



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2015 des nationalen
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

Tim Pfeiffer-Gerschel, Lisa Jakob, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou,
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG (T0)	5
1	NATIONALES PROFIL (T1)	6
1.1	Drogenbezogene Todesfälle (T1.1).....	6
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen (T1.1.1).....	6
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle (T1.1.2)	9
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien) (T1.1.3)	11
1.1.4	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen (T1.1.4)	12
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2)	12
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2.1)	12
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle (T1.2.2).....	13
1.2.3	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen (T1.2.3) ...	14
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3).....	15
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C (T1.3.1)	15
1.3.2	Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.2).....	19
1.3.3	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen (T1.3.3)	19
1.3.4	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.4).....	23
1.3.5	Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.5)	24
1.3.6	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.6)	24
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.4 sowie T1.4.1)	24
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5)	27
1.5.1	Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.1)	27
1.5.2	Organisation der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.2)	28
1.5.3	Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.3)	28
1.5.4	Kontextinformationen zur Routineevaluation von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.4).....	32
1.5.5	Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.5)	32
1.6	Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.6) ..	32

1.7	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.7, T1.7.1)	32
2	TRENDS (T2).....	33
2.1	Kurzzeit-Trends von gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums und Angeboten zur Schadensminderung (T2.1).....	33
2.1.1	Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen	33
2.1.2	Prävalenzen und Meldungen von Infektionen.....	35
2.1.3	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	39
2.1.4	Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: Spritzenvergabe.....	42
2.2	Langzeit-Trends gesundheitlicher Aspekte des Drogenkonsums und von Angeboten zur Schadensminderung (T2.2)	43
2.2.1	Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen	43
2.2.2	Prävalenzen und Meldungen von Infektionen.....	43
2.2.3	Drogenbezogene nicht-tödliche Todesfälle	43
2.2.4	Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: Spritzenvergabe.....	44
2.3	Zusätzliche Informationen zu anderen gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums (T2.3).....	44
3	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3).....	44
3.1	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Todesfällen (T3.1).....	44
3.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T3.2).....	44
3.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung (T3.3)	44
3.3.1	Naloxon Take-Home-Programme.....	44
3.3.2	Zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationsprogramme	46
3.3.3	Neue Chancen in der Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten	46
4	ZUSATZINFORMATIONEN (T4).....	49
4.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	49
4.2	Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung (T4.2).....	49
5	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	50
5.1	Nicht-tödliche Notfälle oder Todesfälle in Verbindung mit Stimulanzien (T.51)	50

6	QUELLEN UND METHODIK (T6)	51
6.1	Quellen (T6.1).....	51
6.2	Methodik (T6.2).....	51
7	BIBLIOGRAPHIE	52
8	TABELLENVERZEICHNIS	55
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	55

0 Zusammenfassung (T0)

Im Jahr 2014 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 1.032 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben (2013: 1002). Damit sind die Zahlen im zweiten Jahr in Folge gestiegen. Die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellte mit 467 (2013: 474) Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (45 %). Im allgemeinen Sterberegister zeigt die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre weiterhin einen Trend zu immer höheren Anteilen älterer Altersgruppen, der sich langsam abschwächt. Nach wie vor gibt es keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten illegaler Drogen.

Im Jahr 2014 wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) 3.525 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet, das bedeutet einen Anstieg um 7,2 % gegenüber dem Jahr 2013 (3.288). Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, bilden die drittgrößte Gruppe (3,9 %), nach Männern die Sex mit Männern haben (MSM) (67 %) und Personen, die ihre HIV-Infektion über heterosexuelle Kontakte erworben haben (28 %).

Im Jahr 2014 wurden dem RKI insgesamt 2.374 Hepatitis-B-Fälle übermittelt (430 Fälle mehr als im Vorjahr). Angaben zum Transmissionsweg liegen nur für 11 % der Fälle vor, dabei war i.v.-Drogenkonsum der am dritthäufigsten angegebene Weg (12 Fälle).

Für das Jahr 2014 wurden insgesamt 5.817 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Somit lag die Inzidenz höher als im letzten Jahr und höher als der Median der letzten fünf Jahre. Bei 26,7 % der gemäß Referenzdefinition übermittelten Fälle wurden Angaben zum Transmissionsweg gemacht. Davon entfiel der mit Abstand größte Anteil (81,5 %) auf i.v.-Drogenkonsum. Die Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten ist durch die Markteinführung neuer Medikamente, die die Heilungschancen verbessern und ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufzeigen, in den vergangenen Jahren verstärkt zum Thema geworden. Studien zeigen immer wieder, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch diese Population wirksam therapiert werden kann und sollte. Durch den hohen Preis der Medikamente und aufgrund nach wie vor weit verbreiteter Bedenken in der Ärzteschaft bleibt weiterhin fraglich, wie viele Drogenkonsumenten von diesen neuen Therapiemöglichkeiten profitieren können.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumenten spielen nach wie vor Drogenkonsumräume (derzeit 23 stationäre sowie ein Drogenkonsummobil) und Spritzenvergabeprogramme (durch aktuell ca. 160 Spritzenautomaten in 9 Bundesländern sowie Vergabe loser Spritzen in zahlreichen Projekten bundesweit) eine wesentliche Rolle. Verschiedene Einrichtungen und Projekte versuchen zudem durch niedrigschwellige Testangebote und weitere Präventions- und Safer-Use-Angebote, ihre Klientel bezüglich Infektionsrisiken zu sensibilisieren und zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren. Safer-Use-Angebote in Haft liegen allerdings weiterhin weit hinter den

Möglichkeiten zurück. Eine neue Entwicklung zeigt sich bei Notfallschulungen für den Naloxoneinsatz für Drogengebraucher und ihr Umfeld: Diese Maßnahme erfährt wachsende Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit, mehrere entsprechende Projekte sind in Planung.

Den bislang weitestgehend unbekanntem schädlichen Nebenwirkungen Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) widmen sich aktuell laufende Forschungsprojekte in Deutschland und Europa. Schädliche Auswirkungen sollen systematisch erfasst und darauf basierend Maßnahmen zur Schadensminderung für verschiedene NPS entwickelt werden.

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Drogenbezogene Todesfälle (T1.1)

1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen (T1.1.1)

Datenquellen

In Deutschland existieren zwei grundsätzliche, umfassende Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in verschiedenen Punkten unterscheiden. Diese 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 erhebt. 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 (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 Sterberegister¹

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.

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) 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 EBDD (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zu Grunde 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.

Vergleichsgrundlagen

Die Daten des Bundeskriminalamtes weisen explizit der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die für den Vergleich mit dem Allgemeinen Sterberegister wünschenswerte Isolierung der registrierten Intoxikationsfälle konnte bisher auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien nur näherungsweise vorgenommen werden. Seit dem Datenjahr 2012 verwendet das BKA jedoch eine neue Tabelle, durch die die einzelnen

¹ Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

Todesursachen besser voneinander zu trennen sind bzw. Überlappungen in vielen Fällen kenntlich gemacht werden.

Vergleiche mit dem europäischen Ausland sollten auf der Grundlage des Allgemeinen Sterberegisters vorgenommen werden, da bei diesem Verfahren bereits weitgehend gemeinsamen Standards gefolgt wird. Daten aus dem Polizeiregister sind für den langjährigen Vergleich der nationalen Trends von großer Bedeutung, aufgrund der Unterschiede bei den Einschlusskriterien und berichteten Altersgruppen für europaweite Vergleiche jedoch weniger geeignet.

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Eine gewisse Zahl relevanter Fälle wird jeweils nicht erkannt, nicht gemeldet oder falsch zugeordnet. Im langjährigen Vergleich zwischen den beiden Registern zeigen sich jedoch sehr ähnliche Verläufe und Trends, so dass 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 (s.o.). Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle der Falldatei Rauschgift (FDR) des Bundeskriminalamts (BKA) lag im Berichtsjahr 2014 bei 56,6 % (2013: 59 %) (Persönliche Mitteilung BKA 2015).

2014 stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle wie im Vorjahr erneut an. Im Jahr 2014 kamen insgesamt 1.032 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben (2013: 1.002), das entspricht einem Anstieg um 3 %. 85 % der Drogentoten waren männlich, der Altersdurchschnitt betrug 38 Jahre. In den bevölkerungsreichsten Bundesländern Bayern und Nordrhein-Westfalen gab es mit 24 % respektive 18 % den größten Anteil an Drogentoten. An den Einwohnerzahlen gemessen waren die Stadtstaaten Berlin (3,7 Drogentote pro 100.000 Bewohner) und Hamburg (3,0) wie in den letzten beiden Jahren am stärksten belastet. Nürnberg war mit einer Belastungszahl von 5,5 Drogentoten pro 100.000 Einwohnern erneut die am stärksten belastete große Stadt in Deutschland, gefolgt von Mannheim mit einer Belastungszahl von 3,8 und Köln mit 3,7 (BKA & Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015). Allerdings muss bei der Interpretation dieser Zahlen beachtet werden, dass sich die Obduktionsraten der einzelnen Länder teilweise erheblich unterscheiden, was eine Vergleichbarkeit der Drogentotenzahlen über die Bundesländer hinweg erschwert.

Aktuelle Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die neuesten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2013, hier sind 1.179 Personen in der Kategorie Drogentodesfälle erfasst

worden (259 Frauen und 920 Männer). Dies entspricht einem Anstieg um 9,3 % gegenüber dem Jahr 2012 (1.079 Personen) (Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen).

Vergleich der Daten aus dem allgemeinen Sterberegister mit den polizeilichen Daten

Im allgemeinen Sterberegister liegt der Anstieg der Todesfälle zwischen 2012 und 2013 mit 9,3 % etwas höher als im parallel geführten BKA-Register, wo er von 2012 auf 2013 6,1 % betrug. Die absoluten Zahlen lagen im BKA-Register in den vergangenen Jahren ca. 10 % unter denen der Standardsektion aus dem allgemeinen Todesursachenregister, obwohl hier in der Gesamtzahl "indirekte" Todesfälle wie Suizide und Tod infolge Langzeitschäden mitgezählt wurden, die bis 2012 nicht exakt von den "direkten" Überdosierungen abgrenzbar publiziert wurden. Andererseits ist es naheliegend, dass auch das allgemeine Todesursachenregister nicht ausschließlich akute Überdosierungen erfasst, da es in vielen Fällen auf der Codierung der Grunderkrankung selektiert (s. 1.1.2). Für 2013 gibt das BKA jedoch exakt 847 Überdosierungsfälle an, so dass hier etwa 28 % weniger Fälle registriert wurden als im allgemeinen Sterberegister. Entsprechend ist eine Übererfassung des Sterberegisters versus Untererfassung im BKA-Register zu diskutieren. Für beide Mechanismen finden sich Anhaltspunkte. Aufgrund definitorisch nicht identischer Bezugspopulationen weist ein Vergleich immer Unschärfen auf.

1.1.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle (T1.1.2)

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellte mit 467 (2013: 474) Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (45 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 22 % (226 Fälle). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiate, vor allem durch Kokain/Crack und Amphetamin/Methamphetamin waren in 14 % der Fälle todesursächlich (siehe Tabelle 1) (Persönliche Mitteilung BKA 2015).

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

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2014 nach Substanzen

Todesursachen	% von Gesamt (N)		Anzahl
	2013	2014	2014
Monovalente Vergiftungen durch Opioide	24,2	23,1	238
Heroin/Morphin	19,4	18,3	189
Opiat-Substitutionsmittel	4,8	4,7	48
- davon: Methadon/Polamidon	2,0	1,6	17
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex)	0,2	0,3	3
- davon: Sonstige	2,6	2,4	25
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide¹⁾	42,0	41,5	428
Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	27,9	26,9	278
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	20,7	17,2	178
- davon: Methadon/Polamidon i.V.m.a.S.	15,7	12,0	124
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex) i.V.m.a.S.	0,8	1,6	16
- davon: Sonstige i.V.m.a.S.	5,1	6,1	63
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide	4,9	5,5	57
Kokain/Crack	1,6	1,4	14
Amphetamin/Methamphetamin	2,6	2,7	28
- davon: Amphetamin	1,6	1,9	20
- davon: Methamphetamin	1,0	0,8	8
Amphetaminderivate	0,3	0,3	3
Sonstige (mit Ausnahme von (m.A.v.) psychoaktiven Medikamenten)	0,5	1,9	20
- davon: neue psychoaktive Substanzen/Designerdrogen	0,3	1,6	16
- von letzteren: synthetische Cannabinoide / Cathinone		0,9	9
- von letzteren: Sonstige		0,7	7
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide¹⁾	8,7	8,3	86
Kokain/Crack i.V.m.a.S.	3,0	2,2	23
Amphetamin/Methamphetamin i.V.m.a.S.	3,9	4,4	45
- davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	3,2	3,4	35
- davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	0,8	1,0	10
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	0,5	0,8	8
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten) i.V.m.a.S.	1,4	2,4	25
- davon: neue psychoaktive Substanzen/Designerdrogen i.V.m.a.S.	0,2	1,3	13
- von letzteren: synthetische Cannabinoide / Cathinone		1,1	11
- von letzteren: Sonstige		0,2	2
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	2,5	1,7	18
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	1,6	1,3	13
Suizide	5,9	7,4	76
Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	3,1	3,8	39
Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	2,8	3,7	38
Langzeitschäden	9,4	11,5	119
- davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	2,6	4,2	43
Unfälle	2,8	2,8	29
Sonstige Fälle	0,5	0,3	3
Gesamt (N)²⁾	1.002		1.032

1) Auf der ersten Ebene der Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich.

2) 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.

Persönliche Mitteilung BKA 2015.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

2013 wurde bei 65,2 % (2012: 70,9 %) der 1.179 Todesfälle die *Grunderkrankung* (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der ICD-Gruppe F 1x.x) kodiert; es fehlt bei diesen Fällen jedoch die Information zur *akuten* Todesursache. Weiterhin werden zu wenige Fälle spezifisch im Hinblick auf die akute Todesursache codiert bzw. eine multikausale Codierung hat sich noch nicht bundesweit durchgesetzt. Somit ist das nationale Sterberegister trotz 2006 in Kraft getretener Änderungen der WHO-Kodierregeln weiterhin als weniger aussagekräftig hinsichtlich der Auswertung der akut zum Tode führenden Substanzklassen bei Intoxikationen anzusehen als die (jetzt überarbeitete) Todesursachen-Kategorisierung in der BKA-Darstellung.

Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in der ICD-10 vorgesehenen Zusatzbezeichnung X/Y für äußere Anlässe lässt einen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu, da damit die substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Codes gekoppelt ist. Dies traf 2013 auf nur 34,6 % der registrierten Fälle zu. Rein opiatbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2013 in 42,6 % der Todesfälle vor. In 18,4 % wurden andere Substanzgruppen genannt, in 39,0 % fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen und insbesondere solche mit Mischkonsum zwischen verschiedenen Substanzgruppen (Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen). Hier dürften wiederum Opiate als führende Substanzen die Hauptrolle spielen. Zu betonen ist die eingeschränkte Aussagefähigkeit, u.a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.

1.1.3 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien) (T1.1.3)

Ein Überblick über die Mortalität der gesamten Population der Drogenkonsumenten liegt nicht vor, auch aktuelle regionale Kohortenstudien sind nicht bekannt. Man kann sich der Frage jedoch nähern, indem man die Daten zu Drogenabhängigen in Behandlung nutzt.

Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete laut Deutscher Suchthilfestatistik (DSHS) für das Jahr 2014 bei 1,8 % (2013: 1,7 %; 2012: 1,4 %; 2011: 1,6 %) der Opioidklienten mit dem Tod. Opioidklienten machten 2013 84 % der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten mit einer illegalen Drogenproblematik aus (Braun et al. 2015). Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich seit 2000 im Mittel um über 10 Wochen verlängert hat, wird rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zugrunde gelegt. Die resultierende Mortalität von 1,6 % pro Jahr liegt 2014 etwas höher als in den beiden Vorjahren (s. Tabelle 2).

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität – insbesondere der Behandlungsabbrecher – vermutlich über den hier angegebenen Werten liegt. Geht man davon aus, dass sich am Kenntnisstand der Einrichtungen zum Tod von Klienten über die

Jahre nichts systematisch verändert hat, können die beschriebenen Trends dennoch in der dargestellten Weise interpretiert werden.

Tabelle 2 Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anteil von Todesfällen bei Beendern (%)	1,2	1,4	1,3	1,4	1,2	1,5	1,5	1,6	1,4	1,7	1,8
Betreuungsdauer (Tage)	297	305	301	314	321	336	343	354	381	400	400
Mortalität p.a. (%)	1,5	1,7	1,6	1,6	1,4	1,6	1,6	1,6	1,3	1,5	1,6

Braun et al. 2015 und eigene Berechnungen.

1.1.4 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen (T1.1.4)

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

1.2 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2)

1.2.1 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2.1)

Als Näherung für die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Intoxikations- und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen) aus der Krankenhausdiagnosestatistik 2013 bzw. speziellen Berechnungen des Statistischen Bundesamts zur Verfügung (siehe Tab. 3). 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 (Giftnformationszentren, s. 1.2.2, aber auch niedergelassene Ärzte, notärztliche Behandlung ohne folgenden stationären Aufenthalt) behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Aus den Daten geht darüber hinaus 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 Giftnformations- bzw. Giftnotrufzentralen (GIZ) erfolgen. Diese geben Aufschluss über Notfälle, die nicht zu einer Aufnahme im Krankenhaus geführt haben (s. 1.2.2).

