Aufstellung von Automaten an bestimmten Orten für spezifische Gruppen von Konsumierenden (z. B. an szenenahen Orten für Männer die Sex mit Männern haben) erwähnt. Empfehlungen des Berichts umfassen außerdem die Nutzung der Automaten als Kommunikationsmedium, um Drogengebrauchende mit Safer-Use-Informationen zu versorgen. Dies soll in Form von mehrsprachigen Beipackzetteln zu den Konsumutensilien geschehen. Da der Betrieb von Automaten für die Einrichtungen mit einem signifikanten Mehraufwand verbunden ist, fordern die Autoren zudem eine Kostenbeteiligung der Kommunen an den Personalkosten, um den Ausbau zu fördern bzw. den Bestand der Automaten zu sichern.

NRW ist zudem das einzige Flächenbundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet. Die Zahlen werden unter 1.5.4 berichtet.

Safer-Use-Angebote in Haft liegen, nach Einschätzungen von Experten aus dem Gesundheitsbereich, in Deutschland weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück. In nur einem von 180 deutschen Gefängnissen (Destatis, 2018) existiert ein Spritzenautomat. Vor diesem Hintergrund hat die DAH bereits 2013 eine Kampagne gestartet, um die Situation inhaftierter Drogengebrauchender zu verbessern (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), 2013). Die Initiative wird vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und von akzept e.V. unterstützt. Zudem hat die DAH ein Handbuch der UNODC für die Einführung und Umsetzung von Spritzenaustauschprogrammen in Haft übersetzen lassen, die Veröffentlichung ist online abrufbar<sup>12</sup> (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), 2015).

---

<sup>12</sup> <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/7376> [Letzter Zugriff: 20.08.2018].



## Notfalltrainings und Naloxon Take-Home-Programme

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2016 1.272 drogenbedingte Todesfälle. Von diesen waren über die Hälfte durch mono- oder polyvalente Opioidüberdosierungen bedingt (Datenlieferung BKA, 2018). Dieser Anteil ist in den letzten Jahren etwas gesunken, dennoch bleiben Opioidvergiftungen die mit Abstand häufigste Todesursache unter den drogenbezogenen Todesfällen. Der Opiatantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen WHO, die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2015, World Health Organization (WHO), 2014). Dies betrifft Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freunde und Familie.

Trotz dieser Empfehlungen ist die Naloxon-Vergabe an Laien in Deutschland nur punktuell vorhanden. Sie wird durch Fragen der Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden. Ungeachtet der schwierigen Rahmenbedingungen existieren einige Projekte, die Naloxon-Schulungen für Laien anbieten. Bereits existente Projekte werden weiterentwickelt und in den letzten Jahren einige neue implementiert. Darüber hinaus engagieren sich NGOs dafür, die rechtliche Situation für Naloxon-Programme zu klären und zu verbessern, um Hindernisse für eine angemessene Versorgung abzubauen und so in Zukunft eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Das älteste Naloxon-Programm Deutschlands wird von Fixpunkt e.V. in Berlin durchgeführt, es existiert seit 1998. Die für das Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen schwanken deutlich. Die weiteren Standorte sind wesentlich neuer: aktuell gibt es Naloxon-Projekte außerhalb von Berlin in mehreren Städten in NRW, München und seit diesem Jahr in Saarbrücken. Ein Landes-Modellprojekt zur Vergabe von Naloxon in fünf Städten in Bayern (darunter München) soll in Kürze starten.

Ein Pilotprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung konnte auf Grund von Verwaltungshürden nicht wie geplant durchgeführt werden (Persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V., 2018). In Frankfurt wurde 2014 / 2015 ein Naloxon-Projekt von der Integrativen Drogenhilfe durchgeführt, das aktuell nicht weiter finanziert ist und entsprechend nicht weiter durchgeführt wird. Der aus dem Projekt hervorgegangene Leitfaden zur Implementierung von Naloxon-Projekten ist online abrufbar, zudem steht ein weiterer Leitfaden online zur Verfügung<sup>13</sup>.

Alle Naloxon-Programme in Deutschland bestehen aus Drogennotfallschulungen, in denen beispielsweise Erste-Hilfe-Techniken, Risiken und Anzeichen für eine Überdosierung sowie

---

<sup>13</sup> <http://www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <http://www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf> [Letzter Zugriff: 21.08.2018].

Informationen über Naloxon vermittelt werden und konkrete Übungen zur Applikation des Medikaments durchgeführt werden. Nach den Schulungen werden, bei Bereitschaft der Teilnehmenden und sofern eine Verschreibung durch einen Arzt erfolgt, die Notfallkits ausgegeben. Diese beinhalten neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher. Ausführlichere Informationen zu den Projekten wurden bereits im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ 2016 dargestellt (Dammer et al., 2016). Neue Entwicklungen werden in diesem Workbook unter 3.3.2 aufgeführt.

### **Bereitstellung von Drogenkonsumräumen**

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin und anderen illegalen Drogen sind Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen wichtige Anlaufstellen für die betroffenen Menschen. In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot, mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen, dies gilt auch für das sofortige Eingreifen bei Überdosierungen. Zudem werden so ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige angeboten. Auf der Grundlage von § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen.

Aktuell gibt es in 15 Städten in sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) insgesamt 22 Drogenkonsumräume, sowie zwei Drogenkonsummobile in Berlin<sup>14</sup>. In NRW sowie seit Kurzem im Saarland ist die Nutzung der Drogenkonsumräume mittlerweile auch substituierten Klientinnen und Klienten erlaubt; ein erster Erfahrungsbericht mit einer insgesamt positiven Wertung liegt dazu aus dem Konsumraum Essen vor und wurde im Workbook des letzten Jahres zusammengefasst. Auch die Ergebnisse einer von mudra e.V. durchgeführten Umfrage unter den Drogenkonsumräumen zu erbrachten Angeboten, Konsummustern und Demografie der Nutzerinnen und Nutzer wurden im letztjährigen Workbook ausführlich dargestellt (Dammer et al., 2017).

Neue Entwicklungen in der Bereitstellung von Drogenkonsumräumen in einem weiteren Bundesland werden unter 3.3.3 dargestellt.

Eine regelmäßige Erhebung zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegt zudem für einzelne Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Im Folgenden werden Daten aus Frankfurt am Main und NRW berichtet.

---

<sup>14</sup> Siehe auch [www.drogenkonsumraum.net](http://www.drogenkonsumraum.net) [Letzter Zugriff: 21.08.2018].

## Frankfurt am Main

In den vier Frankfurter Konsumräumen wurden im Jahr 2016 insgesamt 181.426 Konsumvorgänge dokumentiert (Stöver und Förster, 2017). Es nutzten 4.705 Personen die Konsumräume, von diesen waren 84 % männlich und 16 % weiblich. Das durchschnittliche Alter lag bei etwa 39 Jahren und ist somit in den letzten zehn Jahren um sechs Jahre angestiegen (2006: 33 Jahre). Die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer ist über die letzten Jahre hinweg mit leichten Schwankungen stabil, die Anzahl an Neuzugängen (erstmalige Nutzung des Konsumraums) betrug 2016 1.116 Personen bzw. anteilig 24 % aller Nutzerinnen und Nutzer in diesem Jahr. Der Durchschnitt lag bei 39 Konsumvorgängen pro Person, allerdings unterscheidet sich die Nutzungshäufigkeit unter den Nutzerinnen und Nutzern stark und lässt sich etwa in Viertel einteilen: jeweils ein Viertel nutzte den Konsumraum einmalig (27 %), zwei bis vier Mal (24 %), fünf bis zwanzig Mal (23 %) oder häufiger als zwanzig Mal (26 %). Diese Verteilung entspricht ca. der der Vorjahre.

