



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



# Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

## DEUTSCHLAND

Bericht 2019 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2018 / 2019)

---

Esther Neumeier<sup>1</sup>, Franziska Schneider<sup>1</sup>, Krystallia Karachaliou<sup>1</sup>;  
Charlotte Tönsmeise<sup>2</sup>, Maria Friedrich<sup>3</sup> & Tim Pfeiffer-Gerschel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>-IFT Institut für Therapieforschung; <sup>2</sup>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS);

<sup>3</sup>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## INHALT

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL.....</b>	<b>6</b>
1.1	Drogenbezogene Todesfälle .....	6
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen .....	6
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle .....	7
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien) .....	10
1.1.4	Trends drogenbezogener Todesfälle.....	11
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	14
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	14
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	15
1.2.3	Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	17
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	21
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C.....	21
1.3.2	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen .....	27
1.3.3	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	32
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	33
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	33
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung.....	37
1.5.1	Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung .....	37
1.5.2	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung .....	39
1.5.3	Maßnahmen zur Schadensminderung.....	39
1.5.4	Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends.....	48
1.6	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	50
1.6.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	50
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN .....</b>	<b>50</b>
2.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen.....	50

---

2.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	50
2.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung.....	50
2.3.1	HIV-Prophylaxe.....	50
2.3.2	Naloxon Take-Home-Programme.....	51
2.3.3	Verbesserung der Versorgung mit Drogenkonsumräumen.....	52
2.3.4	Drugchecking in Berlin .....	53
2.3.5	Suizidprävention bei Suchterkrankung .....	54
2.3.6	Guidance – Suchtberatung für Geflüchtete .....	54
<b>3</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK .....</b>	<b>56</b>
3.1	Quellen .....	56
3.2	Methodik .....	58
3.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	58
3.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	59
3.2.3	Maßnahmen zur Schadensminderung.....	61
<b>4</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>62</b>
<b>5</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>62</b>

## 0 ZUSAMMENFASSUNG

### **Drogenbezogene Todesfälle**

Im Jahr 2018 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) 1.276 Personen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Somit liegt die Zahl auf dem Niveau des Vorjahres; nach dem vorherigen mehrjährigen Anstieg der Anzahl der Drogentodesfälle scheint der Trend nun stabilisiert, wenn auch auf höherem Niveau als noch 2015. Nach wie vor ist die Vergiftung mit Opioiden (mono- oder polyvalent) mit einem Anteil von über 49,3 % die häufigste Todesursache. Der Anteil ist in den letzten Jahren aber gesunken; umgekehrt steigt der Anteil der Langzeitfolgen. Aus dem allgemeinen Sterberegister sind die neuesten Zahlen von 2016. Dort sind 1.289 Personen erfasst worden, der Frauenanteil lag bei 21,6 %. Nachdem auch im allgemeinen Sterberegister die Fallzahlen angestiegen waren, sind sie 2016 das erste Mal wieder leicht gesunken (1,3 % Fälle weniger als im Vorjahr).

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

Insgesamt zeigt sich in den letzten zehn Jahren bis 2015 ein recht kontinuierlicher Anstieg der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle von 14.714 Aufnahmen 2008 zu 23.839 Aufnahmen 2015 (siehe Abbildung 5). Seitdem sind die Zahlen leicht gesunken auf 22.442 Fälle im Jahr 2017.

Im Jahr 2017 wurden deutschlandweit 22.442 drogenbezogene Intoxikations- und Vergiftungsfälle vollstationär zur Behandlung aufgenommen. Die Zahl ist in den letzten zehn Jahren bis 2015 stark angestiegen und seit nun zwei Jahren etwa stabil bzw. wieder leicht gesunken. Toxikologische Angaben aus den Aufnahmen müssen auf Grund großer Ungenauigkeiten in der Kodierung mit Vorsicht interpretiert werden.

Im Bereich der stationär aufgenommenen Vergiftungen überwiegt die Vergiftung durch „sonstige Opioide“, allerdings gehen die Zahlen seit 2011 wieder zurück. Die nächstgrößere Gruppe sind Cannabinoide (allerdings mit deutlich geringeren Gesamtzahlen). In der Gruppe der akuten Intoxikationen ist die mit Abstand häufigste kodierte Diagnose die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen. Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür steigen seit über zehn Jahren steil an und machen einen großen Teil des Gesamtanstiegs aller stationären Krankenhausaufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle der letzten zehn Jahre aus. Die vier Stoffgruppen Cannabinoide, (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa / Hypnotika, Stimulanzien (exkl. Kokain) und Opioide machen 2017 wie bereits in den Vorjahren mit jeweils etwas über 2.000 Fällen ähnlich große Anteile aus.

### **Drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Im Jahr 2018 wurden dem Robert Koch-Institut 2.818 HIV-Infektionen gemeldet. Die bundesweite Inzidenz lag damit bei 3,4 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr sank die Anzahl der Erstdiagnosen um 10,4 %. Während die Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen das dritte Jahr in Folge zurückgeht, ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen mit

dem Übertragungsweg intravenöser Drogengebrauch in den letzten drei Jahren mit Schwankungen stabil. i.v.-Drogenkonsum als Infektionsweg wurde für 6 % der Fälle mit Angaben zum Infektionsrisiko genannt und ist damit weiterhin der dritt wichtigste Übertragungsweg.

Für das Jahr 2018 wurden insgesamt 4.507 Fälle von Hepatitis B übermittelt, dies entspricht einer Inzidenz von 5,4 Infektionen pro 100.000 Einwohner und ist ein Anstieg gegenüber 2016 (4,4). Männer sind häufiger betroffen als Frauen. i.v.-Drogenkonsum war der dritt wichtigste Übertragungsweg, er wurde in 19 % der Fälle mit Information zum Infektionsweg angegeben.

2018 wurden insgesamt 5.891 Fälle von Hepatitis C übermittelt, dies entspricht einer Inzidenz von 7,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies ein Anstieg um 23 % (2017: 5,8). Männer sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen. i.v.-Drogenkonsum ist der mit Abstand wichtigste Übertragungsweg; er wurde für 80 % der Diagnosen mit Angaben zum Übertragungsweg genannt. Bei 58 Infektionen lag die weitere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ vor.

### **Maßnahmen zur Schadensminderung**

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

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

Um Überdosierungen mit Opioiden entgegenzuwirken, werden in aktuell 18 Städten Notfallschulungen für den Einsatz des Notfallmedikaments Naloxon durch Laien angeboten. Zielgruppe sind Drogenkonsumierende und ihr Umfeld. Die Verfügbarkeit wurde in den letzten Jahren stark ausgebaut, kann aber bei Weitem noch nicht als flächendeckend bezeichnet werden.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumierenden spielen nach wie vor Drogenkonsumräume eine entscheidende Rolle. Derzeit stehen 22 stationäre sowie zwei Drogenkonsummobile in sechs Bundesländern zur Verfügung. Ein weiteres Bundesland hat 2019 eine Verordnung verabschiedet, die den Betrieb von Drogenkonsumräumen ermöglicht; konkrete Planungen für die Eröffnung laufen in einer der Städte dieses Landes. In neun Bundesländern gibt es weiterhin keine Drogenkonsumräume.

Spritzenvergabeprogramme existieren in Form von momentan 176 dokumentierten Spritzenautomaten in 9 Bundesländern sowie der Vergabe loser Spritzen in zahlreichen Projekten bundesweit. Safer-Use-Angebote in Haft liegen allerdings weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück: in nur einem von 180 deutschen Gefängnissen gibt es einen Spritzenautomaten.

Seit letztem Jahr sind HIV-Selbsttests frei verkäuflich, sodass eine weitere niedrigschwellige Testmöglichkeit besteht. Zudem wird die HIV-Prä-Expositionsprophylaxe für Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko seit September 2019 von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Somit steht diese neue Prophylaxemöglichkeit gesetzlich versicherten Personen offen, unabhängig von ihren eigenen finanziellen Möglichkeiten.

## 1 NATIONALES PROFIL

### 1.1 Drogenbezogene Todesfälle

#### 1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen

In Deutschland existieren zwei grundsätzliche, umfassende Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in verschiedenen Punkten unterscheiden. Dies sind die polizeilichen Daten aus der „Falldatei Rauschgift“ sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes. Beide Erfassungssysteme werden unter 3.2.1 ausführlicher beschrieben und hier nur kurz charakterisiert:

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

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

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

#### **Aktuelle polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen**

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung darüber, ob ein Drogentod vorliegt, herangezogen wurden. Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle der Falldatei Rauschgift des BKA lag im Berichtsjahr 2018 bei 51,3 % (2017: 59,0 %). Toxikologische Gutachten wurden in 44,5 % der Fälle erstellt (Datenlieferung BKA, 2019).

Nachdem die Zahl der drogenbedingten Todesfälle 2017 erstmals seit fünf Jahren wieder leicht gesunken war, blieb sie 2018 in etwa auf dem Vorjahresniveau. Es kamen insgesamt 1.276 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, somit nach wie vor mehr als noch

2015 (siehe Abbildung 1). Aufgrund der Umstellung auf ein neues polizeiliches Datensystem und der Erfassung bzw. Erhebung rauschgiftbezogener Sachverhalte sind für das Datenjahr 2018 in Bezug auf rauschgiftbezogene Todesfälle keine über die reine Anzahl der Rauschgifttoten und die Todesursachen hinausgehenden Angaben möglich (etwa zu Alter und Geschlecht der Verstorbenen). An den Einwohnerzahlen gemessen war – abgesehen von den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen – das relativ kleine Saarland wie schon in den Vorjahren das am stärksten belastete Bundesland (3,5 Drogentote pro 100.000 Einwohner). Mit deutlichem Abstand folgen Bayern und Schleswig-Holstein (je 1,8). Nähere Angaben zu den Belastungszahlen der Großstädte liegen für das Datenjahr 2018 nicht vor.

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss beachtet werden, dass sich die Obduktionsraten der einzelnen Länder teilweise erheblich unterscheiden, was Vergleiche über die Bundesländer hinweg erschwert.

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

Die neuesten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2016. Die Datenlieferung erfolgt wesentlich später als bei den polizeilichen Daten. 2016 sind im allgemeinen Sterberegister insgesamt 1.289 Personen erfasst worden. Unter ihnen waren 278 Frauen und 1011 Männer, der Frauenanteil liegt somit bei 21,6 %. Es wurden 1,3 % weniger Fälle als im Vorjahr (N=1.306) erfasst.

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

Im Jahr 2016 erfasste das allgemeine Sterberegister erstmalig wieder weniger Fälle als das parallel geführte BKA-Register (siehe Abbildung 1). Die Differenz für das Datenjahr 2016 betrug 44 Fälle (1.333 Fälle im BKA-Register, 1.289 Fälle im allgemeinen Sterberegister), neuere Daten liegen nicht vor. Auch wenn die Bezugspopulationen und Falldefinitionen für die beiden Register nicht identisch sind, weisen sie für die letzten zehn Jahre recht ähnliche Verläufe auf, die in Abschnitt 1.1.4 detaillierter dargestellt werden. Es bleibt problematisch, dass die genaue Anzahl von Überdosierungen im Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes nicht angegeben wird, da weiterhin zu wenige Fälle spezifisch im Hinblick auf die akute Todesursache kodiert werden bzw. sich eine multikausale Kodierung nicht bundesweit durchgesetzt hat. Somit verfügt das nationale Sterberegister trotz 2006 in Kraft getretener Änderungen der WHO-Kodierregeln weiterhin über weniger Aussagekraft hinsichtlich der Auswertung der akut zum Tode führenden Substanzklassen bei Intoxikationen als die Todesursachen-Kategorisierung in der BKA-Darstellung.

## **1.1.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle**

### **Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen**

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die toxikologischen Angaben zu den Drogentodesfällen. Die Überdosierung von Heroin / Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellt nach wie vor die häufigste Todesursache dar. Mit



31,7 % aller Fälle bleibt der Anteil an allen Vergiftungen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr (2017: 32,2 %), er ist allerdings um 13 Prozentpunkte geringer als noch 2015 (2016: 38 %; 2015: 45 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen als hauptsächliche Substanz nachgewiesen wurden, liegt bei 16,0 % (im Vorjahr 17,1 %). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiate, vor allem durch Kokain / Crack und Amphetamin / Methamphetamin waren in 17,9 % der Fälle todesursächlich (2017: 18,4 %). Der Anteil an Langzeitschäden beträgt 18,0 %, er steigt in den letzten Jahren kontinuierlich an und ist 7 Prozentpunkte höher als noch vor drei Jahren (2015: 10,9 %).

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

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2018 nach Substanzen, polizeiliche Daten

Todesursachen	% von Gesamt		Anzahl
	2017	2018	2018
<b>Monovalente Vergiftungen durch Opioide</b>	<b>20,8</b>	<b>20,4</b>	<b>260</b>
Heroin / Morphin	13,0	13,7	175
Opioid-Substitutionsmittel	2,5	3,9	50
– davon: Methadon / Polamidon	2,4	3,4	44
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex)	0,2	0,3	4
– davon: Sonstige	0	0,2	2
Opioid-basierte Arzneimittel	3,4	2,4	30
– davon: Fentanyl	3,3	2,0	25
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	1,9	0,4	5
<b>Polyvalente Vergiftungen durch Opioide<sup>1</sup></b>	<b>34,8</b>	<b>28,9</b>	<b>369</b>
Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	19,2	18,0	230
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	14,6	12,1	155
– davon: Methadon / Polamidon i.V.m.a.S.	11,6	10,4	133
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m.a.S.	1,7	0,5	7
– davon: Sonstige i.V.m.a.S.	2,6	1,3	17
Opiat-basierte Arzneimittel	6,6	4,2	54
– davon: Fentanyl	5,3	2,2	28
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate) i.V.m.a.S.	1,8	0,1	1

<b>Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiode/Opiate</b>	<b>7,3</b>	<b>9,4</b>	<b>120</b>
Kokain / Crack	3,2	3,2	41
Amphetamin / Methamphetamin	2,4	3,8	49
– davon: Amphetamin	1,8	2,9	37
– davon: Methamphetamin	0,6	0,9	12
Amphetaminderivate	0,3	1,0	13
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	0,7	0,5	7
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)	0,7	0,8	10
<b>Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiode/Opiate<sup>1</sup></b>	<b>11,1</b>	<b>8,5</b>	<b>109</b>
Kokain / Crack i.V.m.a.S.	3,6	4,1	52
Amphetamin / Methamphetamin i.V.m.a.S.	6,3	4,0	51
– davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	5,3	3,4	44
– davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	1,7	0,7	9
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	1,3	1,1	14
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) i.V.m.a.S.	1,5	0,9	12
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	1,9	1,6	21
Sonstige i.V.m.a.S.	1,7	0,5	7
Sonstige Todesursachen			

Sonstige Todesursachen			
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	1,5	2,5	32
Nicht spezifizierte / unbekannte Vergiftungen	3,6	4,3	55
Suizide	6,7	5,6	72
– davon: Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	2,0	1,8	23
– davon: Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	4,6	3,8	49
Langzeitschäden	14,0	18,0	230
– davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	2,7	3,0	38
Unfälle	1,6	2,2	28
Sonstige Fälle	0,7	1,9	24
<b>Gesamt (N)<sup>2</sup></b>	<b>1272</b>		<b>1276</b>

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

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

Datenlieferung BKA, 2019

## Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

2016 wurde bei 62,6 % der Todesfälle (2015: 66,0 %) 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. Somit ist die Aussagekraft des nationalen Sterberegisters weiterhin eingeschränkt hinsichtlich der akut zum Tode führenden Substanzklassen. Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in der ICD-10 vorgesehenen Zusatzkodierung X/Y für äußere Anlässe lässt einen verlässlichen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu, da damit die substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Codes gekoppelt ist. Dies traf 2016 auf nur 37,4 % der registrierten Fälle zu. Rein opioidbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2016 in 48,8 % der Todesfälle vor, was etwa den Anteilen in den Jahren zuvor entspricht. In 15,6 % wurden andere Substanzgruppen genannt, in 35,6 % fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen. Bei letzterer könnten noch weitere Opioid- Intoxikationen verborgen sein. Es ist nicht genau bekannt, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.

Auswertungen der Trends der kodierten Todesursachen finden sich unter 1.1.4.

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

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

### 1.1.4 Trends drogenbezogener Todesfälle

Die Langzeitverläufe der Gesamtanzahlen der Drogentoten in Deutschland sind für beide Erfassungssysteme zwischen 2005 und 2016 ähnlich. Zwischen 2008 und 2012 sank in beiden Systemen die Anzahl der Drogentoten deutlich; seit 2012 stiegen die Zahlen hingegen wieder an. Es fällt auf, dass die Trends in den polizeilichen Daten etwas steiler ausfallen als in den Daten des allgemeinen Sterberegisters (siehe Abbildung 1). Im Jahr 2017 waren die Zahlen in den BKA-Daten erstmals leicht rückläufig und sind für 2018 auf etwa gleichem Niveau geblieben; ob diese Stabilität in den nächsten Jahren bestehen bleibt, ist abzuwarten. Im allgemeinen Todesfallregister zeigt sich bereits im Datenjahr 2016 ein leichter Rückgang. Da der Unterschied zwischen den beiden Registern mittlerweile zwei Datenjahre beträgt, muss weiterhin abgewartet werden, ob der Trend sich auch im allgemeinen Todesfallregister für die Jahre 2017 und 2018 stabilisiert.

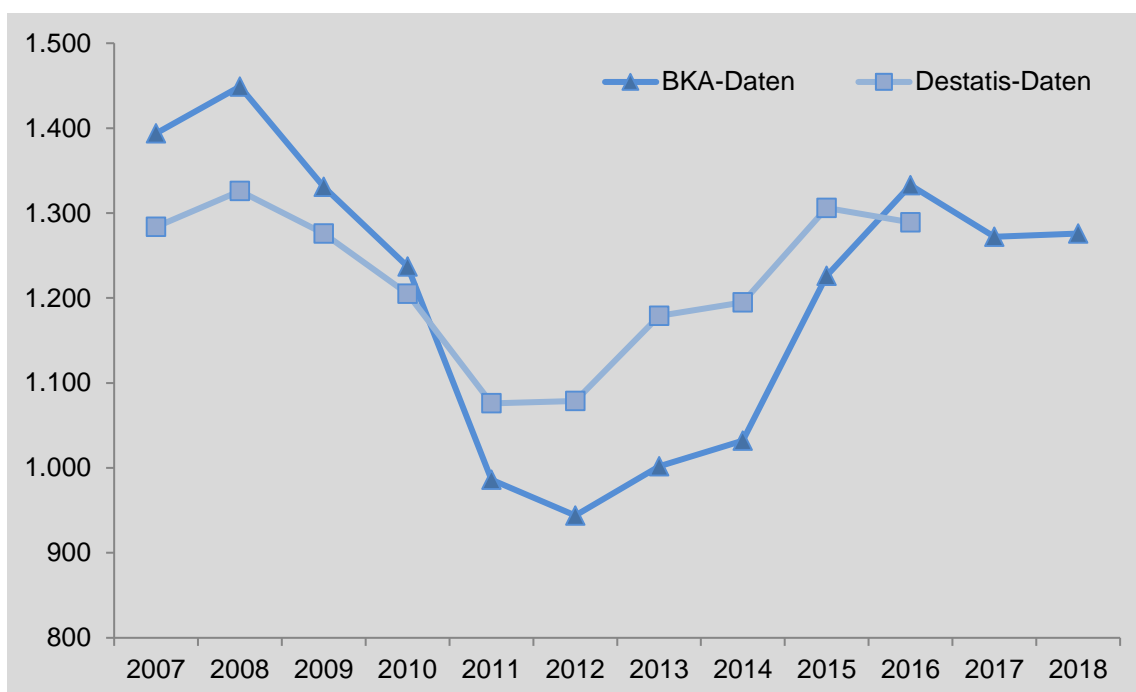


Abbildung 1 Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2007 bis 2018

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen; Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität des BKA, zuletzt 2018 sowie Datenlieferung BKA, 2019

#### Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle hatte im Zeitverlauf der letzten 20 Jahre lange Zeit eine Verlagerung hin zu einem höheren Sterbealter gezeigt. Seit etwa 2013/2014 ist eine weitere Altersgruppenverschiebung jedoch nicht mehr deutlich; die Anteile der jüngeren, mittleren wie älteren Todesfälle haben sich weitgehend stabilisiert. In 2016 sank gegenüber 2015 sowohl der Anteil der Altersgruppe 60 Jahre und älter wie auch der Anteil der Altersgruppe der unter 25-Jährigen. Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in 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 trifft seit Jahren nur auf deutlich weniger als die Hälfte der kodierten Fälle zu, 2016 waren es etwa ein Drittel (37,4 %) der registrierten Fälle. Für die überwiegende Mehrheit wird nur die zugrunde liegende Krankheit kodiert (F-Codes, siehe Abbildung 2).