1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle (T1.2.2)

Tabelle 3 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2013

ICD-10-Diagnose	Gesamtzahl ohne Sterbefälle	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 45	45 - 65	65+
akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	15.656	267	4.396	7.401	6.154	770
durch Opioide (F11.0)	1.606	7	182	900	296	221
durch Cannabinoide (F12.0)	1.340	118	866	306	47	3
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	2.656	42	418	1.002	830	364
durch Kokain (F14.0)	390	2	94	250	44	0
durch andere Stimulanzien (F15.0)	1.354	35	635	611	69	4
durch Halluzinogene (F16.0)	334	5	173	136	16	4
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	68	5	21	28	7	7
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	7.908	53	2.007	4.168	4.845	167
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	1.932	98	403	538	327	566
durch Opium (T40.0)	88	2	3	12	20	51
durch Heroin (T40.1)	149	1	16	109	23	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	1.050	55	90	185	226	494
durch Methadon (T40.3)	106	3	11	66	25	1
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	69	3	20	30	4	12
durch Kokain (T40.5)	75	0	21	50	4	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	45	2	13	13	11	6
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	272	30	180	54	8	0
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	14	0	9	4	1	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	64	2	40	15	5	2

Statistisches Bundesamt 2015a.

Aus den Daten der Giftdaten- bzw. Giftnotrufzentralen:

Es liegen aus sechs der acht deutschen Giftdatenzentralen² Daten zu dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) aus dem Jahr 2013 vor (Persönliche Mitteilung Giftnotruf der Charité Berlin 2015; GIZ-Nord 2014; Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar 2015; Persönliche Mitteilung Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar 2015; Informationszentrale gegen Vergiftungen 2014; Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik 2014; Vergiftungs- Informations-Zentrale Freiburg 2014). Insgesamt wurden in diesen sechs Institutionen im Jahr 2013 3.530 Vergiftungsfälle für illegale Drogen erfasst (Anfragen 2013 insgesamt: 177.528). Der Anteil der Drogenfälle an der Gesamtzahl aller Anfragen ist demnach gering und liegt bei 2,0 %. Aus diesen Daten geht allerdings nicht hervor, ob es sich um unbeabsichtigte Einnahmen oder um Überdosierungen beim beabsichtigten Drogenkonsum gehandelt hat. Einige Giftdatenzentralen nehmen in ihren Dokumentationssystemen auch eine Aufschlüsselung nach Substanzen (und anderen Variablen wie etwa dem Alter) vor.

Das GIZ Nord³ dokumentierte für 2013 insgesamt 31.981 menschliche Vergiftungsverdachtsfälle, davon entfielen 1,7 % (n = 536) der Anfragen auf die Hauptgruppe illegaler Drogen. 36 dieser Verdachtsfälle wurden als schwere Vergiftung eingestuft (6,7 %), 176 (32,8 %) mit dem mittleren Schweregrad.

Es liegen Angaben zu Substanzgruppen vor: 52,2 % (n = 280) der Anfragen wegen illegaler Drogen geschahen auf Grund der Einnahme von Stimulanzien. Unter allen illegalen Drogen machten Kokain 16,8 % (n = 90) und amphetaminartige Substanzen (ATS) 35,4 % (n = 190) der Anfragegründe aus. Von den Anfragen wegen ATS bezogen sich 39,5 % auf Methamphetamin (n = 75), was 14,0 % aller Anfragen wegen illegaler Drogen entspricht. Im Vergleich zum Vorjahr liegt damit ein leichter Rückgang vor (2012: 91 Anfragen, 16,6 % aller Anfragen wegen illegaler Drogen). Nur auf Grund der Datensammlung des GIZ Nord kann allerdings noch keine Aussage über eine Verbreitung kristallinen Methamphetamins in den nördlichen Bundesländern gemacht werden. Über die Hälfte der von der Einrichtung als schwer eingestuften Vergiftungen waren auf Stimulanzien zurückzuführen (n = 20). Notrufe wegen Cannabinoiden begründeten 12,7 % (n = 68) der Anfragen wegen illegaler Drogen, Notrufe wegen Opioiden 7,3 % (n = 39) (GIZ-Nord 2014).

1.2.3 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen (T1.2.3)

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

² <https://www.klinitox.de/3.0.html> (Letzter Zugriff: 20.08.2015).

³ Zuständig für Anfragen aus Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3)

1.3.1 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C (T1.3.1)

Datenquellen

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 veröffentlicht⁴. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das Robert Koch-Institut 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 Robert Koch-Institut publiziert bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht.

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.

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. Darüber hinaus liegen seit diesem Jahr Ergebnisse der im Jahr 2011 (Pilotierung) sowie 2012-2015 durchgeführten DRUCK-Studie des RKI vor, die die Verbreitung von Hepatitis B und C sowie HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten in acht deutschen Städten untersucht hat. Außerdem wird eine aktuell laufende Studie zur Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus-Infektion bei Opioidsubstituierten (ECHO-Studie, s. 3.3) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung

⁴ www.rki.de (Letzter Zugriff: 20.08.2015).

(ZIS) in Hamburg weitere Erkenntnisse zur Prävalenz und Inzidenz von HCV unter Opioidsubstituierten beitragen können (ZIS Hamburg 2014); erste Ergebnisse werden Ende 2015 / Anfang 2016 erwartet.

Aktuelle Meldedaten

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten über HIV- und Hepatitis-C-Neudiagnosen sowie akute Hepatitis B an das RKI für das Jahr 2014.

Angaben zur Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis B und C sind auch in Standardtabelle 9 enthalten.

HIV Meldedaten

Dem RKI wurden 3.525 HIV-Infektionen gemeldet, die im Jahr 2014 neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 4,4 Fällen pro 100.000 Einwohner. Männer weisen mit 7,2 Fällen pro 100.000 Einwohner eine deutlich höhere Inzidenz auf als Frauen (1,6 Fälle).

Die höchste Inzidenz der HIV-Diagnosen fand sich in den Stadtstaaten Berlin (12,9 Fälle pro 100.000 Einwohner), Hamburg (11,6) und Bremen (6,8). Andere Großstädte wiesen ähnlich hohe Inzidenzen wie die Stadtstaaten auf.

Bei Männern liegt der Gipfel neudiagnostizierter HIV-Infektionen in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 25 und 29 Jahren, bei Frauen in der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren (RKI 2015d).

HIV Infektionsrisiken

Angaben zum Infektionsweg liegen für 80 % der neudiagnostizierten HIV-Infektionen vor. Bei 704 Meldungen (20 %) liegen entweder keine oder nur unzureichende Angaben zum Infektionsrisiko vor, sodass eine eindeutige Zuordnung nicht möglich ist.

Von den Meldungen mit ausreichenden Angaben (n = 2.821) stellten Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) mit 67 % (n = 1.904) weiterhin die größte Gruppe dar, ihr relativer Anteil sank aber um 4 %. Der Anteil der zweitgrößten Betroffenenengruppe – Personen, die ihre HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben haben – ist sowohl in absoluten Zahlen als auch anteilig angestiegen (von n = 598 auf n = 780, das entspricht einem Anstieg von 24 % auf 28 %). Während sich die absolute Zahl der aus Deutschland stammenden Personen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko kaum veränderte, fiel ihr Anteil von 28 % auf 24 %, weil die Zahl der aus anderen Ländern, insbesondere aus Subsahara-Afrika stammenden Personen weiter angestiegen ist. Der Anteil der Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über i.v.-Drogengebrauch erworben haben (n = 111), ging trotz eines sehr leichten Anstiegs der absoluten Zahl von 101 auf 111 Neudiagnosen anteilmäßig leicht von 4,1 % auf 3,9 % zurück.

Unter den Personen, bei denen angegeben war, dass sie sich in Deutschland mit HIV infizierten, lag der Anteil der Personen mit nicht-deutscher Herkunft für MSM bei 13 %, unter

i.v.-Drogenkonsumenten bei 34 % und für Personen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko bei 37 % (RKI 2015d).

Hepatitis B Meldedaten

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 2.374 Hepatitis-B-Fälle übermittelt, und damit 430 Fälle mehr als im Vorjahr. Von den übermittelten Fällen entsprachen 755 Fälle (32 %) der Referenzdefinition⁵. Damit war der Anteil der der Referenzdefinition entsprechenden Fälle im Vergleich zum Vorjahr um 3 % gesunken bei angestiegener absoluter Anzahl der Fälle. Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 0,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und entspricht somit dem Vorjahresniveau. Die Inzidenz für Hepatitis B lag bei Männern mit 1,3 Erstdiagnosen/100.000 Einwohnern deutlich höher als bei Frauen (0,6). Die Inzidenzen variierten unter den Bundesländern zwischen 0,3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner in Thüringen und 2,6 in Hamburg und wiesen damit eine dem Median der Jahre 2009 bis 2013 ähnliche Schwankungsbreite auf. Die beobachteten regionalen Unterschiede können auf einer unterschiedlichen Verbreitung von Risikoverhaltensweisen in bestimmten Regionen oder auf unterschiedlichem Diagnose- oder Meldeverhalten der Ärzte basieren (RKI 2015c).

Hepatitis B Infektionsrisiken

Es finden sich bei 84 (11 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erkrankungen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert.

Sexuelle Transmissionen wurden mit 46 Erkrankungen (55 % der Erkrankungen mit belastbaren Angaben zum wahrscheinlichen Transmissionsweg) am häufigsten angegeben, gefolgt von 19 Erkrankungen (23 %), in der die Wohngemeinschaft mit einem Hepatitis-B-Virussträger als wahrscheinlicher Transmissionsweg angegeben wurde. I.v.-Drogenkonsum war der dritthäufigste Transmissionsweg (12 Fälle, 14 %) (RKI 2015c). Auf Grund der sehr kleinen Fallzahlen und der hohen Rate an unbekanntem Übertragungswegen sollten diese Zahlen sehr zurückhaltend interpretiert werden.

Hepatitis C Meldedaten

Für das Jahr 2014 wurden insgesamt 5.817 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt⁶. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 7,2 Erstdiagnosen pro 100.000

⁵ Falldefinition: Klinisch-labordiagnostisch bestätigte HBV-Infektion.

⁶ Falldefinition: Da es sowohl labordiagnostisch als auch klinisch kaum möglich ist, akute und chronische HCV-Infektionen zu unterscheiden, werden derzeit alle neu diagnostizierten Meldungen in die Statistik aufgenommen. Jedoch werden Fälle, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis angegeben ist, 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 Referenzdefinition, die seit März 2003 die Grundlage der wöchentlich im Epidemiologischen Bulletin veröffentlichten Zahlen bildet und auch rückwirkend auf die Meldedaten der Jahre 2001 und 2002 angewendet wurde, basiert auf Fallmeldungen mit erstmaligem Labornachweis einer HCV-Infektion, unabhängig vom klinischen Bild, da die Mehrzahl der Neuinfektionen der Hepatitis C (ca. 75 %) asymptomatisch verläuft. Die so angepasste Referenzdefinition bedingt, dass auch Fälle berücksichtigt werden, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt ist oder keine Informationen hierzu vorliegen.

Einwohner. Der Vergleich der Inzidenzen der einzelnen Bundesländer ergab eine weite Spanne: die Inzidenzen variierten in den Bundesländern zwischen 3,0 Erstdiagnosen/100.000 Einwohnern jeweils in Niedersachsen und Brandenburg und 17,4 in Berlin. Seit 2003 ist Berlin das Bundesland mit der höchsten Inzidenz von erstdiagnostizierten Fällen. Mögliche Ursachen sind neben der vollständigeren Meldung und Übermittlung erstdiagnostizierter, teilweise bereits seit längerer Zeit infizierter (chronischer) Fälle vor allem der in großstädtischen Ballungszentren überdurchschnittlich hohe Anteil von Personen, die Risikogruppen angehören, beispielsweise i.v.-Drogenkonsumenten und MSM. Auswertungen für die Berliner Bezirke ergeben unter anderem eine Häufung der Fallzahlen in den Bezirken, in denen sich die Justizvollzugsanstalten befinden und wo deshalb mehr Testungen bei Risikogruppen als in anderen Bezirken durchgeführt werden (RKI 2015d).

Hepatitis C Infektionsrisiken

Es finden sich bei 1.555 (26,7 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erstdiagnosen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert.

Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 81,5 % der Fälle mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg (n = 1.267) übermittelt, gefolgt vom Erhalt von Blutprodukten vor der Einführung der diagnostischen Testung von Blut und Blutprodukten im Jahr 1991 bei 108 Fällen (6,9 %). An dritter Stelle steht die Übertragung in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (n = 87; 5,6 %).

Von den Fällen mit i.v.-Drogenkonsum als Transmissionsweg waren 77,6 % (n = 983) der Erstdiagnostizierten männlich. Unter allen Fällen mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg sind somit 84,8 % der Fälle bei Männern und 71,8 % der Fälle bei Frauen (n = 283) am wahrscheinlichsten durch i.v.-Drogenkonsum übertragen worden. Die Tatsache, dass Männer häufiger i.v.-Drogen konsumieren als Frauen, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern. Bei den Männern mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ als wahrscheinlichem Transmissionsweg für die Hepatitis-C-Infektion zeigt sich eine Altersverteilung mit einem klaren Gipfel in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen (427 Personen, 43,4%), und einer Abnahme hin zu den jüngeren und älteren Gruppen. So machten die jüngsten und ältesten Personen die geringsten Anteile aus (58 Personen (5,9 %) jünger als 25, 21 Personen (2,1%) älter als 59 Jahre). Unter den Fallmeldungen mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ gab es die Zusatzangabe „i.v.-Konsum in Haft“ bei 35 (3,6 %) Männern und 4 (1,4 %) Frauen.

Injizierende Drogengebraucher sind mit Abstand die größte Gruppe der Fälle mit einer Hepatitis-C-Erstdiagnose. Deshalb sollte in Deutschland der Prävention von Hepatitis C speziell unter i.v.-Drogenkonsumierenden höchste Priorität zukommen. Daneben ist auf das Risiko der sexuellen Übertragung durch verletzungsträchtige Praktiken oder bei besonderer Vulnerabilität durch das Vorbestehen von Ko-Infektionen (wie z. B. HIV) bei entsprechenden Gruppen verstärkt aufmerksam zu machen (RKI 2015d).

1.3.2 Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.2)

Es liegen zurzeit keine Informationen dazu vor.

1.3.3 Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen (T1.3.3)

HIV-Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen vor. Die HIV-Infektionsrate unter allen Drogenkonsumenten lag 2013 mit 2,5 % fast auf dem Vorjahresniveau (2012: 2,8 %), unter Opiatkonsumenten gab es mit 4,6 % (2012: 4,9 %) im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls nur eine geringe Schwankung. Differenziert nach Geschlecht zeigt sich erneut eine leicht höhere Infektionsrate bei den Frauen von 5,0 % (Männer 4,5 %). 4,3 % der opioidabhängigen Klienten gaben an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben (Verthein et al. 2014).

Auch aus der Frankfurter Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume (Förster & Stöver 2014) liegen Daten zum HIV-Status der im Jahr 2013 betreuten Klientel vor. 2.528 Personen beantworteten die Frage, ob Sie schon einmal einen HIV-Test gemacht hätten (2012: 2.944 Personen), von diesen waren 94,9 % (n = 2.399) bereits getestet. Wie in den letzten Jahren ließen sich Frauen (96,5 %) etwas häufiger testen als Männer (94,6 %). Von 2.351 Personen liegt das Testergebnis vor, dies entspricht 52 % aller Konsumraumnutzer des Berichtsjahres. 2,9 % gaben an, HIV-positiv zu sein (Männer 2,5 %, Frauen 4,7 %). Längerfristig betrachtet ist der Anteil der HIV-Infizierten unter den Konsumraumnutzern seit 2009 gesunken und lag 2013 knapp unter dem der beiden Vorjahre (2012: 3,2 %, 2011: 3,2 %; 2010: 3,7 %; 2009: 4,4 %). HIV-Infektionen sind bei den Neuzugängen mit 2,0 % seltener. Bei den Fortsetzern liegt der Anteil mit 3,3 % höher. Insbesondere die Frauen unter den Fortsetzern weisen mit 5,9 % eine überdurchschnittlich hohe HIV-Infektionsrate aus. Im Vorjahr lag die HIV-Infektionsrate unter den weiblichen Fortsetzern mit 8,0 % noch höher.

Ebenfalls aus Frankfurt liegen mit der „Szenestudie 2014“ Informationen von 150 Drogenkonsumenten aus der offenen Drogenszene vor (Werse & Egger 2015). 2014 gaben 6 % an, HIV-positiv zu sein. Dieser Wert ist seit 2008 nahezu unverändert und liegt weiterhin deutlich unter dem Wert aus den Befragungen vor 2008.

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der behandelten Patienten erhoben (Braun et al. 2015). Für 41 % (n = 9019) der Opioidklienten ist der HIV-Status bekannt; von diesen sind 4,7 % HIV-positiv. Unter allen Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik, deren HIV-Testergebnis bekannt ist, weisen 4,0 % (n = 603) eine HIV-Infektion auf.

Fasst man die Ergebnisse aus Hamburg, Frankfurt am Main und der DSHS zusammen, so kommt man auf eine durchschnittliche HIV-Prävalenz unter Opioidkonsumenten von ca. 3 bis 6 %. Dieser Wert stellt eine konservative Schätzung der tatsächlichen Prävalenz dar

und muss außerdem vor dem Hintergrund einer hohen Dunkelziffer mit Vorsicht interpretiert werden.

Hepatitis B und C Daten aus zusätzlichen Datenquellen

In der DSHS wurden auch 2014 Daten zum Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionsstatus ambulant behandelter Suchtpatienten erhoben (Braun et al. 2015). Bei 36,6 % (n = 7134) der Opioidklienten ist das Testergebnis bekannt; für diese liegt die Hepatitis-B-Prävalenz bei 6,6 % (n = 474), bei allen getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 4,7 % (n = 550). Testergebnisse für Hepatitis C liegen für 44 % der Opioidklienten vor (n = 9837), die Prävalenz für Hepatitis C beträgt hier 48,8 % (n = 4.797, davon bei 574 akut, bei 4.223 chronisch). Bei allen getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik (n = 15.754) liegt die Hepatitisprävalenz bei 33,6 % (n = 5.289).