In vielen Konsumvorgängen wird mehr als eine Substanz konsumiert. 86 % der dokumentierten Konsumvorgänge waren intravenöser (i.v.) Konsum, 14 % waren nicht intravenös. Dies entspricht einem Zuwachs des nicht-intravenösen Konsums um sechs Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr; diesen führen die Autoren des Berichts auf die Einrichtung eines Raums für inhalativen Konsum im Jahr 2016 zurück.

Wie in den Vorjahren dominieren bei den i.v.-konsumierten Drogen Heroin und Crack. Am häufigsten wurde 2016 Heroin alleine gespritzt (45 %), gefolgt von einer Mischung aus Heroin und Crack (32 %) und Crack alleine (21 %). Sonstige konsumierte Stoffe machen unter 2 % der Konsumvorgänge aus. Nachdem der Mischkonsum von Heroin und Crack einige Jahre deutlich angestiegen ist und 2014 sogar häufiger auftrat als der alleinige Heroin-Konsum, ist die Kombination seitdem wieder etwas seltener konsumiert wurden.

Der Anteil nicht-intravenöser Konsumvorgänge (v.a. rauchen / inhalieren der Substanz), der in den letzten Jahren insgesamt gestiegen ist, stieg erneut deutlich auf 14 % (2010 noch ca. 3 %) an. Auch hier dominierten Heroin, Crack und in geringerem Ausmaß ein Mischkonsum beider Substanzen. Heroin alleine wurde in rund 36,2 % der Konsumvorgänge geraucht und in weiteren 21,6 % gesnieft (nasaler Konsum). In 33,5 % der Fälle wurde Crack geraucht, in 6,2 % der Fälle eine Mischung aus Crack und Heroin. Nur 2,5 % der nicht-intravenösen Konsumvorgänge entfiel auf andere Substanzen.

## Nordrhein-Westfalen

In NRW gab es im Jahr 2017 in zehn Städten Drogenkonsumräume mit insgesamt 96 Konsumplätzen (zwischen drei und 18, je nach Stadt). 39 dieser Plätze sind speziell für die Inhalation vorgesehen, sechs Plätze variabel für Inhalation oder intravenösen Konsum. Ein Drogenkonsumraum bietet keinen Platz für Inhalation an. Die wöchentlichen Öffnungszeiten variieren und liegen zwischen 20 und 73,5 Wochenstunden; manche Konsumräume haben am Wochenende und / oder an Feiertagen geschlossen.

Es wurden 2017 insgesamt 248.208 Konsumvorgänge registriert. Diese Zahl ist in den letzten fünf Jahren mit leichter Schwankung angestiegen (2013: 191.759 Vorgänge). Der Anteil der von Frauen durchgeführten Konsumvorgänge liegt stabil bei 11 %. Das durchschnittliche Alter der Nutzerinnen und Nutzer ist über die letzten vier Jahre insgesamt angestiegen.

Von den Konsumvorgängen der Männer waren 2017 78 % Opioidkonsum, 16 % Kokain- und 5 % Mischkonsum beider Substanzen. In 0,4 % der Vorgänge wurde Amphetaminkonsum dokumentiert. Frauen konsumieren etwas seltener als Männer, aber immer noch am häufigsten Opioide (66 %), dafür zeigten sie etwas häufiger einen Konsum von Kokain (22 %) und einen Mischkonsum beider Substanzen (11 %). Der Amphetaminkonsum liegt mit 1,6 % weiterhin auf einem niedrigen Niveau, ist jedoch im Vergleich zu den beiden Vorjahren (jeweils 0,1 %) deutlich angestiegen.

Inhalativer Konsum wird mittlerweile etwas häufiger dokumentiert als intravenöser (51 % vs. 45,2 %). Bei den Frauen ist dies in diesem Jahr erstmal der Fall, bei den Männern war diese Entwicklung etwas früher. Da der inhalative Konsum etwas weniger Gesundheitsschäden mit sich bringt, ist diese Entwicklung als positiv zu werten. Nasaler Konsum wurde nur für 3,6 % der Konsumvorgänge der Männer und für 4,9 % der Konsumvorgänge der Frauen dokumentiert; oraler Konsum spielt keine Rolle.

Es kam zu 597 drogenbedingten Notfällen, bei denen in 326 Fällen Erste Hilfe geleistet wurde. In acht Fällen wurde durch sofortige Wiederbelebensmaßnahmen der Drogentod verhindert, in 146 Fällen war notärztliche Hilfe notwendig. Darüber hinaus werden in den Drogenkonsumräumen weitere Hilfen angeboten. In 24.499 Fällen (und damit deutlich häufiger als noch 2015 mit 15.156 Fällen) wurde medizinische Hilfe geleistet, beispielsweise Impfungen und Wundversorgung. In 12.870 Fällen wurden psychosoziale Interventionen (z. B. Beratung, Krisenintervention usw.) geleistet, dies sind rund 1.000 Fälle mehr als vor zwei Jahren (2015: 11.686 Fälle). Eine Safer-Use-Beratung wurde in 17.577 Fällen durchgeführt, eine Beratung erkennbar Substituierter in 2.640 Fällen (hier gibt es Überschneidungen zur „allgemeinen“ Safer-Use-Beratung).

Eine Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote erfolgte 2017 in 18.414 Fällen, diese Zahl ist deutlich angestiegen (2015:10.099 Fälle). Davon wurde am häufigsten in drogentherapeutische Ambulanzen (5.529 Vermittlungen) und in soziale Hilfen (5.101), ferner in Drogenberatungsstellen (2.928) und weiterführende medizinische Hilfen (2.040) vermittelt. In 1.621 Fällen wurden Klientinnen und Klienten in einen Entzug überwiesen, in 1.155 Fällen in eine Substitutionsbehandlung (Landesstelle Sucht NRW, 2017).

### **Maßnahmen zur Vorbereitung der Haftentlassung**

Ein Pilotprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung konnte auf Grund von Verwaltungshürden nicht wie geplant implementiert werden (Persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V., 2018). Weitere Informationen zu Maßnahmen zur Reintegration von Drogenkonsumierenden und Verhinderung von Überdosierungen nach Haftentlassungen finden sich im Workbook „Gefängnis“ (Schneider et al., 2018).

## Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden

Mehrere neu zugelassene Medikamente erhöhen die Heilungschancen einer HCV-Infektion inzwischen deutlich und zeigen ein wesentlich besseres Nebenwirkungsprofil, sodass die unter Drogenkonsumierenden sehr weit verbreitete Infektion nun besser behandelbar ist als noch vor wenigen Jahren. Über diese Neuerungen wurde in den Workbooks 2015 und 2016 ausführlich berichtet. Eine aktuelle Studie von Christensen et al. (2018) verglich die Wirksamkeit der HCV-Behandlung zwischen Patienten in Opioidsubstitution und Personen, die nicht in Substitution waren; unter diesen waren Personen mit aktuellem und / oder früherem Drogenkonsum sowie Personen ohne Drogenkonsum. Sie kam zu dem Schluss, dass die Behandlungserfolge bei allen Gruppen mit einer Erfolgsquote von mindestens 85 % vergleichbar sehr hoch sind.

Der hohe Preis der neuen Medikamente, der von vielen Behandlern und der Fachöffentlichkeit vehement kritisiert wurde und wird, hat nicht zu der erwarteten „Explosion“ der Behandlungskosten geführt. Im Jahr 2015 (direkt nach der Einführung) lagen die Kosten bei 1,4 Milliarden Euro, es wurden etwa 22.000 Personen versorgt. Seitdem sind die Kosten vor allem durch die im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vorgesehene Preisregulierung aber auch durch die gesunkene Anzahl behandelte Personen zurückgegangen und betragen 2017 noch 600 Millionen Euro. Den Rückgang der behandelten Personen begründet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung damit, dass „immer mehr Patienten dauerhaft geheilt werden konnten“ (Ärztezeitung, 2018). Bei geschätzt 300.000 Infizierten in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016) ist die sinkende Zahl an Behandelten jedoch kaum mit einem Mangel an Patienten zu begründen<sup>15</sup>.