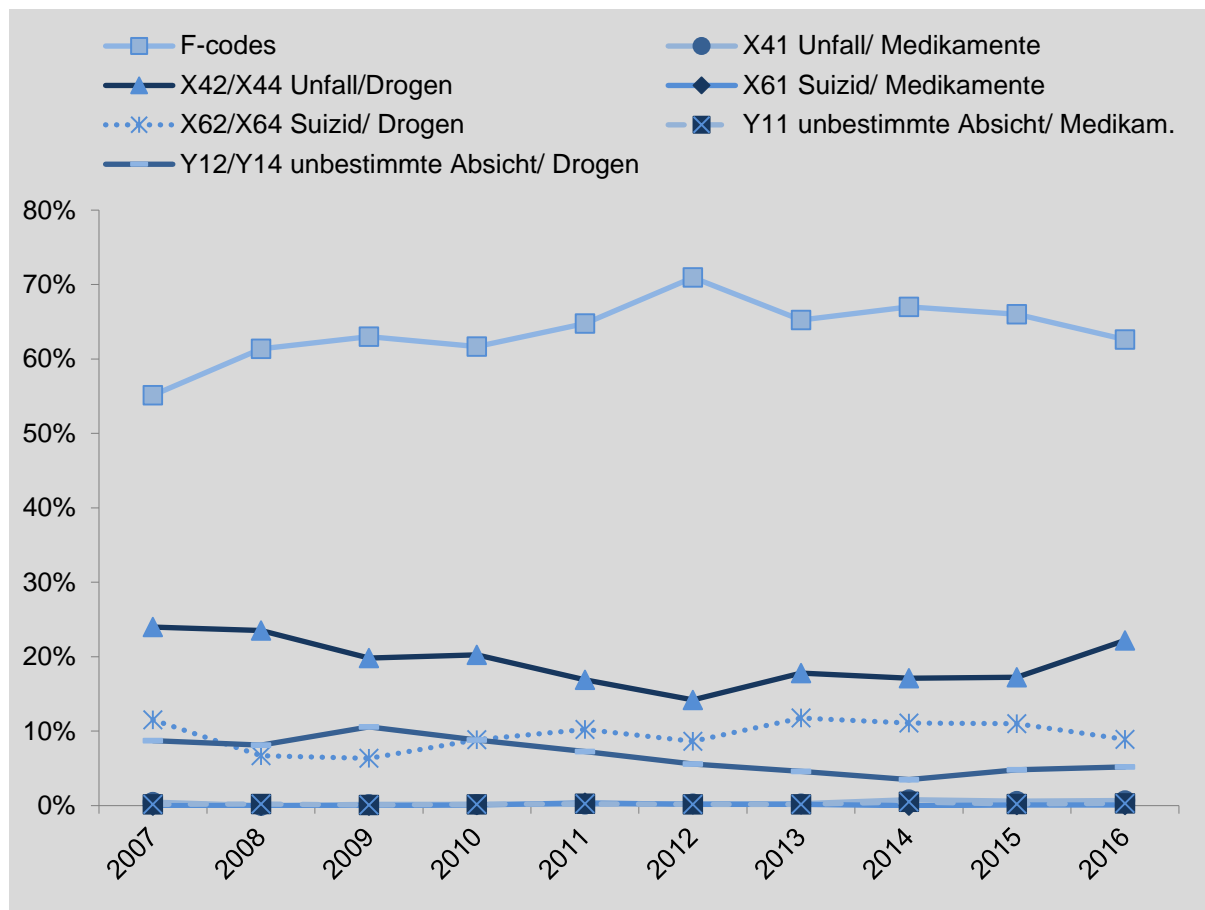


Abbildung 2 Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2007 bis 2016

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Unter den Fällen, die mit X/Y-Codes kodiert werden, stellen Opioidvergiftungen mit 59,8 % der Fälle die Haupttodesursache dar, gefolgt von Mischintoxikationen bzw. nicht näher spezifizierten Intoxikationen (32,2 %) (siehe Abbildung 3). Auch bei den Mischintoxikationen bzw. nicht näher spezifizierten Fällen dürften Opioide eine bedeutende Rolle spielen, hier ist jedoch auf Grund der unspezifischen Kodierung keine gesicherte Aussage zu treffen. Es fällt auf, dass Intoxikationen ohne Opioidbeteiligung mit 8,1 % der Fälle zwar immer noch einen geringen Anteil der Drogentodesfälle ausmachen, dieser Anteil aber seit 2010 ansteigt. Insgesamt muss jedoch die eingeschränkte Aussagefähigkeit der Todesursachenstatistik beachtet werden, u. a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.

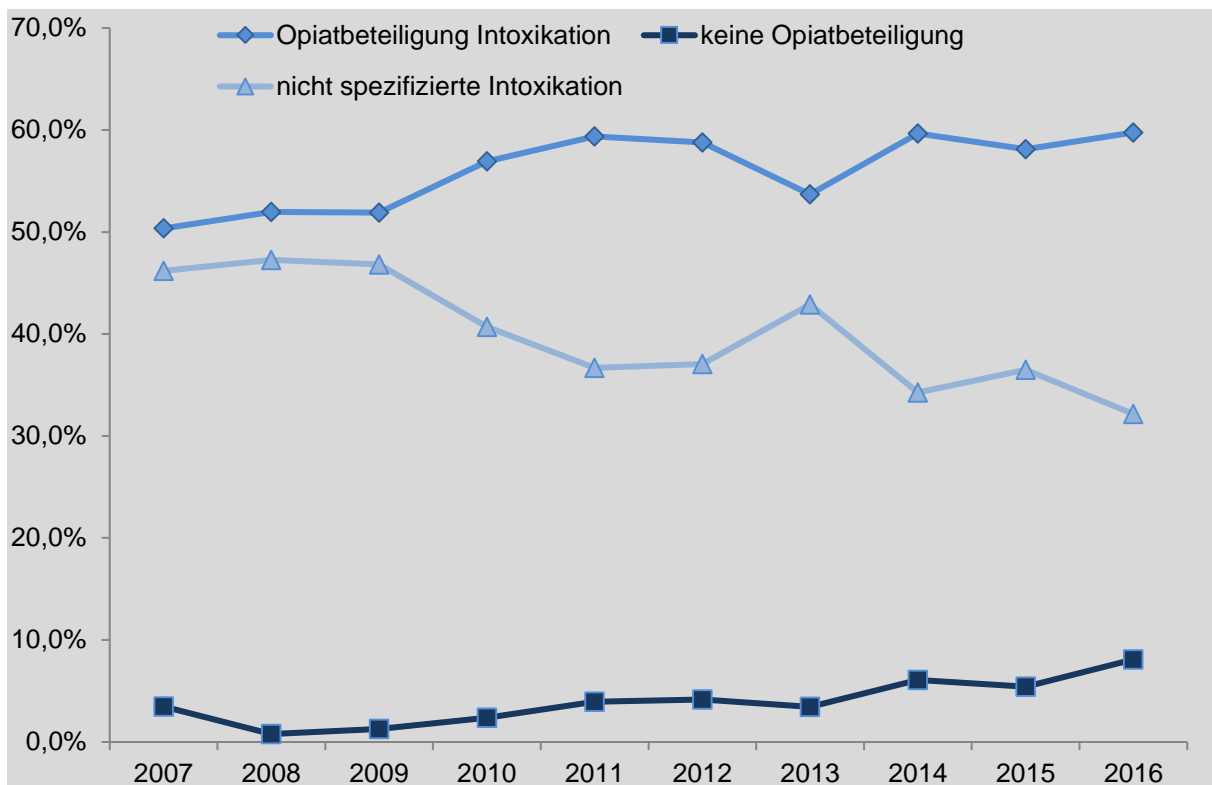


Abbildung 3 Trend Anteile der Opioidintoxikation an drogenbezogenen Todesfällen 2007 bis 2016

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Anmerkung: Die Auswertung wurde gegenüber der Darstellung in den Vorjahren für alle Jahrgänge modifiziert. Es wurden jetzt Kodierungen für (unspezifische) synthetische Narkotika als opioidbezogen gewertet. Weiter wurden X44-, X64- sowie Y14-Kodierungen (nach ICD-10) in Kombination mit bestimmten T-Codes jetzt analog WHO-Kodierungsregel seit 2006 nach ihrem Opiatbezug differenziert: Sie weisen einen höheren Anteil mit Opioidbezug auf, sodass andererseits der relative Anteil der Fälle ohne Opioidbezug sinkt. Der bereits früher festgestellte Trend des Anwachsens der Fälle ohne Opioidbezug bleibt bestehen, allerdings auf einem niedrigeren Niveau als in den Auswertungen der Vorjahre.

### Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Da 2012 die Datenerfassung des BKA geändert wurde, sind Vergleiche zu den vorherigen Jahren nur unter Vorbehalt möglich. Aus diesem Grund sind hier nur die Trends seit dem Jahr 2012 beschrieben. Auch hier finden sich hauptsächlich Vergiftungen durch Opioide als Todesursache; anders als im allgemeinen Sterberegister werden hier monovalente und polyvalente Vergiftungen unterschieden (siehe Abbildung 4). Der Anteil monovalenter Opioidvergiftungen ist seit 2012 bis 2016 kontinuierlich von 26,0 % auf 20,4 % gesunken und stagniert seitdem auf diesem Niveau. Polyvalente Vergiftungen durch Opioide sind nach wie vor die häufigste Todesursache, ihr Anteil sinkt jedoch seit 2014 deutlich und liegt aktuell bei 28,9 %. Der Anteil monovalenter Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide ist seit 2015 auf wesentlich niedrigerem Niveau etwas angestiegen, und macht aktuell 9,4 % aus. Der Anteil polyvalenter Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide ist zwischenzeitlich auf etwas über 11 % angestiegen, liegt 2018 jedoch mit 8,5 % wieder beim Niveau der Jahre bis 2015. In den letzten zwei Jahren ist der Anteil von Langzeitschäden deutlich angestiegen und liegt nun bei 18 %. Dies korrespondiert mit dem seit Jahren angestiegenen Alter der Verstorbenen.

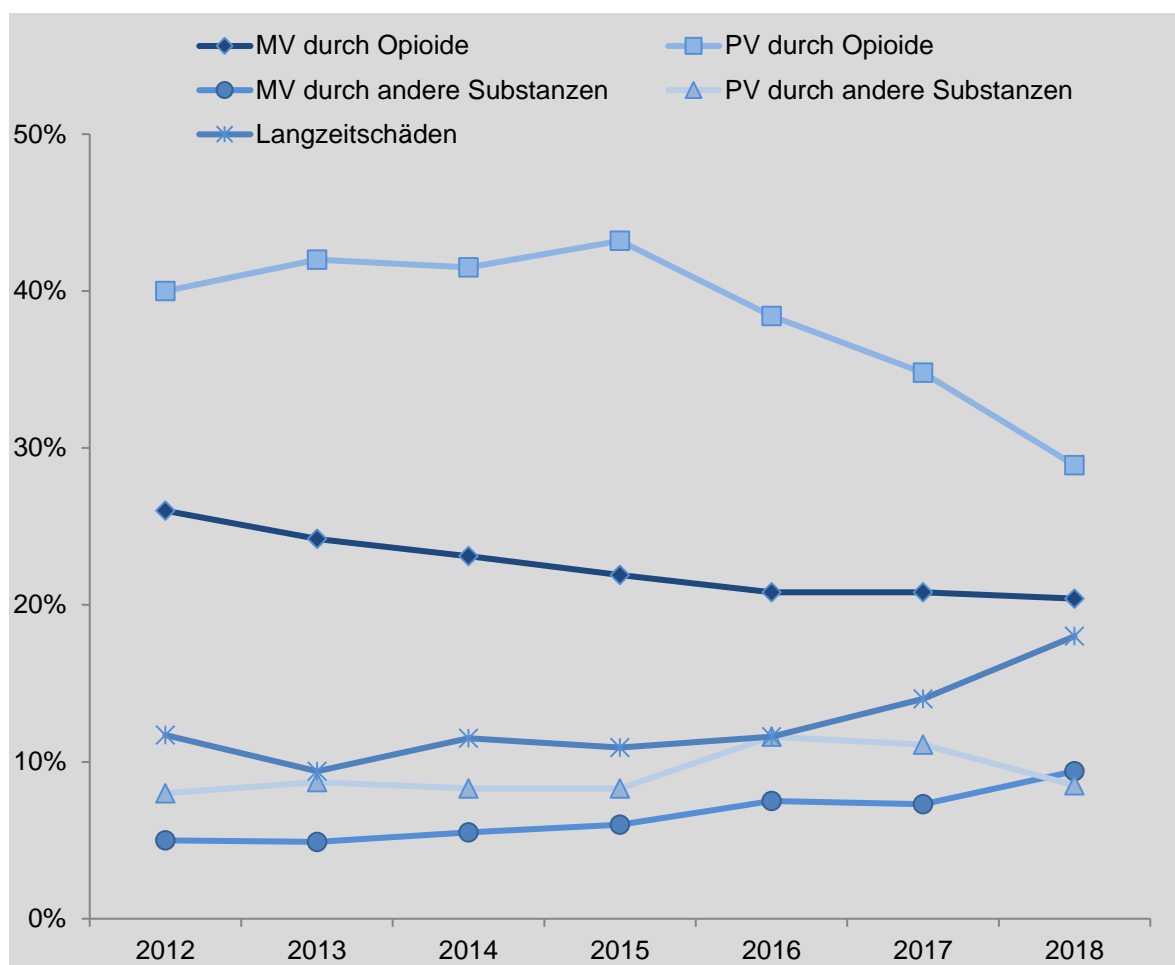


Abbildung 4 Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2018

MV = monovalente Vergiftung, PV = polyvalente Vergiftung

Datenlieferung BKA, 2019

## 1.2 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

### 1.2.1 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

Als Näherung für die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10 Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik 2016 bzw. speziellen Berechnungen des Statistischen Bundesamts zur Verfügung (siehe Tabelle 2). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 T40.X) sowohl um eine Überdosierung als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opioide auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung verschriebener opioidhaltiger Medikamente, statt um den Konsum illegaler Drogen handeln. Darüber hinaus kann mit diesen Daten nur eine Aussage über im Krankenhaus stationär aufgenommene drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle getroffen werden. Notfälle, die entweder gar nicht oder durch andere Anlaufstellen (Giftinformationszentren, siehe 1.2.2, aber auch niedergelassene Ärzte, notärztliche

Behandlung ohne folgenden stationären Aufenthalt) behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Aus den Daten geht zudem nicht hervor, wie schwer ausgeprägt oder gefährlich die Symptomatik war und wie lange die jeweilige Behandlung andauerte; Stundenfälle werden ebenfalls miteingeschlossen. Die Daten sind also nur mit Vorsicht zu interpretieren.

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

## 1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2017

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 44	45 - 65	65+
<b>akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)</b>	<b>20.942</b>	<b>466</b>	<b>5.711</b>	<b>10.225</b>	<b>3.730</b>	<b>810</b>
durch Opiode (F11.0)	2.165	16	205	1.153	508	283
durch Cannabinoide (F12.0)	2.312	200	1.314	670	119	9
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	1.893	19	311	707	578	278
durch Kokain (F14.0)	727	0	150	484	90	3
durch andere Stimulanzien (F15.0)	2.064	89	824	1.023	117	11
durch Halluzinogene (F16.0)	387	6	223	143	13	2
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	77	8	22	30	13	4
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	11.317	128	2.662	6.015	2.292	220
<b>Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)</b>	<b>1.500</b>	<b>75</b>	<b>306</b>	<b>396</b>	<b>276</b>	<b>447</b>
durch Opium (T40.0)	67	1	3	12	15	36
durch Heroin (T40.1)	87	0	9	63	14	1
durch sonstige Opiode (T40.2)	802	40	61	136	175	390
durch Methadon (T40.3)	89	5	8	37	31	8
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	23	3	8	9	3	0
durch Kokain (T40.5)	81	0	16	53	12	0



durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	43	3	12	12	9	7
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	234	20	140	57	12	5
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	33	0	25	7	1	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	41	3	24	10	4	0

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2019

### Aus den Daten der Giftnformations- bzw. Giftnotrufzentralen:

Es liegen aus vier der acht deutschen Giftnformationszentralen (GIZ)<sup>1</sup> Daten zu dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) aus dem Jahr 2017 vor (Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, 2018, Giftnformationszentrum-Nord, 2018b, Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018, persönliche Mitteilung Saarländisches Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen, 2019).

In diesen vier Institutionen wurden im Jahr 2017 insgesamt 110.394 Anfragen auf Grund von Vergiftungsverdachtsfällen bei Menschen registriert, davon etwa 2.033 auf Grund von tatsächlicher oder vermuteter Einnahme illegaler Drogen<sup>2</sup>. Der Anteil der Drogenfälle liegt damit bei 1,84 % und ist damit nochmal etwas niedriger als in den Vorjahren (2016:2,16 %). diesen Daten geht allerdings nicht hervor, ob es sich um unbeabsichtigte Einnahmen oder um Überdosierungen beim beabsichtigten Drogenkonsum gehandelt hat. Einige Giftnformationszentralen nehmen in ihren Dokumentationssystemen auch eine Aufschlüsselung nach Substanzen und anderen Variablen wie etwa dem Alter vor.

Das GIZ-Nord<sup>3</sup> dokumentierte 2017 insgesamt 36.563 menschliche Vergiftungsverdachtsfälle, davon entfielen 1,9 % (N = 703) der Anfragen auf die Hauptgruppe illegaler Drogen. In einem Fall fehlt die weitere Dokumentation, bei 220 Fällen (31,3 %) konnte der Schweregrad der Vergiftung nicht eingeschätzt werden. Es wurde ein Todesfall auf Grund von Drogenkonsum dokumentiert. 39 (5,5 %) der Verdachtsfälle wurden als schwere Vergiftung eingestuft, 232 (33,0 %) mit dem mittleren Schweregrad, 188 (26,7 %) als leichte Vergiftung. 22 Verdachtsfälle (3,1 %) waren symptomlos (Giftnformationszentrum-Nord, 2018b).

Es liegen Angaben zu Substanzgruppen vor: 32,4 % der Anrufe (n = 228) wurden wegen der Einnahme amphetaminartiger Substanzen getätigt. Am zweithäufigsten waren Anfragen

<sup>1</sup> <https://www.klinitox.de/3.0.html> [Letzter Zugriff: 03.09.2019].

<sup>2</sup> Für eine der Institutionen liegt für die Anfragen mit Bezug zu illegalen Drogen in der Altersgruppe der Jugendlichen nur ein ungefährender Wert vor; der exakte Wert kann um weniger als 10 Personen abweichen. Die Abweichung fällt auf Grund der eher großen Gesamtzahl nicht ins Gewicht.

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

wegen Kokain(-derivaten), sie machten 18,6 % (n = 131) der Anrufe aus, wobei nur ein Fall von Crack dokumentiert wurde (ansonsten nur Kokain). Im Vorjahr waren Anfragen wegen der Gesamtgruppe der Cannabinoide noch häufiger gewesen als Anfragen wegen Kokain. 2018 bezogen sich 16,8 % (n = 118) der Anfragen auf den Konsum von Cannabinoiden, von diesen wurden in 34 Fällen wegen synthetischer Cannabinoide angerufen. Nachdem der Anteil der Anrufe wegen synthetischer Cannabinoide bereits im Vorjahr zurückgegangen war, ist dies eine weitere deutliche Abnahme. Opioide machten 8,7 % der Fälle aus (n = 61), hiervon mit 51 Fällen größtenteils Heroin.

Amphetaminartige Substanzen machten 10 der 39 als schwer eingestuft Vergiftungen aus. Auch der berichtete Todesfall stand in Zusammenhang mit Amphetaminkonsum. Auf Kokain entfielen 12 der schweren Vergiftungen und auf Opioide fünf. Unter den vier schweren Vergiftungen, die auf Cannabinoide zurückzuführen waren, lagen in einem Fall synthetische Cannabinoide vor. Auch hier ist der Anteil synthetischer Cannabinoide deutlich zurückgegangen (Giftinformationszentrum-Nord, 2018a). Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass es sich hier um eine Informationsquelle mit klarem regionalen Bezug handelt, nicht etwa um eine für das gesamte Bundesgebiet repräsentative Entwicklung.

### **1.2.3 Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle**

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

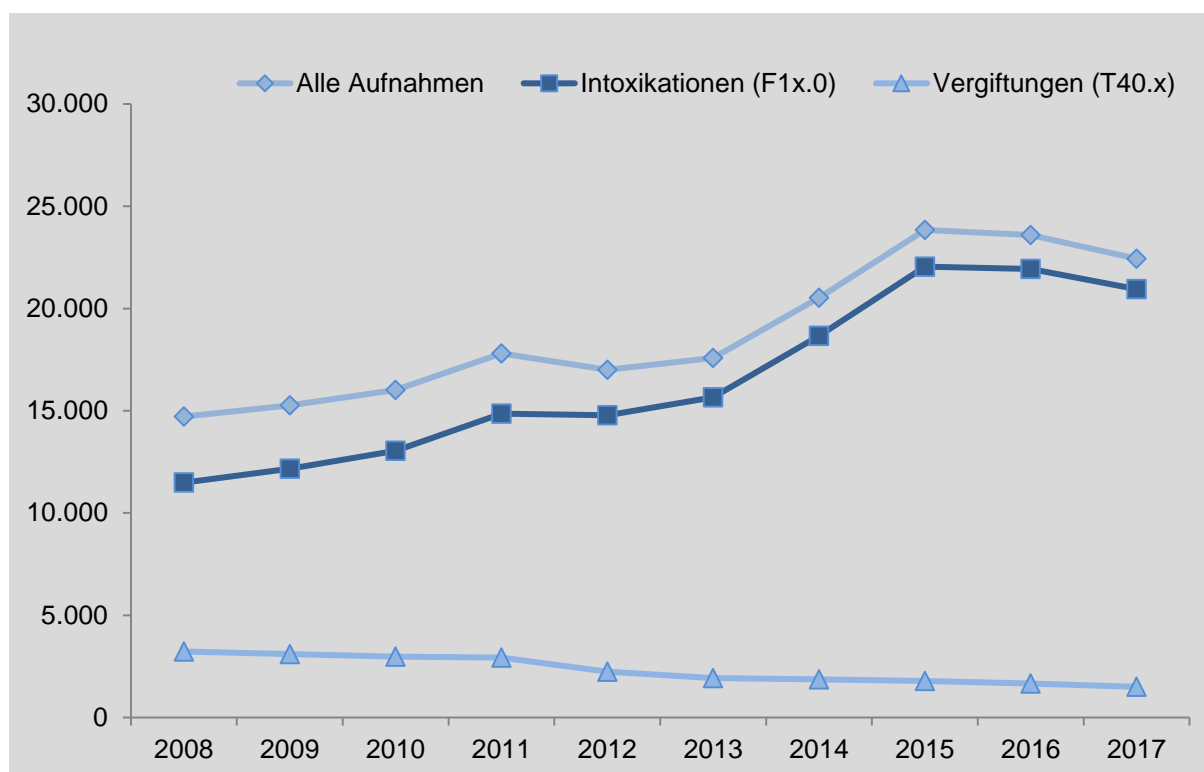


Abbildung 5 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Insgesamt zeigt sich in den letzten zehn Jahren bis 2015 ein recht kontinuierlicher Anstieg der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle von 14.714 Aufnahmen 2008 zu 23.839 Aufnahmen 2015 (siehe Abbildung 5). Seitdem sind die Zahlen leicht gesunken auf 22.442 Fälle im Jahr 2017. Ob es sich hierbei um einen längerfristigen Trend oder nur eine kurzfristige Schwankung handelt, ist nicht absehbar. In der Kodierung überwiegen bei weitem die akuten Intoxikationsfälle (F-Kodierungen), die 2017 20.942 Fälle ausmachten und auch den Gesamtanstieg der vorigen Jahre bedingten. Die Anzahl der kodierten Vergiftungsfälle, die bereits 2008 schon auf deutlich niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten 10 Jahren weiter gesunken und liegt 2017 bei 1.500 Fällen. Es bleibt unklar, ob dies durch die Kodiergewohnheiten erklärbar ist, oder ob tatsächlich weniger Vergiftungsfälle und mehr Intoxikationsfälle aufgenommen wurden.