Laut der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) waren 2013 48,7 % der Opioidkonsumenten mit Hepatitis C infiziert (2012: 50,1 %; 2011: 48,8 %; 2010: 44,5 %; 2009: 48 %), der Anteil an Hepatitis-C-Infizierten lag bei allen Drogenkonsumenten bei 21,1 %. 4,1 % der Opioidkonsumenten hatten noch keinen Test gemacht (Verthein et al. 2014).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2013 (Förster & Stöver 2014) gaben 52 % (n = 2.303) der Konsumraumnutzer an, ob bereits ein Hepatitis-B- und/oder Hepatitis-C-Test gemacht wurde. Von diesen waren 43,2 % (995 Personen) positiv auf Hepatitis C getestet worden, 1,3 % (30 Personen) auf Hepatitis B und weitere 1,3 % (30 Personen) auf Hepatitis B und C. 82 % der Testergebnisse stammen aus den Jahren 2012 und 2013 und sind damit recht aktuell. Es gab kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Ähnlich wie bei HIV und konsistent zu den Ergebnissen der letzten Jahre waren ältere Drogenkonsumenten häufiger mit Hepatitis infiziert als jüngere. So betrug das Durchschnittsalter der Konsumraumnutzer, die nicht mit einem Hepatitis-Virus infiziert waren, 35,9 Jahre, dagegen belief sich das Durchschnittsalter derjenigen, die mit einer Hepatitis infiziert waren, auf 37,7 Jahre. Ebenso wiesen Fortsetzer eine höhere Infektionsrate auf als Neuzugänge (49 % vs. 39 %). In der offenen Szene in Frankfurt ist der Anteil derer, die angeben mit Hepatitis C infiziert zu sein rückläufig (Werse & Egger 2015). Während in den meisten Vorjahren rund zwei Drittel der Befragten angab, HCV-positiv zu sein, gaben dies 2014 nur 51 % an.

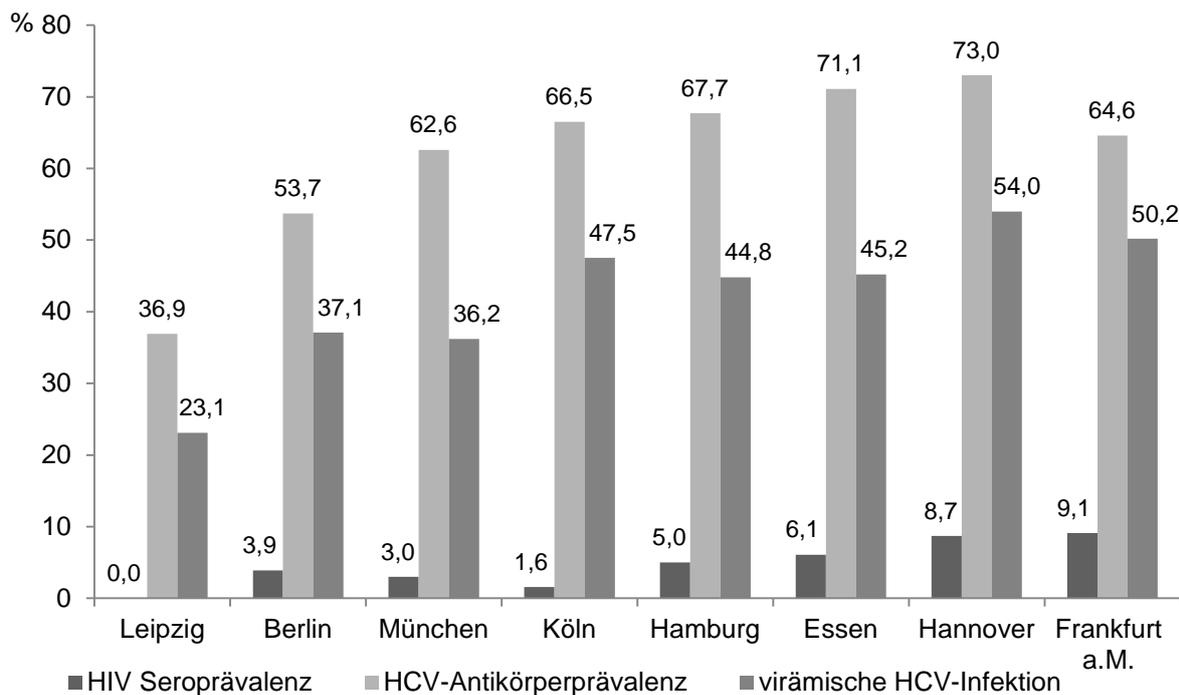
Ergebnisse der DRUCK-Studie

Das RKI hat in Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe von 2011 bis 2015 eine Studie zu HBV, HCV und HIV unter i.v.-Drogenkonsumenten (IVD) in acht Städten in Deutschland (Berlin, Essen, Leipzig, Frankfurt am Main, Köln, Hannover, München und Hamburg) durchgeführt. Bei der DRUCK-Studie handelt es sich um einen Sero- und Verhaltenssurvey, mit dem Informationen zu Infektionsrisiken und Verhaltensweisen von Menschen, die sich aktuell Drogen spritzen, erhoben wurden. Anhand von Blutproben wurden zudem serologische und molekularbiologische Marker für HBV, HCV und HIV bestimmt.

Die Datenerhebung erfolgte in allen acht Städten jeweils in lokalen Einrichtungen der Drogenhilfe, zum Teil in Kooperation mit lokalen AIDS-Hilfen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). An der Studie konnten Personen, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, mindestens 16 Jahre alt waren und in der jeweiligen Studienstadt konsumierten, teilnehmen. Insgesamt wurden 2.077 Personen aus acht Städten in die Studie eingeschlossen. Durch die Rekrutierung nach dem Schneeball-System (Respondent Driven Sampling) konnten auch Personen in die Studie eingeschlossen werden, die nicht an das Drogenhilfesystem angebunden waren.

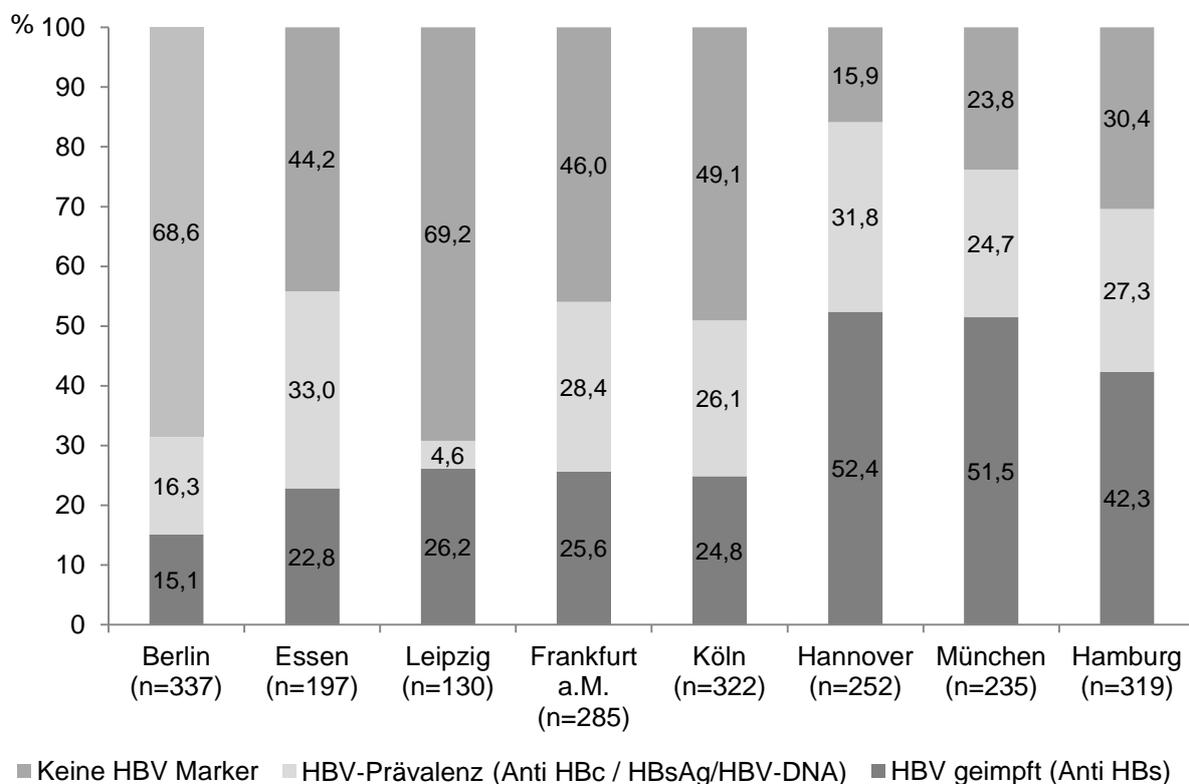
Die Ergebnisse der DRUCK-Studie zeigen deutliche Unterschiede zwischen den acht Studienstädten; sowohl in der Alters- und Sozialstruktur, den primär konsumierten Substanzen als auch in der Prävalenz der getesteten Infektionen. Der Anteil von Frauen unter den Studienteilnehmenden lag in den acht Studienstädten zwischen 18 und 35 %, während der Anteil der nicht in Deutschland Geborenen von 9 bis 31 % reichte. Die Anteile von Migranten der ersten und zweiten Generation in den einzelnen Studienstädten variierten ebenfalls deutlich (18 – 45 %). Das mediane Alter der Teilnehmenden lag zwischen 29 und 41 Jahren. Ein hoher Anteil der IVD (53 – 77 %) gab an, bereits jemals im Leben obdachlos gewesen zu sein. 7 – 29 % der Teilnehmenden waren in den letzten 12 Monaten obdachlos oder in einer Notunterkunft untergebracht. 55 – 88 % der Teilnehmenden gaben an, jemals zuvor in ihrem Leben in Opioidsubstitutionstherapie gewesen zu sein, 31 – 65 % gaben an, aktuell substituiert zu werden.

Deutliche Unterschiede zeigten sich auch in der Prävalenz der untersuchten Infektionen. Die HIV-Prävalenz unter den Teilnehmenden schwankte innerhalb der Studienstädte zwischen 0 und 9 % (s. Abb. 1). Die Hepatitis-C-Antikörper-Prävalenz bewegte sich in den Studienstädten zwischen 37 und 73 %. Die HCV-RNA-Prävalenz betrug 23 – 54 % (s. Abb. 1). Somit sind bis zu 54 % der teilnehmenden IVD von einer aktiven, potenziell behandlungsbedürftigen Hepatitis C betroffen, die auf andere Personen übertragbar ist.



RKI 2015b.

Abbildung 1 HIV Seroprävalenzen, HCV-Antikörperprävalenzen und virämische HCV-Infektionen nach Studienstädten (DRUCK-Studie)



RKI 2015b.

Abbildung 2 Hepatitis-B-Status nach Studienstädten (DRUCK-Studie)

Die Hepatitis-B-Impfprävalenz, gemessen durch Nachweis von Anti-HBs, lag bei 15 – 52 % (s. Abb. 2). Die Hepatitis-B-Prävalenz bewegte sich je nach Stadt zwischen 5 und 33 %, wobei der Anteil aktiver Infektionen mit Nachweis von HBs-Antigen oder HBV-DNA zwischen 0,3 und 3 % lag (RKI 2015b).

1.3.4 Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.4)

In der DRUCK-Studie des RKI (Beschreibung s.o.) wurden Daten zu riskantem Verhalten und Wissen über Schutzmöglichkeiten vor Infektionen der i.v.-Drogenkonsumenten erfragt. Bei der untersuchten Population handelte es sich größtenteils um Personen mit bereits seit langer Zeit praktiziertem Drogenkonsum, die mediane Konsumdauer der Teilnehmenden betrug zwischen 10 und 18 Jahren. 76 – 88 % der untersuchten IVD gaben an, in den letzten 30 Tage Drogen injiziert zu haben. Während Heroin von den Teilnehmenden in allen acht Studienstädten zum Zeitpunkt der Befragung sehr häufig konsumiert wurde (57 – 85 %), gab es deutliche Unterschiede beim Konsum von Kokain, Crack und Metamphetamin (Crystal) in den Studienstädten.

17 – 37 % der Teilnehmenden berichteten, in den letzten 30 Tagen täglich i.v. Drogen konsumiert zu haben. Beim injizierenden Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen berichteten 5 – 22 %, Spritzen und/oder Nadeln mit anderen geteilt zu haben, 32 – 44 % gaben an, andere Utensilien wie Filter, Pfännchen oder Wasser geteilt zu haben. Von 36 – 48 % der Studienteilnehmenden – je nach Stadt – wurde berichtet, mindestens eine dieser Unsafe-Use-Verhaltensweisen innerhalb der letzten 30 Tage praktiziert zu haben.

Ein hoher Anteil der IVD (73 – 86 %) gab an, bereits mindestens einmal im Leben inhaftiert gewesen zu sein, im Median 3 – 5 Mal. Bei der Abfrage wurden alle Haftarten eingeschlossen. 10 – 21 % aller Teilnehmenden mit Hafterfahrung berichteten, noch in den letzten 12 Monaten vor der Studienteilnahme inhaftiert gewesen zu sein. Im Durchschnitt gab etwa ein Drittel der jemals Inhaftierten (18 – 40 % je nach Studienstadt) an, in Haft auch Drogen gespritzt zu haben und hierbei durch die Verwendung nicht steriler Injektionsutensilien zur Drogeninjektion ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein. 3 % aller teilnehmenden IVD mit Hafterfahrung (Spanne von 0,6 – 6 %) gaben an, in Haft mit dem i.v.-Konsum begonnen zu haben.

Das Wissen zu allgemeinen Aspekten, gemeinsamen Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten bezüglich einer HBV-, HCV- und HIV-Infektion war relativ gut ausgeprägt. Deutliche Wissensdefizite fanden sich bei speziellen drogenkonsumassoziierten Übertragungswegen der Hepatitis C, wie durch das Teilen von Filtern, Löffeln, Wasser und durch das Teilen von Röhrchen zum Sniefen. Noch weniger ausgeprägt war das Wissen zu Hepatitis B und zur Prävention durch Impfung sowie die Kenntnis einer HIV-Postexpositionsprophylaxe und dem Schutz vor einer HIV-Übertragung durch eine effektive Therapie (RKI 2015b).

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe 2013 wurden die betreuten Opioidkonsumenten unter anderem nach dem gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck gefragt. Ähnlich wie im Vorjahr gaben 5,6 % an, in den letzten 30 Tagen Spritzen

gemeinsam mit anderen Konsumenten genutzt zu haben (2012: 5,7 %), die Lebenszeitprävalenz wurde mit 31,6 % (2012: 31,4 %) angegeben (Verthein et al. 2014).

In der offenen Drogenszene in Frankfurt ist im Jahr 2014 das Teilen von Drogen aus einer Spritze wie in den Vorjahren weiterhin zurückgegangen; diese Praxis wurde nur noch von 6 % angegeben (Werse & Egger 2015). Etwas angestiegen (auf 15 %) ist hingegen die gemeinsame Nutzung von Spritzutensilien, ebenso wie das mehrfache Verwenden von Injektionsnadeln (20 %). Mit 63 % wies weiterhin eine Mehrheit der Befragten kein derartiges Risikoverhalten auf.

1.3.5 Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.5)

Es liegen derzeit keine aktuellen epidemiologischen Daten zu diesem Themenbereich vor.

1.3.6 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.6)

Es liegen aktuell keine zusätzlichen Informationen vor.

1.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.4 sowie T1.4.1)

Somatische und psychische Komorbidität bei Drogenkonsumenten

Neben der Belastung durch die oben beschriebenen Infektionskrankheiten sind Drogengebraucher 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 Patienten die Daten fehlen, kann auf Grundlage der wenigen verbliebenen Datenpunkte keine seriöse Schätzung zu Komorbiditäten vorgenommen werden.

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2013 finden sich jedoch sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Verthein et al. 2014):

Die 4.528 Opiatklientinnen und -klienten konsumierten zusätzlich zu Opiaten häufig andere Substanzen in problematischer Weise bzw. hatten zusätzlich nichtstoffliche Süchte. Im Mittel wurden bei der Opiatklientel 4,2 weitere Problembereiche festgehalten (inklusive Glücksspiel und Essstörungen, exklusive Tabak). Es gab in der Anzahl der zusätzlichen Problembereiche keine relevanten Geschlechtsunterschiede, jedoch unterschieden sich teilweise die Schwerpunkte der zusätzlichen Problematiken. Die am häufigsten zusätzlich zu Opiaten konsumierten Substanzen waren Kokain (66 %), Cannabis (63 %), Alkohol (58 %), Crack (45 %) und Sedativa (44 %). Die Anteile der männlichen Betreuten waren zumeist höher als die der weiblichen. Dies traf insbesondere auf Cannabis (67 % vs. 53 %) und Alkohol (60 % vs. 51 %) zu, während bei den Sedativa und sehr deutlich bei den Essstörungen anteilig mehr Frauen betroffen waren (Sedativa 46 % Frauen vs. 43 % Männer, Essstörungen 14 % vs. 3 %).