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen e.V. (bng) nennt in seinen neuesten Empfehlungen zur Therapie der Hepatitis C intermittierenden Drogengebrauch (als Indikator für ein erhöhtes Transmissionsrisiko) als Grund dafür, eine baldige Therapie zu initiieren. Zudem wird explizit darauf hingewiesen, dass eine Substitutionstherapie kein Grund ist, eine Therapie zu verweigern, da die Therapieergebnisse auch für diese Patientengruppe sehr gut sind und die Reinfektionsraten bisher akzeptabel seien, selbst wenn Beikonsum vorliegt. Für diese Gruppe wird jedoch (ebenso wie für schwule Männer mit HIV-Koinfektion) empfohlen, jährliche HCV-RNA Nachkontrollen durchzuführen, da diese Gruppen nach einigen Studien zu urteilen ein erhöhtes Risiko für Reinfektionen aufweisen (Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V., 2017).

Es ist jedoch unklar, wie viele Drogenkonsumierende, die in Deutschland größte Gruppe der mit Hepatitis-C-Infizierten, tatsächlich neue Medikamente erhalten haben und entsprechend

---

<sup>15</sup> Der bng weist darauf hin, dass die Zahl 300.000 infizierte Personen eine Überschätzung darstellen könnte (Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V., 2017). Selbst bei einer Halbierung der Zahl (womit eine sehr konservative Schätzung vorläge) wären hiermit jedoch bei Weitem nicht alle oder fast alle infizierten Personen in Deutschland behandelt.

von den beschriebenen Neuerungen profitieren konnten. Vor der Einführung der neuen Medikation gab es Befunde, dass diese Gruppe in sehr viel geringerem Umfang behandelt wurde als Infizierte mit einem anderen Infektionsrisiko, was mitunter an einer in der Ärzteschaft verbreiteten ablehnenden Haltung gegenüber Drogenkonsumenten läge (Gölz, 2014). Ob sich diese Haltung mit der Einführung der neuen Medikamente verändert hat, ist unklar; Interessenvertreter von drogenkonsumierenden Menschen berichten allerdings, dass die Behandlung von Hepatitis C selbst bei Substituierten eher selten im Fokus ist<sup>16</sup>. Die ECHO-Studie empfiehlt ebenfalls, die Behandlung von Hepatitis C bei Substituierten weiter auszubauen (siehe 1.3.3).

Eine Umsetzung der BIS-2030-Strategie sowie der Empfehlungen aus der DRUCK-Studie könnten die gesundheitliche Lage von injizierenden Drogengebrauchern weiterhin wesentlich verbessern.

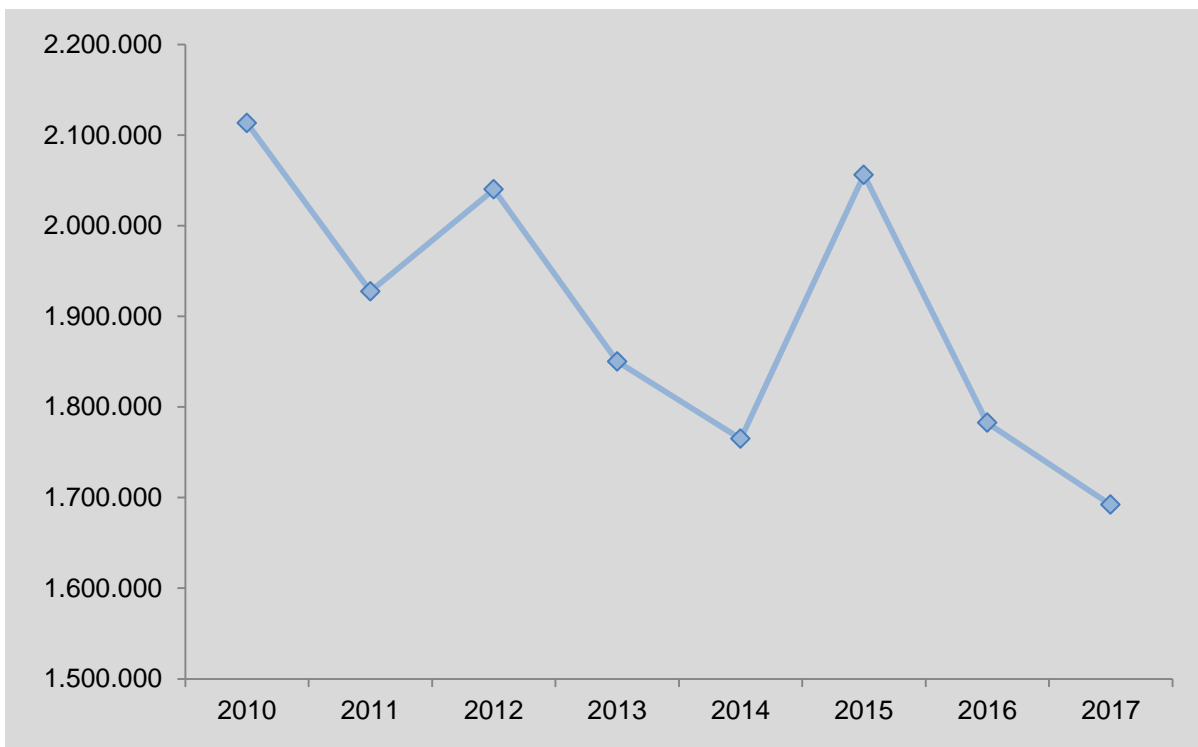
Der jährlich am 28. Juli stattfindende Welt-Hepatitis-Tag soll Aufmerksamkeit für das Thema Virus-Hepatitis erwecken. 2018 war das Motto „Hepatitis: Findet die fehlenden Millionen!“, da einem großen Teil der vermutlich infizierten Personen ihre Infektion nicht bekannt ist. Im Fokus des diesjährigen Welt-Hepatitis-Tages steht daher, die noch unentdeckten Patienten zu finden, um diese frühzeitig zu behandeln, vor Spätfolgen zu bewahren und Neuinfektionen einzudämmen.

#### **1.5.4 Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends**

Da es keine bundesweite Erhebung der Anzahl abgegebener Spritzen gibt, können keine bundesweiten Trends über die Spritzenvergabe berichtet werden. Lediglich für Nordrhein-Westfalen liegt eine regelmäßige Umfrage vor (AIDS Hilfe NRW e.V., 2018), zudem werden aus München Daten berichtet, die auf der Abfrage von drei Kontaktläden beruhen. Aus den lokalen Trends aus NRW und München können keine Aussagen über das gesamte Bundesgebiet abgeleitet werden.