Betrachtet man Vergiftungen und Intoxikationen getrennt, so überwiegt bei den deutlich seltener kodierten stationär aufgenommenen Vergiftungen (T 40.x-Codes, siehe Abbildung 6) in den letzten 10 Jahren deutlich die Vergiftung durch „sonstige Opioide“ (T40.2). Nach einem deutlichen Anstieg bis 2011 (1.660 Fälle) gingen die Zahlen seitdem allerdings wieder stark zurück (2016: 802 Fälle). Vergiftungen durch Heroin (T40.1) waren bis 2010 über viele Jahre hinweg die zweithäufigste Diagnose in dieser Gruppe, sind aber seit über 10 Jahren fast konstant gesunken und machen nur noch einen geringen Anteil der Vergiftungen aus (2017: 87 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide (T40.7) damit nach Vergiftungen durch sonstige Opioide die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Allerdings stellt sich der Trend in den letzten zehn Jahren mit leichten

Schwankungen stabil dar und befindet sich mit 234 Fällen auch im Jahr 2017 auf wesentlich niedrigerem Niveau als Vergiftungen durch Opiode. Alle anderen Substanzen, inklusive der sonstigen / nicht näher bezeichneten Betäubungsmittel, spielen mit bis zu 100 gemeldeten Fällen nur eine untergeordnete Rolle.

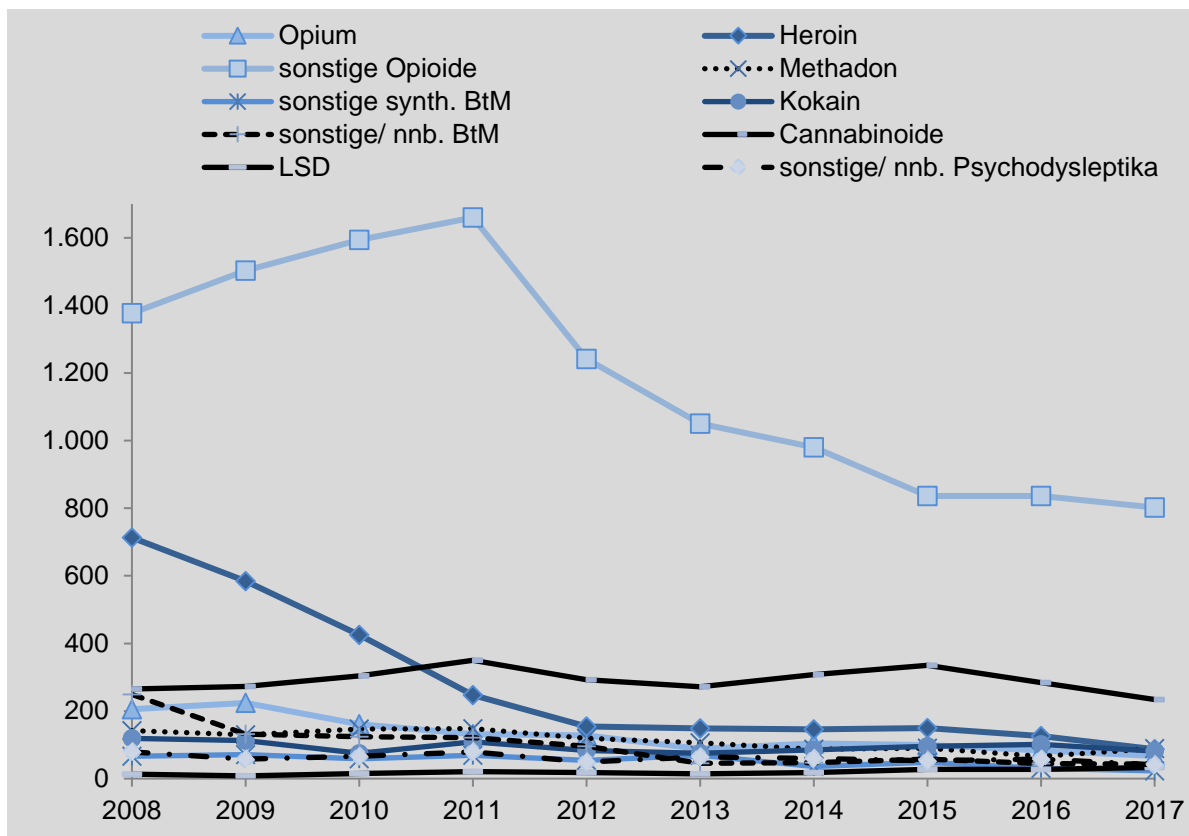


Abbildung 6 Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes) 2008 – 2017

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

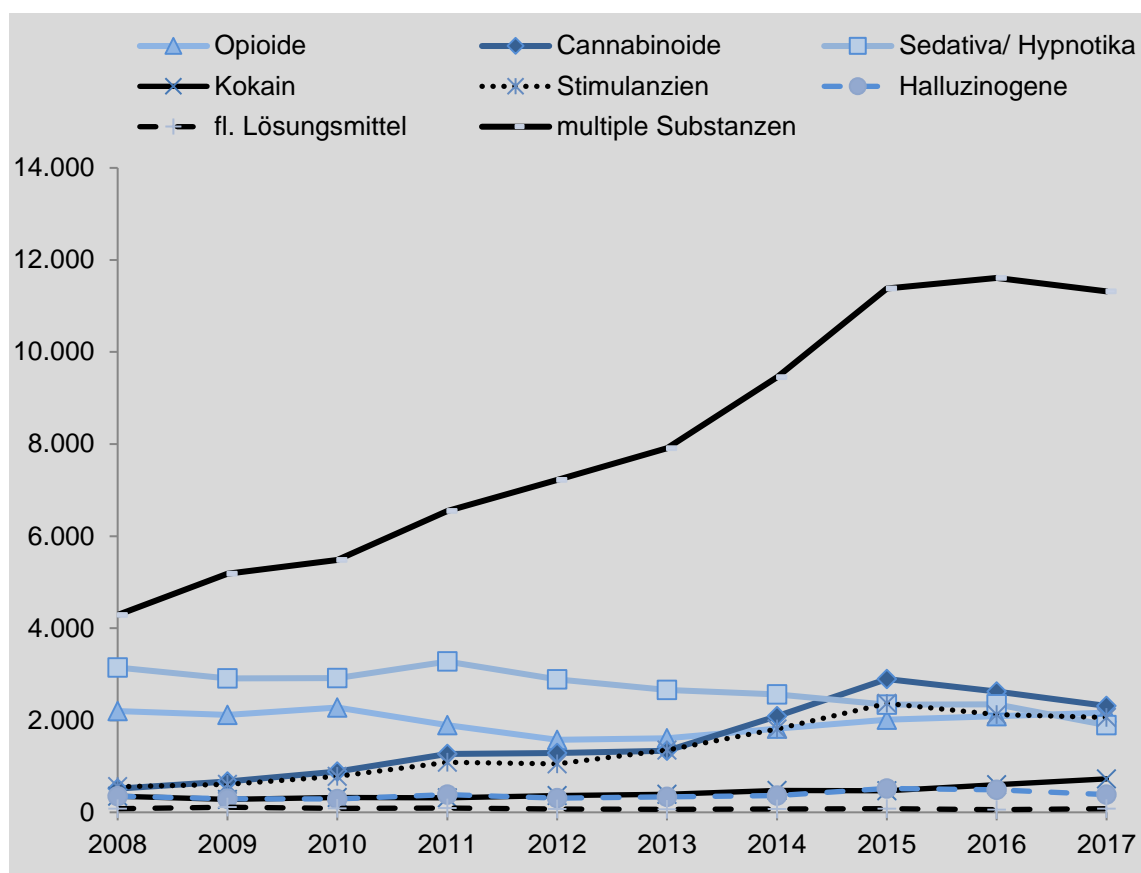


Abbildung 7 Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) 2008 – 2017

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

In der Gruppe der wesentlich häufiger kodierten akuten Intoxikationen ist die mit Abstand häufigste Diagnose die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0, siehe Abbildung 7). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür sind seit über zehn Jahren steil angestiegen und haben sich seit 2015 auf hohem Niveau stabilisiert. Sie bedingen einen großen Teil des Gesamtanstiegs aller stationärer Krankenhausaufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle bis 2015 und machen im Jahr 2017 mit 11.317 Fällen die Hälfte aller Fälle aus. Angaben zu den einzelnen Substanzen, die unter „multipler Gebrauch“ bzw. „andere psychotrope Substanzen“ kodiert werden, liegen leider nicht vor, sodass keine genauen Rückschlüsse auf das Konsumverhalten gezogen werden können.

Die vier Stoffgruppen Cannabinoide, (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa / Hypnotika, Stimulanzien (exkl. Kokain) und Opioide machen 2017 wie bereits in den Vorjahren mit jeweils etwas über 2.000 Fällen ähnlich große Anteile aus. Im Zeitverlauf hat sich die Bedeutung der einzelnen Stoffgruppen aber wesentlich verändert:

Für Cannabinoide (inklusive synthetischer Cannabinoide) wie auch für Stimulanzien (exkl. Kokain) zeigt sich in den letzten 10 Jahren ein sehr starker Anstieg der Aufnahmezahlen, die sich für beide Stoffe etwa vervierfacht haben. Intoxikationen durch Cannabinoide sind seit 2015 die am zweithäufigsten kodierte Ursache. Die Menge der Intoxikationen durch die

Stoffgruppe der Sedativa / Hypnotika, die bis dahin stets die zweithäufigste war, ist in den letzten zehn Jahren mit leichten Schwankungen insgesamt zurückgegangen. Intoxikationen durch Opioide sind in den letzten zehn Jahren mit leichten Schwankungen stabil bei etwa 2.000 Fällen pro Jahr. Insgesamt zeigt sich im Bereich der akuten Intoxikationen ein Trend hin zu multiplem Substanzgebrauch und einer steigenden Bedeutsamkeit von Cannabinoiden und Stimulanzien, wohingegen Sedativa / Hypnotika im Vergleich eher an Bedeutung verlieren.

### 1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

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

Genauere Informationen zu den Datenquellen für drogenbezogene Infektionskrankheiten finden sich im Abschnitt 3.2.2.

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

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten an das RKI für das Jahr 2018 aus dem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch (Robert Koch-Institut (RKI), 2019). Trendaussagen beruhen auf den Jahrbüchern der entsprechenden Datenjahre.

##### HIV Meldedaten

Im Jahr 2018 wurden dem RKI 2.818 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als Erstdiagnosen identifiziert werden konnten. Die bundesweite Inzidenz lag damit bei 3,4 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr (3.144) sank die Anzahl der Erstdiagnosen um 326 Fälle (10,4 %), diese Abnahme zeigt sich sowohl für im Inland wie auch vermutlich im Ausland erworbene Infektionen.

Für 2.286 der 2.818 Erstdiagnosen (81 %) lagen Angaben zum Infektionsrisiko vor. Bei Mehrfachangaben wurde die Angabe auf das wahrscheinlichste Risiko reduziert. Unter den Erstdiagnosen mit Angaben hatten sich 61 % (1.394) vermutlich über gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern infiziert, 32 % (733) über heterosexuelle Kontakte, und 6 % (140) bei intravenösem Drogenkonsum. Bei 1 % (17) der Erstdiagnosen handelte es sich um Kinder, die über ihre Mütter infiziert worden waren.

Von den 140 Erstdiagnosen des Jahres 2018, die sich durch i.v.-Drogengebrauch infiziert hatten, leben 55 in NRW und 18 in Berlin. Dies bedeutet einen Anstieg im Vergleich zu 2016 (19 und 7 Personen) und 2017 (36 und 17 Personen). Der Anstieg in NRW beschränkte sich in Wesentlichen auf den Bereich Köln. Die Zunahmen in Köln und Berlin betrafen jeweils die Altersgruppen 20 bis 40 Jahre.

Während die Gesamtzahl der in Deutschland gemeldeten HIV-Erstdiagnosen das dritte Jahr in Folge zurückgeht, ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen mit dem Übertragungsweg i.v.-Drogengebrauch in den letzten drei Jahren mit Schwankungen stabil; betrachtet man die letzten zehn Jahre zeigt sich nach einem Rückgang bis 2011 seitdem ein Anstieg, insbesondere bei den männlichen Infizierten (Abbildung 8).

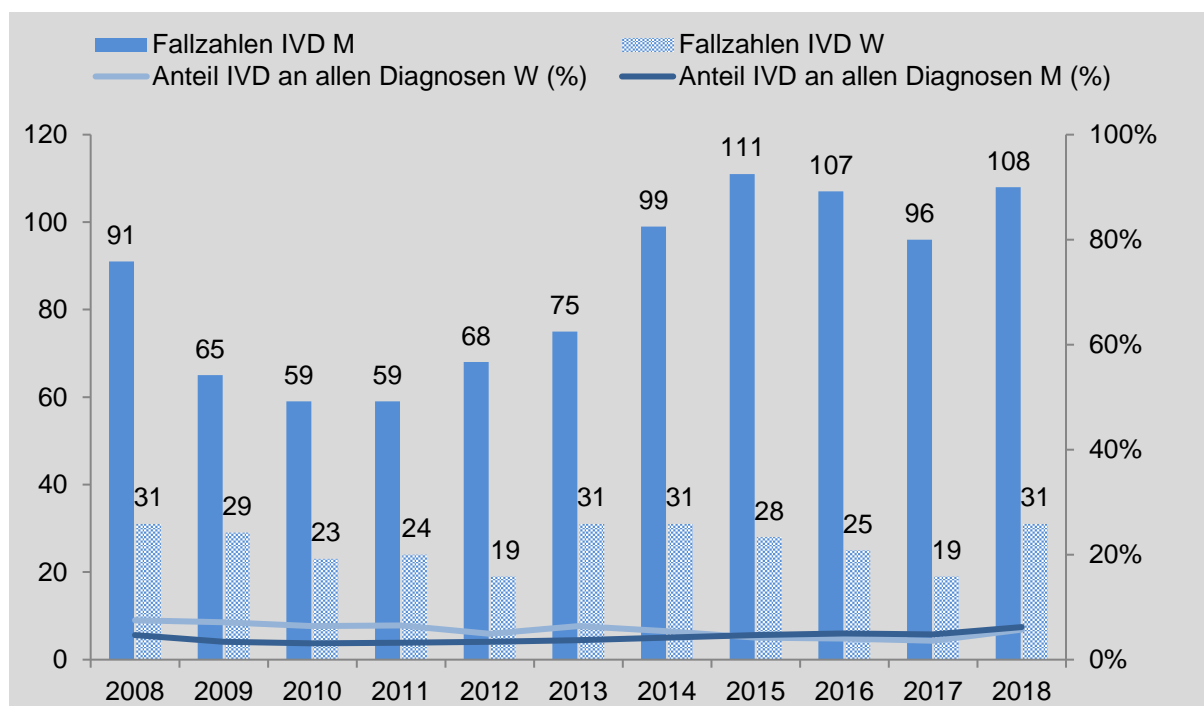


Abbildung 8 Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen  
 Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt RKI 2019

Die Situation von Menschen, die i.v. Drogen konsumieren, ist gekennzeichnet durch sporadisch auftretende Infektionen, die immer wieder an unterschiedlichen Orten zu größeren Infektionsclustern führen können. Diese fallen auf Grund der insgesamt relativ kleinen Anzahl an Infektionen deutlich ins Gewicht. Nach einem derartigen Infektionscluster in München in den Jahren 2015 bis 2017 scheinen sich jetzt ähnliche Geschehen in Köln und möglicherweise auch Berlin abzuspielen. Das RKI schlussfolgert, dass weitere Untersuchungen erforderlich sind, um die Bedingungen für das Entstehen solcher Cluster besser zu verstehen und geeignete Präventionsmaßnahmen ergreifen zu können.

### Hepatitis B Meldedaten

Die Falldefinitionen für einen Hepatitis-B-Nachweis wurden 2015 geändert, um sie an die europäische Falldefinition anzupassen und allen aktiven, d. h. infektiösen und damit übertragbaren, HBV-Infektionen nachzugehen, unabhängig von der aktuellen Ausprägung der

Symptomatik. Die geänderte Falldefinition wird genauer unter 593.2.2 beschrieben. Mit Einführung der neuen Falldefinition stieg die Zahl der veröffentlichten Hepatitis-B-Virus-Infektionen 2015 wie erwartet an (siehe Abbildung 9). Im Juli 2017 trat eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Kraft, nach der jeder labordiagnostische Nachweis einer Hepatitis B meldepflichtig ist und dadurch alle aktiven (akuten oder chronischen) Infektionen erfasst werden.

Für das Jahr 2018 wurden insgesamt 4.507 Fälle von Hepatitis B nach Referenzdefinition übermittelt. Dies stellt einen Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren dar (2017: 3.622, 2016: 3.466). Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 5,4 Infektionen pro 100.000 Einwohner (2016: 4,4). Sie ist bei Jungen und Männern (6,7) deutlich höher als bei Mädchen und Frauen (4,0). Im Gegensatz zu den Vorjahren war bei beiden Geschlechtern die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen am stärksten betroffen; in den Vorjahren waren es jüngere Altersgruppen gewesen.

Nur bei 180 (4,0 %) der 4.507 übermittelten Fälle wurden für die Auswertung ausreichende Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Mehrfachnennungen wurden bei der Auswertung auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Die Wohngemeinschaft mit einem HBV-Infizierten wurde als häufigster Weg angegeben (74 Fälle, 41 %), gefolgt von der sexuellen Transmission (48 Fälle, 27 %), darunter in 20 Fällen durch gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern, in 28 Fällen durch heterosexuellen Kontakt. Intravenöser Drogenkonsum wurde bei 35 Fällen (19 %) angegeben.

Zwischen 2001 und 2009 wurde ein Rückgang der übermittelten akuten Hepatitis-B-Erkrankungen beobachtet, der vermutlich vorwiegend auf einen verbesserten Impfschutz durch die Einführung der generellen Impfpflicht für Säuglinge im Jahr 1995 zurückzuführen ist. Dieser Trend stagnierte mit geringen Schwankungen von 2009 bis 2014. Seit 2015 (Änderung der Falldefinition) ist eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen, wie in Abbildung 9 dargestellt.