24 % der Personen in der Gruppe der Opiatkonsumenten wurden von den Betreuern als erheblich oder extrem körperlich-gesundheitlich belastet eingeschätzt, weitere 30 % wurden als mittel gesundheitlich belastet eingestuft. Darüber hinaus wurden 36 % der Klienten als psychisch erheblich oder extrem belastet eingestuft, Frauen (43 %) dabei deutlich öfter als Männer (34 %). 31% der Klienten berichteten von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Frauen 42 %, Männer 27 %). Die am häufigsten genannten Symptome waren depressive Stimmung (21 % der Klienten), Unruhezustände (20 %) und Ängste/Phobien (17 %). Etwas seltener wurden überhöhte Selbsteinschätzung (12 %), mangelnde Impuls-/Affektkontrolle (10 %) und Aggressionen (7 %) genannt. Die psychischen Symptome sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu stabilisieren

Unter den 2.367 betreuten Klienten mit einer hauptsächlichen Cannabis-Diagnose wird zwischen einer Subgruppe ohne Alkoholprobleme (THC-Gruppe) und einer Subgruppe mit Alkoholproblemen (THC/ALK-Gruppe), die deutlich belasteter ist, unterschieden. Insgesamt litten im Durchschnitt 56 % der Cannabis-Konsumenten unter körperlich-gesundheitlichen Beeinträchtigungen, jedoch war die THC-Gruppe deutlich gesünder (4 % mit erheblichen oder extremen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, 55 % ohne gesundheitliche Beschwerden), die THC/ALK-Gruppe deutlich körperlich eingeschränkter (10 % mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nur 34 % ohne Beschwerden). Darüber hinaus berichtete die THC/ALK-Gruppe auch deutlich häufiger von Schlafstörungen (46 %, THC-Gruppe 35 %). Psychisch-seelische Belastungen waren in der Gruppe der Cannabis-Konsumenten deutlich stärker ausgeprägt als die körperlichen, 88 % waren davon betroffen, 30 % in erheblichem oder extremem Ausmaß. In dieser Schwere waren Frauen häufiger (41 %) als Männer betroffen (27 %) – wie auch bei den nachfolgend aufgeführten Einzelerkrankungen. Über ein geringes Maß hinaus waren die Cannabisklientinnen und -klienten betroffen von Nervosität/Unruhe (49 %), depressiver Stimmung (45 %), überhöhter Selbsteinschätzung (39 %), Ängsten/Phobien (38 %), einer mangelnden Impuls- bzw. Affektkontrolle (34 %) sowie übermäßigen Aggressionen (30 %). Psychische Beeinträchtigungen belasteten die THC/ALK-Subgruppe und Frauen stärker als die THC-Klientel bzw. Männer.

Jede/r Zehnte (11 %) dieser Klientel hat in seinem Leben bereits einmal einen Suizidversuch unternommen: jede fünfte der betreuten Frauen (21 %) und jede sechste Person der komorbiden THC/ALK-Klientel (16 %).

Auf neuere Erkenntnisse zur Behandlung von psychischen Störungen bei gleichzeitig bestehender Abhängigkeitsproblematik wird im Workbook „Treatment“ eingegangen.

Nebenwirkungen nicht-medizinischen Cannabiskonsums

In einer neueren Studie von Wartberg et al. (2014) wurden 20 Jugendliche, die sich wegen Cannabiskonsums in Behandlung befanden und zum Studienzeitpunkt seit mehreren Wochen abstinent waren auf mögliche Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit

untersucht. Dazu wurden verbale Lern- und Behaltensleistungen, visuell-räumliche Gedächtnisleistungen sowie die selektive Aufmerksamkeit mit etablierten neuropsychologischen Testverfahren untersucht sowie ein Fragebogen zu subjektiv erlebten Aufmerksamkeitsdefiziten eingesetzt. Die Ergebnisse sprechen nach mehrwöchiger Abstinenz für leichte Defizite in spezifischen verbalen Lernleistungen bei den Cannabiskonsumenten. Beim visuell-räumlichen Gedächtnis und selektiven Aufmerksamkeitsfunktionen zeigte sich in den Tests kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dagegen berichteten die Cannabiskonsumenten signifikant mehr subjektive Aufmerksamkeitsdefizite im Alltag. Die Autoren geben keine abschließende Einschätzung dazu ab, ob jugendliche Cannabiskonsumenten tatsächlich mehr Aufmerksamkeitsprobleme im Alltag haben könnten oder ob es sich hierbei um eine überzogene subjektive Wahrnehmung von Problemen handelt (Wartberg et al. 2014).

Eine aktuelle Übersichtsarbeit zu Risiken bei nichtmedizinischem Cannabisgebrauch von Hoch et al. (2015) zählt eine ganze Reihe von Symptomen auf, die in Abhängigkeit verschiedener Faktoren auftreten können. Insbesondere hochdosierter, langjähriger und intensiver Cannabisgebrauch sowie Konsumbeginn im Jugendalter können mit einer Abhängigkeit (DSM-5; ICD-10), spezifischen Entzugssymptomen, kognitiven Einbußen, affektiven Störungen, Psychosen, Angststörungen und körperlichen Schädigungen (vor allem respiratorische und kardiovaskuläre Erkrankungen) einhergehen. Die Autoren schlussfolgern, dass weitere Forschung notwendig ist, um die Kausalität des Zusammenhangs von intensivem Cannabiskonsum und möglichen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit zu klären.

Nebenwirkungen bei Neuen Psychoaktiven Substanzen

Im Rahmen des EU-Projekts „SPICE II plus“ wurde in den Jahren 2013 und 2014 ein Online-Survey unter Konsumierenden von NPS durchgeführt. Hierbei wurden unter anderem kurz- sowie mittel- bis langfristige negative Effekte von NPS bei n = 771 Konsumenten erhoben. 666 der Konsumenten berichteten von Erfahrungen mit synthetischen Cannabinoiden, 347 von Erfahrungen mit Research Chemicals und 225 von Erfahrungen mit anderen Legal Highs wie etwa Badesalzen (Doppelnennungen möglich). Die am häufigsten berichteten kurzfristigen negativen Effekte waren Herzrasen, Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen, Übelkeit und Panikattacken. Als mittel- und langfristige negative Folgen wurden am häufigsten Craving und Entzugssymptome berichtet. Die meisten negativen Effekte wurden für synthetische Cannabinoide genannt, dies gilt ebenso für schwerere Nebenwirkungen wie Bewusstlosigkeit oder Atemnot und Entzugssymptome. Personen mit häufigerem Konsum (mindestens zehnmaliger Konsum einer Substanz) berichteten deutlich mehr negative Effekte als Personen mit gelegentlichem Konsum (Persönliche Mitteilung Centre for Drug Research Frankfurt 2015).

Tabelle 4 Negative Effekte von NPS

	Synthetische Cannabinoide	Research Chemicals	Andere Legal Highs
	N=666	N=347	N=225
Kurzfristige negative Effekte			
Herzrasen	67 %	53 %	48 %
Kopfschmerzen	44 %	33 %	33 %
Übelkeit / Erbrechen	38 %	33 %	28 %
Magenschmerzen	16 %	17 %	17 %
Kreislaufprobleme / niedriger Blutdruck etc.	49 %	33 %	31 %
Muskelkrämpfe	13 %	16 %	16 %
Bewusstlosigkeit / Koma	6 %	4 %	3 %
Panikattacken, "Horror Trips" etc.	36 %	26 %	22 %
Atemnot	15 %	7 %	9 %
Mittel-/langfristige negative Effekte			
Entzugssymptome / Abhängigkeit	15 %	13 %	11 %
Probleme in der Schule / Arbeit	7 %	7 %	8 %
Probleme in der Partnerschaft / Familie	11 %	14 %	9 %
Dauerhafte körperliche Probleme	5 %	5 %	6 %
Dauerhafte psychische Probleme	10 %	11 %	9 %
Craving	20 %	26 %	22 %

Persönliche Mitteilung Centre for Drug Research Frankfurt 2015.

1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5)

1.5.1 Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.1)

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 (v. a. Substitution, siehe Workbook Behandlung) und Verbesserung der Haltequoten,
- Verbesserung des Übergangsmagements nach Haftentlassungen (siehe Workbook Gefängnis),
- Bereitstellung von Drogenkonsumräumen,
- Verbesserung der Reaktion Umstehender im Falle eines Drogennotfalls (Erste-Hilfe-Trainings, Naloxon-Programme).

Nähere Informationen zur Nationalen Strategie finden sich im Workbook Drogenpolitik; die Nationale Strategie ist zudem online zugänglich⁷.

1.5.2 Organisation der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.2)

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumenten als auch als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung behandelt. Informationen über Umfang und Art dieser Maßnahmen stehen nur für einen Teil der spezifischen Maßnahmen zur Verfügung, da diese von spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden oder im Rahmen besonderer Programme stattfinden.

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.

1.5.3 Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.3)

Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

EBDD und ECDC benennen in einem gemeinsam veröffentlichten Dokument zur Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten sieben (ECDC & EMCDDA 2011):

- Gesundheitsförderung/Bereitstellung von Information und Aufklärung zu Infektionskrankheiten mit Fokus auf Safer-Use- und Safer-Sex-Verhalten
- Bereitstellung von sterilem Injektionsbesteck und -zubehör (Safer-Use-Angebote)
- Bereitstellung von Impfungen (Hepatitis A und B, Tetanus, Influenza etc.)
- Bereitstellung von Testmöglichkeiten
- Bereitstellung effektiver Behandlungsangebote (insbesondere Substitution, s. Workbook Behandlung)
- Zugang zur Behandlung der Infektionskrankheiten
- Schaffung von an die Zielgruppe angepassten Rahmenbedingungen bei der Bereitstellung dieser Angebote (z. B. aufsuchende Angebote, Streetwork, niedrigschwellige Einrichtungen, Kooperation zwischen Drogenberatungsstellen und niedergelassenen Ärzten etc.).

⁷ http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf (Letzter Zugriff: 11.08.2015).

Safer-Use-Angebote

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

Daten zum Spritzentausch werden in Deutschland zumeist nur von einzelnen Einrichtungen in ihren jeweiligen Jahresberichten dokumentiert. Eine bundesweite Zusammenstellung der vorhandenen Daten findet nicht statt. Eine Übersicht über die Standorte der 160 in 9 Bundesländern verfügbaren Spritzenautomaten findet sich auf einer von der Deutschen Aidshilfe (DAH) bereitgestellten Internetseite⁸. Von den 160 von der Aidshilfe gezählten Spritzenautomaten befinden sich 102 in Nordrhein-Westfalen und 15 in Berlin, wohingegen in sieben Bundesländern kein einziger Spritzenautomat dokumentiert ist. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland noch nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings ist die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern sehr lückenhaft, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte. Es kann also nicht von einer erschöpfenden Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik ausgegangen werden.

Das einzige Bundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet, ist Nordrhein-Westfalen. Für das Jahr 2014 berichtet die AIDS-Hilfe NRW von 1.764.825 in Einrichtungen abgegebenen losen Spritzen sowie von 121.142 an Automaten abgegebenen Spritzen⁹.

In Berlin hat Fixpunkt e.V. im Frühjahr 2015 ein Assessment in 16 Projekten/Einrichtungen in Berlin vorgenommen sowie die Zahl der an Spritzenautomaten abgegebenen Utensilien evaluiert. Von den im Jahr 2014 in Berlin insgesamt dokumentierten abgegebenen 922.000 Nadeln und 521.000 Spritzen entfallen ca. 30 % auf Automaten und 65 % auf lose Vergabe durch verschiedene Projekte. In den letzten drei Jahren wurden durch Veränderung der Vergabe-Regularien die Ausgabemengen von sterilem Wasser, sterilen Filtern und Entsorgungsdosen deutlich gesteigert. Dabei wurde ein Paradigmenwechsel weg vom „Spritzentausch“ (neues Material im Tausch für altes) hin zu einer bedarfsorientierten „Konsumutensilienvergabe“ eingeleitet. Die Autoren stellen fest, dass die von der WHO empfohlene Menge von 200 Spritzensets pro i.v.-Drogenkonsument in Berlin nicht erreicht wird. In 2014 wurden pro i.v.-Drogenkonsument ca. 154 Kanülen und 87 Spritzen (bezogen auf die unterste Schätzgrenze von 6.000 Injizierenden) ausgegeben. Automaten haben eine erhebliche Bedeutung bei der Versorgung der Zielgruppe. Nach Einschätzung der Autoren könnten mobile Angebote fehlende stationäre Anlaufstellen kompensieren oder ergänzen. Sie stellen außerdem eine hohe Akzeptanz von Innovationen bei der Zielgruppe fest, etwa

⁸ <http://www.spritzenautomaten.de/> (Letzter Zugriff: 20.08.2015).

⁹ http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/abfrage_spritzen_2011-2013.pdf (Letzter Zugriff: 07.08.2014).

bei Veränderung der Vergabemodalitäten bei Filtern und einer Sortimentserweiterung durch Entsorgungsdosen (Leicht und Blättner 2015).

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 184 deutschen Gefängnissen (Statistisches Bundesamt 2015b) existiert ein Spritzenautomat. Vor diesem Hintergrund hat die DAH bereits 2013 eine Kampagne gestartet, um die Situation inhaftierter Drogengebrauchender zu verbessern (DAH 2013). Die DAH lädt dazu ein, an einer Online-Kampagne teilzunehmen¹⁰, mit der sich für das Recht Gefangener auf Gesundheit eingesetzt wird. Die Initiative wird vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und von akzept e.V. unterstützt.

Informationen zur Spritzenvergabe finden sich auch in Standardtabelle 10.

Bereitstellung von Drogenkonsumräumen

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin sind Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen wichtige Anlaufstellen für die betroffenen Menschen. In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot und mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige anzubieten. 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 sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) in 15 Städten insgesamt 23 stationäre Drogenkonsumräume, sowie ein Drogenkonsummobil in Berlin¹¹. Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen bisher nur für einzelne Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Im Folgenden werden exemplarisch Daten aus Frankfurt berichtet:

In den vier Frankfurter Konsumräumen wurden im Jahr 2013 insgesamt 191.729 Konsumvorgänge mit 257.861 Konsumeinheiten dokumentiert (bringt ein Konsument mehr als eine Substanz mit, wird dies als ein Vorgang mit mehreren Einheiten gezählt). Bei 4.465 Konsumraumnutzern, darunter 1.052 Neuzugänge 2013, entspricht dies einem Durchschnitt von 58 Konsumvorgängen pro Nutzer pro Jahr. Dabei gab es 470 Personen, die den Konsumraum mehrfach die Woche nutzten und so auf über 100 Konsumvorgänge im Jahr kamen („Intensivnutzer 100“).

¹⁰ www.drogenundmensenrechte.de (Letzter Zugriff: 21.08.2015).

¹¹ Siehe auch www.drogenkonsumraum.net (Letzter Zugriff: 20.08.2015).

Wie in den Vorjahren dominieren bei den in den Konsumräumen intravenös injizierten (i.v.) Drogen Heroin und Crack. Mit 38,7 % (2012: 48 %) der Nennungen wird am häufigsten Heroin allein (ohne weitere Drogen) konsumiert. An zweiter Stelle der Nennungen folgt mit 37,2 % (2012: 32,0 %, 2011: 24 %) Heroin in Kombination mit Crack und an dritter Stelle mit 22,5 % (2012: 16,8 %) Crack allein. Während also der Konsum von Heroin als alleiniger Droge deutlich sinkt, nehmen der Mischkonsum von Heroin mit Crack sowie der alleinige Crack-Konsum deutlich zu. Kokain ohne weitere Drogen wurde wie im Vorjahr von 0,6 % intravenös konsumiert. Nur noch 0,2 % der Konsumraumnutzer konsumieren i.v. Benzodiazepine (2012: knapp 2 %; 2011: 14 %). Seit November 2011 fällt das Benzodiazepin Flunitrazepam (Rohypnol) ausnahmslos unter das Betäubungsmittelgesetz, was eine naheliegende Erklärung für den starken Rückgang der Zahl der Konsumvorgänge mit Benzodiazepinen ist. Alle anderen psychotropen Substanzen werden nur selten genannt (0,4 %).

Der Anteil nicht intravenöser Konsumvorgänge (v.a. rauchen/inhalieren der Substanz), der in den letzten Jahren gestiegen ist, blieb mit 4,9 % etwa auf dem Vorjahresniveau (2012 5,1 %; 2011 und 2010 ca. 3 %). Der Anstieg zwischen 2010/11 und 2012 lässt sich sowohl auf logistische Gegebenheiten wie die Installation einer Lüftungsanlage zurückführen wie auch auf die Wirkung des bundesweiten Projekt „SMOKE IT!“, das offensiv Werbung für inhalativen Heroinkonsum als alternative Applikationsform gemacht hat (Förster & Stöver 2014).

Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen

Die tatsächliche Zahl der Hepatitis-Kranken in Deutschland ist auf Grund eines Defizits im Bereich der Diagnostik unbekannt, obwohl Schätzungen aus verschiedenen Datenquellen vorliegen (Wedemeyer 2013). Für aktuelle Inzidenzen siehe 1.3.1 und 1.3.3. Die Deutsche Leberstiftung und ihre Partner fordern daher ein systematisches Screening auf Hepatitis. Vor allem sollen die Empfehlungen für eine Testung einfacher werden und die Erfassung von Risikogruppen wie Migranten, Gefängnisinsassen und Drogengebrauchern verbessert werden. Das 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 in erweiterter Form z.B. in Berlin¹² fortgeführt (DAH 2010). Ca. 10 % der in Berlin festgestellten HIV-Infektionen waren im Rahmen des Schnelltestprojekts diagnostiziert worden (aerzteblatt.de 2013a). Im Rahmen der kürzlich abgeschlossenen DRUCK-Studie des RKI (2015b) wurde Studienteilnehmern ein HIV-Schnelltest angeboten. Dieses Angebot wurde je nach Studienstadt von 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.

¹² www.testit.fixpunkt-berlin.de (Letzter Zugriff: 20.08.2015).

Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen (bng) berichtet auf der Basis von Daten des Deutschen Hepatitis-C-Registers, dass nur etwa die Hälfte der diagnostizierten Patienten mit einer Hepatitis C in der Vergangenheit eine adäquate medikamentöse Behandlung erhalten hat (aerzteblatt.de 2014). Dieses Defizit ist in Bezug auf die Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten noch gravierender. Obwohl sie in Deutschland die größte Gruppe der mit Hepatitis-C-Infizierten darstellen, werden sie in sehr viel geringerem Umfang behandelt als Infizierte mit einem anderen Infektionsrisiko, was mitunter an einer in der Ärzteschaft verbreiteten ablehnenden Haltung gegenüber Drogenkonsumenten liegt (Gölz 2014). Für aktuelle Entwicklungen in der Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten siehe T3.3.

1.5.4 Kontextinformationen zur Routineevaluation von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.4)

Es gibt in Deutschland kein bundesweites Monitoring der Maßnahmen zur Schadensminderung. Das Institut für Therapieforschung (IFT) München hat im Jahr 2011 eine bundesweite Evaluation von Spritzentauschprogrammen vorgenommen, deren Ergebnisse in den Reitox Berichten 2011 und 2012 zu finden sind (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011; 2012). Für aktuelle Evaluationen einzelner Projekte siehe 1.5.3.