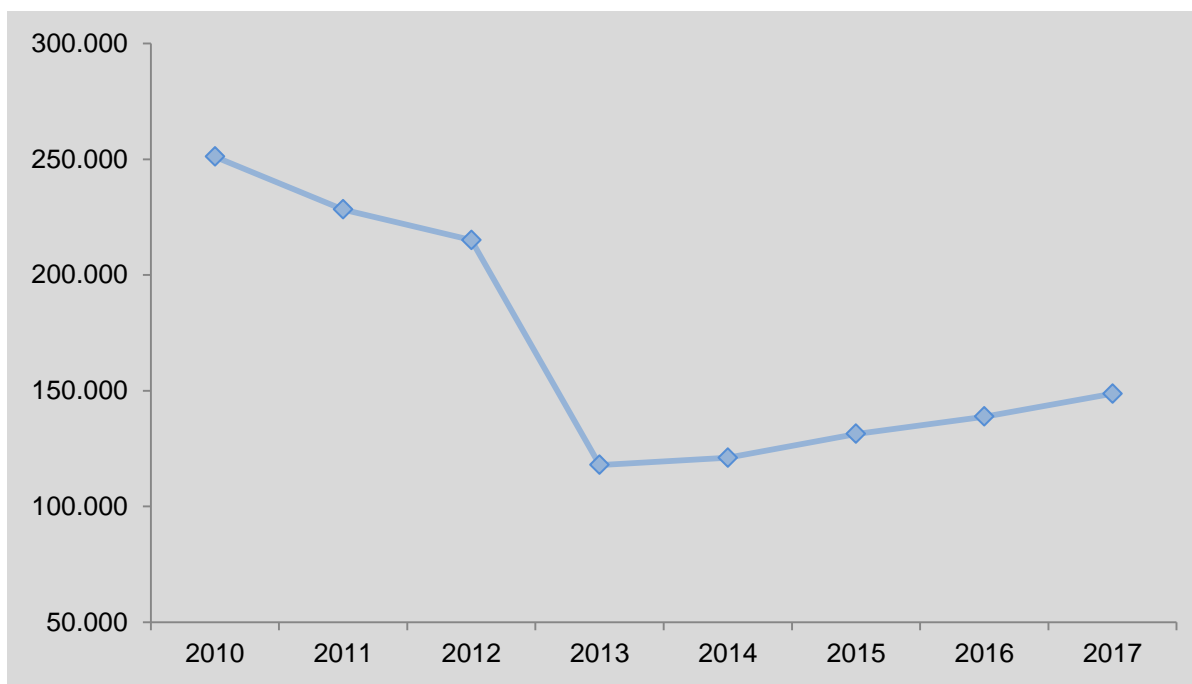
---

<sup>16</sup> Vgl. <https://magazin.hiv/2017/07/25/hepatitis-c-keine-heilung-fuer-alle/> [Letzter Zugriff: 02.08.2018].



(SAFER USE NRW, 2018)

**Abbildung 9** Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2017



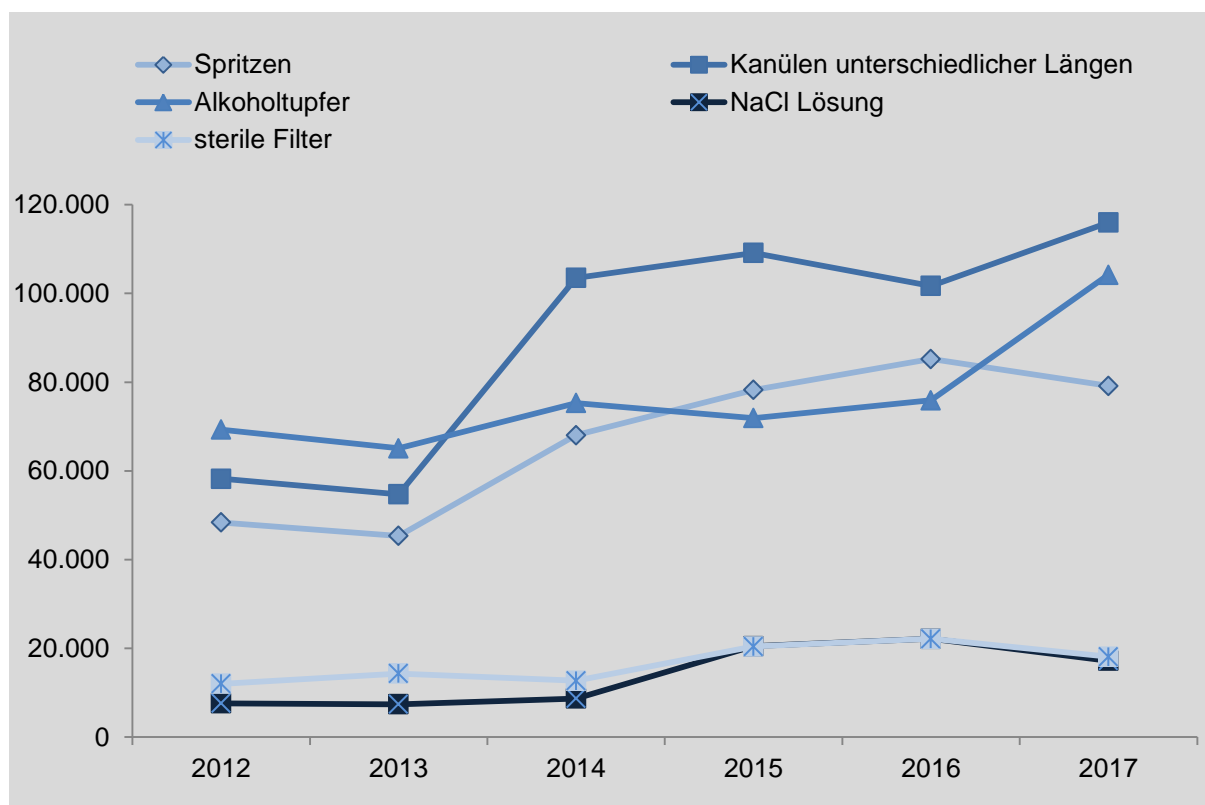
(SAFER USE NRW, 2018)

**Abbildung 10** Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2017

Der Trend der letzten Jahre zeigt für NRW einen deutlichen Knick nach 2012, sowohl in den in Projekten abgegebenen Spritzen, als auch in den an Automaten abgegebenen Spritzen

(siehe Abbildung 9 und Abbildung 10). Dieser ist jedoch nicht durch eine starke Minderung des Bedarfs zu erklären, sondern damit, dass seit November 2012 ein abgegebenes Päckchen statt wie zuvor zwei Einmalspritzen und zwei Kanülen nur noch eine Spritze, eine Kanüle, einen Filter und einen Alkoholtupfer enthält. Darüber hinaus werden verstärkt Smoke-it-Sets abgegeben; ebenso berichten Drogenkonsumräume vermehrt von inhalativem Konsum (Aidshilfe NRW e.V. 2015, persönliche Mitteilung). Nach diesem Knick zeigt sich bei den an Automaten abgegebenen Spritzen seitdem wieder ein leichter Anstieg, bei den in Projekten abgegebenen Spritzen ist der Verlauf schwankend.

Aus München liegen Daten von drei Kontaktläden von Condrobs e.V. vor. In der Gesamtbetrachtung ist die Anzahl abgegebener Spritzen seit 2012 deutlich angestiegen, im letzten Jahr aber wieder etwas zurückgegangen (siehe Abbildung 11). Auch Kanülen unterschiedlicher Längen wurden 2017 in wesentlich höherer Zahl ausgegeben als 2012, ebenso Alkoholtupfer. Auf niedrigerem Niveau ist auch die Anzahl abgegebener steriler Filter und NaCl-Lösung seit 2012 deutlich gestiegen, im letzten Jahr ist die Zahl aber wieder leicht zurückgegangen.