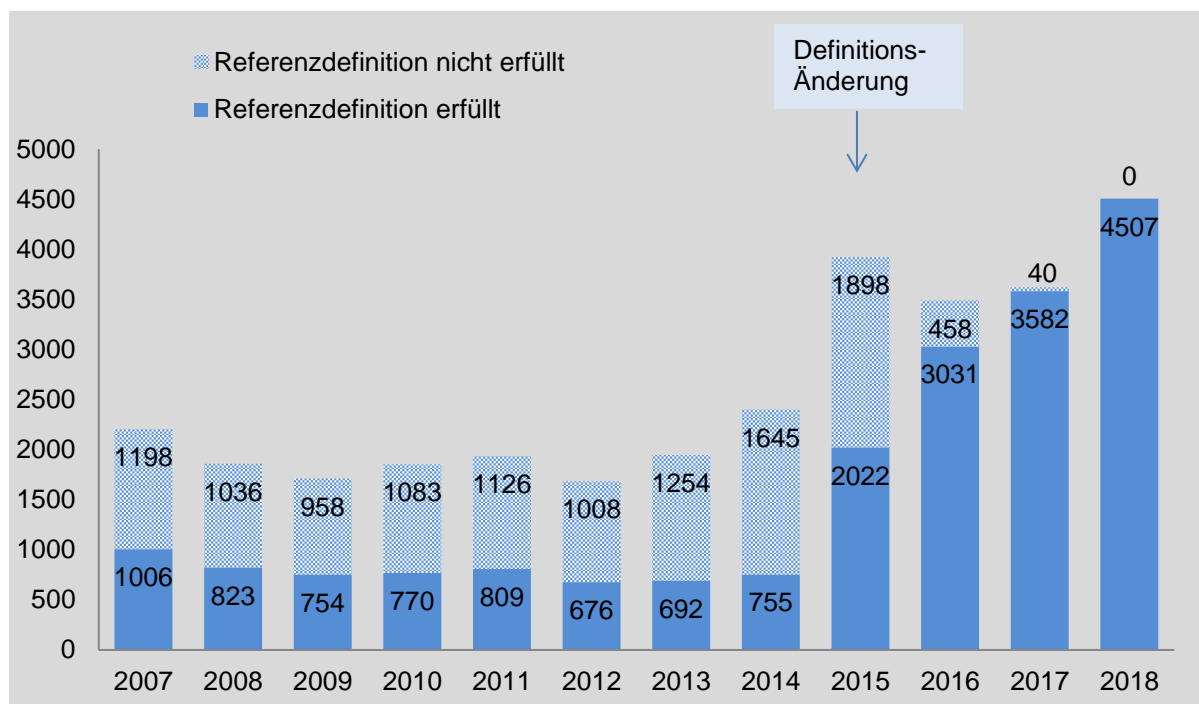


Abbildung 9 Trend HBV-Diagnosen

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt RKI 2019

Diese Zunahme ist zum Teil durch die Erweiterung der Referenzdefinition auf Fälle ohne, mit unklarer und unbekannter Symptomatik zu erklären; jedoch sollten für die Folgejahre auch weitere Einflussgrößen berücksichtigt werden. Besonders in den Jahren 2015 bis 2017 könnte vermehrtes Testen von Asylsuchenden eine Erklärung für den starken Anstieg sein; hierfür spricht auch der Häufigkeitsgipfel bei den 15- bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen in diesen Jahren. 2018 verschiebt sich der Häufigkeitsgipfel für beide Geschlechter zu den 30- bis 39-Jährigen; 90 % des Anstiegs entfallen auf die Kategorie E, in der unerkannt chronische Fälle enthalten sein können. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der Anteil der durchschnittlich eher jüngeren getesteten Asylsuchenden inzwischen eine geringere Rolle spielt und wieder vermehrt Infektionen in der Allgemeinbevölkerung erfasst werden. Seit Juli 2017 sind alle Nachweise unabhängig von Stadium der Hepatitis-B-Virus-Infektion meldepflichtig, was ebenfalls zum Anstieg beigetragen haben kann. Nicht genau quantifizierbar ist, in welchem Umfang der Anstieg den genannten Faktoren oder einem tatsächlichen Anstieg zuzuschreiben ist. Dies bedarf weiterer Untersuchungen. Hinzu kommen mögliche Doppelmeldungen, die nicht vollständig ausgeschlossen werden können.

Es wird dringend empfohlen, alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie weitere definierte Risikogruppen konsequent zu impfen. Neben Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung betrifft dies vor allem i.v.-Drogenkonsumierende (Robert Koch-Institut (RKI), 2019).

## Hepatitis C Meldedaten

Da die Mehrzahl der Neuinfektionen der Hepatitis C asymptomatisch verläuft, umfasst die Referenzdefinition alle Fälle mit erstmaligem Labornachweis einer HCV-Infektion, unabhängig vom klinischen Bild. Daher beinhaltet die Gesamtheit der Fälle einen erheblichen Anteil bereits chronischer Hepatitis-C-Fälle (im Sinne einer Virusreplikation von mehr als 6 Monaten); im Jahr 2018 waren 79 % der Fälle, bei denen genügend Information vorlag, um das Stadium festzustellen, chronische Fälle.

Seit Änderung der Falldefinition im Jahr 2015 erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis, in denen also eine aktive Infektion vorliegt, die Kriterien für die labordiagnostische Bestätigung. Im Juli 2017 trat die Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Kraft, nach der jeder labordiagnostische Nachweis von HCV meldepflichtig ist, sodass alle aktiven (akuten oder chronischen) Infektionen erfasst werden. Fälle, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis bekannt ist, werden ausgeschlossen. Eine Abnahme der gemeldeten Fallzahlen durch die Änderung der Falldefinition ist 2015 wie erwartet eingetreten. Durch die Änderungen der Falldefinition und der Meldepflicht sind die Zahlen vor und nach 2015 nur eingeschränkt miteinander vergleichbar; eine Interpretation des Trends sollte mit großer Vorsicht erfolgen. Für mehr Informationen zur Methodik siehe 3.2.2.

Für das Jahr 2018 wurden insgesamt 5.891 Fälle von Hepatitis C übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 7,1 gemeldeten Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit ist die Meldeinzidenz im Vergleich zum Vorjahr um 23 % gestiegen (2017: 5,8). Wie in den Vorjahren sind Jungen und Männer mit 9,7 Infektionen/100.000 Einwohner mehr als doppelt so häufig infiziert wie Mädchen und Frauen (4,4). Auch die Altersverteilung bleibt stabil; wie in den vorangegangenen Jahren lag der Häufigkeitsgipfel bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (Männer 22,0; Frauen 7,8).

Ab dem Jahr 2005 war ein abnehmender Trend der Meldeinzidenz und der absoluten Fallzahlen von erstdiagnostizierter Hepatitis C zu verzeichnen, der sich seit dem Jahr 2009 verlangsamt hatte. Im Jahr 2014 stiegen die Fallzahlen an, um 2015 – nach Änderung der Falldefinition – wieder auf das Niveau der fünf Vorjahre zurück zu fallen. Seit dem zweiten Halbjahr 2017, mit der IfSG-Novellierung, steigen die Fallzahlen wieder an. Hierbei ist auch ein wachsender Anteil an Doppel- und Mehrfachmeldungen denkbar; aufgrund der Vorschriften zur Löschung persönlicher Daten können Mehrfachtestungen einer Person im Gesundheitsamt nicht immer als solche identifiziert werden.

Abbildung 10 zeigt die Angaben zum wahrscheinlichsten Übertragungsweg. Diese Angaben liegen für 1.284 Infektionen vor, dies entspricht 22 % der gemeldeten Infektionen. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.028 Infektionen (80 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Von diesen lag bei 58 Infektionen die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ vor. i.v.-Drogenkonsum stellt seit vielen Jahren den mit Abstand wichtigsten Übertragungsweg für Hepatitis C dar; Konsumierende mit i.v.-Konsum bleiben eine extrem vulnerable Gruppe.

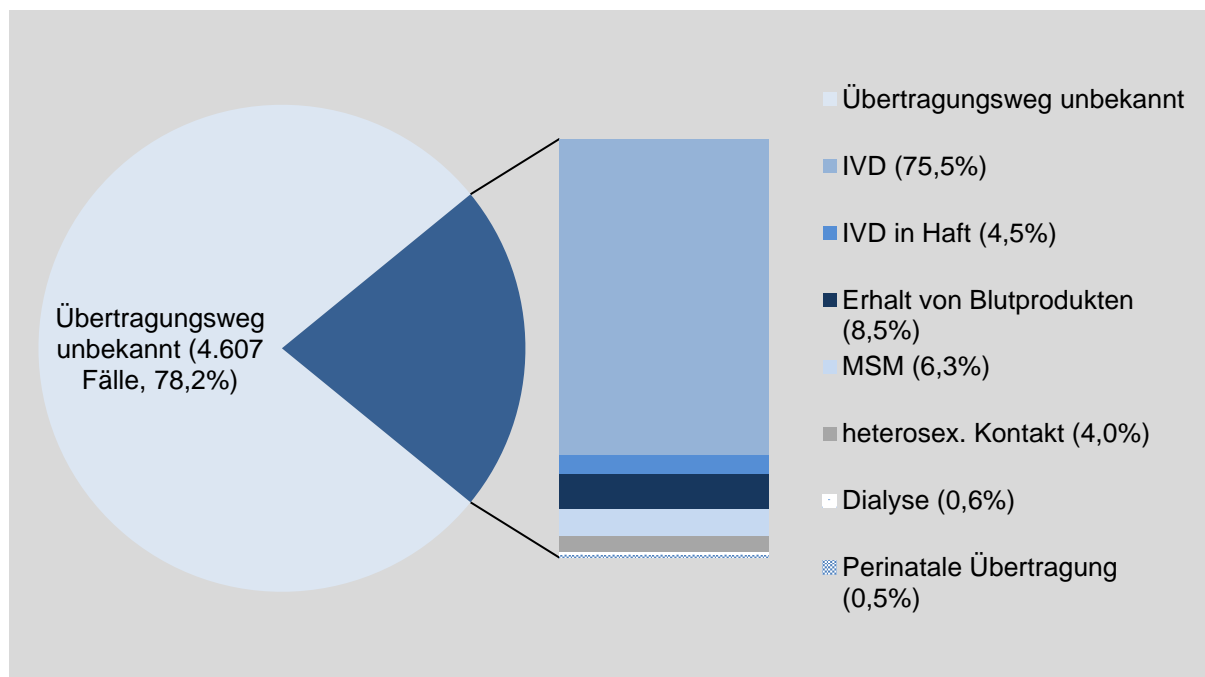


Abbildung 10 Übertragungswege HCV-Diagnosen 2018

RKI, 2019

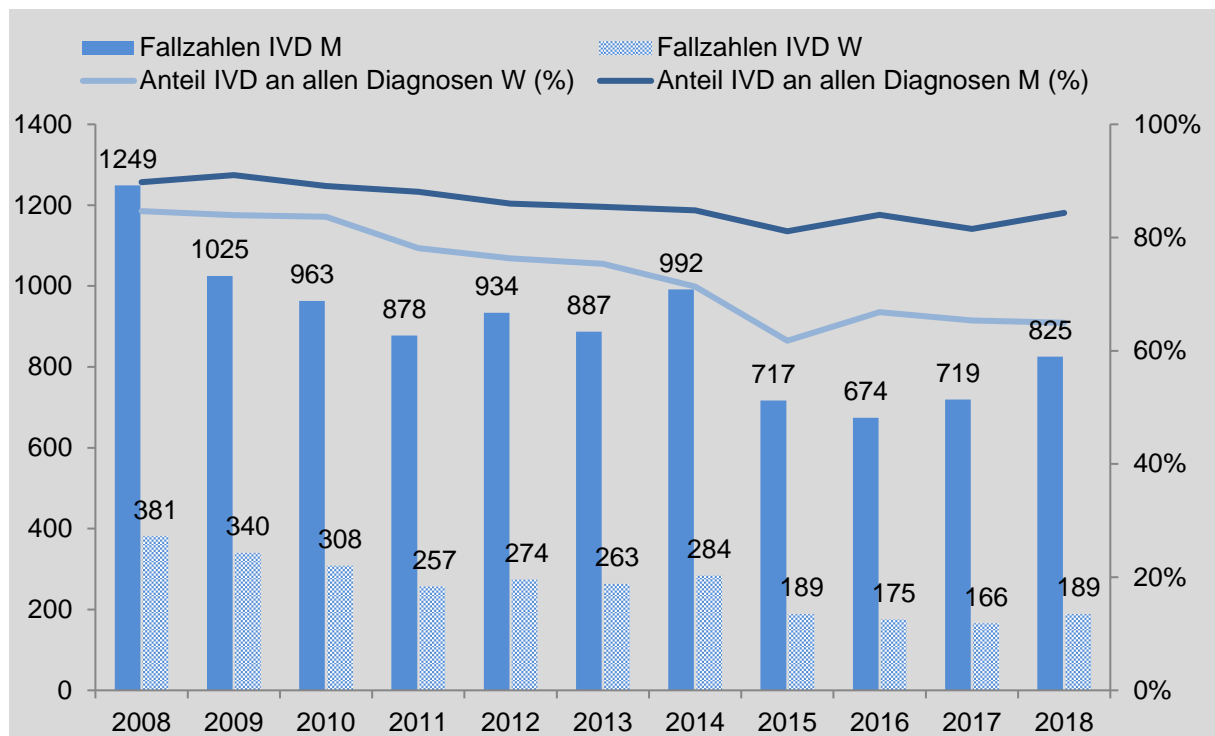


Abbildung 11 Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt RKI 2019

Wie auch in den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen (siehe Abbildung 11). Die Tatsache, dass Männer häufiger Drogen konsumieren als Frauen und dies der am häufigsten berichtete Übertragungsweg ist, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern. Deutschland hat sich den Eliminationszielen viraler Hepatitis der WHO bis 2030 verschrieben. Um diese zu erreichen, besteht insbesondere bei Drogengebrauchenden und anderen Gruppen mit erhöhter Prävalenz und Inzidenz weiterer Verbesserungsbedarf bei der Fallfindung, Prävention und dem Zugang zur Behandlung.

### 1.3.2 Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen

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

#### HIV: Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Es liegen jährlich erhobene Daten zum HIV-Status von Opioidkonsumierenden aus der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO, Neumann-Runde und Martens, 2018) sowie von Nutzerinnen und Nutzern der Konsumräume in Frankfurt am Main

(FFM) aus der Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume vor (Stöver und Förster, 2018). Beide Dokumentationssysteme erfassen Selbstauskünfte der Klientinnen und Klienten. Zudem liegt die MoSyD-Szenestudie für das Jahr 2018 vor (Werse et al., 2019). Für die Szenestudie werden in FFM alle zwei Jahre 150 Konsumierende auf der offenen Szene befragt. In der Szenestudie gaben 2018 9 % der Befragten an, HIV-positiv zu sein. 1 % gab an, nie getestet worden zu sein (Werse et al., 2019). Da es sich hierbei um eine gemischte Klientel handelt, die nicht notwendigerweise mit dem Hilfesystem in Kontakt ist, werden diese Daten nicht mit den Daten der BADO und der Konsumraumdokumentation aus FFM verglichen.

Im Jahr 2017 wurden in der BADO Daten von 4.040 Personen (1.024 Frauen und 3.014 Männer, 30,5 % der insgesamt betreuten Drogenkonsumierenden) dokumentiert, die eine hauptsächliche Opioid-Problematik angaben. Der größte Teil von ihnen weist jedoch polytoxe Konsummuster auf. Von diesen liegen Informationen zum HIV-Status von 3.320 Personen (868 Frauen, 2.452 Männer) vor. Somatische und psychische Komorbiditäten werden in Abschnitt 1.4.1 genauer ausgeführt.

Die Dokumentation aus FFM bezieht sich 2017 auf 4.649 Nutzerinnen und Nutzer der Konsumräume (708 Frauen und 3.941 Männer). Es handelt sich hierbei nicht um eine reine Opioid-Klientel, allerdings konsumieren etwa 75 % von ihnen (auch) Opioide, zusätzlich ist der Konsum von Crack verbreitet. 2.339 Personen (379 Frauen, 1.960 Männer), also etwa die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer, gaben ein HIV-Testergebnis an. Im Folgenden werden die Verläufe aus beiden Dokumentationen gemeinsam dargestellt.

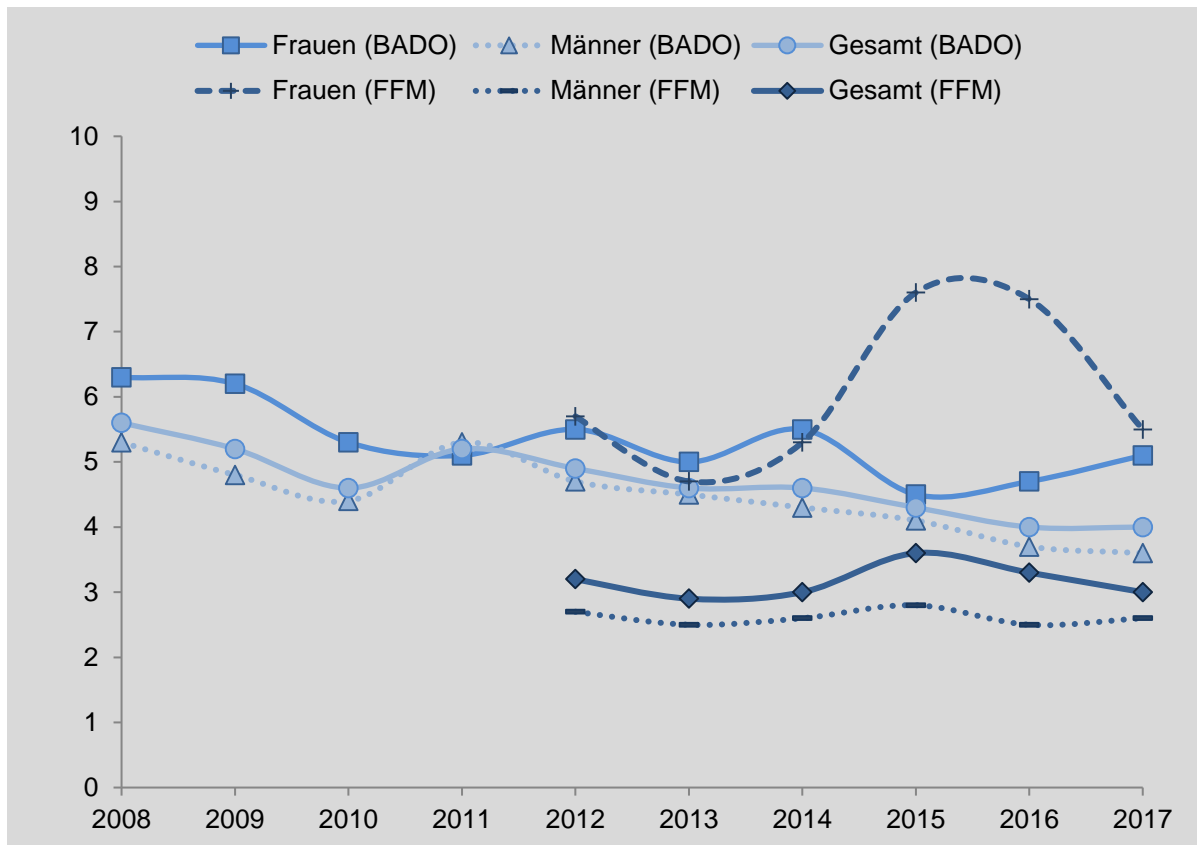


Abbildung 12 HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2008 – 2017

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen auf Hamburg und FFM (zuletzt Neumann-Runde und Martens, 2018, Stöver und Förster, 2018).

Aus FFM liegen Daten seit 2012 vor, aus der Hamburger BADO kann ein 10-Jahres-Trend dargestellt werden. Wie Abbildung 12 zeigt, ist die Infektionsrate in Hamburg über die Jahre hinweg mit Schwankungen insgesamt leicht zurückgegangen, von 5,6 % im Jahr 2008 auf 4,0 % im Jahr 2017. In der Dokumentation aus FFM zeigt sich seit 2012 ein mit leichten Schwankungen stabiler Verlauf zwischen etwa 3 und 4 %.

Im Vergleich der beiden Städte und Geschlechter zeigen sich für die männlichen Klienten in FFM insgesamt etwas niedrigere Werte als in Hamburg. Über die Jahre hinweg weisen Frauen in beiden Dokumentationen eine deutlich höhere Infektionsrate auf als Männer. Auch die DRUCK-Studie ergab höhere HIV-Infektionsraten unter Frauen als unter Männern (Robert Koch-Institut (RKI), 2016).

Die Daten können nur sehr vorsichtig interpretiert werden. Es handelt sich um Selbstauskünfte, deren Validität unter anderem davon beeinflusst wird, wie hoch die Testrate ist und wie aktuell die Testergebnisse sind. Es ist auch denkbar, dass manche Personen ein Testergebnis nicht berichten möchten, etwa aus Sorge vor Stigmatisierung oder anderweitiger Benachteiligung. In der BADO gaben 6,3 % der opioidabhängigen Klientel an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben, in FFM waren es 9,9 %. Aus FFM liegen zudem Angaben zum Testdatum vor: 36,8 % gaben an, den Test 2017 (also im Dokumentationsjahr selbst) gemacht zu haben. Weitere 46,8 % gaben 2016 als Testdatum an. In der Dokumentation aus FFM werden HIV-

Raten weiterhin nach Neuzugängen im Berichtsjahr und Personen, die den Konsumraum bereits länger als ein Jahr nutzen, unterschieden. Es zeigen sich höhere HIV-Raten unter Fortsetzern (3,5 % vs. 1,9 % unter den Neuzugängen).

Fasst man die Ergebnisse aus Hamburg und FFM zusammen, so kommt man unter Opioidkonsumierenden auf eine HIV-Prävalenz von durchschnittlich etwa 3 % bis 4 %, wobei Subgruppen Werte von etwa 2 % (Neuzugänge) bis ca. 6 % (Frauen) aufweisen. Die Werte müssen auf Grund der hohen Anzahl nicht getesteter Klienten vorsichtig gedeutet werden. In der offenen Szene ist der Wert mit 9 % deutlich höher. Alle Werte befinden sich insgesamt im Range der in der DRUCK-Studie erhobenen Werte (Robert Koch-Institut (RKI), 2016), die eine HIV-Prävalenz zwischen 0,0 % und 9,1 % (je nach Studienstadt) feststellte. Auch in der DRUCK-Studie zeigte sich, dass Frauen häufiger infiziert waren als Männer (7 % vs. 4 %).

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

Es liegen Daten zum Hepatitis-C-Infektionsstatus aus FFM und Hamburg vor (vgl. zu den Datenquellen den oberen Abschnitt zu den HIV-Daten).

In der MoSyD-Szenestudie gaben 2018 43 % der Befragten an, mit HCV infiziert zu sein. In den letzten zehn Jahren ist diese Rate deutlich zurückgegangen (2008: 65 %) (Werse et al., 2019).