1.5.5 Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.5)

Es liegen zurzeit keine zusätzlichen Informationen zu diesem Themenbereich vor.

1.6 Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.6)

Es liegen zurzeit keine Informationen zu diesem Themenbereich vor.

1.7 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.7, T1.7.1)

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

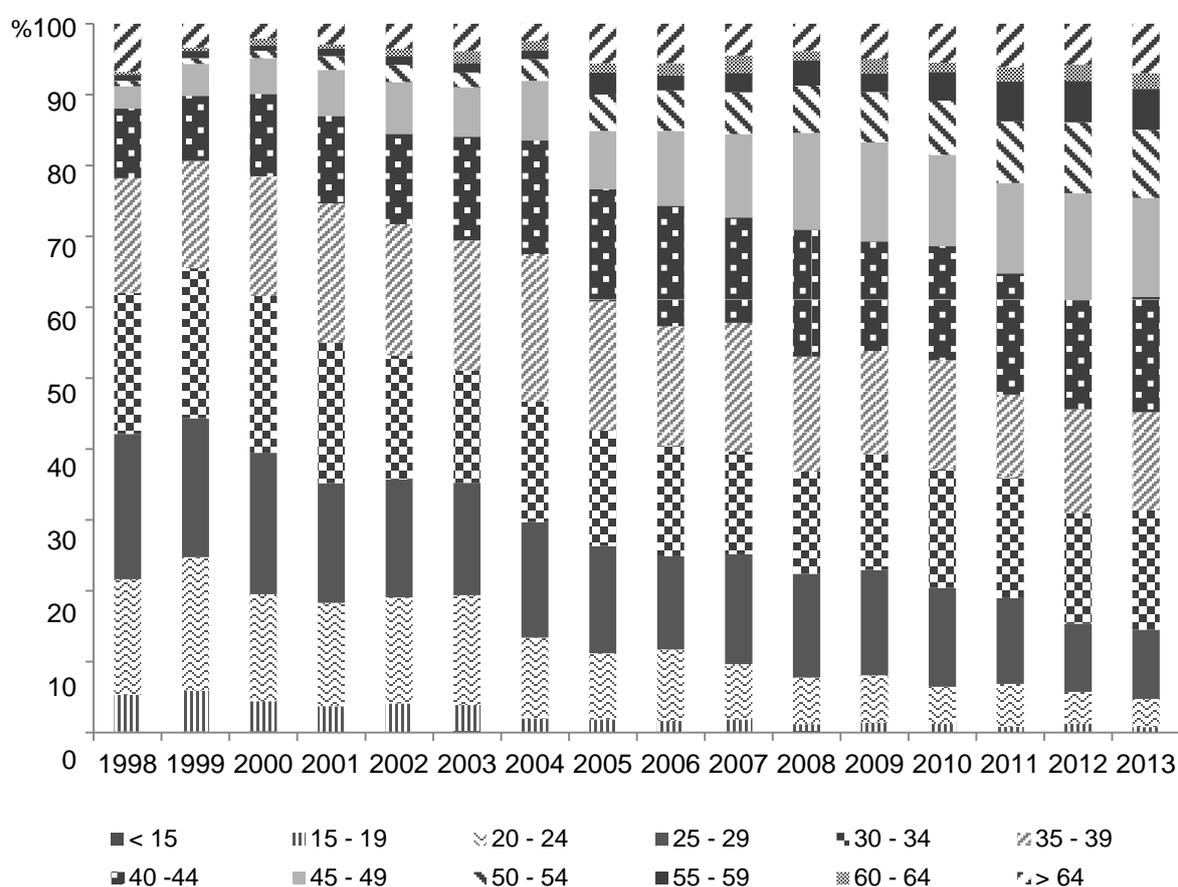
2 Trends (T2)

2.1 Kurzzeit-Trends von gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums und Angeboten zur Schadensminderung (T2.1)

2.1.1 Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Im Berichtsjahr 2013 stieg die Zahl der Drogentodesfälle im allgemeinen Sterberegister um 9,3 % gegenüber dem Vorjahr (2013: 1.179 Personen; 2012: 1.079). Ein so deutlicher Anstieg wurde zuletzt 2008 und davor 2004 beobachtet. Der zuletzt konsolidierte Trend auf niedrigerem Niveau ist damit zunächst beendet worden. Der Frauenanteil ist gegenüber dem Vorjahr um 1,2 Prozentpunkte auf 22,0 % gesunken.



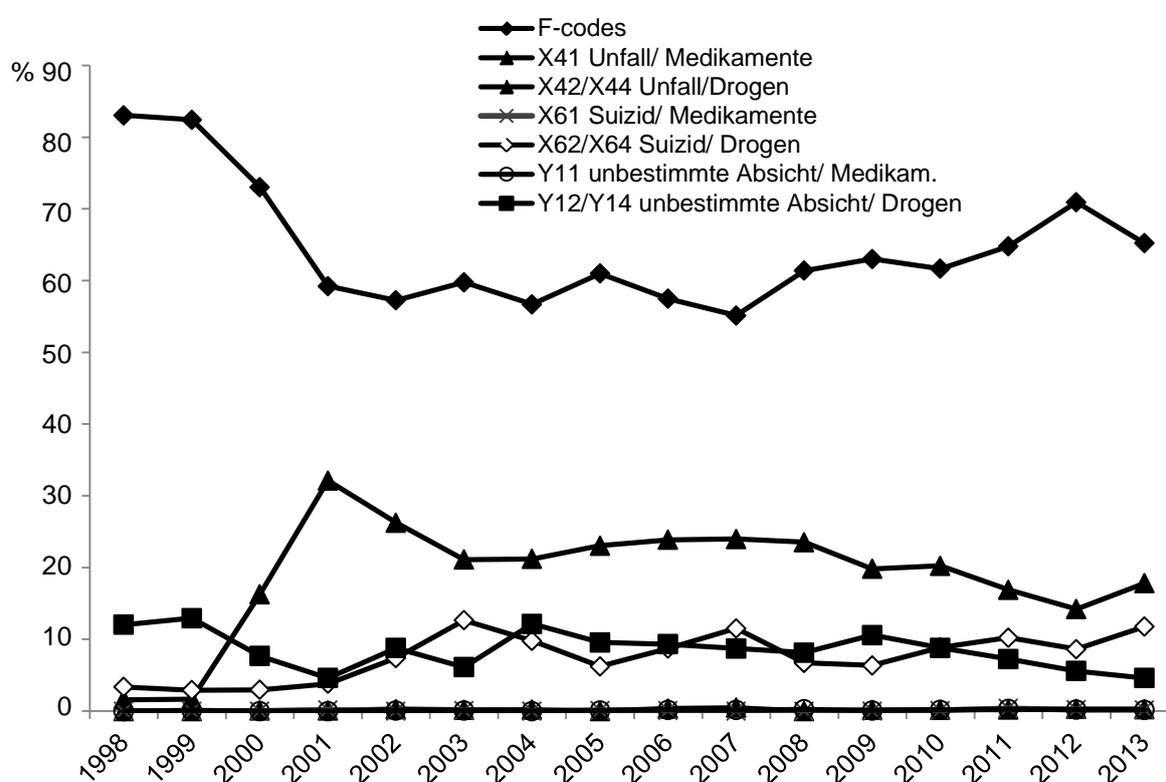
Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 3 Trend drogenbezogener Todesfälle nach Altersgruppen 1998 bis 2013

Die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre zeigt noch immer einen gewissen Trend zu immer höheren Anteilen älterer Altersgruppen, jedoch sinken die Anteile der unter 25-Jährigen nicht mehr so deutlich wie in den vergangenen Jahren. Zu beachten ist weiterhin in der Altersgruppe der über 60-Jährigen

(deren Anteil auf 9,2 % gestiegen ist) die potentielle Übererfassung, da Todesfälle von Schmerzpatienten insbesondere bei nicht leitliniengerechter Fehlkodierung miterfasst werden könnten. Nach wie vor gibt es keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten harter Drogen. Im Gegenteil ist ihr Anteil sogar weiter gesunken. Das Alterssegment der unter 25-Jährigen wies 2013 mit 4,7 % (2012: 5,7 %) den niedrigsten beobachteten Stand seit 1998 auf (s. Abb. 3).

Bei der Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Todesursachen besteht die Schwierigkeit, dass häufig nur die Grunderkrankung, nicht jedoch die akute Intoxikation kodiert wird. In den letzten 15 Jahren wurde stets für deutlich unter 50 % der registrierten Fälle die akute Intoxikation dokumentiert (s. Abb. 4), die absolute Mehrheit aller Kodierungen entfällt auf F-Codes.

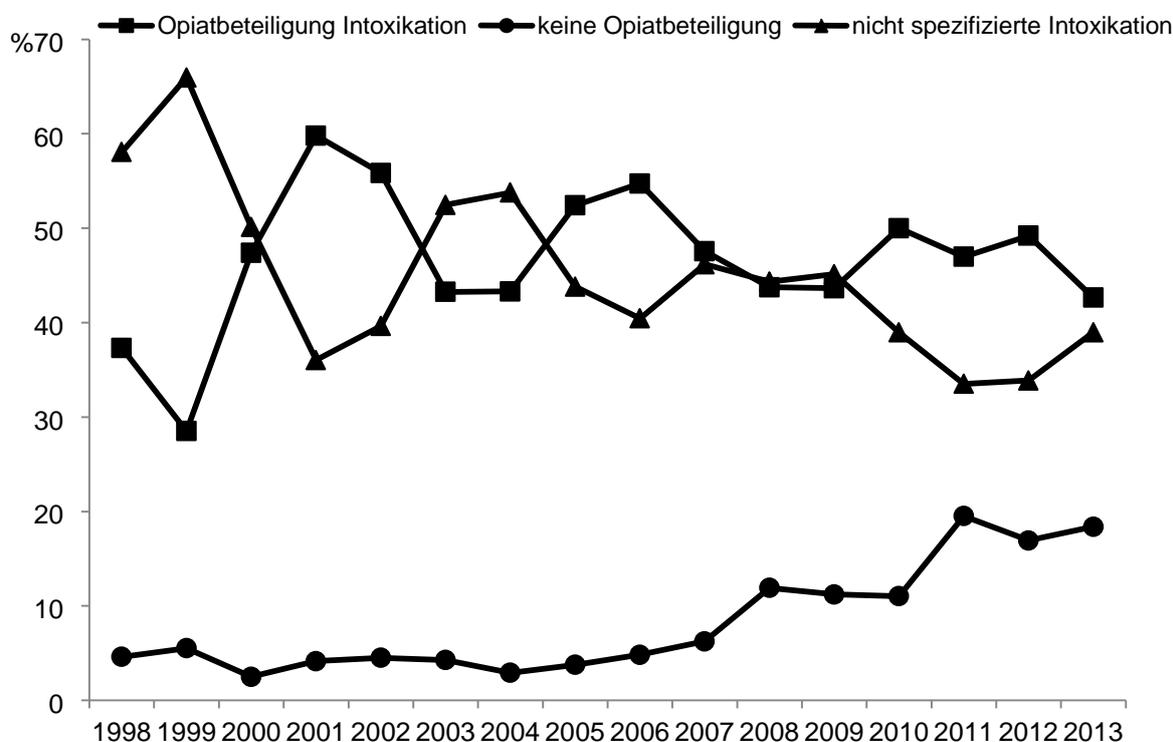


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 4 Trend der Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 1998 bis 2013

Aussagen über die todesursächlichen Substanzen können nur für Fälle getroffen werden, in denen die akute Intoxikation kodiert wurde. In den letzten Jahren schwankten hier die Prozentzahlen für rein opiatbezogene Todesfälle und nicht näher spezifizierte Intoxikationen (hierunter fällt auch Mischkonsum, bei dem Opiate ebenfalls eine wesentliche Rolle spielen dürften) massiv, was nicht zuletzt an der Qualität der Kodierungen liegen dürfte. Einen wesentlich kleineren Anteil machten drogenbezogene Todesfälle ohne Opiatbeteiligung aus. Dieser Anteil ist zwar weiterhin verhältnismäßig klein, in den letzten 10 Jahren jedoch

deutlich angestiegen. Seit 2011 blieb er auf dem etwa gleichen Niveau und lag 2013 bei 18,4 % (s Abb. 5). Zu betonen ist die eingeschränkte Aussagefähigkeit, u.a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 5 Trend opiatbezogener Intoxikationen bei drogenbezogenen Todesfällen mit ICD X/Y-Kodierungen 1998 bis 2013

2.1.2 Prävalenzen und Meldungen von Infektionen

Neue HIV-Diagnosen bei Drogenkonsumenten

Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen (3.525) ist gegenüber dem Jahr 2013 (3.288) um 7,2 % angestiegen. Allerdings hat sich die Gesamtzahl aller HIV-Meldungen, die das RKI erreichten, gegenüber dem Vorjahr nicht erhöht und die Zahl der Meldungen, bei denen nicht eruiert werden konnte, ob es sich um Neudiagnosen oder Mehrfachmeldungen handelt, ist zurückgegangen. Die Inzidenz der neudiagnostizierten HIV-Infektionen lag bei Männern mit 7,2 Fällen pro 100.000 Einwohner höher als im Vorjahr (6,8) und deutlich höher als bei Frauen, bei denen die Inzidenz mit 1,6 gegenüber 1,4 im Vorjahr ebenfalls anstieg. Der Anteil der Frauen unter den HIV-Erstdiagnosen betrug 19 % und ist damit weiterhin leicht angestiegen. Nach einer 10 Jahre dauernden Periode eines rückläufigen Frauenanteils (Höchstwert 2002 mit 25 %, Tiefstwert 2010 mit 15 %) ist dieser jetzt wieder auf dem Niveau von 2006 (19 %). Der Anteil der Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über i.v.-Drogengebrauch erworben haben (n = 111), ging trotz leichten Anstiegs

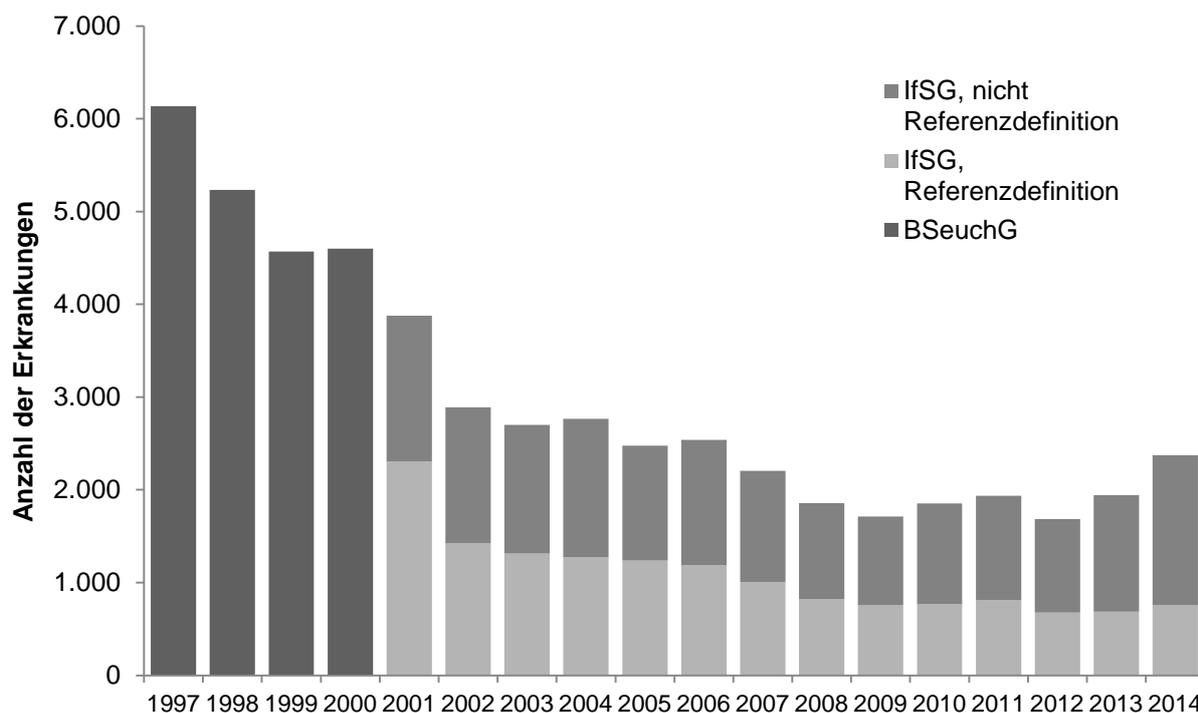
der absoluten Zahl von 101 auf 111 Neudiagnosen anteilmäßig leicht von 4,1 % auf 3,9 % zurück.

Die Verteilung der Meldungen auf Bundesländer und nach Infektionsrisiken hat sich gegenüber 2013 leicht verändert: Im Vergleich mit dem Median der Inzidenz der 5 Vorjahre stieg die Inzidenz insbesondere in den Bundesländern Bayern, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt an. In den übrigen Bundesländern stieg die Inzidenz nur leicht. Dem besonders ausgeprägten Inzidenzanstieg in Berlin von 2012 auf 2013 folgte im letzten Jahr ein deutlicher Inzidenzrückgang (von 15,3 auf 12,9). Der starke Inzidenzanstieg in Bayern (von 3,6 auf 4,7) ist zu einem wesentlichen Anteil auf Neudiagnosen bei Migranten, vor allem aus Subsahara-Afrika, zurückzuführen. Bemerkenswert ist die Entwicklung, dass einige der neuen Bundesländer (Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) inzwischen eine höhere Inzidenz als einige der alten Bundesländer (Saarland, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen) aufweisen und sich damit im Mittelfeld der Inzidenzrangfolge der Bundesländer befinden. (RKI 2015d).

Neue HBV-Diagnosen

Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der veränderten Erfassung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen nur mit den 3 Vorjahren vergleichbar. Wegen der sehr geringen Fallzahlen und des hohen Prozentsatzes an unbekanntem Transmissionswegen sind die Zahlen für Übertragungen bei IVD jedoch wenig aussagekräftig, sodass auf eine Interpretation des Trends verzichtet wird.

Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 0,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und ist somit im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben. Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. Verglichen mit dem Median der Vorjahre wurde in 6 Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, im Saarland, in Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen) ein Rückgang der Inzidenz verzeichnet. In 4 Bundesländern (Baden-Württemberg, Bremen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt) entsprach die Inzidenz im Jahr 2014 dem Median der Vorjahre und in 6 Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen) wurde ein Anstieg der Inzidenz dokumentiert.



RKI 2015c.

Abbildung 6 Trend Hepatitis-B-Meldungen 1997 bis 2014

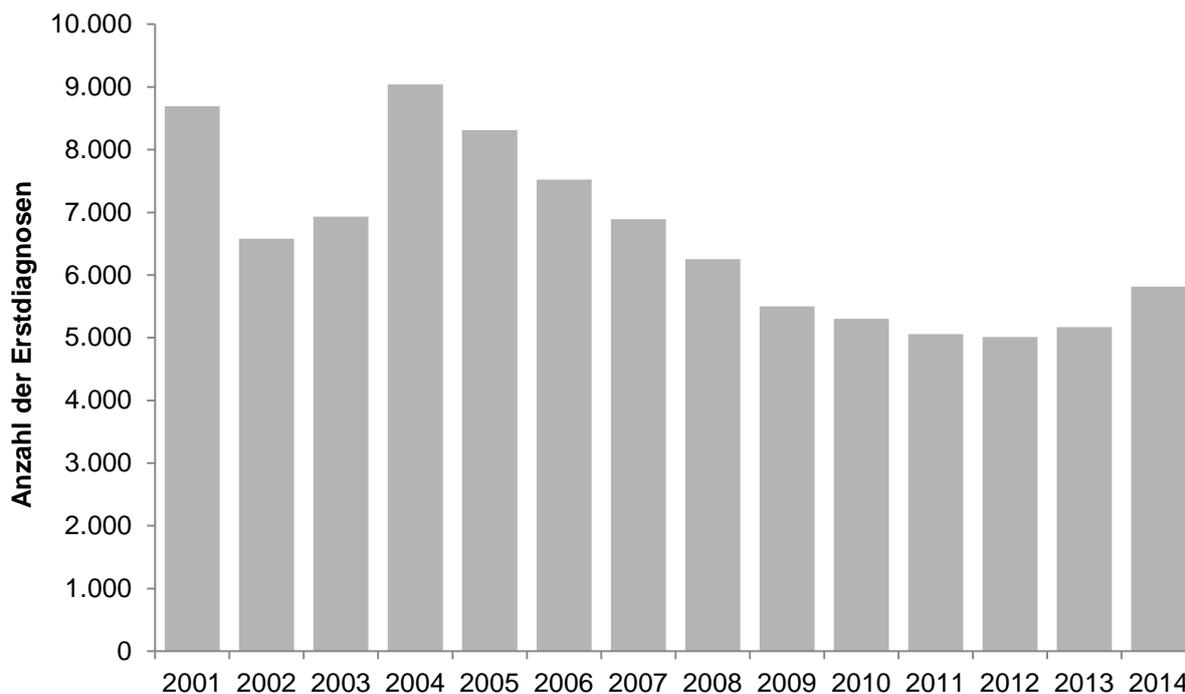
Seit 2001 wurde ein Rückgang der übermittelten akuten Hepatitis-B-Erkrankungen bzw. der jährlichen Inzidenz beobachtet, der vermutlich vorwiegend auf einen verbesserten Impfschutz in der Bevölkerung durch die Einführung der generellen Impfempfehlung für Säuglinge im Jahr 1995 zurückzuführen ist. Dieser Trend stagniert mit geringen Schwankungen seit 2009, seit dem Jahr 2012 steigen die Fallzahlen tendenziell wieder leicht an. Im Jahr 2014 zeigte sich insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin sowie in Bundesländern mit Metropolregionen (z. B. Hessen und Nordrhein-Westfalen) ein Anstieg der Inzidenz verglichen mit den Jahren 2009 bis 2013. Das RKI rät dazu, die Impfempfehlung für die Hepatitis-B-Schutzimpfung für alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie für weitere definierte Risikogruppen konsequent umzusetzen, insbesondere bei Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung oder injizierendem Drogengebrauch (RKI 2015c).

Neue HCV-Diagnosen

Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der überarbeiteten Auswertung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen nur mit den Daten der drei Vorjahre, jedoch nicht mit denen vor dem Jahr 2011 vergleichbar. Die im Jahr 2014 ermittelte Inzidenz von Erstdiagnosen (5.817 Fälle bzw. 7,2 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner) lag höher als die des Jahres 2013 (6,4) und als der Median der Jahre 2009 bis 2013 (6,4). Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf.

Seit dem Jahr 2005 war bundesweit ein abnehmender Trend der Inzidenz und der absoluten Fallzahlen von erstdiagnostizierter Hepatitis C zu verzeichnen, der sich seit dem Jahr 2009

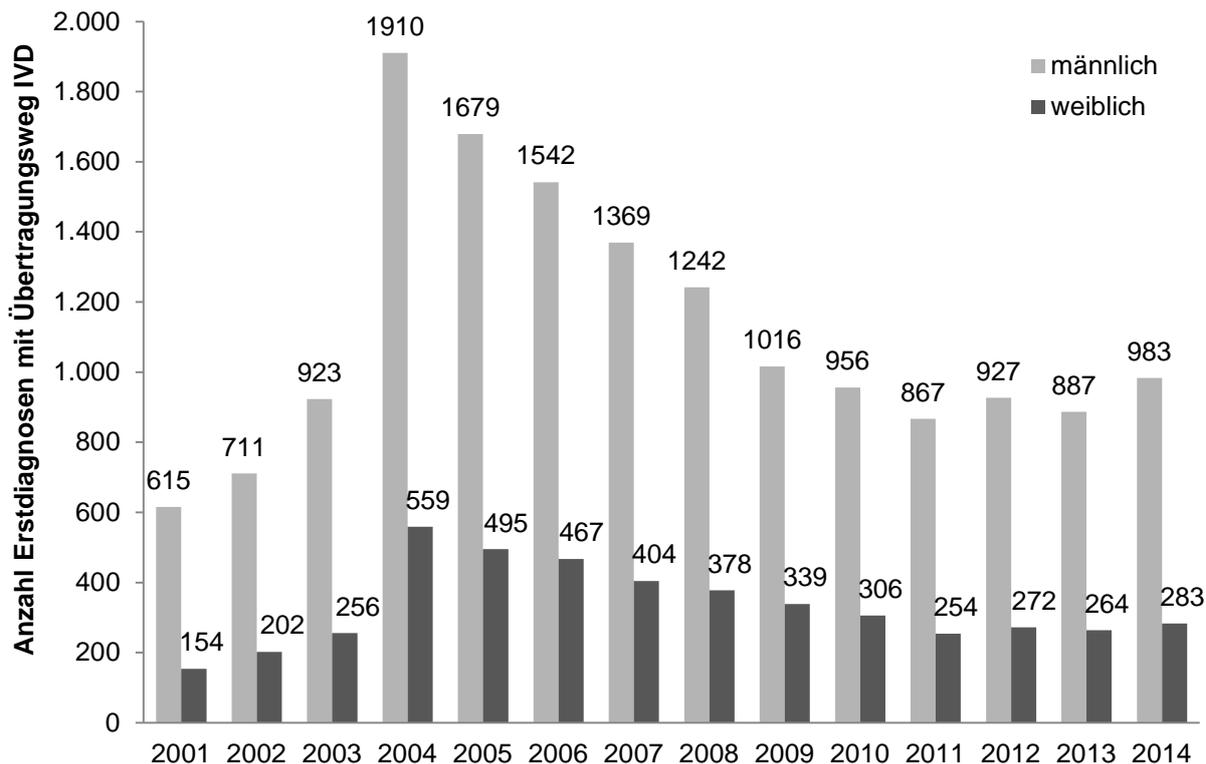
verlangsamt hatte. Seit 2011 war die Inzidenz relativ stabil mit leichten Schwankungen. Die Inzidenz übermittelter Hepatitis-C-Erstdiagnosen ist 2014 zum zweiten Mal in Folge angestiegen. Dieser Anstieg ist möglicherweise auf eine Zunahme der diagnostischen Testung seit Zulassung neuer antiviraler Medikamente gegen Hepatitis C zurückzuführen und muss beobachtet werden. Wie auch in den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen.



RKI 2015a.

Abbildung 7 Trend Hepatitis-C-Meldungen 2001 bis 2014

Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.267 Fälle (81,5 % der Fälle mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Die Fallzahlen mit wahrscheinlichem Übertragungsweg „i.v.-Drogenkonsum“ sind damit im Vergleich zum Vorjahr (1.157) leicht angestiegen. Zwischen 2003 und 2004 kam es zu einem sprunghaften Anstieg der gemeldeten Fälle; dieser korrespondiert jedoch nicht mit einem tatsächlichen Anstieg der Inzidenz in der Bevölkerung, sondern ist durch eine Änderung in der Falldefinition bedingt. Ab dem Jahr 2004 sind die Zahlen vergleichbar. Hier ist in den letzten 10 Jahren ein deutlicher Rückgang von 2.469 Fällen im Jahr 2004 auf 1.262 Fälle im 2010 zu verzeichnen. Seit 2010 ist eine Konsolidierung des Trends mit leichten Schwankungen feststellbar (RKI 2015a).

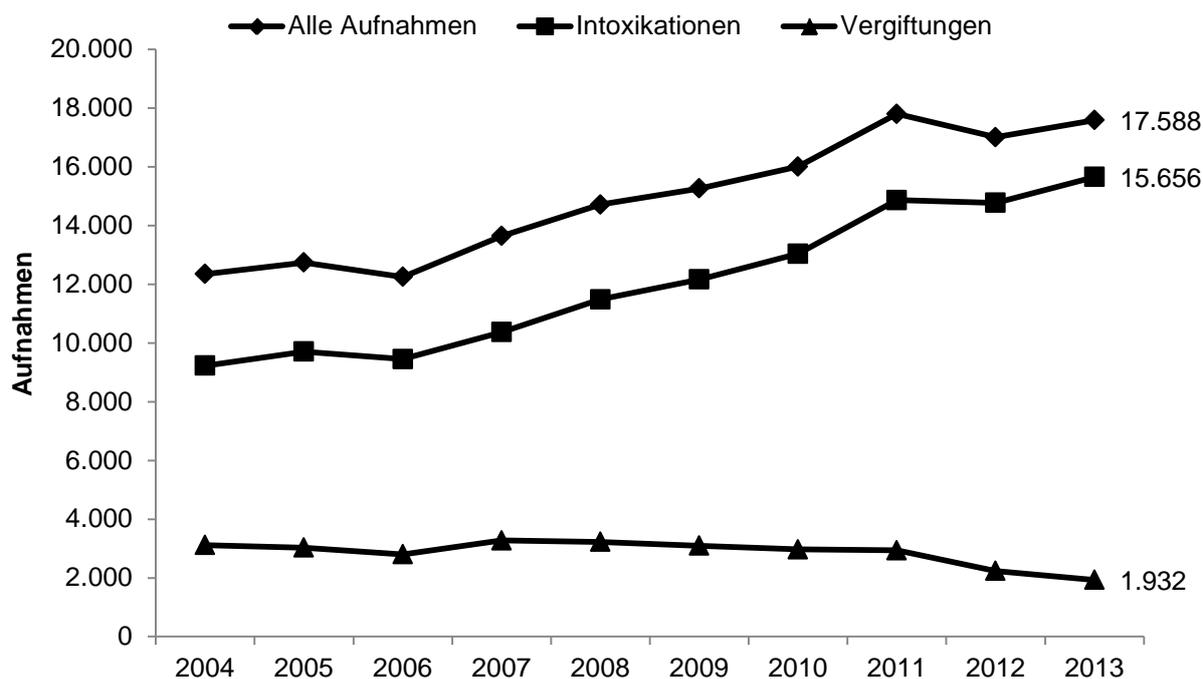


RKI 2015a.

Abbildung 8 Trend Hepatitis-C-Erstdiagnosen mit wahrscheinlichem Übertragungsweg IVD 2001 bis 2014

2.1.3 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

Der folgende Trend basiert auf den bundesweiten Daten zu in Krankenhäusern vollstationär aufgenommenen akuten Intoxikations- 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 (s. 1.2.1).

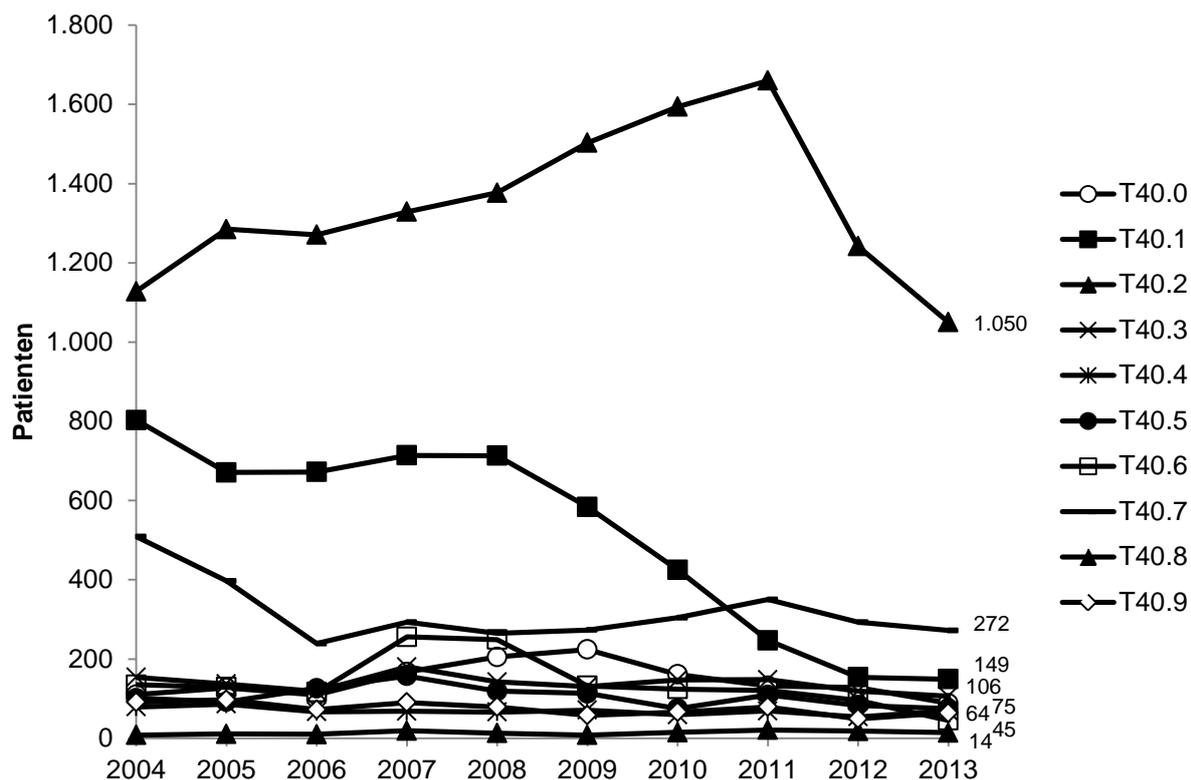


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 9 Trend stationär aufgenommenen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle 2004 bis 2013

Insgesamt zeigt sich zwischen 2004 und 2013 ein kontinuierlicher Anstieg der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle von 12.348 Aufnahmen 2004 zu 17.588 Aufnahmen 2013. Dieser Anstieg wird durch den Anstieg der kodierten akuten Intoxikationsfälle bedingt. Die Anzahl der Vergiftungsfälle, die bereits 2004 schon auf deutlich niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten 10 Jahren weiter gesunken. Es bleibt unklar, ob dies durch die Kodiergewohnheiten erklärbar ist, oder ob tatsächlich weniger Vergiftungsfälle und mehr Intoxikationsfälle aufgenommen wurden (siehe Abb. 9).