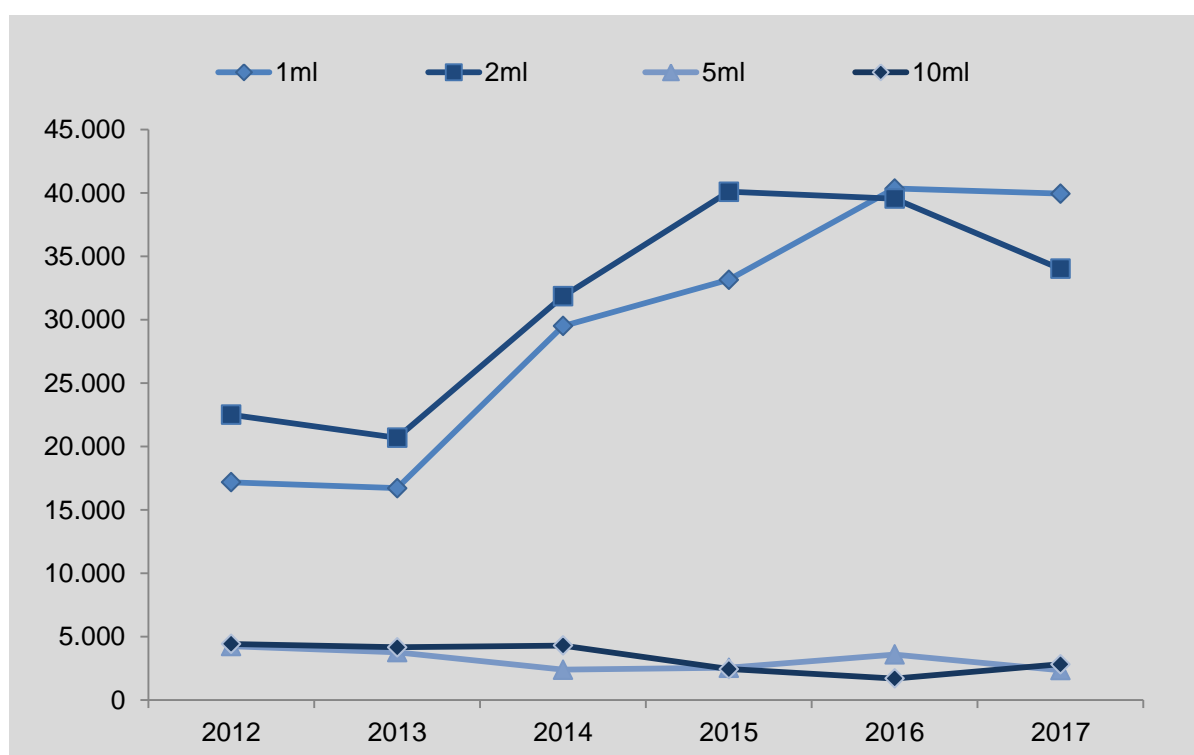
(Condrobs e.V., Datenlieferung)

**Abbildung 11** Trend Vergabe Konsummaterialien München 2012 bis 2017

Betrachtet man die abgegebenen Spritzen nach ihrer Größe aufgeteilt (1 ml, 2 ml, 5 ml und 10 ml), zeigt sich, dass der deutliche Anstieg in den letzten Jahren von den beiden kleinen Spritzengrößen stammt (siehe Abbildung 12). Diesen massiven Anstieg, sowie den Anstieg



der ausgegeben NaCl-Lösung und der Filter erklärt der Träger damit, dass der i.v.-Konsum von NPS, insbesondere der Konsum von sogenannten Badesalzen, deutlich angestiegen sei. Die Zahl der ausgegeben 2-ml-Spritzen ist im letzten Jahr leicht rückläufig; der Grund hierfür ist unklar. Der Träger beobachtet seit ca. 2013 eine Veränderung des Konsumverhaltens der „klassischen“ i.v.-Konsumierenden hin zu mehr i.v.-Konsum von NPS. Nach Berichten von Klientinnen und Klienten sei der Wirkungszeitraum von intravenös konsumierten NPS sehr kurz. So gibt es Berichte von Konsumierenden, die zwischen 10 und 30 Konsumvorgänge am Tag hätten, was einen hohen Verbrauch von Spritzen mit sich bringe. Den Rückgang im Bereich der 5 ml und 10 ml Spritzen bringt der Träger mit einem geringeren Konsum von Fentanylplastern in Verbindung. Nach Berichten aus der Szene sei es inzwischen schwieriger, an Fentanylplaster heranzukommen; einige Klientinnen und Klienten berichten, dass ihre Ärzte inzwischen kein Fentanyl mehr verschrieben (Condrobs e.V. 2017, persönliche Mitteilung).



(Condrobs e.V., Datenlieferung)

**Abbildung 12** Trend Vergabe unterschiedlicher Spritzengrößen München 2012 bis 2017

Aus den Daten für NRW und München kann keine Aussage über bundesweite Trends in der Konsumutensilienvergabe oder den Konsumpräferenzen der Konsumierenden abgeleitet werden.

Allgemeine Informationen zu Angeboten zur Schadensminderung werden unter 1.5.3 aufgeführt, neue Entwicklungen unter 3.3.

### **1.5.5 Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung**

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

## **1.6 Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen**

### **1.6.1 Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen**

Es liegen zurzeit keine Informationen zu diesem Themenbereich vor.

## **1.7 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung**

### **1.7.1 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung**

Es existieren aktuell keine national verbindlichen Richtlinien zur Qualitätssicherung der Schadensminderung. Einzelne Projekte werden jedoch stets evaluiert. Einige Projekte werden im „Best Practice“ Workbook dargestellt.

### **1.7.2 Zusätzliche Informationen zu anderen drogenbezogenen gesundheitlichen Schädigungen**

Aktuell liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

## **2 TRENDS**

Entfallen für dieses Workbook; in Kapitel 1 enthalten.

## **3 NEUE ENTWICKLUNGEN**

### **3.1 Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen**

Der aktuelle Stand und Trends im Bereich drogenbezogener Todesfälle wird in Abschnitt 1.1 dargestellt, der aktuelle Stand und Trends im Bereich drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle findet sich in Abschnitt 1.2. Darüber hinaus liegen keine neuen Erkenntnisse vor.

### **3.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3. Mit der Einführung neuer Medikamente haben sich die Erfolgschancen der Hepatitis-C-Behandlung auch für Drogenkonsumenten wesentlich verbessert; der aktuelle Stand wird unter 1.5.3 berichtet. Neuere Entwicklungen zur Prophylaxe im Bereich der Infektionskrankheiten werden unter 3.3.1 berichtet.

### **3.3 Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung**

#### **3.3.1 HIV-Prophylaxe: Pilotprojekt Einsendetests und Entwicklungen bei der Präexpositionsprophylaxe**

##### **Pilotprojekt „S.A.M. – mein Heimtest“**

Das Pilotprojekt S.A.M. (entwickelt von der Münchner Aids-Hilfe und der Deutschen AIDS-Hilfe in Zusammenarbeit mit den Testanbietern) ist in Bayern angelaufen<sup>17</sup>. Ziel des Projekts ist es, mehr Personen für eine möglichst frühzeitige Testung auf Geschlechtskrankheiten zu erreichen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer können nach einer Online-Registrierung und einem ersten persönlichen Beratungsgespräch (an vier Standorten in Bayern möglich) Testkits bestellen, zu Hause die benötigten Tests an sich selbst vornehmen und dann zur Auswertung in ein Labor schicken. Die Testkits umfassen HIV, Syphilis, Chlamydien und Gonokokken (Erreger von „Tripper“), kosten je Kit 32 Euro und können alle drei, sechs oder zwölf Monate bestellt werden. Negative Ergebnisse erhalten die Getesteten per SMS, positive Ergebnisse in einem Telefonat. Bei einem positiven Testergebnis steht eine weitere Beratung mit einer medizinischen Fachkraft zur Verfügung. Durch die Möglichkeit, zu Hause getestet zu werden, sollen Menschen in ländlichen Gegenden ebenso erreicht werden wie Menschen, die aus Scham oder anderen Vorbehalten ungern zu einer bereits existierenden Anlaufstelle für Testungen gehen möchten.

##### **Präexpositionsprophylaxe: Studie zur Verbreitung und Vorbereitung der Zahlung als Kassenleistung**

Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) wird von Menschen, die nicht mit HIV infiziert sind, aber ein erhöhtes Risiko für eine Ansteckung haben, vorsorglich eingenommen.