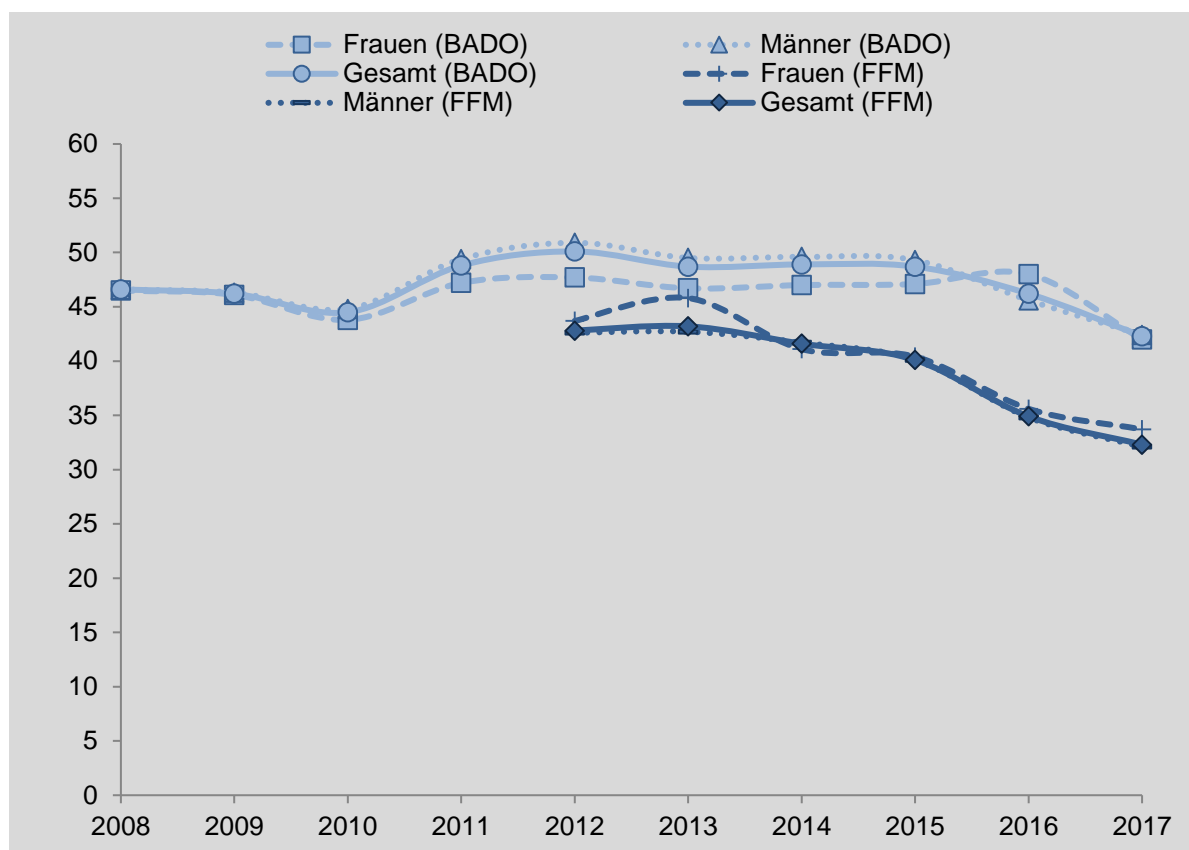


Abbildung 13 Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2008 – 2017

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen auf Hamburg und FFM (zuletzt Neumann-Runde und Martens, 2018, Stöver und Förster, 2018).

In der BADO wurden im Jahr 2017 für 3.361 Opioidkonsumierende (877 Frauen, 2.484 Männer) Angaben zum HCV-Status dokumentiert. 42,3 % der Opioidkonsumierenden geben eine HCV-Infektion an. Nachdem die Infektionsrate über die letzten Jahre hinweg auf einem sehr hohen Niveau etwa stabil war, ist sie nun leicht gesunken (siehe Abbildung 13). In der Frankfurter Konsumraumdokumentation machten 2017 2.714 Personen Angaben zum Infektionsstatus bezüglich HCV und HBV. Von diesen gaben 32,3 % eine HCV-Infektion an, weitere 1,4 % eine Co-Infektion von HCV und HBV. Die angegebene Rate an HCV-Infektionen ist seit 2012 insgesamt gesunken. In beiden Dokumentationssystemen unterscheiden sich die Infektionsraten zwischen Männern und Frauen nicht wesentlich.

In FFM geben 8,3 % an, noch nie einen Test gemacht zu haben, in Hamburg sind es 5,1 %. Wie bereits für die HIV-Daten angemerkt, muss die Interpretation der Daten mit großer Vorsicht erfolgen. Es geben bei Weitem nicht alle Klientinnen und Klienten Testergebnisse an; darüber hinaus ist die Validität von Selbstauskünften eingeschränkt (siehe oben). Bei Hepatitis C wird dies weiter durch die unterschiedlichen Möglichkeiten der Testung verkompliziert, deren Details den Klientinnen und Klienten selten vertraut sein dürften.

Fasst man die Hepatitis-C-Daten aus Hamburg und Frankfurt zusammen, kommt man auf eine Prävalenzschätzung für Hepatitis C unter Opioidkonsumierenden zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Betreuten. Die Interpretation wird erschwert durch die eingeschränkte Validität



von Selbstauskünften. Die DRUCK-Studie (Robert Koch-Institut (RKI), 2016) ergab über die acht Studienstädte hinweg für die Jahre 2012 bis 2014 eine gesamte HCV-Prävalenz von 42 % bis 75 %, bei einem Anteil von 17,7 % bis 52,0 % chronischer aktiver Infektionen und einem Anteil von 0,9 % bis 5,4 % neuer Infektionen. Dabei waren Männer im Schnitt häufiger betroffen als Frauen (42 % vs. 38 %). Aktuelle zuverlässige Zahlen könnten in der Routineberichterstattung durch direkte Testungen der Klientinnen und Klienten vor Ort erreicht werden. Hierfür ist im Alltag der niedrigschwelligen Einrichtungen jedoch keine Finanzierung vorhanden, sodass solche Angebote fehlen.

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

Die BADO enthält keine Angaben zu Hepatitis B. In der Frankfurter Konsumraumdokumentation zeigt sich eine recht niedrige Infektionsrate für HBV von 1,1 %, weitere 1,4 % für eine Co-Infektion von HBV und HCV. In der MoSyD Szenestudie gaben 2018 9 % der Befragten an, mit Hepatitis B infiziert zu sein. Die Daten erscheinen vor dem Hintergrund des unklaren Teststatus<sup>4</sup> und dem komplizierten Hepatitis-B-Nachweis wenig aussagekräftig.

Die DRUCK-Studie ergab mit einer chronischen HBV-Infektion von 1,4 % der Personen in FFM einen ähnlichen Wert wie die Konsumraumdokumentation, allerdings wurde hier für weitere 27 % eine vermutlich ausgeheilte HBV-Infektion<sup>4</sup> im Sinne der Lebenszeitprävalenz festgestellt. Die Prävalenz von Hepatitis B wies über alle Studienstädte hinweg einen relativ großen Wertebereich von 4,3 % bis 32,5 % auf, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen (durchschnittlich 26 % vs. 22 %). Die Rate chronischer aktiver Infektionen lag bei 0,3 % bis 2,5 % (Robert Koch-Institut (RKI), 2016).

### **1.3.3 Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

Von allen Konsumformen birgt intravenöser Drogenkonsum die höchste Wahrscheinlichkeit, sich mit Krankheiten zu infizieren. In der BADO gaben 2017 54,8 % der Opioidkonsumierenden an, jemals i.v. konsumiert zu haben. 27,1 % gaben an, jemals Spritzbesteck mit jemandem geteilt zu haben und 5,9 % gaben dies für die letzten 30 Tage an (2016: 60,7 % bzw. 30,3 % bzw. 5,4 %) (Neumann-Runde und Martens, 2018).

In der MoSyD-Szenestudie in Frankfurt gaben 2018 59 % der Heroinkonsumierenden und 38 % der Kokainkonsumierenden an, i.v. zu konsumieren. Das stellt einen signifikanten Rückgang dieser Konsumform dar, 2008 hatten noch 87 % der Heroinkonsumierenden und 94 % der Kokainkonsumierenden i.v. konsumiert (Werse et al., 2019). 14 % gaben an, eine Injektionsnadel zwei oder drei Mal zu verwenden, weitere 2 % verwenden die Nadel auch häufiger als drei Mal. Diese Werte schwanken in den letzten 10 Jahren, ohne dass sich ein Trend abzeichnen würde. 18 % gaben an, Utensilien zum intravenösen Konsum gelegentlich

---

<sup>4</sup> Die Autorinnen der DRUCK-Studie gehen genauer auf die Problematik ein, ausgeheilte HBV-Infektionen differentialdiagnostisch von okkulten Infektionen ohne derzeitige Virämie zu unterscheiden, wählen für die Darstellung der Ergebnisse jedoch die Variante, die Fälle als ausgeheilte Infektion anzusehen. Die Darstellung in diesem Bericht orientiert sich an dieser Entscheidung, vgl. Abschlussbericht der DRUCK-Studie, S.80 ff.

mit anderen zu teilen, 4 % tun das sogar fast täglich. 10 % teilen gelegentlich Drogen aus einer Spritze, eine Person gab an, dies fast täglich zu tun.

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

## **1.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen**

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

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

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

In der BADO 2017 finden sich sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Neumann-Runde und Martens, 2018), die zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können, jedoch einen Einblick in dieses bestimmte, sehr belastete Klientel bieten.

Die 4.040 Opiatklientinnen und -klienten wiesen häufig zusätzliche stoffgebundene wie auch nicht stoffgebundene Süchte auf. Im Mittel wurden bei der Opiatklientel 4,2 weitere Problembereiche dokumentiert (inklusive Glücksspiel und Essstörungen, exklusive Tabak). Die am häufigsten zusätzlich zu Opiaten konsumierten Substanzen waren wie in den Vorjahren Kokain (67 %), Cannabis (62 %) und Alkohol (57 %), Crack (42 %) und Sedativa (39 %).

Die Einschätzung der körperlich-gesundheitlichen Belastung der Gruppe der Opioidkonsumierenden durch die Betreuerinnen und Betreuer zeigt ein über die Jahre stabiles Bild deutlicher Belastung: etwa ein Viertel der Konsumierenden (2017: 26 %) wird jedes Jahr als erheblich oder extrem körperlich-gesundheitlich belastet eingeschätzt, ein weiteres Drittel (2017: 33 %) als mittel gesundheitlich belastet eingestuft. 2017 ist bei 11 % ein anerkannter Behindertenstatus dokumentiert. Daten zu HIV- und Hepatitis-Status finden sich unter 1.3.2.

Die psychische Belastung der Klientel wird von den Beraterinnen und Beratern ebenfalls seit Jahren als konstant hoch eingestuft, wobei Frauen höhere Werte aufweisen als Männer. 2017 wurden 40 % der Betreuten als psychisch erheblich oder extrem belastet eingestuft, (Frauen 50 %, Männer 36 %). Die Rate an Suizidversuchen ist ebenfalls seit Jahren konstant hoch;

32 % der Klientel berichten von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Frauen 43 %, Männer 28 %), 15 % von mehr als einem (Frauen 21 %, Männer 13 %).

Rangfolge und Häufigkeit der dokumentierten psychischen Symptome bleibt auch 2017 stabil. Am häufigsten wurde depressive Stimmung (22 %), Nervosität / Unruhezustände (19 %) und Ängste / Phobien (15 %) dokumentiert. Die psychischen Symptome und die Einschätzung der psychischen Belastung sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuungen in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu stabilisieren. 40 % der Klientel nehmen ärztlich verschriebene Psychopharmaka ein (Frauen 46 %, Männer 34 %). Bei 14 % der Opioidklientel wurde dokumentiert, dass notwendige medizinische Versorgung nie oder nur selten wahrgenommen wird, bei 31 % gelegentlich.

In der MoSyD-Szenestudie (Werse et al., 2019) gab fast die Hälfte (45 %) der nach ihren gesundheitlichen Problemen Befragten „Depressionen“ an. Als nächsthäufige Beschwerden wurden Zahnschmerzen (37 %), Probleme mit Lunge oder Bronchien (27 %), Abszesse (20 %) und Herz- / Kreislaufprobleme (19 %) genannt. Sechs der vierzehn mit HIV infizierten Personen gaben AIDS-bedingte Krankheiten an. Im Schnitt nannten die Befragten 1,7 Symptome. 57 % schätzen den eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein, 13 % als schlecht, 7 % als sehr schlecht. 79 % verfügen über eine Krankenversicherung.

### **Auswirkungen des Methamphetaminkonsums in der Schwangerschaft auf Neugeborene**

Eine Studie am Universitätsklinikum Dresden berichtet Daten von 164 Frauen und ihren neugeborenen Kindern aus den Jahren 2007 bis 2016 (Dinger et al., 2018). Die Neugeborenen waren unmittelbar nach der Geburt stationär wegen des mütterlichen Drogenkonsums aufgenommen und behandelt worden. Der Konsum von Methamphetamin ist in Deutschland sehr ungleich verteilt, Sachsen ist ein Bundesland mit einer verhältnismäßig hohen Belastung. Entsprechend ist die Anzahl von Neugeborenen im Bundesland, die aufgrund einer pränatalen Exposition mit Methamphetamin stationär aufgenommen wurden, zwischen 2010 mit unter 30 Fällen und 2014 mit über 150 Fällen deutlich angestiegen und seitdem relativ stabil auf einem hohen Niveau.

Die Studie berichtet einen um mehr als das vierfach erhöhten Anteil Frühgeborener im Vergleich zur Frühgeburtenrate in der Allgemeinbevölkerung des Bundeslandes (32 % vs. 7,4 %). Darüber hinaus wurden die Neugeborenen deutlich häufiger mit Untergewicht (24,2 %) und mit Mikrozephalie (22,1 %) geboren. Zudem werden pathologische Befunde und Fehlbildungen u. a. am zentralen Nervensystem, Herz und Urogenitalsystem beschrieben.

Die Studie stellt fest, dass die zu beobachtenden Symptome der Neugeborenen sich deutlich vom Bild eines Opioidentzugs unterscheiden und eher unspezifisch sind. In 25 bis 75 % der Fälle finden sich Zitterigkeit, Irritabilität und Trinkschwierigkeiten oder Trinkschwäche. In weniger als 25 % der Fälle werden folgende Symptome beobachtet: Hyperaktivität, Schläfrigkeit, auffällig schrilles Schreien, muskuläre Hypotonie, muskuläre Hypertonie, übermäßiges Saugen, Schwitzen, Tremor/Myoklonien und Krämpfe.

Bei denjenigen Neugeborenen, bei denen noch direkt nach Geburt Methamphetamin im Urin nachgewiesen wurde, finden sich in 25 bis 27 % der Fälle Schläfrigkeit, Trinkschwäche, muskuläre Hypotonie und Unruhe bzw. Irritabilität. In weniger als 25 % der Fälle treten Hyperexzitabilität, muskuläre Hypertonie, übermäßiges Saugen, auffällig schrilles Schreien, Tremor/Myoklonien und Krämpfe auf.

Die Autoren merken an, dass unklar ist, ob es sich bei den Symptomen um ein Entzugssyndrom oder die toxische Wirkung des mütterlichen Konsums handelt. Auch der unterschiedliche Beikonsum sowie Konsummengen könnten dazu beitragen, dass die Symptomatik sich unterscheidet. Auf Grund der wenig spezifischen Symptomatik bestehe die Gefahr, die Ursachen der Symptome in der Praxis zu übersehen und somit den Hilfebedarf der Familien nicht richtig zu erkennen. Dem deutlich höheren Hilfebedarf der Familien trägt in Dresden das Projekt „Mama denk an mich“ Rechnung, das bereits im REITOX-Bericht 2016 vorgestellt wurde und weiterhin durchgeführt wird.

### **CaSCH-T1 – Pilotprojekt Illegaler Substanzkonsum während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind**

Das Pilotprojekt „CaSCH-T1“ (September 2018 bis April 2019) hatte zum Ziel, die Häufigkeit, Folgen und Behandlung des Substanzkonsums von Frauen während der Schwangerschaft zu ermitteln. Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese ergab, dass es nur sieben methodisch akzeptable Publikationen zum Thema gibt. Für Deutschland liegen keine repräsentativen Zahlen zum Gebrauch illegaler Substanzen bei Schwangeren und Müttern vor, die Daten stammten größtenteils aus den USA. Die Prävalenz des illegalen Substanzkonsums bei schwangeren Frauen ist unklar und reicht von 2 bis 32 %. Es wurde in einigen Arbeiten ein Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Frühgeburten, niedrigem Geburtsgewicht und einem erhöhten Risiko für Anämie, Sturzgeburten, kleinem Reifealter, Aufenthalt in Neugeborenen-Intensivstation nach Geburt und reduziertem Aortadurchmesser gefunden. Nicht alle Studien zeigten konsistent diese Befunde zu den Folgen des prä- und perinatalen Substanzkonsums. Es existieren keine Übersichtsarbeiten zur Behandlung des chronischen Cannabisgebrauchs während der Schwangerschaft.

Parallel zu der Recherche wurde eine bundesweite, nicht-interventionelle anonyme Online-Befragung sowohl von schwangeren Frauen und Müttern als auch von medizinischem Fachpersonal durchgeführt. Es gingen 1503 statt der geplanten 200 vollständigen Fragebögen von schwangeren Frauen und Müttern ein. 13 % gaben Substanzkonsum während der Schwangerschaft an (69 % Nikotin, 31 % Alkohol, 22 % Cannabis, 2 % Opiate, 1,5 % Amphetamine und 1 % Benzodiazepine). Von 45 vollständigen Fragebögen von medizinischen Fachpersonen waren nur 11 von Ärztinnen und Ärzten.

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die publizierte Datenlage zu Prävalenz und Folgen des Substanzgebrauchs während der Schwangerschaft nicht für evidenzbasierte Aussagen ausreicht. Die geringe Teilnehmerzahl innerhalb der Ärzteschaft, trotz intensiver Rekrutierungsbemühungen, bewerten die Autorinnen und Autoren angesichts der ermittelten Risiken von psychotropen Substanzen für Mutter und Kind als „alarmierend“ (persönliche

Mitteilung PD Eva Hoch, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums der Universität München, 2019).

### **Gesundheitliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit NPS-Konsum**

In einer in sechs europäischen Ländern – darunter auch Deutschland – durchgeführten Studie wurde der Zusammenhang des Konsums verschiedener NPS-Kategorien mit gesundheitlichen Problemen untersucht (Van Hout et al., 2017). Die erhobenen Selbstauskünfte von 3.023 Personen zeigen, dass der Konsum von Dissoziativa und synthetischen Cannabinoiden mit dem höchsten Ausmaß an berichteten Nebenwirkungen einhergeht, aber Nebenwirkungen auch für andere NPS häufig angegeben wurden. Injektion, die Konsummethode mit dem deutlich höchsten Risiko an negativen Auswirkungen, wurde häufiger mit dem Konsum von Kräutermischungen, synthetischen Cannabinoiden (in Reinform) und Dissoziativa assoziiert. Die Untersuchung unterscheidet drei Konsumierendengruppen: diejenigen, die hauptsächlich auf Partys konsumieren („Partygruppe“), Personen, die sich mit dem Thema NPS hauptsächlich in Online-Foren beschäftigen („Onlinegruppe“) und Personen aus marginalisierten Gruppen („Marginalisierte“). Die Marginalisierten berichteten signifikant höhere Raten an akuten unangenehmen Nebenwirkungen als die Onlinegruppe. Der Unterschied zur Partygruppe war hingegen nicht signifikant. Mittelfristige und Langzeitauswirkungen sowie soziale Probleme wurden jedoch von der marginalisierten Gruppe signifikant häufiger berichtet als von beiden anderen Gruppen. Die Konsumform Injektion war ebenfalls unter den marginalisierten Konsumierenden weit verbreitet, spielte hingegen in den anderen Gruppen keine Rolle.

### **Gesundheitlicher Zustand langjährig Substituierter**

Eine Studie von Zippel-Schultz et al. (2019) untersucht den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten, die sich seit über fünf Jahren in Substitution befinden. Ursprünglich waren 130 Personen aus insgesamt 12 Praxen eingeschlossen worden, deren Substitutionsdaten und Gesundheitszustand über zwei Jahre erhoben wurde. Die Haltequote über die gesamten zwei Jahre betrug 82,3 %, die Patientinnen und Patienten zeigten durchschnittlich eine sehr hohe Therapieadhärenz mit keinen bis wenigen Fehltagen.

Die berichteten Gesundheitsdaten beziehen sich auf 96 Patientinnen und Patienten (33 Frauen, 63 Männer) aus 11 Praxen, für die Daten für den ganzen Beobachtungszeitraum vorliegen. Es zeigen sich deutliche gesundheitliche Belastungen: 84,3 % litten unter mindestens einer weiteren diagnostizierten somatischen oder psychischen Erkrankung. 15,8 % der Männer und 18,2 % der Frauen hatten fünf oder mehr weitere Diagnosen.

Betrachtet man nur körperliche Erkrankungen, so finden sich mit 22,8 % der Patientinnen und Patienten, die an mindestens drei somatischen Erkrankungen litten, ein erheblicher Anteil körperlich schwer belasteter Personen. Die häufigste Einzeldiagnose wurde für Hepatitis C vergeben; 37,5 % litten unter einer chronischen HCV-Infektion.

Über die Hälfte (57,3 %) der Patientinnen und Patienten litt an mindestens einer komorbiden psychischen Störung, 22,9 % an mehr als einer. Unter den psychischen Störungen waren die Überkategorien affektive Störungen (17,7 %) und Angststörungen (10,4 %) am häufigsten.

Beikonsum anderer Substanzen wurde vor allem für Cannabis, Alkohol und Benzodiazepine angegeben. 53 % der Patientinnen und Patienten konsumierte Cannabis, unter ihnen 21 % regelmäßig (mindestens an zehn Tagen pro Monat über den Beobachtungszeitraum hinweg). 39 % konsumierten zu Beginn des Beobachtungszeitraums Alkohol, unter ihnen wiesen 10 % eine alkoholbezogene Störung mit riskantem Konsum auf. Nach zwei Jahren konsumierten noch 35 % Alkohol, der Anteil derjenigen mit riskantem Konsum blieb jedoch bei 10 %. Benzodiazepine wurden von 25 % konsumiert, dies entspricht 24 Personen. Von diesen hatten 13 Personen mindestens einmal während der Studiendauer die Medikation von einem Arzt verschrieben bekommen. Kokain wurde von 7 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wenigstens einmal im Studienzeitraum konsumiert. Heroinkonsum wurde sehr selten angegeben. Die durchgeführten Drogenscreenings bestätigten die Selbstangaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten wies gar keinen oder nur einen sehr geringen zusätzlichen Konsum legaler oder illegaler Substanzen auf. Diese Personen hatten weniger psychosoziale Probleme und erhielten geringere Dosen des Substitutionsmittels.

