



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

DEUTSCHLAND

Bericht 2020 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2019 / 2020)

Esther Neumeier¹, Franziska Schneider¹, Krystallia Karachaliou¹;
Charlotte Tönsmeise², Maria Friedrich³ & Tim Pfeiffer-Gerschel¹

¹-IFT Institut für Therapieforschung; ²Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS);

³Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG (T0)	4
1	NATIONALES PROFIL	7
1.1	Drogenbezogene Todesfälle	7
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen	7
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle.....	8
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien)	11
1.1.4	Trends drogenbezogener Todesfälle.....	11
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	15
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	15
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	16
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	30
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	31
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	31
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung	32
1.5.1	Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung	32
1.5.2	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung	33
1.5.3	Maßnahmen zur Schadensminderung	33
1.5.4	Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends.....	43
1.6	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	43
1.6.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	43
2	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)	43
2.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen (T3.1)	43
2.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T3.2).....	44

2.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung (T3.3)	44
2.3.1	Maßnahmen zur Verhinderung von Überdosierungen	44
2.3.2	Testung und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	45
3	ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	46
4	QUELLEN UND METHODIK (T5).....	47
4.1	Quellen (T5.1).....	47
4.2	Methodik (T5.2).....	50
4.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	50
4.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	52
4.2.3	Maßnahmen zur Schadensminderung	54
5	TABELLENVERZEICHNIS	55
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	55

Neben den oben genannten Autorinnen und Autoren des Workbooks Gefängnis haben weitere Expertinnen und Experten an der Erstellung des Jahresberichts mitgewirkt. Diese Expertinnen und Experten dienen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die DBDD und tragen durch das Verfassen von Texten und durch Rückmeldung zu den Entwurfsfassungen der einzelnen Kapitel zur Entstehung des Workbooks bei:

Ruth Zimmermann (Robert Koch-Institut)

Axel Heinemann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

0 ZUSAMMENFASSUNG (T0)

Drogenbezogene Todesfälle

Im Jahr 2019 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) 1.398 Personen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste Wert der letzten zehn Jahre und entspricht einem Anstieg um 9,6 % im Vergleich zum Vorjahr. Nach wie vor ist die Vergiftung mit Opioiden (mono- oder polyvalent) mit einem Anteil von über 46,5 % 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 2017 und 2018. Dort sind 2017 1.063 und 2018 1.125 Personen erfasst worden, der Frauenanteil lag 2017 bei 21,6 % und stieg im Jahr 2018 auf 24,5 %. Nachdem auch im allgemeinen Sterberegister die Fallzahlen angestiegen waren, sind sie 2017 stark gefallen, um im Jahr 2018 wieder leicht anzusteigen. Ein klarer Trend ist damit nicht erkennbar.

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 15.262 Aufnahmen 2009 zu 23.839 Aufnahmen 2015 (siehe Abbildung 5). Seitdem sind die Zahlen leicht gesunken auf 22.239 Fälle im Jahr 2018.

Im Jahr 2018 wurden deutschlandweit 22.239 drogenbezogene Intoxikations- und Vergiftungsfälle vollstationär zur Behandlung aufgenommen. Die Zahl ist in den letzten zehn Jahren bis 2015 stark angestiegen und seit nun drei 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 2018 wie bereits in den Vorjahren mit jeweils etwa 2.000 Fällen ähnlich große Anteile aus.

Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Im Jahr 2019 wurden dem Robert Koch-Institut 3.093 HIV-Infektionen gemeldet. Die bundesweite Inzidenz lag damit bei 3,7 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Anzahl der Erstdiagnosen um 9,8 %. Die Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen ist somit seit drei Jahren das erste Mal wieder angestiegen. Die Zahl der HIV-

Neudiagnosen mit dem Übertragungsweg intravenöser Drogengebrauch in den letzten vier Jahren mit Schwankungen stabil. I.v.-Drogenkonsum als Infektionsweg wurde für 7 % der Fälle mit Angaben zum Infektionsrisiko genannt und ist damit weiterhin der dritt wichtigste Übertragungsweg.

Für das Jahr 2019 wurden insgesamt 4.903 Fälle von Hepatitis B übermittelt, wobei die Inzidenz in den unterschiedlichen Bundesländern stark voneinander abwich und zwischen 4,3 Infektionen pro 100.000 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern und 17,0 in Bremen lag. I.v.-Drogenkonsum war der dritt wichtigste Übertragungsweg, er wurde in 20 % der Fälle mit Information zum Infektionsweg angegeben.

2019 wurden insgesamt 5.940 Fälle von Hepatitis C übermittelt, dies entspricht einer Inzidenz von 7,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner, somit gab es im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderung. Männer sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen. I.v.-Drogenkonsum ist der mit Abstand wichtigste Übertragungsweg; er wurde für 64 % der Diagnosen mit Angaben zum Übertragungsweg genannt. Bei 44 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; ein weiteres Programm in einer 19. Stadt soll noch dieses Jahr beginnen. 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 24 stationäre sowie drei Drogenkonsummobile in sieben Bundesländern zur Verfügung. In neun Bundesländern gibt es weiterhin keine Drogenkonsumräume.

Im Jahr 2018 existierten mindestens 448 Ausgabestellen von sterilen Drogenkonsumutensilien, die sich auf 62,6 % der kreisfreien Städte und 24,1 % der Landkreise Deutschlands verteilen. Hierunter fallen auch Spritzenautomaten; es sind aktuell 177 Spritzenautomaten in 9 Bundesländern dokumentiert.