Die Studie „PrEP in Deutschland“ (PRIDE) hat ergeben, dass seit der Einführung deutlich preisgünstigerer Generika im Oktober 2017 nun bereits ca. 4.500 Menschen in Deutschland das Präparat verwenden<sup>18</sup>. Nach wie vor profitierten jedoch vor allem überdurchschnittlich gebildete und wohlhabende Männer von den Medikamenten, was die Studienautoren vor allem auf die verhältnismäßig hohen Kosten zurückführen: Generika kosten zwar „nur“ 50 bis 70 Euro für eine Monatspackung (zuvor lag der Preis bei über 800 Euro), aber zusätzliche Kosten von bis zu 100 Euro pro Monat entstünden durch regelmäßige Arztbesuche und Laboruntersuchungen, sodass weniger Wohlhabende sich diese Option nicht leisten könnten.

---

<sup>17</sup> Siehe <https://www.samtest.de/> [Letzter Zugriff: 30.08.2018].

<sup>18</sup> <https://idw-online.de/de/news697176> [Letzter Zugriff: 30.08.2018].

Der Bundesgesundheitsminister hat angekündigt, PrEP als Kassenleistung für Versicherte mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko einführen zu wollen<sup>19</sup>. Diese Gesundheitsleistung soll die ärztliche Beratung, die zur Anwendung nötigen (Labor-)Untersuchungen und die Medikation beinhalten, sodass die Anspruchsberechtigten unabhängig vom Einkommen die PrEP nutzen können. Wer zum Kreis der Anspruchsberechtigten zählt, sollen der Spitzenverband der GKV und die Kassenärztliche Bundesvereinigung aushandeln. Erklärtes Ziel ist auch, ein strukturiertes Behandlungsangebot zu schaffen und so sicherzustellen, dass die Einnahme der Medikation geregelt erfolgt und somit nicht das Risiko möglicher Resistenzen steigt.

### **3.3.2 Naloxon Take-Home-Programme**

Allgemeine Informationen zur Lage von Naloxon Take-Home-Programmen in Deutschland werden in Abschnitt 1.5.3 aufgeführt. Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Projekten wurden im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2016“ dargestellt (Dammer et al., 2016).

In Saarbrücken hat das Drogenhilfzentrum im Dezember 2017 ein neues Projekt zur Naloxonvergabe implementiert, das zunächst für zwei Jahre vom Land gefördert wird. Aufbau und Inhalte des Trainings orientieren sich dabei stark an den bereits erfolgreich laufenden Projekten in München und Berlin. In jedem Jahr sollen bis zu 50 Drogenkonsumierende trainiert und mit Naloxon ausgestattet werden. Nach ca. einem halben Jahr Laufzeit hatten 23 Personen am Training teilgenommen; es wurden in dieser Zeit bereits zwei erfolgreiche Einsätze von Naloxon zurückgemeldet (persönliche Mitteilung Drogenhilfzentrum Saarbrücken, 2018).

Das geplante bayerische Modellprojekt soll nach aktuellem Stand im Herbst 2018 beginnen. Nachdem der ursprüngliche Beschluss des Bayerischen Landtags mindestens zwei Städte (Nürnberg und München) beinhaltete, läuft die aktuelle Planung für fünf Städte. Neben Nürnberg und München sind dies Augsburg, Ingolstadt und Regensburg. Es sollen 400 Drogenkonsumierende erreicht werden (Condrobs e.V., 2018).

### **3.3.3 Verbesserung der Versorgung mit Drogenkonsumräumen**

Es zeichnet sich ab, dass Baden-Württemberg in Kürze als siebtes Bundesland eine Verordnung für den Betrieb von Drogenkonsumräumen verabschieden wird und somit dort Konsumräume eröffnet werden können. Die Verabschiedung der Verordnung wird für Ende 2018 / Anfang 2019 erwartet und soll zunächst auf drei Jahre beschränkt sein. Voraussichtlich wird die Eröffnung eines Drogenkonsumraums nur in Städten mit einer Einwohnerzahl von über 300.000 erlaubt sein. Damit kommen in diesem Bundesland zunächst drei Städte in Frage. In Karlsruhe ist die Planung für einen nach der Verordnung zu

---

<sup>19</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96593/HIV-Präexpositionsprophylaxe-soll-Krankenkassenleistung-werden> [Letzter Zugriff: 30.08.2018].

eröffnenden Drogenkonsumraum recht weit fortgeschritten; der Gemeinderat der Stadt hat bereits für die Eröffnung gestimmt<sup>20</sup>. In Mannheim prüft die Stadt aktuell die Eröffnung eines Drogenkonsumraums<sup>21</sup>.

Das Saarland hat als zweites Bundesland nach Nordrhein-Westfalen seinen Drogenkonsumraum in Saarbrücken offiziell für substituierte Konsumierende geöffnet. Erste Erfahrungen aus NRW hat Fechner (2017) für einen Drogenkonsumraum in Essen beschrieben. Der Autor vermutete, dass bereits vor der Öffnung auch substituierte Personen den Konsumraum genutzt hätten und zog eine positive erste Bilanz, da nun die Risiken von Substitution und gleichzeitigem Drogenkonsum transparent mit den Nutzerinnen und Nutzern besprochen werden könnten, Rechtssicherheit für die Betreiber herrsche und eine Vernetzung zwischen Konsumraumbetreibern und Ärzten möglich sei. In Saarbrücken bietet der innerstädtisch größte Träger der psychosozialen Begleitung bei Substitution zweimal die Woche eine Suppenküche am Standort des Drogenkonsumraums an, sodass Fechners Idee einer engeren Vernetzung zwischen den einzelnen Trägern möglich erscheint.

## 4 ZUSATZINFORMATIONEN

### 4.1 Zusätzliche Informationsquellen

Aktuell liegen keine Daten aus zusätzlichen Informationsquellen vor.

### 4.2 Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung

Aktuell liegen keine weiteren Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen vor.

## 5 QUELLEN UND METHODIK

### 5.1 Quellen

Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II (2017). Jahresbericht 2016, Klinikum rechts der Isar, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München.

aerzteblatt.de. (2013). Aids-Hilfe fordert Erhalt des Berliner Schnelltestangebots. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55313/Aids-Hilfe-fordert-Erhalt-des-Berliner-Schnelltestangebots> [Online]. [Accessed 8/11/2014].

---

<sup>20</sup> [https://www.rnz.de/politik/suedwest\\_artikel,-einmuetige-entscheidung-karlsruher-gemeinderat-beschliesst-ersten-drogenkonsumraum-in-baden-wuerttemberg-arid,354183.html](https://www.rnz.de/politik/suedwest_artikel,-einmuetige-entscheidung-karlsruher-gemeinderat-beschliesst-ersten-drogenkonsumraum-in-baden-wuerttemberg-arid,354183.html) [Letzter Zugriff: 30.08.2018].

<sup>21</sup> [https://www.rnz.de/nachrichten/mannheim\\_artikel,-mannheim-stadt-prueft-drogenkonsumraum-arid,374931.html](https://www.rnz.de/nachrichten/mannheim_artikel,-mannheim-stadt-prueft-drogenkonsumraum-arid,374931.html) [Letzter Zugriff: 30.08.2018].