Betrachtet man die soziale Situation, so findet sich in über 95 % der Fälle eine stabile Wohnsituation (alleine oder mit Partner / Familie). 28 % der Personen waren sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Eine der 130 Personen wurde innerhalb der zwei Jahre inhaftiert. Innerhalb von zwei Jahren beendeten 3,1 % der Langzeit-Patientinnen und -Patienten regulär die Substitutionstherapie. Die Autorinnen und Autoren werten die Ergebnisse als basale Stabilisierung der Behandelten. Sowohl Problemlagen als auch positive Aspekte der Lebensführung waren über die zwei Jahre weitgehend stabil. Eine Subgruppe wird in Punkto Teilhabe als recht erfolgreich eingestuft. Für den Großteil der Patientinnen und Patienten wird geschlussfolgert, dass die Substitutionsbehandlung zeitlich nicht limitiert werden sollte, sowohl auf Grund der chronischen Natur der Opioidabhängigkeit, als auch der Vielzahl an psychischen und physischen Komorbiditäten sowie Einschränkungen in der sozialen Teilhabe.

## **1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung**

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

Maßnahmen zur Schadensminderung stellen eine der vier Ebenen der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012)<sup>5</sup>. Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern:

---

<sup>5</sup> Die Strategie ist auch online zugänglich, siehe [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2\\_Themen/1\\_Drogenpolitik/Nationale\\_Strategie\\_Druckfassung-Dt.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf) [Letzter Zugriff: 29.07.2019].

- Information und Aufklärung zu den Risiken einer Überdosis,
- Bereitstellung effektiver Behandlungsmaßnahmen für Drogenkonsumierende, u. a. der Substitution (vgl. Workbook Behandlung) und Verbesserung der Haltequoten,
- Verbesserung des Übergangsmagements nach Haftentlassungen (vgl. 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.

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

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

Auf Grund der föderalen Struktur Deutschlands spielen politische Entscheidungen auf Landes- und kommunaler Ebene ebenfalls eine wesentliche Rolle für Maßnahmen zur Schadensminderung. So wird die Möglichkeit, Drogenkonsumräume zu eröffnen, über Landesverordnungen geregelt. Baden-Württemberg hat im Frühling 2019 als siebtes deutsches Bundesland eine solche Verordnung verabschiedet; mehr zu den entsprechenden Planungen unter 2.3.3. Die Regierung des Stadtstaats Berlin hat bereits 2018 beschlossen, im Rahmen eines Konzepts zur Verminderung der Begleitrisiken von Drogenkonsum die Machbarkeit eines Drugchecking-Projekts zu prüfen und dieses ggf. einzuführen. Hierfür

---

<sup>6</sup> Die Strategie ist online verfügbar unter [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf) [Letzter Zugriff: 27.08.2018].

wurden im Doppelhaushalt 2018/2019 auch die entsprechenden finanziellen Mittel bereitgestellt. Berlin wäre somit damit das erste Bundesland, das Drugchecking erlaubt und sogar selbst finanziert. Mehr zum aktuellen Stand der Projektplanung findet sich unter 2.3.4.

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

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

Informationen über Umfang und Art spezifischer Angebote für Drogenkonsumierende stehen nur für einen Teil der Maßnahmen zur Verfügung, da diese von spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden oder im Rahmen besonderer Programme stattfinden. Es gibt keine einheitliche Finanzierung. Die meisten Einrichtungen werden von den Kommunen getragen, es gibt aber auch Finanzierungen durch Bund und Länder, Träger mit einem Anteil von Eigenmitteln (etwa durch Spenden finanziert), sowie verschiedene Mischformen.

Die Verfügbarkeit von schadensmindernden Maßnahmen variiert in Deutschland stark. Sie wird von Expertinnen und Experten als in Städten und dicht besiedelten Bereichen deutlich besser eingeschätzt als in ländlichen Gegenden. Für die Versorgung mit Konsumutensilien hat sich dies nach den Erkenntnissen einer neuen Erhebung bestätigt (siehe 1.5.3). Besonders schlecht ist die Versorgung in Gefängnissen (siehe Workbook Gefängnis). Wie unter 1.5.1 aufgeführt, wird die Verfügbarkeit auch von landes- und kommunalpolitischen Umständen bestimmt; dies ist insbesondere für die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen relevant, die aktuell in sechs Bundesländern und absehbar in einem siebten betrieben werden.

### **1.5.3 Maßnahmen zur Schadensminderung**

#### **Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen**

Es gibt kein systematisches, deutschlandweites Screening auf Infektionserkrankungen. Für Hepatitis wird die Einführung für die Allgemeinbevölkerung und insbesondere für Risikogruppen seit Längerem von der Deutschen Leberstiftung gefordert<sup>7</sup>.

Die Testmöglichkeiten innerhalb niedrigschwelliger Einrichtungen variieren stark und sind häufig von finanziellen Bedingungen abhängig; es liegen keine deutschlandweiten Daten zum

---

<sup>7</sup> Vgl. [https://www.deutsche-leberstiftung.de/downloads/pressearchiv/dls\\_presse\\_14\\_welt-hepatitis-tag\\_final](https://www.deutsche-leberstiftung.de/downloads/pressearchiv/dls_presse_14_welt-hepatitis-tag_final) [Letzter Zugriff: 12.08.2019].



Angebot vor, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass Testungen zumindest für HIV, HBV und HCV nicht selten sind. Prinzipiell werden niedrigschwellige Testungsangebote durchaus angenommen. Dies zeigte sowohl die DRUCK-Studie als auch das Projekt „TEST IT“, deren Ergebnisse in den letztjährigen Workbooks beschrieben wurden.

Manche niedrigschwelligen Einrichtungen kooperieren mit Gesundheitsämtern für solche Testungen. In der BADO und der Frankfurter Konsumraumdokumentation geben regelmäßig über 90 % der Befragten an, auf diese Infektionen getestet worden zu sein (siehe 1.3.2). Allerdings geben in der Frankfurter Konsumraumdokumentation nur ca. ein Drittel der Befragten an, dass ihr HIV-Test aktuell sei, sodass nicht von einer ausreichenden Testhäufigkeit ausgegangen werden kann. Bei stationären Aufenthalten besteht häufig die Möglichkeit, sich auf verschiedene Infektionskrankheiten testen zu lassen. Generell kann jeder Mensch in Deutschland sich beim Gesundheitsamt anonym und kostenlos auf HIV testen lassen. Für Hepatitis-Infektionen besteht dieses Angebot jedoch nicht.

Die BzgA in Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe (DAH) und dem RKI sowie mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) e.V. hat in vier Bundesländern das Projekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ zur Verbesserung der Testung und Versorgung durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein Beratungs- und Testangebot, das einen niedrigschwelligen Zugang zu kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und HCV für Drogen gebrauchende Menschen ermöglicht<sup>8</sup>. Die Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht, sie werden im nächsten Jahr berichtet. Selbsttests für HIV sind seit September 2018 in Deutschland frei verkäuflich, mehr hierzu unter 2.3.1.

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

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 Sprizentausch in der niedrigschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt.

Daten zur Vergabe von Spritzen wurden in Deutschland bisher nur von einzelnen Einrichtungen in ihren jeweiligen Jahresberichten dokumentiert. Nordrhein-Westfalen (NRW) ist das einzige Flächenbundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet. Die Zahlen werden unter 1.5.4 berichtet. Die Deutsche Aidshilfe (DAH) stellt eine Internetseite<sup>9</sup> zur Verfügung, die eine Übersicht über die Standorte der ihr bekannten Spritzenautomaten bietet. Die Ausgabe von Spritzen in niedrigschwelligen und anderen Einrichtungen wird hier nicht dokumentiert. Laut der Website sind in neun Bundesländern überhaupt Spritzenautomaten verfügbar; in sieben

---

<sup>8</sup> <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/projekte-und-schirmherrschaften/projekte-des-monats/2018/hiv-hepatitis-das-check-ich.html?L=0> [Letzter Zugriff: 28.08.2019].

<sup>9</sup> <http://www.spritzenautomaten.de> [Letzter Zugriff: 13.08.2019].

Bundesländern ist kein einziger Spritzenautomat dokumentiert. Von den 176 von der DAH gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in NRW und 20 in Berlin. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor bei Weitem nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern lückenhaft ist, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte. Es kann also nicht von einer erschöpfenden Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik gesprochen werden.

### **Erfassung von Konsumutensilienausgabestellen in Deutschland**

2019 hat die DBDD in Kooperation mit dem RKI und der DAH ein Projekt begonnen, um alle niedrighschwelligten Einrichtungen, die Safer-Use-Artikel entweder über Spritzenautomaten oder direkt in den Projekten vergeben, zu erfassen. Nicht erfasst wurde die Abgabe über Apotheken. Zukünftig soll alle zwei Jahre erhoben werden, an welchen Standorten Konsumutensilien ausgegeben werden. Zusätzlich wird mit Hilfe eines Fragebogens abgefragt, welche Art von Konsumutensilien wie häufig abgegeben wird. Die Methodik des Projekts wird unter 3.2.3 beschrieben.

Es konnten insgesamt 475 Ausgabestellen recherchiert werden, die sich auf etwa ein Drittel der deutschen Landkreise und kreisfreien Städte verteilen. In diesen Gebieten lebt circa die Hälfte der deutschen Bevölkerung. Dabei zeigt sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, das mit der von Experten seit Jahren geäußerten Einschätzung übereinstimmt: In 62,6 % der kreisfreien Städte (dies sind insgesamt relativ große Städte mit einer hohen Einwohnerzahl), in denen 89,2 % der in kreisfreien Städten lebenden Personen wohnen, wurde mindestens eine Spritzenvergabe recherchiert. Im Gegensatz hierzu konnten nur in 24,1 % der Landkreise (in denen 34,5 % der in den Landkreisen gemeldeten Personen wohnen) Vergabestellen gefunden werden. Diese Angaben stellen eine Minimalschätzung dar, denn es ist trotz der ausführlichen Recherche möglich, dass manche Vergabestellen nicht gefunden wurden. Dennoch weisen die Ergebnisse eindeutig auf eine sehr eingeschränkte Verfügbarkeit von sterilen Konsumutensilien in ländlichen Gegenden hin. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen noch nicht genügend beantwortete Fragebögen vor, um zu berichten, wie viele Konsumutensilien welcher Art vergeben werden. Dies wird im nächsten Jahr erfolgen.

### **Evaluation der Versorgung mit Konsumutensilien über Automaten für Drogenkonsumierende in NRW**

Es liegt eine wissenschaftliche Evaluation über die Versorgung mit Konsumutensilien an Automaten in NRW vor (Deimel et al., 2018). Hier zeigt sich, dass die Versorgung mit Automaten in Großstädten weniger wichtig ist und je nach Stadt nur 1,2 % bis 8,3 % der insgesamt abgegebenen Spritzen über Automaten verteilt werden. In ländlicheren Gebieten, in denen es weniger Anlaufstellen für Drogenkonsumierende gibt, macht die Vergabe über Automaten hingegen zwischen 90,3 % und 100 % aus. Allerdings sind selbst in NRW, das nach allen verfügbaren Datenquellen im deutschlandweiten Vergleich eine recht hohe Dichte an Spritzenautomaten hat, nicht in allen Landkreisen Spritzenautomaten vorhanden. Die

Autoren schlussfolgern, dass eine genaue Bedarfsplanung und ein flächendeckender Ausbau gerade im ländlichen Raum nötig sind. Als Problem wird der teils erhebliche Aufwand benannt, den Beantragung und Betrieb der Automaten für die Träger bedeutet. Die Autoren schlagen eine Mitfinanzierung der entstehenden Personalkosten durch Land und / oder Kommune vor, um die Angebote ausbauen und stetig aufrechterhalten zu können (Deimel et al., 2018).

### **Safer-Use-Angebote in Haft**

Safer-Use-Angebote in Haft liegen nach Einschätzungen von Experten aus dem Gesundheitsbereich in Deutschland weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück. In nur einem von 180 deutschen Gefängnissen (Destatis, 2018) existiert ein Spritzenautomat. Vor diesem Hintergrund hat die DAH bereits 2013 eine Kampagne gestartet, um die Situation inhaftierter Drogengebrauchender zu verbessern (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), 2013). Die Initiative wird vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und von akzept e.V. unterstützt. Zudem hat die DAH ein Handbuch des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) für die Einführung und Umsetzung von Sprizentauschprogrammen in Haft übersetzen lassen, die Veröffentlichung ist online abrufbar<sup>10</sup> (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), 2015).

### **Notfalltrainings und Naloxon Take-Home-Programme**

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2018 1.276 drogenbedingte Todesfälle. Von diesen war knapp die Hälfte durch mono- oder polyvalente Opioidüberdosierungen bedingt (Datenlieferung BKA, 2019). Dieser Anteil ist in den letzten Jahren gesunken, dennoch bleiben Opioidvergiftungen die mit Abstand häufigste Todesursache unter den drogenbezogenen Todesfällen. Der Opioidantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen WHO, die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2015, World Health Organization (WHO), 2014). Dies betrifft Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freunde und Familie.

Trotz dieser Empfehlungen ist die Naloxon-Vergabe an Laien in Deutschland nur punktuell vorhanden, sie wird aktuell aber deutlich ausgebaut, sowohl durch ein Landesprojekt als auch das Engagement einzelner Träger (siehe auch 2.3.2). Sie wird durch Fragen der Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden. NGOs engagieren sich dafür, die rechtliche Situation für Naloxon-Programme zu klären und zu verbessern, um Hindernisse für eine angemessene Versorgung abzubauen und so in Zukunft eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung sind Programme in 18

---

<sup>10</sup> <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/7376> [Letzter Zugriff: 13.08.2019].

Städten bekannt, die entweder bereits laufen oder 2019 noch starten werden. Die geografische Verteilung wird in Abbildung 14 dargestellt. Es zeigt sich ein klarer Schwerpunkt in der Versorgung im Westen und Süden von Deutschland.



Abbildung 14 Naloxon-Projekte im Jahr 2019

Condrops e.V., Plakat „Leben retten mit Naloxon! Wir sind dabei“, eigene Bearbeitung und Ergänzung um drei Städte (Bielefeld, Kehl und Konstanz) nach Informationen von Condrops e.V., persönliche Mitteilung 2019.

Alle Naloxon-Programme in Deutschland bestehen aus Drogennotfallschulungen, in denen beispielsweise Erste-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 Bereitschaft der Teilnehmenden und sofern eine Verschreibung durch einen Arzt erfolgt, die Notfallkits ausgegeben. Diese beinhalten neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher. Für die Implementierung von

Naloxon-Projekten stehen zwei Leitfäden online zur Verfügung<sup>11</sup>. Zu den neuen Entwicklungen im Bereich Naloxon wird in diesem Workbook unter 2.3.2 ausführlicher berichtet.

### **Bereitstellung von Drogenkonsumräumen**

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

Aktuell gibt es in 15 Städten in sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) insgesamt 22 Drogenkonsumräume, sowie zwei Drogenkonsummobile in Berlin<sup>12</sup>. In NRW und im Saarland ist die Nutzung der Drogenkonsumräume mittlerweile auch substituierten Klientinnen und Klienten erlaubt; ein erster Erfahrungsbericht mit einer insgesamt positiven Wertung liegt dazu aus dem Konsumraum Essen vor und wurde im Workbook des Jahres 2017 zusammengefasst. Auch die Ergebnisse einer von mudra e.V. durchgeführten Umfrage unter den Drogenkonsumräumen zu erbrachten Angeboten, Konsummustern und Demografie der Nutzerinnen und Nutzer wurden im Workbook 2017 ausführlich dargestellt (Dammer et al., 2017).

Neue Entwicklungen in der Bereitstellung von Drogenkonsumräumen in einem weiteren Bundesland werden unter 2.3.3 dargestellt.

Eine regelmäßige Erhebung zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegt inzwischen für einen großen Teil der Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Im Folgenden werden Daten aus Frankfurt am Main, Nordrhein-Westfalen (NRW, 10 Städte) und Saarbrücken berichtet, somit sind 12 von 15 Städten abgedeckt. Es werden jeweils die neuesten vorliegenden Berichte berücksichtigt, dadurch ergeben sich teils unterschiedliche Datenjahre für die Städte. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die wichtigsten Substanzen in den dokumentierten Konsumräumen Opioide (vor allem Heroin), Crack und Kokain sind, wobei häufig kombiniert konsumiert wird. Es gibt einen übergreifenden Trend hin

---

<sup>11</sup> <http://www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <http://www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf> [Letzter Zugriff: 02.09.2019].

<sup>12</sup> <https://www.drogenkonsumraum.net/> [letzter Zugriff: 21.08.2019].

zu weniger intravenösem Konsum. Dabei ist die häufigste alternative Konsumform die Inhalation, nasaler Konsum wird in geringerem Umfang berichtet.

#### Konsumräume in Frankfurt am Main

In der aktuellen Frankfurter Konsumraumdokumentation (Stöver und Förster, 2018) werden Daten des Jahres 2017 aus den vier Konsumräumen der Stadt berichtet. Alle vier bieten Plätze für den intravenösen Konsum an, drei von ihnen verfügen auch über Plätze für den inhalativen Konsum. Die Öffnungszeiten variieren, einer der Konsumräume ist am Wochenende geschlossen.

2017 wurden insgesamt 191.015 Konsumvorgänge mit 240.582 Substanzen dokumentiert, etwa 5 % mehr Vorgänge als im Vorjahr. Es nutzten 4.649 Personen die Konsumräume, von diesen waren 84,8 % männlich und 15,2 % weiblich. Das durchschnittliche Alter lag bei etwa 39 Jahren und ist seit 2006 (33 Jahre) somit um sechs Jahre angestiegen. Die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer ist über die letzten Jahre hinweg mit leichten Schwankungen stabil, die Anzahl an Neuzugängen betrug 2017 1.192 Personen bzw. 25,7 % aller Nutzerinnen und Nutzer.

81,5 % der dokumentierten Konsumvorgänge waren intravenöser Konsum, 18,5 % waren nicht-intravenös. Der Anteil nicht-intravenöser Konsumvorgänge ist seit 2011 (3 %) deutlich angestiegen, dabei allein von 2015 bis 2017 um 10,5 Prozentpunkte. Bei dem größten Teil der nicht-intravenösen Konsumvorgänge handelt es sich um inhalativen Konsum. Den nochmals stärkeren Zuwachs in den letzten zwei Jahren führen die Autoren des Berichts auf die Einrichtung eines Raums für inhalativen Konsum im Jahr 2016 zurück.

In vielen Konsumvorgängen wurde mehr als eine Substanz konsumiert. Wie in den Vorjahren dominierten die Drogen Heroin und Crack sowie ihre Mischung. Kokain und sonstige konsumierte Stoffe machen unter 3 % der Konsumvorgänge aus.

Im Jahr 2017 enthält die Dokumentation erstmals Angaben zu den Notfällen. Es wurden 322 Notfälle dokumentiert, das entspricht einem Anteil von 0,17 % an allen Konsumvorgängen. In 30 % der Fälle erfolgte die Versorgung rein durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Konsumraums, in 70 % der Fälle wurden Notärzte hinzugerufen, wobei in etwa 15 % auch eine Krankenhauseinweisung nötig war. Häufig von den Mitarbeitenden durchgeführte Maßnahmen umfassen Vitalfunktionskontrolle (79,7 %), Beatmung (70,1 %) und Kreislaufstabilisierung (48,8 %). In 39,5 % der Fälle erfolgte eine Naloxongabe, in 30,6 % der Fälle eine Sauerstoffgabe.

#### Konsumräume in Nordrhein-Westfalen

In NRW gab es im Jahr 2018 in zehn Städten Drogenkonsumräume mit insgesamt 109 Konsumplätzen, die Anzahl variiert je nach Stadt zwischen drei und 23 (Landesstelle Sucht NRW, 2019). 53 dieser Plätze sind speziell für die Inhalation vorgesehen, sie wurden im letzten Jahr ausgebaut (2017: 39 Plätze). 51 Plätze sind für den intravenösen Konsum bestimmt, sechs Plätze variabel für Inhalation oder intravenösen Konsum. Ein Drogenkonsumraum bietet keinen Platz für Inhalation an. Die wöchentlichen Öffnungszeiten variieren und liegen zwischen

20 und 73,5 Wochenstunden; manche Konsumräume haben am Wochenende und / oder an Feiertagen geschlossen.

Es wurden 2018 insgesamt 271.602 Konsumvorgänge registriert. Diese Zahl ist in den letzten sechs Jahren mit leichter Schwankung deutlich angestiegen (2013: 191.759 Vorgänge). Der Anteil der von Frauen durchgeführten Konsumvorgänge ist über die Jahre hinweg recht stabil, er liegt 2018 bei 12,5 %. Das durchschnittliche Alter der Nutzerinnen und Nutzer ist über die letzten vier Jahre insgesamt angestiegen.

Bei den konsumierten Substanzen dominieren Opioide, Kokain und eine Mischung dieser Substanzen. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich über die letzten Jahre eine Verschiebung hin zu etwas weniger Opioidkonsum und etwas mehr Kokainkonsum.

Inhalativer Konsum wird inzwischen häufiger dokumentiert als intravenöser (52 % vs. 44,6 %). Da der inhalative Konsum weniger Gesundheitsschäden mit sich bringt, ist diese Entwicklung als positiv zu werten. Nasaler Konsum ist deutlich seltener (etwa 3 % für beide Geschlechter), oraler Konsum spielt keine Rolle.