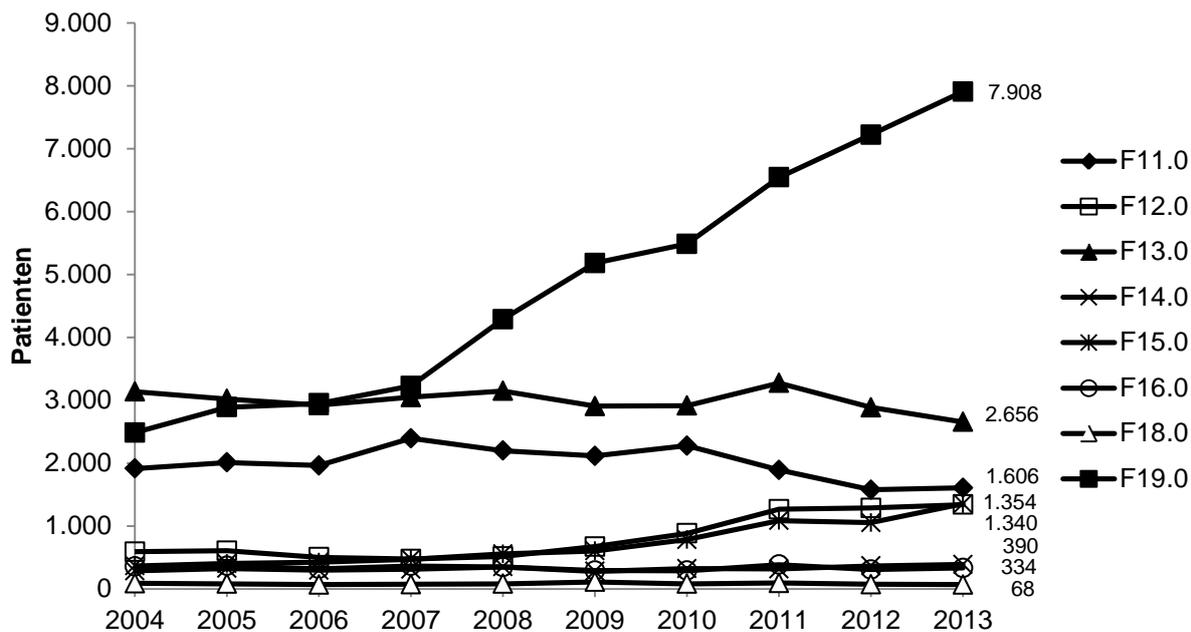
Innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen überwiegt bei den stationär aufgenommenen Vergiftungen in den letzten 10 Jahren deutlich die Vergiftung durch „andere Opioide“ (T40.2) (s. Abb. 10). Nach einem deutlichen Anstieg zwischen 2004 (1.128 Fälle) und 2011 (1.660 Fälle) gingen die Zahlen in den letzten zwei Jahren wieder deutlich zurück (2013: 1.050 Fälle). Vergiftungen durch Heroin (T40.1) waren lange Zeit die zweithäufigste Diagnose in dieser Gruppe und sind seit 2004 fast konstant gesunken (2004: 803 Fälle; 2013: 194 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide (T40.7) damit nach Vergiftungen durch Opioide die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Allerdings stellt sich der Trend nach einem deutlichen Rückgang zwischen 2004 und 2006 in den letzten Jahren recht stabil dar und befindet sich mit 272 Fällen (2013) auf wesentlich niedrigerem Niveau als Vergiftungen durch Opioide.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 10 Trend der Kodierung stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)

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) (s. Abb. 11). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür haben sich zwischen 2004 (2.485 Fälle) und 2013 (7.908 Fälle) mehr als verdreifacht. Die zweithäufigste Kodierung ist die akute Intoxikation durch Sedativa / Hypnotika. Über die letzten Jahre ist hier insgesamt ein leichter Rückgang der Zahlen erkennbar (2004: 3.138 Fälle, 2013: 2.656 Fälle). Intoxikationen durch Opioide befinden sich nach einem kurzfristigen Anstieg Mitte der 2000er inzwischen wieder unter dem Niveau von 2004. Kritischer ist die Entwicklung bei Intoxikationen durch Cannabinoide, die sich zwischen 2004 und 2013 mehr als verdoppelt haben (2004: 592 Fälle, 2013: 1.340 Fälle) sowie bei Intoxikationen durch Stimulanzien (exkl. Kokain), die sich mehr als verdreifacht haben (2004: 367 Fälle, 2013: 1.354).

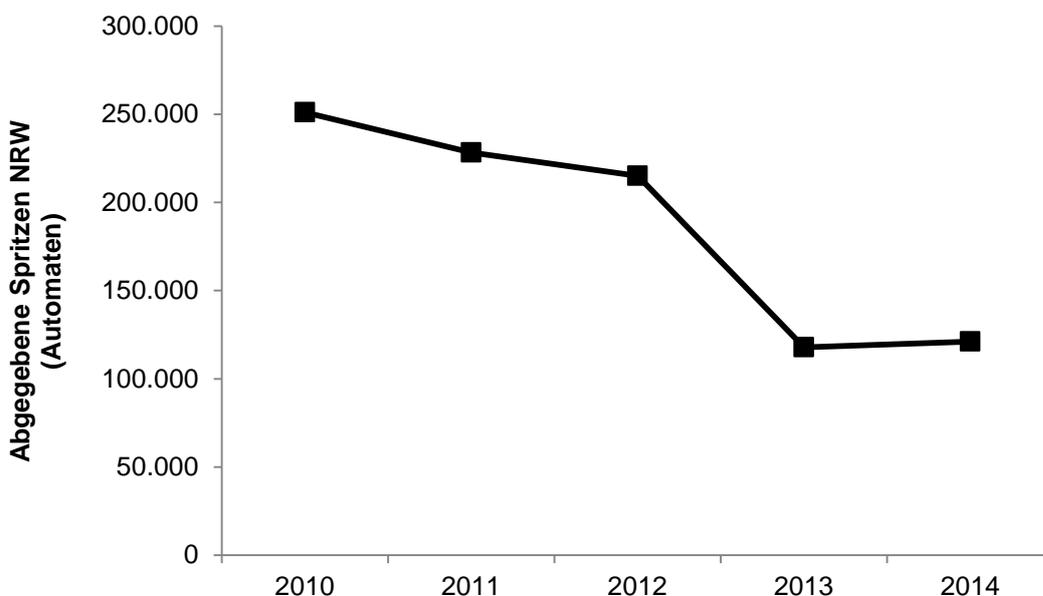


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 11 Trend der Kodierung stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)

2.1.4 Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: Spritzenvergabe

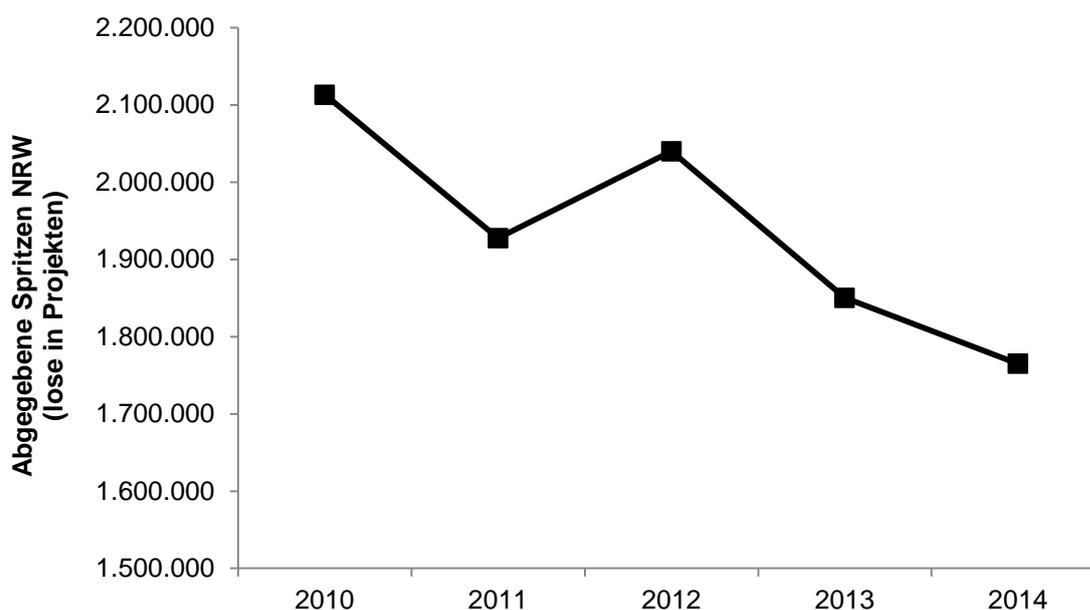
Da es keine bundesweite Erhebung der Anzahl abgegebener Spritzen gibt, können keine bundesweiten Trends über die Spritzenvergabe berichtet werden. Lediglich für Nordrhein-Westfalen liegt eine regelmäßige Umfrage vor.



Persönliche Mitteilung Aidshilfe NRW e.V. 2015.

Abbildung 12 Trend Spritzenabgabe an Automaten in NRW 2010 bis 2014

Der Trend der letzten Jahre zeigt für NRW einen deutlichen Knick nach 2012, sowohl in den lose abgegebenen Spritzen als auch in den an Automaten abgegebenen Spritzen (s. Abb. 12 und Abb. 13). Dieser ist jedoch nicht durch eine starke Minderung des Bedarfs zu erklären, sondern damit, dass seit November 2012 ein abgegebenes Päckchen statt wie zuvor 2 Einmalspritzen und 2 Kanülen nur noch 1 Spritze, 1 Kanüle, 1 Filter und 1 Alkoholtupfer enthält. Darüber hinaus werden verstärkt Smoke-it-Sets abgegeben, ebenso berichten Drogenkonsumräumen vermehrt von inhalativem Konsum (Persönliche Mitteilung Aidshilfe NRW e.V. 2015). Aus den Daten für NRW kann keine Aussage für bundesweite Trends in der Spritzenvergabe abgeleitet werden.



Persönliche Mitteilung Aidshilfe NRW e.V. 2015.

Abbildung 13 Trend lose Spritzenabgabe in Projekten in NRW 2010 bis 2014

Für den aktuellen Stand von Angeboten zur Schadensminderung siehe 1.5.3, für neue Entwicklungen siehe 3.3.

2.2 Langzeit-Trends gesundheitlicher Aspekte des Drogenkonsums und von Angeboten zur Schadensminderung (T2.2)

2.2.1 Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen

Siehe 2.1.1.

2.2.2 Prävalenzen und Meldungen von Infektionen

Siehe 2.1.2.

2.2.3 Drogenbezogene nicht-tödliche Todesfälle

Siehe 2.1.3.

2.2.4 Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: Spritzenvergabe

Es liegen zurzeit keine Langzeitdaten zu Safer-Use-Angeboten vor.

2.3 Zusätzliche Informationen zu anderen gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums (T2.3)

Es liegen zurzeit keine zusätzlichen Informationen vor.

3 Neue Entwicklungen (T3)

3.1 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Todesfällen (T3.1)

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Todesfälle siehe 1.1

3.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T3.2)

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3. Mit der Einführung neuer Medikamente haben sich die Erfolgchancen der Hepatitis-C-Behandlung auch für Drogenkonsumenten wesentlich verbessert; fraglich bleibt jedoch vor allem auf Grund der sehr hohen Medikamentenpreise, wie viele Patienten tatsächlich von den neuen Medikamenten profitieren werden. Für nähere Informationen zu den Entwicklungen der Hepatitis-C-Behandlung siehe 3.3.3.

3.3 Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung (T3.3)

Für deutschlandweite Daten über Maßnahmen zur Schadensminderung siehe 1.5. Im Folgenden werden programmatisch neue Entwicklungen sowie regionale Initiativen berichtet.

3.3.1 Naloxon Take-Home-Programme

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2014 1032 drogenbedingte Todesfälle. Von diesen waren wie in den letzten Jahren knapp zwei Drittel durch mono- oder polyvalente Opioidüberdosen bedingt (Persönliche Mitteilung BKA 2015). Der Opiatantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien sicher angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen WHO, EBDD und BMG, Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioidkonsumenten konsumieren. Dies betrifft Opioidkonsumenten selbst, aber auch Freunde und Familie (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014; EMCDDA 2015; WHO 2014).

Trotz dieser Empfehlungen ist die Naloxon-Vergabe an Laien in Deutschland nur punktuell vorhanden. Sie wird durch rechtliche Probleme wie auch durch mangelnde Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden. Aktuell existieren zwei Naloxon Take-Home-Programme, in denen Laien geschult werden, zwei weitere sind in Planung.

Darüber hinaus engagieren sich NGOs dafür, die rechtliche Situation für Naloxonprogramme zu klären und zu verbessern, um Hindernisse für eine angemessene Versorgung abzubauen und so in Zukunft eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen.

Alle Naloxon-Programme bestehen aus Drogennotfallschulungen, in denen beispielsweise Erst-Hilfe-Techniken, Risiken und Anzeichen für eine Überdosierung sowie Informationen über Naloxon vermittelt werden und konkrete Übungen zur Applikation des Medikaments durchgeführt werden. Nach den Schulungen werden bei Bedarf die Notfallkits ausgegeben, die neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien (Spritzen und Nasalapplikatoren) sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher enthalten.

Das Programm von Fixpunkt e.V. in Berlin ist das älteste Naloxonprogramm Deutschlands, es existiert seit 1998. Bereits im Jahr 2012 wurde hier ein Naloxon-Manual für den internen Gebrauch entwickelt, das neben rechtlichen und medizinischen Grundlagen auch konkrete Informationen für die Projektdurchführung (etwa Standards für Notfalltrainings, Interviewleitfäden, Dokumentation) sowie Beispiele aus der Praxis enthält. Seit dem Jahr 2015 werden parallel zu den „klassischen Kursen“ mit einer Dauer von ca. 1 Stunde auch im niedrighwelligen Setting (im Kontaktbereich der Drogenkonsumräume und des Präventionsmobils, das das Drogenkonsummobil begleitet) Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe als Kurzintervention mit einer Länge von 10 bis 20 Minuten angeboten. Die ersten Erfahrungen mit dieser Interventionsform sind positiv. In der ersten Hälfte des Jahres 2015 (Stand 24.06.2015) wurden 36 DrogengebraucherInnen geschult, von diesen wollten 25 das Medikament erhalten und bekamen es auch verschrieben. Einige TrainingsteilnehmerInnen wollten explizit kein Notfallmedikament erhalten, da sie sich in Substitutionsbehandlung befanden, sich stabil fühlten und möglichst viel Distanz zum Opiatkonsum wahren wollten (Persönliche Mitteilung Fixpunkt e.V. 2015).

In Frankfurt wird seit Mai 2014 ein Naloxon-Projekt von der Integrativen Drogenhilfe durchgeführt. Das Projekt wurde wissenschaftlich durch das Institut für Suchtforschung Frankfurt begleitet. Wesentliche Erkenntnisse waren, dass immer noch sehr wenige Akteure (Drogenhilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) über die Möglichkeit von Take-Home-Programmen informiert sind, aktuelle Studien zum Thema nicht bekannt sind und sich Mythen bezüglich der Vergabe durch Laien nach wie vor halten. Im Rahmen dieses Projekts wurde deshalb in Zusammenarbeit mit verschiedenen Experten ein Leitfaden für die Implementierung solcher Programme erstellt, der stetig weiterentwickelt wird und online zur Verfügung steht¹³ (Persönliche Mitteilung Institut für Suchtforschung Frankfurt 2015).

In Köln ist zurzeit ein weiteres Take-Home-Programm in Planung, das mit Schulungen in den beiden Einrichtungen von VISION e.V. noch Ende 2015 starten sollen. Zum Ende eines Trainings erhalten die Teilnehmer ein Notfallkit sowie einen „Laufzettel“, der die Teilnahme an der Schulung bestätigt. Das Medikament soll nach Vorlage des Laufzettels über einen externen Arzt verschrieben werden, da im Projekt selbst kein Arzt vor Ort ist. Der Bezug des Medikaments wird über eine kooperierende Apotheke erfolgen, die die Kosten direkt mit dem

¹³ www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf (Letzter Zugriff: 18.08.2015).

Anbieter abrechnet. Empfohlen wird den Teilnehmern der Maßnahme die nasale Gabe des Medikaments (Persönliche Mitteilung VISION e.V. 2015).

JES NRW e.V. entwickelt außerdem zurzeit ein neues Konzept für niedrigschwellige Informationsveranstaltungen über Naloxon, gefördert durch das Landesministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA). Hier wird – ähnlich wie auch in Berlin seit diesem Jahr – ein aufsuchender Ansatz verfolgt, d.h. dass die Informationen in sehr kurzen Einheiten direkt in der offenen Straßenszene vermittelt werden sollen. Sofern ein Arzt anwesend ist, wird das Naloxon vor Ort verschrieben und mit Applikatoren für die nasale Anwendung und weiterem Zubehör in möglichst bruchsfester Verpackung ausgegeben. Im Jahr 2016 soll das Konzept im Praxistest in drei Städten in NRW durchgeführt und evaluiert werden. Gleichzeitig verfolgt das Projekt die Zielsetzung, durch die Informationsveranstaltungen die Möglichkeiten von Selbsthilfeengagement insbesondere im Feld der Schadensminderung und Überlebenshilfe aufzuzeigen und damit bei den Konsumenten Interesse für ein Engagement bei JES zu wecken (Persönliche Mitteilung JES NRW e.V. 2015).

3.3.2 Zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationsprogramme

Einige Risikogruppen für drogenbezogene Infektionskrankheiten werden durch bisherige Aufklärungs- und Informationsprogramme zu wenig erreicht. Es gibt deshalb verstärkt Bemühungen, solche Risikogruppen gezielter anzusprechen. Beispielhaft wird hier das 2013 gegründete Projekt „Baobab“ berichtet (aktuelle Laufzeit des Aufbaus bis 2015). Dieses vom niedersächsischen AIDS-Hilfe Landesverband e.V. getragene Projekt unternimmt kultursensible HIV-Aufklärung und Prävention, um auf die wachsende Zahl an Neuinfektionen unter Migranten zu reagieren. Baobab bietet ein zielgruppenspezifisches Aufklärungsangebot und richtet sich vor allem an Einwanderer aus den Subsahara-Staaten (10 % – 15 % aller neu diagnostizierten HIV-Infektionen in Deutschland betreffen Menschen aus dieser Region; 30 % dieser Neuinfektionen geschahen in Deutschland). Ziel des Projekts ist es, sprachliche und kulturelle Klüfte zu überwinden, um auch afrikanischen Gemeinschaften im Bereich der tabuisierten Themen Sexualität und HIV/AIDS ein Aufklärungs- und Präventionsangebot zu machen (Kasadi 2014). Für weitere Informationen zu Präventionsmaßnahmen siehe Workbook Prävention.

3.3.3 Neue Chancen in der Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

Im REITOX-Bericht 2013 berichtete die DBDD bereits von der Forderung der Deutschen Leberstiftung, des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ sowie der Deutschen Leberhilfe e.V., eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland einzusetzen (Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch" et al. 2013; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013). Auf der Fachtagung „Neue Behandlungs- und Präventionsansätze“ des Aktionsbündnisses Hepatitis und Drogengebrauch im Oktober 2014 wurde der Aktionsplan weiter besprochen und konkretisiert (Schatz 2015).

Der jährlich am 28. Juli stattfindende Welt-Hepatitis-Tag soll Aufmerksamkeit für das Thema Virus-Hepatitis erwecken. In diesem Jahr stand neben der Aufklärung klassischer Irrtümer über Hepatitis und der Vermittlung von Wissen über Schutzmöglichkeiten insbesondere die eher unbekannte Hepatitis E im Vordergrund (Deutsche Leberhilfe e.V. 2015a; 2015b).