- AIDS Hilfe NRW e.V. (2018). Abgabe von Einmalspritzen in NRW für den Zeitraum 2015 bis 2017. [http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/homepage/pdf/downloads/abfrage\\_spritzen\\_2015-2017.pdf](http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/homepage/pdf/downloads/abfrage_spritzen_2015-2017.pdf) [Online]. [Accessed 27.08.2018].
- Ärztezeitung. (2018). Hepatitis-C: Therapiekosten doch nicht explodiert [Online]. Available: [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/960572/stat-t-5-milliarden-euro-therapiekosten-hepatitis-c-nicht-explodiert.html?sh=8&h=1510307718](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/960572/stat-t-5-milliarden-euro-therapiekosten-hepatitis-c-nicht-explodiert.html?sh=8&h=1510307718) [Accessed 19.06.2018 2018].
- Bartsch, G., Friedrich, M., Schneider, F., Dammer, E. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Behandlung., München.
- Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V. (2017). Empfehlungen des bng zur Therapie der chronischen Hepatitis C: Update September 2017.
- Bundeskriminalamt (2018a). Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2017, BKA, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (2018b). Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2017 - Tabellenanhang, BKA, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland, Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend, Berlin.
- Christensen, S., Buggisch, P., Mauss, S., Böker, K. H., Schott, E., Klinker, H., Zimmermann, T., Weber, B., Reimer, J. & Serfert, Y. (2018). Direct-acting antiviral treatment of chronic HCV-infected patients on opioid substitution therapy: Still a concern in clinical practice? Addiction, 113, 868–882.
- Condrobs e.V. (2018). Sachbericht 2017. Naloxon–Take–Home Programm München, München.
- Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2017 / 2018). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, München.
- Dammer, E., Schulte, L., Karachaliou, K., Pfeiffer-Gerschel, T., Budde, A. & Rummel, C. (2016). Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2015/2016). Deutschland. Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, DBDD, München.
- Dammer, E., Schulte, L., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, München.
- Deimel, D., Bock, C., Oswald, F. & Meyer, A. (2018). Abschlussbericht harm reduction 24/7: Die Versorgung mit harm reduction Materialien über Automaten für Drogenkonsumenten in NRW.
- Destatis (2018). Rechtspflege - Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010). Projekt TEST IT. Evaluationsbericht, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dortmund/Berlin.

- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2013). Saubere Spritzen für Gefangene: Deutsche AIDS-Hilfe startet Unterschriftenaktion. <http://www.aidshilfe.de/aktuelles/meldungen/saubere-spritzen-fuer-gefangene-deutsche-aids-hilfe-startet-unterschriftenaktion> [Online].
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (2015). Handbuch: Einführung und Umsetzung von Spritzenvergabeprogrammen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien. Antwort auf eine Anfrage der DGS zu Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien, Berlin.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fechner, T. (2017). Substituierte im Drogenkonsumraum. Ein Jahr Erfahrung aus dem Drogenkonsum der Suchthilfe direkt Essen gGmbH. In: 4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2017. akzept e.V. (ed.). Pabst Science Publishers, Berlin.
- Fiedler, S., Hauser, A., Grumann, C., Machnowska, P., Altmann, B., Hanke, K., Hofmann, A., Marcus, U., Zimmermann, R., Gunsenheimer-Bartmeyer, B., Auwärter, V., Bremer, V. & Bannert, N. (2018 Published). Nachweis und Analyse eines HIV-1 Ausbruchs unter Drogengebrauchenden im Raum München mit Hilfe der molekularen Surveillance. 19. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, 2018 of Conference München.
- Giftinformationszentrum-Nord (GIZ-Nord) (2017a). GIZ-Nord Anhang 1 zum Jahresbericht 2016, Giftinformationszentrum-Nord der Länder Bremen, H., Niedersachsen und Schleswig-Holstein (GIZ-Nord).
- Giftinformationszentrum-Nord (GIZ-Nord) (2017b). Jahresbericht 2016 Giftinformationszentrum-Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (GIZ-Nord).
- Gölz, J. (2014). Chronische Virusinfektionen bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie, 15, 16-21.
- Hoch, E., Schneider, M., Friemel, C. M., von Keller, R., Kabisch, J. (2017). Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis), Bundesministerium für Gesundheit, München.
- Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar (2017). Jahresbericht 2016, Homburg/Saar.
- Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen (2017). 49. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn. Jahresbericht 2016
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T., Seitz, N.-N. & Kurz, A. (2018). Analyse drogeninduzierter Todesfälle (Abschlussbericht), München.
- Landesstelle Sucht NRW (2017). Die Arbeit der Drogenkonsumräume in NRW - 2017, Köln.
- Lindemann, C., Neumann-Runde, E. & Martens, M. (2017). Suchthilfe in Hamburg: Statusbericht 2016 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe, Hamburg.
- Manthey, J., Stöver, H., Meyer-Thompson, H.-G. (2017). Cannabis und Schadensminderung in Deutschland. Suchttherapie.

- Marschall, U. (2010). Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung: Notwendigkeiten aus Sicht einer Krankenkasse [Online]. Available: [http://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/veranstaltungen/heidelberg23/Beitraege%2023.%20Kongress%202010/marschall\\_f1.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veranstaltungen/heidelberg23/Beitraege%2023.%20Kongress%202010/marschall_f1.pdf) [Accessed 26.5.2018].
- Pfeiffer-Gerschel, T., Dammer, E., Schneider, F., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Drogenpolitik, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Dammer, E., Schulte, L., arachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2016). Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Workbook Drogenpolitik, DBDD, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2015). Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, DBDD, München.
- Robert Koch-Institut (2018a). Virushepatitis B und D im Jahr 2017. Epidemiologisches Bulletin, 30, 285-298.
- Robert Koch-Institut (2018b). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland - Hepatitis C im Jahr 2017. Epidemiologisches Bulletin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015). HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland - Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI, RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin.
- Schneider, F., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Gefängnis, München.
- Schulte, B., Rosenkranz, M., Schmidt, C., Verthein, U. & Reimer, J. (2018 Published). Hepatitis C antibody and RNA prevalence among opiate substituted patients in Germany: Results from the nationwide ECHO-Study. Lisbon Addictions, 2018 of Conference Lissabon.
- Soellner, R. & Hofheinz, C. (2017). Resilienzfaktoren bei Angehörigen von Menschen mit problematischem Substanzkonsum. Suchttherapie, 18, 177-183.
- Stöver, H. & Förster, S. (2017). Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2016, Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt am Main
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T., Soyka, M., Träder, A. & Trautmann, S. (2011). Die soziale, klinische und therapeutische Situation von Substitutionspatienten: Der Status der PREMOS-Patienten bei Studienbeginn (Baseline t<sub>1</sub>). Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 13, 227-237.
- World Health Organization (WHO) (2014). Community management of opioid overdose, WHO, Geneva.

## 5.2 Methodik

### 5.2.1 Erfassung von Drogentoten

In Deutschland existieren zwei grundsätzliche, umfassende Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in verschiedenen Punkten unterscheiden. Dies sind die



polizeilichen Daten aus der „Falldatei Rauschgift“ sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes.

### **Falldatei Rauschgift**

Drogenbezogene Todesfälle werden in den einzelnen Bundesländern grundsätzlich durch die Landeskriminalämter erfasst, wobei das Bundeskriminalamt (BKA) Zugriff auf den Datenbestand hat, Datenqualitätskontrolle betreibt und die Zahlen zusammenfasst. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von drogenbezogenen Todesfällen. Der Anteil obduzierter Drogentoter als Maß für die Qualität der Zuordnung von „Drogentoten“ variiert zwischen den Bundesländern (mitunter erheblich). Die toxikologische Untersuchung von Körperflüssigkeiten und Gewebe spielt bei der Feststellung der Todesursache eine wichtige Rolle, da man erst durch sie genügend Informationen über den Drogenstatus zum Todeszeitpunkt erhält. Obduktionen und toxikologische Gutachten werden in der Regel durch unterschiedliche Institutionen erstellt. Insbesondere letztere liegen oft erst mit großer Verzögerung vor und werden deshalb bei der Klassifikation der Todesfälle nur in eingeschränktem Maße herangezogen.