Es kam zu 358 drogenbedingten Notfällen, bei denen in allen Fällen Erste Hilfe geleistet wurde. Der Anteil von Notfällen an allen Konsumvorgängen ist somit erneut leicht gesunken, er liegt nun bei 0,13 % (2015: 0,19 %). In sieben Fällen wurde durch sofortige Wiederbelebensmaßnahmen der Drogentod verhindert, in 164 Fällen wurde notärztliche Hilfe hinzugeholt, in 118 Fällen wurden die Betroffenen ins Krankenhaus gebracht. Darüber hinaus werden in den Drogenkonsumräumen weitere Hilfen angeboten. In 24.335 Fällen wurden Nutzerinnen und Nutzer medizinisch betreut, beispielsweise erhielten sie Impfungen und Wundversorgung. Damit wird inzwischen deutlich häufiger medizinische Hilfe geleistet als 2015 (15.156 Fälle). Auch bei den psychosozialen Interventionen (z. B. Beratung, Krisenintervention usw.) steigt die Fallzahl von 11.686 Fällen 2011 auf 15.284 Fälle im Jahr 2018. Safer-Use-Beratungen wurden hingegen mit 15.470 Fällen seltener durchgeführt als in den Vorjahren. Allerdings stieg die Zahl der Beratungen von erkennbar Substituierten, die sich inhaltlich mit „allgemeinen“ Safer-Use-Beratungen überschneidet, auf 4.336 Fälle.

Eine Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote erfolgte 2018 in 18.573 Fällen, diese Zahl ist auf dem Vorjahresniveau, war zuvor aber deutlich angestiegen (2015:10.099 Fälle). Davon wurden dieses Jahr erstmalig am häufigsten in soziale Hilfen (5.717 Fälle) vermittelt, gefolgt von der Vermittlung in drogentherapeutische Ambulanzen (5.291), die zuvor die häufigste Weitervermittlung darstellte. Ferner wurde in Drogenberatungsstellen (2.634) und weiterführende medizinische Hilfen (1.738) verwiesen. In 1.846 Fällen wurden Klientinnen und Klienten direkt in einen Entzug überwiesen, in 1.347 Fällen in eine Substitutionsbehandlung (Landesstelle Sucht NRW, 2019).

#### Konsumraum in Saarbrücken

In Saarbrücken wurden für das Jahr 2018 42.792 Konsumvorgänge dokumentiert (Drogenhilfezentrum der Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH, 2019). Dabei wurde am häufigsten eine Mischung von Heroin und Kokain konsumiert (43,3 %), gefolgt von Opioiden alleine (39,6 %) und Kokain und seine Derivate alleine (17,1 %). Der Konsum von Amphetaminen und

Amphetaminderivaten spielt eine sehr untergeordnete Rolle. Als Konsumform überwiegt deutlich die Injektion (71,8 %). Nasaler und inhalativer Konsum halten sich etwa die Waage (14,0 % und 14,2 %).

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

Im Rahmen des bayerischen Naloxon-Modellprojekts wurden 2019 erstmalig Naloxon-Schulungen mit Inhaftierten durchgeführt. Nähere Informationen hierzu sowie zu weiteren Maßnahmen zur Reintegration von Drogenkonsumierenden und Verhinderung von Überdosierungen nach Haftentlassungen finden sich im diesjährigen Workbook „Gefängnis“.

### **Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden**

Die HCV-Medikamente der neuen Generation haben die Heilungschancen einer HCV-Infektion deutlich erhöht und zeigen ein wesentlich besseres Nebenwirkungsprofil, sodass die unter Drogenkonsumierenden sehr weit verbreitete Infektion nun besser behandelbar ist als noch vor wenigen Jahren. Über diese Neuerungen wurde in den Workbooks 2015 und 2016 ausführlich berichtet. Eine Studie von Christensen et al. (2018) kam zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit der HCV-Behandlung bei Patientinnen und Patienten in Opioidsubstitution, aktuell oder früher Drogen konsumierenden Personen, die nicht in Substitution waren und Personen ohne Drogenkonsum mit einer Erfolgsquote von mindestens 85 % gruppenübergreifend vergleichbar sehr hoch ist.

Der hohe Preis der neuen Medikamente, der von vielen Behandlern und der Fachöffentlichkeit vehement kritisiert wurde und wird, hat nicht zu der erwarteten „Explosion“ der Behandlungskosten geführt. Im Jahr 2015 (direkt nach der Einführung) lagen die Kosten bei 1,4 Milliarden Euro, es wurden etwa 22.000 Personen versorgt. Seitdem sind die Kosten vor allem durch die im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vorgesehene Preisregulierung, aber auch durch die gesunkene Anzahl behandelter Personen zurückgegangen und betragen 2017 noch 600 Millionen Euro. Den Rückgang der behandelten Personen begründet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung damit, dass „immer mehr Patienten dauerhaft geheilt werden konnten“ (Ärztezeitung, 2018). Bei geschätzt 300.000 Infizierten in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016) ist die sinkende Zahl an Behandelten jedoch kaum mit einem Mangel an Patienten zu begründen<sup>13</sup>.

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen e.V. (bng) nennt in seinen neuesten Empfehlungen zur Therapie der Hepatitis C intermittierenden Drogengebrauch (als Indikator für ein erhöhtes Transmissionsrisiko) als Grund dafür, eine baldige Therapie zu initiieren. Zudem wird explizit darauf hingewiesen, dass eine Substitutionstherapie kein Grund ist, eine

---

<sup>13</sup> Der bng weist darauf hin, dass die Zahl 300.000 infizierte Personen eine Überschätzung darstellen könnte (Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V., 2017). Selbst bei einer Halbierung der Zahl (womit eine sehr konservative Schätzung vorläge) wären hiermit jedoch bei Weitem nicht alle oder fast alle infizierten Personen in Deutschland behandelt.



Therapie zu verweigern, da die Therapieergebnisse auch für diese Patientengruppe sehr gut sind und die Reinfektionsraten bisher akzeptabel seien, selbst wenn Beikonsum vorliegt. Für diese Gruppe wird jedoch (ebenso wie für schwule Männer mit HIV-Co-Infektion) empfohlen, jährliche HCV-RNA Nachkontrollen durchzuführen, da diese Gruppen nach einigen Studien zu urteilen ein erhöhtes Risiko für Reinfektionen aufweisen (Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V., 2017).

Es ist unbekannt, wie viele Drogenkonsumierende, die in Deutschland größte Gruppe der mit Hepatitis-C-Infizierten, tatsächlich neue Medikamente erhalten haben und entsprechend von den beschriebenen Neuerungen profitieren konnten. Vor der Einführung der neuen Medikation gab es Befunde, dass diese Gruppe in sehr viel geringerem Umfang behandelt wurde als Infizierte mit einem anderen Infektionsrisiko, was mitunter an einer in der Ärzteschaft verbreiteten ablehnenden Haltung gegenüber Drogenkonsumierenden läge (Gölz, 2014). Ob sich diese Haltung mit der Einführung der neuen Medikamente verändert hat, ist unklar; Interessenvertreter von drogenkonsumierenden Menschen berichten allerdings, dass die Behandlung von Hepatitis C selbst bei Substituierten eher selten im Fokus ist<sup>14</sup>. Die ECHO-Studie empfiehlt ebenfalls, die Behandlung von Hepatitis C bei Substituierten weiter auszubauen. Eine Umsetzung der BIS-2030-Strategie sowie der Empfehlungen aus der DRUCK-Studie könnten die gesundheitliche Lage von injizierenden Drogengebern weiterhin wesentlich verbessern.

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

Da es keine bundesweite Erhebung der Anzahl abgegebener Spritzen gibt, können keine bundesweiten Trends über die Spritzenvergabe berichtet werden. Daten der ersten bundesweiten Erhebung, die in Kooperation der DBDD, des RKI und der DAH stattfindet, liegen noch nicht vor. Nur für Nordrhein-Westfalen liegt eine regelmäßige Umfrage vor (AIDS Hilfe NRW e.V., 2019). Aus dem Trend eines Bundeslands kann keine Aussage über das gesamte Bundesgebiet abgeleitet werden.

---

<sup>14</sup> Vgl. <https://magazin.hiv/2017/07/25/hepatitis-c-keine-heilung-fuer-alle/> [Letzter Zugriff: 04.09.2019].

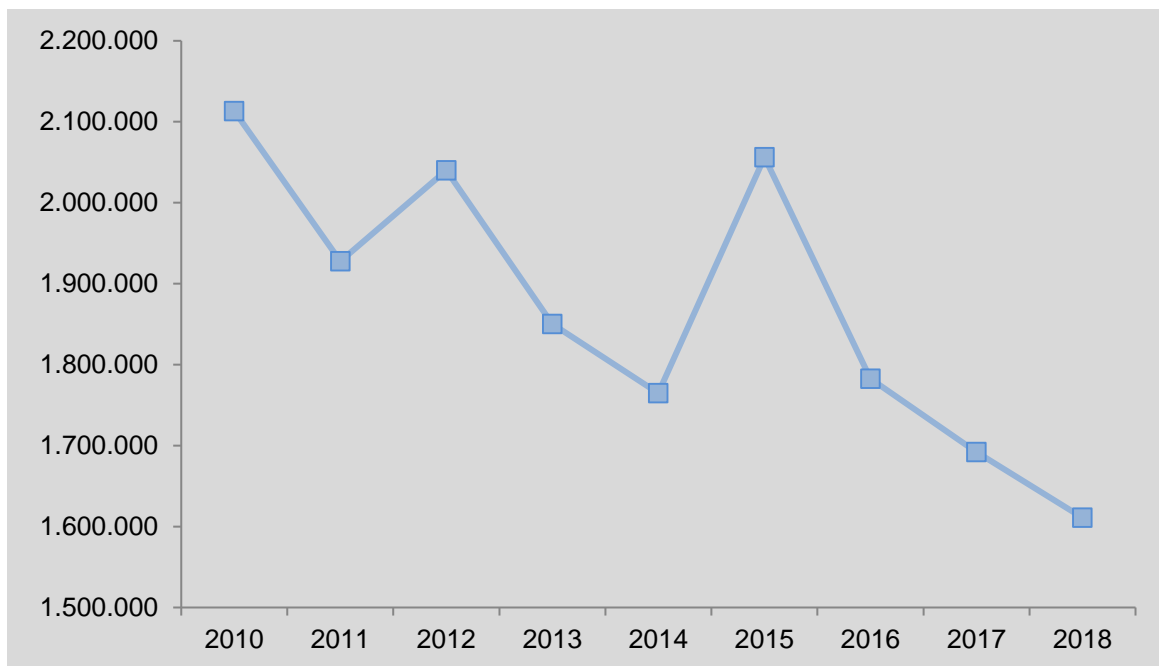


Abbildung 15 Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2018

Abbildung basiert auf der jährlich publizierten Erhebung der AIDS Hilfe NRW (zuletzt AIDS Hilfe NRW e.V., 2019).

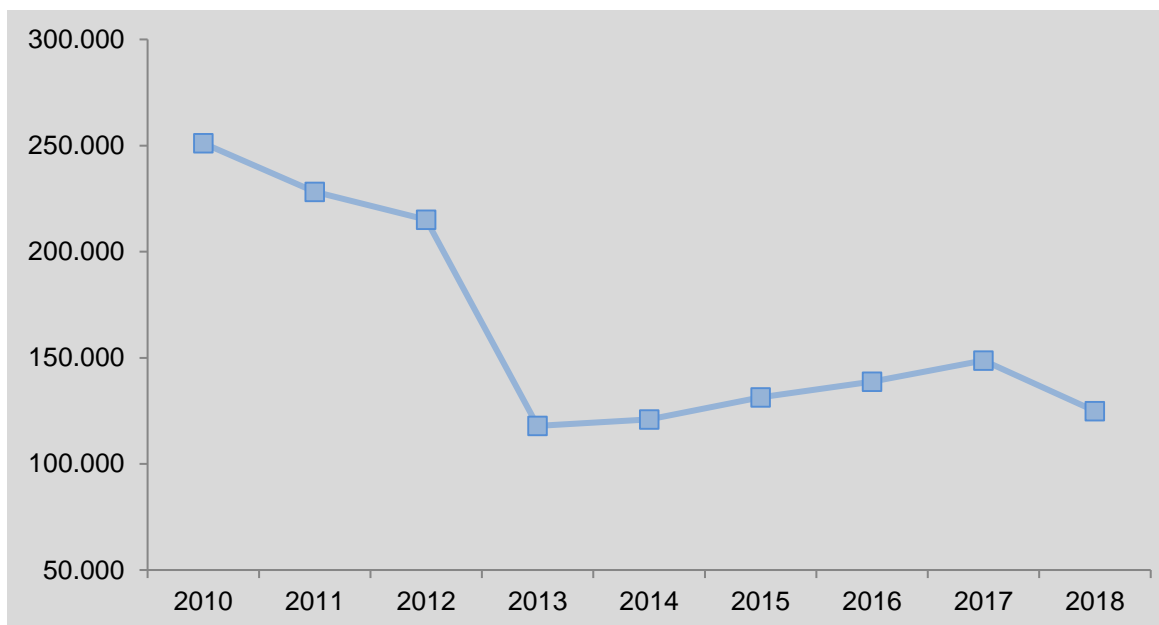


Abbildung 16 Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2018

Abbildung basiert auf der jährlich publizierten Erhebung der AIDS Hilfe NRW (zuletzt AIDS Hilfe NRW e.V., 2019).

Die Anzahl der in Projekten lose abgegebenen Spritzen schwankt in NRW über die letzten Jahre hinweg, ohne dass sich ein eindeutiger Trend abzeichnen würde (siehe Abbildung 15). Die Anzahl der an Automaten abgegebenen Spritzen nahm von 2012 auf 2013 plötzlich deutlich ab (siehe Abbildung 16). Dieser ist jedoch nicht durch eine starke Minderung des Bedarfs zu erklären, sondern damit, dass seit November 2012 ein abgegebenes Päckchen statt wie zuvor zwei Einmalspritzen und zwei Kanülen nur noch eine Spritze, eine Kanüle,

einen Filter und einen Alkoholtupfer enthält. Darüber hinaus werden verstärkt Smoke-it-Sets abgegeben; ebenso berichten Drogenkonsumräume vermehrt von inhalativem Konsum (Aidshilfe NRW e.V. 2015, persönliche Mitteilung). Nach diesem Knick zeigte sich bei den an Automaten abgegebenen Spritzen seitdem wieder ein leichter Anstieg, 2018 war der Trend erstmalig wieder leicht rückläufig.

Allgemeine Informationen zu Angeboten zur Schadensminderung werden unter 1.5.3 aufgeführt, neue Entwicklungen unter 2.3.

## **1.6 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung**

### **1.6.1 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung**

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

## **2 NEUE ENTWICKLUNGEN**

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

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

### **2.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

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; der aktuelle Stand wird unter 1.5.3 berichtet. Neuere Entwicklungen zur Prophylaxe im Bereich der Infektionskrankheiten werden unter 2.3.1 berichtet.

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

#### **2.3.1 HIV-Prophylaxe**

##### **Präexpositionsprophylaxe (PrEP) als Kassenleistung**

Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) wird von Menschen, die nicht mit HIV infiziert sind, aber ein erhöhtes Risiko für eine Ansteckung haben, vorsorglich eingenommen. Ab dem 01.09.2019 übernehmen in Deutschland die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten für die PrEP, sofern ein Arzt oder eine Ärztin diese verschreibt. Zuvor war die Medikation nur auf Privatrezept erhältlich, sodass hauptsächlich wohlhabendere Menschen von ihr profitieren konnten (vgl. die Ergebnisse der Studie „PRIDE“, dargestellt u. a. im letztjährigen Workbook). Mit der neuen Regelung sind die Medikation und die zugehörigen regelmäßigen

Untersuchungen nun für alle gesetzlich versicherten Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko erhältlich. Nur Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Behandlung von HIV und / oder der PrEP auskennen, dürfen diese verschreiben. Ein Rezept wird für längstens drei Monate ausgestellt, somit ergeben sich regelmäßige Arztkontakte alle drei Monate<sup>15</sup>.

### **Selbsttests für HIV frei verkäuflich**

Seit Oktober 2018 sind Selbsttests für HIV in Deutschland frei verkäuflich. Sie können über das Internet, Apotheken und Drogerien verkauft werden und sind für Menschen, die andere Testangebote (beispielsweise im Gesundheitsamt) nicht nutzen können oder möchten eine weitere Möglichkeit der Diagnose. Die Deutsche AIDS-Hilfe empfiehlt, nur Tests zu verwenden, die das CE-Testzeichen der Europäischen Union haben, für den Heimtest durch Laien konzipiert und dafür auch in Europa zugelassen sind<sup>16</sup>.

### **2.3.2 Naloxon Take-Home-Programme**

Allgemeine Informationen zur aktuellen Lage von Naloxon Take-Home-Programmen in Deutschland werden in Abschnitt 1.5.3 aufgeführt, hier findet sich auch eine Übersicht über die geografische Verteilung der Projekte. Insgesamt hat sich die Versorgung in den letzten Jahren wesentlich verbessert, ist aber bei Weitem noch nicht flächendeckend. Seit September 2018 ist für Deutschland ein Naloxon-Präparat in Form eines Nasensprays auf dem Markt, das in vielen Projekten eingesetzt wird.

### **Evaluation der Naloxon-Peerinformationsveranstaltungen in NRW**

Es liegt eine wissenschaftliche Evaluation der Naloxon-Peerinformationsveranstaltungen in NRW vor (Gesigora und Gerlach, 2019). Es wurden Trainings in sechs Städten durchgeführt, die ein Jahr lang wissenschaftlich begleitet wurden. Das Konzept der Trainings stammt von JES e.V. und wurde im Workbook 2017 bereits kurz erläutert. Es handelt sich um Kurzveranstaltungen für bis zu fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf 15 Minuten ausgelegt sind und von Peers durchgeführt werden. Im Anschluss wird das Naloxon vergeben. Die Durchführung durch Peers soll Hemmungen abbauen und einen möglichst niedrigschwelligen Zugang ermöglichen. Das Projekt wurde vom Land NRW gefördert und war auf Grund der zeitlichen Begrenztheit auf ein Jahr als „Anstoß“ für teilnehmende Einrichtungen konzipiert, die Schulungen im Anschluss selbstständig durchzuführen. Daher wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen zu Trainerinnen und Trainern geschult. Im Rahmen der Projektlaufzeit fanden in zwei der sechs Städte Anschlusschulungen statt. Inklusive der Anschlusschulungen wurden in der Projektlaufzeit 158 Personen geschult. 98 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, die Schulungen weiter zu empfehlen, 95 % gaben an, keine Bedenken (mehr) zu haben, Naloxon im Notfall einzusetzen. 88 % wollten die Anwendung des Kits auch eng befreundeten Menschen und Angehörigen erklären.

---

<sup>15</sup> <https://www.aidshilfe.de/hiv-prep> [Letzter Zugriff: 02.09.2019]

<sup>16</sup> <https://www.aidshilfe.de/meldung/hiv-selbsttest-frei-verkaeufllich> [Letzter Zugriff: 02.09.2019]

### **Bayerisches Landesmodellprojekt**

Das bayerische Modellprojekt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege ist wie geplant angelaufen. Es sollen mindestens 450 Personen in den fünf größten Städten des Bundeslandes trainiert werden. Die wissenschaftliche Begleitung wird als Beobachtungsstudie durchgeführt, bei der Daten mittels standardisierter Fragebögen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erhoben werden. Nach einem Naloxoneinsatz werden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die evaluierten Schulungsmaterialien sollen nach Abschluss des Projekts auch anderen Projekten zur Verfügung stehen. Erstmals finden im Rahmen des Modellprojekts auch Schulungen in Gefängnissen statt (persönliche Mitteilung, Condrops e.V.). Dabei werden inhaftierte Menschen, die kurz vor der Entlassung stehen, geschult. Diese stellen eine besonders wichtige Zielgruppe dar, weil die Gefahr einer Überdosierung nach Haftentlassung deutlich erhöht ist. Das Naloxon selbst erhalten die geschulten Personen am Tag der Entlassung, wenn sie das Gefängnis verlassen.

### **2.3.3 Verbesserung der Versorgung mit Drogenkonsumräumen**

Als siebtes Bundesland hat Baden-Württemberg 2019 die Möglichkeit eröffnet, Drogenkonsumräume zu betreiben. Die nötige Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen hat die baden-württembergische Landesregierung am 26.3.2019 beschlossen, sie ist angelehnt an bereits in anderen Bundesländern existierende Verordnungen. 2017 hatte sich die Stadt Karlsruhe mit der Bitte an die Landesregierung gewandt, die Voraussetzungen für eine entsprechende Erlaubniserteilung in einer Rechtsverordnung nach § 10a BtMG zu regeln.

Nach der Verordnung können Drogenkonsumräume in Baden-Württemberg in Städten mit mehr als 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern eröffnet werden. Das betrifft im Bundesland die drei Städte Karlsruhe, Stuttgart und Mannheim. Die Geltungsdauer der Verordnung ist zunächst auf drei Jahre befristet, ihre Auswirkungen sollen innerhalb dieses Erfahrungszeitraums überprüft werden. Neben dem akzeptierenden drogenpolitischen Ansatz zur individuellen Schadensminderung wird in der Rechtsverordnung auch die abstinenzorientierte Vermittlung in weiterführende Hilfen vorgesehen. Eingerichtet wird der Drogenkonsumraum in Karlsruhe in unmittelbarer Nähe zu einer schon bestehenden Kontaktstelle für Drogenabhängige. Geplant sind zunächst vier Konsumplätze. Der Drogenkonsumraum in Karlsruhe soll im Herbst 2019 seine Arbeit aufnehmen. Die Stadt Mannheim hatte ebenfalls bereits 2018 bekanntgegeben, die Möglichkeiten der Einrichtung eines Drogenkonsumraums zu prüfen<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> [https://www.rnz.de/nachrichten/mannheim\\_artikel,-mannheim-stadt-prueft-drogenkonsumraum-\\_arid,374931.html](https://www.rnz.de/nachrichten/mannheim_artikel,-mannheim-stadt-prueft-drogenkonsumraum-_arid,374931.html) [letzter Zugriff: 02.09.2019].