Obwohl Drogenkonsumenten in Deutschland die größte Gruppe der mit Hepatitis C Infizierten darstellen, werden sie in sehr viel geringerem Umfang behandelt als Infizierte mit einem anderen Infektionsrisiko, was mitunter an einer in der Ärzteschaft verbreiteten ablehnenden Haltung gegenüber Drogenkonsumenten liegt (Gölz 2014). Die Correlation Hepatitis C Initiative versucht, dieser Situation Abhilfe zu schaffen, indem sie Drogengebrauchende sowohl in politische Entscheidungsprozesse als auch in die Entwicklung von Therapiekonzepten integrieren will (Schatz 2014): In einem Zusammenschluss aus über 30 europäischen Organisationen wird angestrebt, Kenntnisse und Kapazitäten auf praktischem und politischem Niveau zu verbessern und das Bewusstsein für die HCV-Problematik in Bezug auf Drogenkonsumenten zu schärfen. Konkret werden z. B. die Hindernisse in niedrighwelligen Einrichtungen, Klienten über HCV-Tests zu informieren und sie zu testen, untersucht. Des Weiteren wird eine Datenbank eingerichtet, in der wissenschaftliches Material, das sich auf das spezifische Feld von Hepatitis C und Drogengebrauch richtet, zur Verfügung gestellt werden soll. Ein Trainingsprogramm zu Hepatitis für Betroffene und Peers wurde ebenfalls entwickelt und ausgeführt. Auf diese Weise konnten sich Drogenkonsumenten selbst als wertvolle Experten auf dem Gebiet der HCV-Forschung und Prävention einbringen.

Chronische Hepatitis C ist vor allem wegen der hohen Mortalität grundsätzlich auch bei suchtkranken Patienten behandlungsbedürftig. Mehrere neu zugelassene Medikamente erhöhen die Heilungschancen deutlich und zeigen ein wesentlich besseres Nebenwirkungsprofil, etwa der Wirkstoff Sofosbuvir („Sovaldi“[®] der Firma Gilead), der 2014 auf dem deutschen Markt zugelassen wurde und die Heilungschance („sustained virologic response“ SVR) für HCV vom Genotyp 1 in Kombination mit Ribavirin und pegyliertem Interferon auf bis zu 90 % erhöht sowie auch die Heilungschancen für HCV vom Genotyp 2 bis 6 verbessert. Nach wie vor ist der sehr hohe Preis der neuen Therapien ein wesentlicher Kritikpunkt (aerzteblatt.de 2013b; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2013). Es gibt noch keine verlässlichen Daten dazu, wie viele Drogen konsumierende oder substituierte Patienten Zugang zu dieser neuen, teuren Therapiemöglichkeit erhalten.

In der Hepatitis-Behandlung von abhängigen Klienten stellen sich besondere Herausforderungen wie z. B. die Koordination der Ärzte (Suchtmediziner und Gastroenterologen), die Behandlung komorbider Erkrankungen (häufige psychiatrische Komorbidität und somatische Begleiterkrankungen) und die Wechselwirkungen zwischen Drogen, Substitutionsmitteln und Medikamenten. Abhängig vom Genotyp der Hepatitis können mit der Triple-Therapie gute Behandlungserfolge erzielt werden. Besonders suchtkranke Patienten in Substitutionsbehandlung befinden sich in einem für die Behandlung der chronischen Hepatitis C vorteilhaften Setting: Ihre Heilungschancen sind mit denen von

Patienten vergleichbar, die keinen i.v.-Drogenkonsum aufweisen (Schäfer 2013). Dennoch wird die Hepatitis-C-Therapie von Patienten in Substitutionsbehandlung von Ärzten oft als schwierig eingeschätzt, obwohl viele dieser Schwierigkeiten durch intensive Aufklärung der Patienten gemindert werden können (Reimer et al. 2013). Zusätzlich bemühen sich Institutionen wie die DAH um mehr Aufklärung, z. B. durch die Möglichkeit für infizierte Konsumenten, sich in einer Art Online-Schnelltest¹⁴ über Wechselwirkungen zwischen ihren Hepatitis/HIV-Medikamenten und Drogen zu informieren. Auch auf der Fachtagung „Behandlungs- und Präventionsansätze“ des Aktionsbündnisses Hepatitis und Drogengebrauch im Oktober 2014 waren Testmöglichkeiten für Drogenkonsumenten, die Behandlung mit neuen Medikamenten sowie Prävention und Behandlung in bestimmten Settings (Haft, betreutes Wohnen) Schwerpunkte der Fachdiskussion (Schatz 2015).

Um die Entwicklung der Hepatitis-Therapie von Drogenabhängigen weiter voran zu bringen, untersucht die ECHO Studie (Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus-Infektion bei Opioidsubstituierten) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) im Zeitraum November 2013 bis Dezember 2015 die Lage zu Hepatitis C unter substituierten Opioidabhängigen; erste Ergebnisse werden Ende 2015 / Anfang 2016 erwartet. Ziel der Studie ist es, anhand einer repräsentativen Stichprobe von ca. 200 ambulanten Substitutionseinrichtungen mit ca. 2500 Patienten die aktuelle HCV-Prävalenz und Inzidenz in der Opioidsubstitution zu erfassen. Zudem sollen Einflussfaktoren für Therapieinitiierung und Serokonversion beschrieben werden. Dazu sollen sowohl patientenbezogene Daten aus der Regelversorgung als auch aus Patientenfragebögen erfasst werden, um folgende Fragestellungen zu beantworten (ZIS Hamburg 2014):

- Wie ist der aktuelle HCV-Status (Prävalenz) von Opiatabhängigen in Substitutionstherapie?
- Welche Einflussfaktoren sind mit einer Therapieinitiierung verbunden? Welche Faktoren stehen einer Therapieinitiierung entgegen?
- Wie hoch ist die HCV-Inzidenz bei Opiatabhängigen in Substitutionstherapie?
- Welche Einflussfaktoren sind mit einer Serokonversion während der Opioidsubstitution verbunden?

¹⁴ www.hiv-drogen.de (Letzter Zugriff: 04.08.2015).

4 Zusatzinformationen (T4)

4.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

Es sind keine zusätzlichen Informationsquellen bekannt.

4.2 Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung (T4.2)

Gesundheitliche Begleiterscheinungen Neuer Psychoaktiver Substanzen

Die Verbreitung des Konsums Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) ist auch deshalb problematisch, weil wenig über mögliche Risiken des Konsums bekannt ist. Deshalb wird seit Juli 2013 in der Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg eine prospektive Studie zu Vergiftungen durch NPS durchgeführt. Es werden akute Vergiftungen (Symptome und Verlauf) durch NPS bei Patienten in Behandlung in einer Notfallversorgungseinrichtung untersucht. Ziel der Studie ist es, zu erfassen, welche unerwünschte Drogenwirkungen auftreten und zur Inanspruchnahme von medizinischen Notfalleinrichtungen führen, um die Behandlungsmöglichkeiten dieser Vergiftungen zu verbessern und Risikofaktoren für das Auftreten von unerwünschten Drogenwirkungen zu identifizieren (Persönliche Mitteilung Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg 2015).

Europaweit befassen sich das Projekt Euro-DEN (EU-gefördert, Laufzeit Oktober 2013 – September 2014) und das zurzeit laufende Folgeprojekt Euro-DEN Plus mit akuten Drogenvergiftungen in Notfalleinrichtungen. Dabei sollen drei Hauptziele erreicht werden: Erstens sollen Lücken in der Datenerhebung in Notfalleinrichtungen gefunden werden, zweitens sollen systematisch Daten für durch herkömmliche Drogen und vor allem NPS verursachte Notfälle gesammelt werden. Drittens wurde auf dieser Grundlage eine Richtlinie für im Nachtleben Arbeitende erstellt, wie diese mit Drogennotfällen umgehen können¹⁵ (Wood et al. 2015; Persönliche Mitteilung Toxikologische Abteilung II. Medizinische Klinik Klinikum Rechts der Isar 2015).

¹⁵ www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_235696_EN_INT19_Euro-DEN%202015.pdf (Letzter Zugriff 14.07.2015).

5 Anmerkungen und Anfragen (T5)

5.1 Nicht-tödliche Notfälle oder Todesfälle in Verbindung mit Stimulanzien (T.51)

Aus den Zahlen der jährlich erscheinenden Krankenhausdiagnosestatistiken des statistischen Bundesamts ist ein deutlicher Anstieg stationär aufgenommenener nicht-tödlicher Notfälle in Zusammenhang mit Stimulanzien erkennbar. Dabei sind sowohl die Intoxikationen durch Kokain (F14.0) angestiegen wie auch – sehr deutlich – die Intoxikationen durch andere Stimulanzien (F15.0). Dieser Trend scheint jedoch bisher nicht mit einem Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle einherzugehen: aus den jährlich erscheinenden Bundeslagebildern Rauschgift des BKA lässt sich in den letzten Jahren kein Trend feststellen, der auf eine Zunahme von Todesfällen in Verbindung mit Stimulanzien hinweist (s. auch 2.1.1 und 1.1.2). Im Zusammenhang mit Stimulanzienkonsum wird häufig befürchtet, dass es zu einem Anstieg jüngerer Drogentoter kommen könnte; diese Vermutung hat sich bisher in Deutschland als nicht zutreffend erwiesen. Das Alterssegment der unter 25-Jährigen wies 2013 mit 4,7 % (2012: 5,7 %) den niedrigsten beobachteten Stand seit 1998 auf (s. 2.1.1).

6 Quellen und Methodik (T6)

6.1 Quellen (T6.1)

Die wichtigsten Quellen für Daten zu drogenbezogenen Todesfällen

- Allgemeines Sterberegister: Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes
- Falldatei Rauschgift, Bundeslagebilder Rauschgiftkriminalität des Bundeskriminalamts
- Deutsche Suchthilfestatistik (Mortalität von Drogenkonsumenten in Behandlung)

Die wichtigsten Quellen für Daten zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen

- Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamts
- Gifteinformationszentren¹⁶

Die wichtigsten Quellen für Daten zu Infektionskrankheiten

- Robert Koch-Institut
- Deutsche Suchthilfestatistik

6.2 Methodik (T6.2)

Die Methodik der einzelnen aufgeführten Studien und Erhebungen ist ausführlich in den jeweiligen Veröffentlichungen beschrieben (s. Punkt 7 Bibliographie für Quellenangabe). Die Methodik der Datenerhebungen des Robert Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamts ist online auf den Webauftritten der Institute und in den thematischen Veröffentlichungen zu finden.

¹⁶ www.klinitox.de/3.0.html (Letzter Zugriff: 20.08.2015).

7 Bibliographie

- aerzteblatt.de (2013a). Aids-Hilfe fordert Erhalt des Berliner Schnelltestangebots [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55313/Aids-Hilfe-fordert-Erhalt-des-Berliner-Schnelltestangebots> [letzter Zugriff: 11-09-2015].
- aerzteblatt.de (2013b). Hepatitis C: Teure Heilung in Sicht [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56929> [letzter Zugriff: 11-09-2015].
- aerzteblatt.de (2014). Hepatitis-C-Patienten oft unterversorgt [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57498>
- Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V. & Deutsche Leberstiftung (2013). Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland. Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V., Deutsche Leberstiftung, Berlin, Hannover.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2013). "Compassionate Use": DGVS begrüßt Vergabe von Hepatitis C-Wirkstoff an Schwerstkranke [online]. Verfügbar unter: <http://idw-online.de/de/news561911> [letzter Zugriff: 11-09-2015].
- BKA (Bundeskriminalamt) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- BKA (Bundeskriminalamt) & Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). Presseinformation. Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Präsidenten des Bundeskriminalamtes. Zahl der Drogentoten / Rauschgiftlage 2014. BKA-Pressestelle, Wiesbaden, Berlin.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015). Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2010). Projekt TEST IT. Evaluationsbericht. DAH, Dortmund/Berlin 2010.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2013). Saubere Spritzen für Gefangene: Deutsche AIDS-Hilfe startet Unterschriftenaktion [online]. Verfügbar unter: <http://www.aidshilfe.de/aktuelles/meldungen/saubere-spritzen-fuer-gefangene-deutsche-aidshilfe-startet-unterschriftenaktion> [letzter Zugriff: 11-09-2015].
- Deutsche Leberhilfe e.V. (2015a). HEPATITIS E - die große Unbekannte. Deutsche Leberhilfe e.V., Köln.
- Deutsche Leberhilfe e.V. (2015b). Virushepatitis - wie fit sind Sie? Deutsche Leberhilfe klärt über Hepatitis-Irrtümer auf. Deutsche Leberhilfe e.V., Köln.
- 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.

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2015. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) & EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2011). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. ECDC, Stockholm.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015). Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Förster, S. & Stöver, H. (2014). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2013. Dokumentationszeitraum 01.01.-31.12.2013. Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt.
- GIZ-Nord (Gif tinformat ionszentrum Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) (2014). Jahresbericht 2013. Universitätsmedizin Göttingen - Georg-August-Universität, Göttingen.
- Gölz, J. (2014). Chronische Virusinfektionen bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie **15** (1) 16-21.
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., & Preuss, U. W. (2015). Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis. Deutsches Ärzteblatt **112** (16) 271-278.
- Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar (2015). Jahresbericht 2013. Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar.
- Informationszentrale gegen Vergiftungen (2014). Jahresbericht 2013. 46. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn. Universitätsklinikum Bonn, Bonn.
- Kasadi, K. (2014). Baobab - Zusammensein. Aufbau eines landesweiten, transkulturellen HIV-Präventionsnetzwerks für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen. impulse für Gesundheitsförderung **82** 23-24.
- Leicht, A. & Blättner, N. (2015). "Paradigmenwechsel und Qualitätsentwicklung. Weg vom ‚Spritzentausch‘ - Hin zur ‚Konsumutensilienvergabe‘", in *16. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin*.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.

- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A. & Rummel, C. (2013). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Reimer, J., Schmidt, C. S., Schulte, B., Gansefort, D., Gölz, J., Gerken, G., Scherbaum, N., Verthein, U., & Backmund, M. (2013). Psychoeducation Improves Hepatitis C Virus Treatment During Opioid Substitution Therapy: A Controlled, Prospective Multicenter Trial. Clinical Infectious Diseases **57** (S2) 97-104.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2015a). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis C im Jahr 2014, Epidemiologisches Bulletin Nr. 30. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2015b). HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland - Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI, Epidemiologisches Bulletin Nr. 22. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2015c). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis B und D im Jahr 2014, Epidemiologisches Bulletin Nr. 29. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2015d). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2014. Datenstand: 1. März 2015. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Schäfer, B. (2013). Hepatitis-C Therapie: Starten oder Warten? Welche Patienten jetzt therapiert werden sollen! Suchtmedizin in Forschung und Praxis **15** (4) 266-268.
- Schatz, E. (2014). Europäisches Netzwerk für soziale Eingliederung und Gesundheit: Die Correlation Hepatitis C Initiative. Suchttherapie **15** (1) 43-44.
- Schatz, E. (2015). Europäische Konferenz zu Hepatitis C und Drogengebrauch. Suchttherapie **16** (1) 6.
- Statistisches Bundesamt (2015a). Krankenhausdiagnosestatistik. Vollstationäre Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser 2004-2013, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015b). 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. Stichtag 30. November 2014, Wiesbaden.
- Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik (2014). Jahresbericht 2013. Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München.
- Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg (2014). Jahresbericht 2013. Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Freiburg.
- Verthein, U., Neumann-Runde, E., Rosenkranz, M., Oechsler, H., Schütze, C. & Martens, M.-S. (2014). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2013 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. BADO e.V., Hamburg.
- Wartberg, L., Thomsen, M., & Thomasius, R. (2014). Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen bei Jugendlichen mit intensivem regelmäßigem Cannabiskonsum. Zeitschrift für Neuropsychologie **25** (3) 165-176.

- Wedemeyer, H. (2013). "Es steht ein dramatischer Therapiewandel bevor!" [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/hepatitis/article/843213/welt-hepatitis-tag-steht-dramatischer-therapiewandel-bevor.html> [letzter Zugriff: 11-09-2015].
- Werse, B. & Egger, D. (2015). MoSyD Szenestudie 2014. Centre for Drug Research, Goethe Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main.
- WHO (World Health Organization) (2014). Community management of opioid overdose. WHO, Geneva.
- Wood, D. M., Heyerdahl, F., Yates, C. B., Dines, A. M., Giraudon, I., Hovda, K. E., & Dargan, P. I. (2015). The European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). Clinical Toxicology **52** (4) 239-241.
- ZIS (Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung) Hamburg (2014). ECHO-Studie Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten [online]. Verfügbar unter: <http://www.echo-studie.de/index.php?mindex=1> [letzter Zugriff: 11-09-2015].

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2014 nach Substanzen.....	10
Tabelle 2	Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten.....	12
Tabelle 3	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2013.....	13
Tabelle 4	Negative Effekte von NPS.....	27

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	HIV Seroprävalenzen, HCV-Antikörperprävalenzen und virämische HCV-Infektionen nach Studienstädten (DRUCK-Studie)	22
Abbildung 2	Hepatitis-B-Status nach Studienstädten (DRUCK-Studie).....	22
Abbildung 3	Trend drogenbezogener Todesfälle nach Altersgruppen 1998 bis 2013.....	33
Abbildung 4	Trend der Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 1998 bis 2013	34
Abbildung 5	Trend opiatbezogener Intoxikationen bei drogenbezogenen Todesfällen mit ICD X/Y-Kodierungen 1998 bis 2013.....	35
Abbildung 6	Trend Hepatitis-B-Meldungen 1997 bis 2014	37
Abbildung 7	Trend Hepatitis-C-Meldungen 2001 bis 2014	38
Abbildung 8	Trend Hepatitis-C-Erstdiagnosen mit wahrscheinlichem Übertragungsweg IVD 2001 bis 2014.....	39

Abbildung 9	Trend stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle 2004 bis 2013	40
Abbildung 10	Trend der Kodierung stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)	41
Abbildung 11	Trend der Kodierung stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes).....	42
Abbildung 12	Trend Spritzenabgabe an Automaten in NRW 2010 bis 2014	42
Abbildung 13	Trend lose Spritzenabgabe in Projekten in NRW 2010 bis 2014	43