Um die Erfassung drogenbezogener Todesfälle zu erleichtern und Fehler zu reduzieren, wurden die folgenden Kategorien für Drogentodesfälle vom BKA in einem Merkblatt ausformuliert (Bundeskriminalamt (BKA), 1999):

- Todesfälle infolge unbeabsichtigter Überdosierung,
- Tod infolge einer Gesundheitsschädigung (körperlicher Verfall, HIV oder Hepatitis C, Organschwäche) durch langanhaltenden Drogenmissbrauch (= „Langzeitschäden“),
- Selbsttötungen aus Verzweiflung über die eigenen Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen (z. B. Wahnvorstellungen, starke körperliche Schmerzen, depressive Verstimmungen),
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

### **Allgemeines Sterberegister<sup>22</sup>**

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personenangaben auch Informationen über die Todesursache enthält. Dieser geht an das Gesundheitsamt und von dort zum Statistischen Landesamt. Die Aggregation und Auswertung auf Bundesebene nimmt das Statistische Bundesamt vor („Todesursachenstatistik“). Auch in dieser Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt.

---

<sup>22</sup> Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EMCDDA. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die in zeitlich engem Zusammenhang nach dem Konsum von Opioiden, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten – also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EMCDDA (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zugrunde liegende Störung (ICD-10-Code F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht-vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide werden von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Kodierfehler Einzelfälle dieser Art vermutlich mit eingeschlossen werden. 2006 ist eine Änderung der Kodierregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, wenn möglich statt der F1x.x-Codes die akute Todesursache zu kodieren, also die der Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen. Diese hat jedoch bislang in Deutschland keinen Effekt im Hinblick auf die gewünschte Erhöhung der Spezifität gezeigt, sodass nach wie vor sehr viele F-Kodierungen vorliegen.

### **5.2.2 Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht<sup>23</sup>. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das RKI zu melden. Diese Laborberichte werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte. Somit enthalten die HIV-Meldungen im Idealfall Angaben zu Alter und Geschlecht, dem Wohnort, dem Übertragungsweg der Infektion sowie Informationen zum Krankheitsstadium und HIV-bezogenen Basis-Laborparametern. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

Informationen zu möglichen Übertragungswegen für Hepatitis B und C (HBV und HCV) werden seit der Einführung des IfSG ebenfalls erhoben. Dies geschieht durch Ermittlungen des Gesundheitsamtes bei den Fallpersonen selbst oder anhand von Angaben der meldenden Labore bzw. Ärzte. Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom RKI publiziert bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht.

---

<sup>23</sup> [www.rki.de](http://www.rki.de) [Letzter Zugriff: 20.08.2016].

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden zusätzlich zum HIV-Status seit 2007 auch Angaben zum HBV- und HCV-Status der Patienten gemacht. Da die Anzahl der Einrichtungen, die diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren. In diesem Jahr wird erstmalig der neue Kerndatensatz erhoben, in dem die Erfassung von Infektionskrankheiten verbessert wurde. Erste Daten werden 2018 vorliegen.

### **Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-B-Meldungen**

Die Falldefinitionen des RKI wurden im Jahr 2015 dahingehend geändert, dass nur noch der direkte Hepatitis-B-Erregernachweis die Kriterien für einen labordiagnostischen Nachweis erfüllt. Als Bestätigungstest für einen HBs-Antigennachweis ist der HBe-Antigennachweis hinzugekommen. Der Anti-HBc-IgM-Antikörperrnachweis, der nach den Falldefinitionen bis einschließlich 2014 als alleiniger serologischer Marker ausreichte um die labordiagnostischen Kriterien der Falldefinition zu erfüllen, ist dagegen entfallen und wird nur noch als Zusatzinformation abgefragt. Unter den Fällen, die nach der neuen Falldefinition erfasst wurden, erfüllen nun nicht nur klinisch-laboriagnostisch bestätigte Fälle, sondern auch labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt oder unbekannt ist, die Referenzdefinition. Die beschriebenen Änderungen dienen nicht nur der Anpassung an die europäischen Falldefinitionen, sondern zielen auch darauf ab, den aktiven, d. h. infektiösen und damit übertragbaren, Hepatitis-B-Infektionen nachzugehen, unabhängig von der Ausprägung ihrer Symptomatik. Mit Einführung der neuen Referenzdefinition ist die Zahl der veröffentlichten Hepatitis-B-Fälle wie erwartet höher ausgefallen als in den Vorjahren.

### **Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-C-Meldungen**

Da es sowohl labordiagnostisch als auch klinisch kaum möglich ist, akute und chronische HCV-Infektionen zu unterscheiden, werden alle neu diagnostizierten Infektionen in die Statistik des RKI aufgenommen. Fälle, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis angegeben ist, werden ausgeschlossen. Daher beinhaltet die Gesamtheit der übermittelten Fälle einen erheblichen Anteil bereits chronischer Hepatitis-C-Fälle (im Sinne einer Virusreplikation von mehr als 6 Monaten).

Die Falldefinition für Hepatitis C wurde zum 01.01.2015 bzgl. der Kriterien für den labordiagnostischen Nachweis geändert. Die bisherige Falldefinition, nach der der alleinige (bestätigte) Antikörperrnachweis ausreichte, hat nach Einschätzung des RKI in einem unbestimmten Anteil der Fälle zu einer Meldung von bereits spontan ausgeheilten bzw. erfolgreich therapierten Infektionen sowie darüber hinaus zu einer unbekanntem Zahl von Mehrfacherfassungen geführt. Die neue Falldefinition erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis (Nukleinsäure-Nachweis oder HCV-Core-Antigennachweis). In der Berichterstattung des RKI werden damit nur noch aktive HCV-Infektionen analysiert. Dies ermöglicht eine bessere Annäherung an die wahre Inzidenz von Neudiagnosen. Allerdings werden damit mögliche Fälle, die nach einem positiven Antikörper-Screening nicht der

weiteren Diagnostik mittels direktem Erregernachweis zugeführt wurden, nicht erfasst. Da sich die Therapieoptionen in den letzten Jahren sehr stark verbessert haben, ist jedoch davon auszugehen, dass in Deutschland die Diagnostik in den meisten Fällen vollständig durchgeführt wird. Derzeit bieten die übermittelten Hepatitis-C-Erstdiagnosen – ohne bessere Datenquellen zur Inzidenz – die bestmögliche Einschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.

Allerdings sind die nach neuer Falldefinition übermittelten Fallzahlen nur bedingt mit den Fallzahlen der Vorjahre vergleichbar, sodass Trendauswertungen nur mit Einschränkungen möglich sind. Eine Abnahme der gemeldeten Fallzahlen durch die Änderung der Falldefinition ist wie erwartet eingetreten. Die Implementation der neuen Falldefinition bei den Gesundheitsämtern kann als weitgehend erfolgt gelten; im Jahr 2017 wurden noch 2,2 % aller Fälle nach alter Falldefinition erfasst (2016: 21 %, 2015: 70 %).

## 6 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2017 nach Substanzen.....	8
Tabelle 2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2016.....	14

## 7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2006 bis 2017 .....	10
Abbildung 2	Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2017 .....	11
Abbildung 3	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle 2007 bis 2016 .....	16
Abbildung 4	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes) 2007 – 2016 .....	17
Abbildung 5	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) 2007 – 2016 .....	18
Abbildung 6	Trend HBV-Diagnosen .....	21
Abbildung 7	Übertragungswege HCV-Diagnosen 2017 .....	23
Abbildung 8	Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen .....	24
Abbildung 9	Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2017.....	45

---

Abbildung 10	Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2017.....	45
Abbildung 11	Trend Vergabe Konsummaterialien München 2012 bis 2017 .....	46
Abbildung 12	Trend Vergabe unterschiedlicher Spritzengrößen München 2012 bis 2017.....	47