### 2.3.4 Drugchecking in Berlin

Unter dem Begriff Drugchecking versteht man die chemische Analyse von auf dem Schwarzmarkt gehandelten psychotropen Substanzen und Rückmeldung des Ergebnisses an die (potenziellen) Konsumierenden. Stationäre und mobile Analyse-Labore können, je nach eingesetztem Verfahren, bis zu mehrere tausend verschiedene Stoffe quantitativ und qualitativ nachweisen. In mehreren europäischen Ländern sowie der Schweiz ist Drugchecking, teilweise bereits seit 20 Jahren, in verschiedenen Settings und Projekten etabliert (vgl. beispielsweise Brunt und Niesink, 2011, Hungerbuehler et al., 2011, Suchthilfe Wien, 2017). Die manchmal verwendeten Begriffe des „Qualifizierten Drugcheckings“ oder „Integrierten Drugcheckings“ beinhalten konzeptuell nicht nur die chemische Analyse, sondern auch ein Risikoassessment und eine individuelle Beratung von Drogengebrauchenden, die ihre Substanzen zur Analyse bringen.

Qualifiziertes Drugchecking als diskutierte Strategie zur Risiko- und Schadensminderung hat somit zwei Ziele: Zum einen der Vorbeugung von Überdosierungen und ungewollten Intoxikationen durch Warnung vor besonders bedenklichen Substanzen bzw. deren Inhaltsstoffen oder Konzentrationen. Dies ist, neben den schon immer existierenden Schwarzmarkt-Risiken, in letzter Zeit auch im Zusammenhang mit Veränderungen auf dem Drogenmarkt wie der weiteren Verbreitung von NPS und internationalen Warnungen etwa vor hochpotenten Fentanylen relevant. Gleichzeitig stellt die Vielfalt an unterschiedlichen Stoffen und Zusammensetzungen der NPS eine immense Herausforderung für die Analyse der Inhaltsstoffe dar. Als andere Komponente ist die faktenbasierte Beratung der (potenziellen) Konsumierenden zu nennen, um eine Konsumreflexion anzustoßen, das Erlernen von Strategien zur Risikominderung zu ermöglichen und nötigenfalls an das Drogenhilfesystem zu verweisen. Drugchecking wird seitens der Befürworter als eine weitere Möglichkeit gesehen, Konsumierende u. a. unter MSM oder im Partysetting zu erreichen, die sonst häufig wenig oder keinen Kontakt mit Angeboten der Drogenhilfe haben.

In Deutschland gibt es bislang keine qualifizierten Drugchecking-Angebote. Auf politischer Ebene wird das Thema jedoch seit einigen Jahren vermehrt und teils kontrovers diskutiert. In Schleswig-Holstein (2012), Niedersachsen (2013) und Thüringen (2014) wurde Drugchecking explizit in die Koalitionsverträge aufgenommen, bisher aber nicht umgesetzt. In mehreren weiteren Bundesländern wurde Drugchecking teilweise intensiv diskutiert. In Hessen wird die Einführung von Drugchecking seit längerem geplant.

In Berlin wurde bei der Formierung der Koalition 2016 eine umfassende Stärkung der Maßnahmen zur Harm Reduction in den Koalitionsvertrag aufgenommen, die u. a. eine Ausweitung der aufsuchenden Sozialarbeit auch in der Partyszene inklusive der Einführung von Drugchecking beinhaltet. Ein Zusammenschluss von drei freien Trägern der Berliner Suchthilfe hatte ein Konzept zum Drugchecking für Berlin entwickelt. Da die Rechtsgrundlage dazu sehr komplex ist, wurde im Rahmen des Projekts eine rechtliche Stellungnahme von Prof. Dr. Nestler, Professor für Strafrecht an der Universität Köln, eingeholt. Demnach ist das vorgelegte Konzept für das Drugchecking legal und die Mitarbeitenden der Einrichtungen des Drugcheckings würden sich nicht strafbar machen. Diese Rechtsauffassung wird von der

Senatsinnen- und Senatsjustizverwaltung Berlins geteilt, sodass eine praktische Umsetzung möglich ist. Diese wird aktuell vorbereitet. Geplant ist eine stationäre Analyse: Die Konsumierenden sollen Proben einschicken und innerhalb weniger Tage eine Rückmeldung und Beratung zu den Risiken des Konsums erhalten. Mittel für das Projekt sind im Berliner Doppelhaushalt 2020/2021 vorgesehen, sodass die Finanzierung für Einführung und Evaluation des Projekts gesichert ist.

### **2.3.5 Suizidprävention bei Suchterkrankung**

Menschen mit Suchterkrankungen weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko für Suizidalität auf (vgl. beispielsweise Bernal et al., 2007, Lönnqvist, 2009). Ein vom Bundesgesundheitsministerium finanziertes und vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg durchgeführtes Modellprojekt zielt darauf ab, Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen des Suchthilfesystems für das Themenfeld Suizidalität fortzubilden und miteinander zu vernetzen. Somit soll die Suizidprävention für Menschen mit Suchterkrankungen bundesweit nachhaltig gestärkt werden. Die Maßnahme wird online durchgeführt<sup>18</sup> und besteht aus webbasierten Trainings für die Fachkräfte sowie einer online-Vernetzungsplattform, mit deren Hilfe die Fachkräfte sich vernetzen, Aufgaben gemeinsam bearbeiten und ihre Fertigkeiten aktiv einüben sollen. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet, die Trainings werden evaluiert und weiterentwickelt.

### **2.3.6 Guidance – Suchtberatung für Geflüchtete**

Substanzkonsumierende Menschen mit noch nicht ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen finden den Zugang zum Suchthilfesystem häufig kaum. In Berlin bietet das Projekt „Guidance“ niedrigschwellige kultursensible Beratung mit Sprachmittlung für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Substanzkonsum, deren Angehörige und auch Mitarbeitende der Geflüchtetenhilfe. Für die Betroffenen gibt es sowohl eine offene wöchentliche Sprechstunde in den Sprachen Arabisch und Persisch, als auch weitere feste Termine in diesen und auf Anfrage in weiteren Sprachen in Zusammenarbeit mit Sprachmittlerinnen und -mittlern. Zudem wird aufsuchende Beratung in Gemeinschaftsunterkünften angeboten.

Darüber hinaus gibt es Interventionen für bestimmte Zielgruppen: Für Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren wurden 2018 10 Veranstaltungen zur Frühintervention mit je 10 bis 20 Teilnehmenden durchgeführt. In Unterkünften für Geflüchtete wurden 10 Veranstaltungen mit durchschnittlich 10 Teilnehmenden im Alter von 25 bis 55 Jahren zur Frühintervention und Information durchgeführt. Schulungen für Mitarbeitende der Geflüchtetenhilfe wurden im Jahr 2018 19 Mal durchgeführt, insgesamt nahmen 266 Personen teil. Eine besondere Beratung für Frauen wurde mindestens monatlich durchgeführt, durchschnittlich nehmen drei bis zehn

---

<sup>18</sup> <https://www.suizidundsucht.net/> [letzter Zugriff: 02.09.2019]

Frauen das Angebot wahr. Die restlichen Angebote werden fast ausschließlich von Männern genutzt. Die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Kooperationspartnern und die Begleitung durch Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler kennzeichnet alle Angebote. 2018 war in 81,9 % aller Beratungen eine Sprachmittlung nötig.

Die häufigste Hauptdiagnose war 2018 mit 53,7 % erneut die Abhängigkeit von Opioiden, 4,4 % konsumierten intravenös. 32,5 % gaben als Hauptsubstanz Cannabis an, 6,3 % Alkohol und 2,2 % Kokain.

Der Hilfebedarf der Beratenen wird als sehr hoch eingeschätzt, ihre Problemlagen als äußerst komplex beschrieben, geprägt durch vielfältige psychische Belastungen auf Grund der aktuellen Lebenssituation sowie Erlebnissen vor und auf der Flucht. Die Themen der Geflüchteten sind genauso divers wie bei allen anderen Hilfesuchenden im Drogennotdienst, allerdings gebe es einen erkennbaren Schwerpunkt im Bereich Aufenthalt und Wohnraum.

Obwohl die Mehrheit Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe hätte, kann dieser häufig wegen Sprachproblemen nicht geltend gemacht werden. Guidance kooperiert mit Substitutionspraxen und organisiert und finanziert die Sprachmittlung, ohne die die Behandlung nicht möglich wäre. Für Vermittlungen in den Entzug bestehen Kooperationen mit zwei Krankenhäusern. Die Vermittlungshemmnisse in das Suchthilfesystem sind trotz des ausgebauten Netzwerks vielfältig und umfassen neben mangelnden sprach- und kulturspezifischen Angeboten auch mangelnde Vernetzungen und fehlende Fallbesprechungen der beteiligten Institutionen. Diese ohnehin schlechte Situation beschreibt der Träger als nochmals zugespitzt für Minderjährige, die 15,6 % der Beratenen ausmachen und 2018 nur in 3 Fällen in weiterführende Hilfen oder andere Betreuungsformen der Jugendhilfe vermittelt werden konnten. Trotz Bedarfs konnte 2018 kein einziger Jugendlicher in eine Entgiftung vermittelt werden.

Die Tatsache, dass Krankenkassen generell keine Sprachmittlung bezahlen, stellt nach dem Bericht eine extreme Hürde für den Zugang zum Hilfesystem dar. Zudem fehlten niedrighschwellige begleitende Angebote. Der Träger formuliert einen Mehrbedarf in allen Bereichen der Suchthilfe. Vermittlungen in medizinische Rehabilitation seien kaum möglich, da die nötige Finanzierung für Sprachmittlung fehlt, auch Vermittlung in die substitions-gestützte Behandlung ist nur möglich, weil Guidance die Sprachmittlung in einem gewissen Umfang zahlen kann. Weitere Gemeinschaftsunterkünfte haben ebenfalls Interesse an aufsuchenden Angeboten signalisiert, für die jedoch ebenfalls eine Finanzierung fehle (Piest, 2019).



## 3 QUELLEN UND METHODIK

### 3.1 Quellen

Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II (2018). Jahresbericht 2017, Klinikum rechts der Isar, T. U. M., München.

AIDS Hilfe NRW e.V. (2019). Abgabe von Einmalspritzen in NRW für den Zeitraum 2016 bis 2018.

Ärztezeitung. (2018). Hepatitis-C: Therapiekosten doch nicht explodiert [Online]. Available: [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/960572/stat-t-5-milliarden-euro-therapiekosten-hepatitis-c-nicht-explodiert.html?sh=8&h=1510307718](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/960572/stat-t-5-milliarden-euro-therapiekosten-hepatitis-c-nicht-explodiert.html?sh=8&h=1510307718) [Accessed 19.06.2018 2018].

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R. & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. Journal of Affective Disorders, 101, 27-34.

Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V. (2017). Empfehlungen des bng zur Therapie der chronischen Hepatitis C: Update September 2017.

Brunt, T. M. & Niesink, R. J. M. (2011). The Drug Information and Monitoring System (DIMS) in the Netherlands: Implementation, results, and international comparison. Drug Testing and Analysis, 3, 621-634.

Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland, Bundeskriminalamt, Wiesbaden.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend, Berlin.

Christensen, S., Buggisch, P., Mauss, S., Böker, K. H., Schott, E., Klinker, H., Zimmermann, T., Weber, B., Reimer, J. & Serfert, Y. (2018). Direct-acting antiviral treatment of chronic HCV-infected patients on opioid substitution therapy: Still a concern in clinical practice? Addiction, 113, 868–882.

Dammer, E., Schulte, L., Karachaliou, K., Pfeiffer-Gerschel, T., Budde, A. & Rummel, C. (2016). Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2015/2016). Deutschland. Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, DBDD, München.

Deimel, D., Bock, C., Oswald, F. & Meyer, A. (2018). Abschlussbericht harm reduction 24/7: Die Versorgung mit harm reduction Materialien über Automaten für Drogenkonsumenten in NRW.

Destatis (2018). Rechtspflege - Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2013). Saubere Spritzen für Gefangene: Deutsche AIDS-Hilfe startet Unterschriftenaktion. <http://www.aidshilfe.de/aktuelles/meldungen/saubere-spritzen-fuer-gefangene-deutsche-aids-hilfe-startet-unterschriftenaktion> [Online].

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (2015). Handbuch: Einführung und Umsetzung von Spritzenvergabeprogrammen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien. Antwort auf eine Anfrage der DGS zu Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien, Berlin.
- Dinger, J., Menz, H., Nitzsche, K., Schmidt, U., Zimmermann, U. S. & Reichert, J. (2018). Familien mit Methamphetamin-Konsum - Risiken und Hilfen für Mutter und Kind. SUCHT, 64 (2), 85-92.
- Drogenhilfezentrum der Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH (2019). Drogenhilfezentrum Jahresbericht 2017.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Gesigora, E. & Gerlach, R. (2019). Naloxon. Evaluation der Peer-Informationsveranstaltungen, e.V., A. N., e.V., J. N., e.V., V. & e.V., I., Münster.
- Giftinformationszentrum-Nord (2018a). Giftinformationszentrum-Nord Anhang 1 zum Jahresbericht 2017, Göttingen.
- Giftinformationszentrum-Nord (2018b). Giftinformationszentrum-Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (GIZ-Nord). Jahresbericht 2017, Göttingen.
- Gölz, J. (2014). Chronische Virusinfektionen bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie, 15, 16-21.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A. & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services. Harm Reduction Journal, 8.
- Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen (2018). 50. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn. Jahresbericht 2017, Bonn.
- Landesstelle Sucht NRW (2019). Jahresbericht 2018. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen, Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht NRW & Landschaftsverband Rheinland, D., Köln.
- Lönngqvist, J. (2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Wasserman, D. & Wasserman, C. (eds.). Oxford University Press, Oxford.
- Neumann-Runde, E. & Martens, M. S. (2018). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2017 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe, e.V, B., Hamburg.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2015). Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, DBDD, München.
- Piest, A. (2019). Guidance - Suchtberatung für Geflüchtete - ein Teilprojekt des Drogennotdienstes, e.V., N. f. S. u.-a. B., Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2019). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2018. Datenstand: 1. März 2019.

Stöver, H. & Förster, S. (2018). Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2017

Frankfurt am Main

Suchthilfe Wien (2017). Tätigkeitsbericht Suchthilfe Wien 2016. Bereich Suchtprävention.

Van Hout, M. C., Benschop, A., Bujalski, M., Dabrowska, K., Demetrovics, Z., Felvinczi, K., Hearne, E., Henriques, S., Kalo, Z., Kamphausen, G., Korf, D., Silva, J. P., Wieczorek, L. & Werse, B. (2017). Health and Social Problems Associated with Recent Novel Psychoactive Substances (NPS) Use Amongst Marginalised, Nightlife and Online Users in Six European Countries. International Journal of Mental Health and Addiction.

Werse, B., Kamphausen, G. & Klaus, L. (2019). MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main, Research, C. F. D., Goethe Universität Frankfurt am Main.

World Health Organization (WHO) (2014). Community management of opioid overdose, WHO, Geneva.

Zippel-Schultz, B., Specka, M., Stöver, H., Nowak, M., Cimander, K., Maryschock, M., Poehlke, T., Helms, T. M. & Scherbaum, N. (2019). Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger - die SubsCare-Studie. Suchttherapie, 2019, 76-84.

## 3.2 Methodik

### 3.2.1 Erfassung von Drogentoten

In Deutschland existieren zwei grundsätzliche, umfassende Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in verschiedenen Punkten unterscheiden. Dies sind die polizeilichen Daten aus der „Falldatei Rauschgift“ sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes.

#### Falldatei Rauschgift

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

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

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

### **Allgemeines Sterberegister<sup>19</sup>**

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

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die in zeitlich engem Zusammenhang nach dem Konsum von Opioiden, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten – also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EMCDDA (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zugrunde liegende Störung (ICD-10-Code F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht-vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide werden von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Kodierfehler Einzelfälle dieser Art vermutlich miteingeschlossen 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.

### **3.2.2 Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert

---

<sup>19</sup> Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EMCDDA. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht<sup>20</sup>. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das RKI zu melden. Diese Laborberichte werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte. Somit enthalten die HIV-Meldungen im Idealfall Angaben zu Alter und Geschlecht, dem Wohnort, dem Übertragungsweg der Infektion sowie Informationen zum Krankheitsstadium und HIV-bezogenen Basis-Laborparametern. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

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

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. Im neuen Kerndatensatz ist die Erfassung von Infektionskrankheiten verbessert worden.

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

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

---

<sup>20</sup> <https://www.rki.de> [Letzter Zugriff: 04.09.19].

von der Ausprägung ihrer Symptomatik. Mit Einführung der neuen Referenzdefinition ist die Zahl der veröffentlichten Hepatitis-B-Fälle wie erwartet höher ausgefallen als in den Vorjahren.

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

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

Die Falldefinition für Hepatitis C wurde zum 01.01.2015 bzgl. der Kriterien für den labordiagnostischen Nachweis geändert. Die bisherige Falldefinition, nach der der alleinige (bestätigte) Antikörpernachweis ausreichte, hat nach Einschätzung des RKI in einem unbestimmten Anteil der Fälle zu einer Meldung von bereits spontan ausgeheilten bzw. erfolgreich therapierten Infektionen sowie darüber hinaus zu einer unbekanntem Zahl von Mehrfacherfassungen geführt. Die neue Falldefinition erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis (Nukleinsäure-Nachweis oder HCV-Core-Antigennachweis). In der Berichterstattung des RKI werden damit nur noch aktive HCV-Infektionen analysiert. Dies ermöglicht eine bessere Annäherung an die wahre Inzidenz von Neudiagnosen. Allerdings werden damit mögliche Fälle, die nach einem positiven Antikörper-Screening nicht der weiteren Diagnostik mittels direktem Erregernachweis zugeführt wurden, nicht erfasst. Da sich die Therapieoptionen in den letzten Jahren sehr stark verbessert haben, ist jedoch davon auszugehen, dass in Deutschland die Diagnostik in den meisten Fällen vollständig durchgeführt wird. Derzeit bieten die übermittelten Hepatitis-C-Erstdiagnosen – ohne bessere Datenquellen zur Inzidenz – die bestmögliche Einschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.

Allerdings sind die nach neuer Falldefinition übermittelten Fallzahlen nur bedingt mit den Fallzahlen der Vorjahre vergleichbar, sodass Trendauswertungen nur mit Einschränkungen möglich sind. Eine Abnahme der gemeldeten Fallzahlen durch die Änderung der Falldefinition ist wie erwartet eingetreten. Die Implementation der neuen Falldefinition bei den Gesundheitsämtern ist abgeschlossen; aktuell werden alle Fälle nach der neuen Falldefinition übermittelt.

### **3.2.3 Maßnahmen zur Schadensminderung**

#### **Erhebung der in Deutschland abgegebenen Konsumutensilien und ausgebender Einrichtungen**

In einer Kooperation der DBDD, des RKI und der DAH wurde eine umfassende Recherche durchgeführt, mit dem Ziel, alle Einrichtungen zu erfassen, die Konsumutensilien ausgeben. Von 2.158 Einrichtungen, die als potenziell ausgebende Einrichtungen identifiziert wurden, konnten Antworten von 1.178 Einrichtungen (54,6 %) eingeholt werden. Umgekehrt fehlen

somit von 980 Einrichtungen die Antworten trotz mehrfacher Kontaktaufnahmen. Von den antwortenden Einrichtungen beantworteten die Frage, ob sie Drogenkonsumutensilien vergeben, 475 mit „ja“, 703 mit „nein“.

Die 475 Einrichtungen, die eine Utensilienvergabe angaben, erhielten einen Fragebogen, in dem Art und Anzahl der vergebenen Utensilien erhoben wurden. Dieser orientiert sich an den Empfehlungen der DAH zur Vergabe von Konsumutensilien. Zusätzlich wurden Einschätzungen zum Budget, zur Anzahl versorgter Personen und zur Relevanz von Apotheken erhoben. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen noch nicht genügend beantwortete Fragebögen vor, um an dieser Stelle absolute Zahlen zu nennen. Diese werden im nächsten Jahr berichtet. Es ist geplant, die Erhebung alle zwei Jahre zu wiederholen und somit langfristig Trends in der Versorgung feststellen zu können.

## 4 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2018 nach Substanzen, Polizeiliche Daten.....	8
Tabelle 2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2017.....	15

## 5 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2007 bis 2018 .....	11
Abbildung 2	Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2007 bis 2016 .....	12
Abbildung 3	Trend Anteile der Opioidintoxikation an drogenbezogenen Todesfällen 2007 bis 2016 .....	13
Abbildung 4	Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2018 .....	14
Abbildung 5	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	18
Abbildung 6	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes) 2008 – 2017 .....	19
Abbildung 7	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) 2008 – 2017 .....	20
Abbildung 8	Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen ..	22
Abbildung 9	Trend HBV-Diagnosen .....	24
Abbildung 10	Übertragungswege HCV-Diagnosen 2018 .....	26
Abbildung 11	Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen.	27

---

Abbildung 12	HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2008 – 2017.....	29
Abbildung 13	Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2008 – 2017 .....	31
Abbildung 14	Naloxon-Projekte im Jahr 2019 .....	43
Abbildung 15	Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2018..	49
Abbildung 16	Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2018 .....	49