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Drogenbezogene Todesfälle

1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen

In Deutschland existieren zwei verschiedene 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 4.2.1 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. Die „Todesursachenstatistik“ bzw. das allgemeine Sterberegister des Statistischen Bundesamtes erfasst hingegen alle Todesfälle im Bundesgebiet. Als Grundlage für die Extraktion der Drogentodesfälle aus diesem Register dienen die entsprechenden Kodierungen der ICD-10 (ICD-10, 2009).

Die Todesursachenstatistik wird für Vergleiche mit dem europäischen Ausland herangezogen, da dieses Register weitgehend gemeinsamen europäischen Standards folgt. 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 (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 2019 bei 48,1 %, sie ist in den letzten Jahren gesunken (2015: 60,9 %). Toxikologische Gutachten wurden in 44,6 % der Fälle erstellt (Datenlieferung BKA, 2020). Hierbei unterscheiden sich die Raten zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. In manchen Bundesländern erreichen sie fast 100 %, in anderen Bundesländern werden die Untersuchungen nur vereinzelt durchgeführt.

2019 kamen insgesamt 1.398 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste Wert der letzten zehn Jahre und entspricht einem Anstieg um 9,6 % im Vergleich zum Vorjahr (2018: 1.276 Personen). Der Zeitverlauf wird in 1.1.4 ausführlicher dargestellt. Aufgrund der Umstellung auf ein neues polizeiliches Datensystem und der Erfassung bzw. Erhebung rauschgiftbezogener Sachverhalte sind für das Datenjahr 2019 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).

Aktuelle Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung stehen, beziehen sich auf die Jahre 2017 und 2018. 2017 wurden insgesamt 1.063 Personen erfasst, im Jahr 2018 waren es 1.125. Nach einem sehr deutlichen Rückgang um 17,5% gegenüber dem Vorjahr in 2017 folgte somit im Jahr 2018 wieder ein leichter Anstieg um 5,8%. Ein klarer Trend ist damit nicht erkennbar. Insgesamt waren 2017 230 Frauen und 833 Männer betroffen, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind (Frauenanteil: 21,6 %). In 2018 stieg der Frauenanteil auf 24,5% (276 Frauen, 849 Männer).

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, dies ist auch in den Jahren 2017 und 2018 der Fall (siehe Abbildung 1). Die Differenz für das Datenjahr 2017 betrug 204 Fälle (1.272 Fälle im BKA-Register, 1.063 Fälle im allgemeinen Sterberegister), im Jahr 2018 betrug die Differenz 151 Fälle (1.276 Fälle im BKA-Register, 1.125 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

32,1 % aller Fälle bleibt der Anteil an allen Vergiftungen auf einem ähnlichen Niveau wie in den beiden Vorjahren, 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 12,8 % (2018: 16,0 %). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide, vor allem durch Kokain / Crack und Amphetamin / Methamphetamin waren in 19,1 % der Fälle todesursächlich (2018: 17,9 %). Der Anteil an Langzeitschäden beträgt 22,8 %, er steigt in den letzten Jahren kontinuierlich an und liegt nun doppelt so hoch wie vor vier Jahren (2015: 10,9 %).

Es ist wahrscheinlich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen die Anzahl von Mischintoxikationen („polyvalente Vergiftungen“) unterschätzt wird. Hierfür spricht, dass die Quote an toxikologischen Gutachten bei den als polyvalent registrierten Opioid-Vergiftungen bei 66 % liegt, bei den als monovalent registrierten Opioid-Vergiftungen hingegen mit 31 % nur knapp halb so hoch ist.

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2019 nach Substanzen, polizeiliche Daten

Todesursachen	% von Gesamt		Anzahl
	2018	2019	2019
Monovalente Vergiftungen durch Opioide	20,4	15,5	217
Heroin / Morphin	13,7	11,4	160
Opioid-Substitutionsmittel	3,9	1,7	24
– davon: Methadon / Polamidon	3,4	1,6	22
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex)	0,3	0,1	2
– davon: Sonstige	0,2	0	0
Opioid-basierte Arzneimittel	2,4	2,3	32
– davon: Fentanyl	2,0	1,8	25
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	0,4	0,1	1
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide¹	28,9	31,0	433
Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	18,0	20,7	289
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	12,1	11,1	155
– davon: Methadon / Polamidon i.V.m.a.S.	10,4	8,3	116
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m.a.S.	0,5	1,8	25
– davon: Sonstige i.V.m.a.S.	1,3	1,1	16
Opiat-basierte Arzneimittel	4,2	4,2	58
– davon: Fentanyl	2,2	2,4	34

Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate) i.V.m.a.S.	0,1	0,1	1
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate	9,4	8,4	118
Kokain / Crack	3,2	2,6	36
Amphetamin / Methamphetamin	3,8	3,9	55
– davon: Amphetamin	2,9	2,7	37
– davon: Methamphetamin	0,9	1,4	20
Amphetaminderivate	1,0	0,6	8
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	0,5	0,6	9
- davon synthetische Cannabinoide		0,4	5
- davon sonstige NPS		0,3	4
GHB/GBL		0,4	6
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)	0,8	0,3	4
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate¹	8,5	10,7	150
Kokain / Crack i.V.m.a.S.	4,1	4,4	61
Amphetamin / Methamphetamin i.V.m.a.S.	4,0	4,9	69
– davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	3,4	4,3	60
– davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	0,7	1,0	14
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	1,1	1,2	17
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) i.V.m.a.S	0,9	0,7	10
- davon synthetische Cannabinoide		0,4	6
- davon sonstige NPS		0,3	4
GHB/GBL		0,6	8
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	1,6	3,2	45
Sonstige i.V.m.a.S.	0,5	1,1	16
Sonstige Todesursachen			
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	2,5	0,8	11
Nicht spezifizierte / unbekannte Vergiftungen	4,3	4,4	62
Suizide	5,6	6,9	96
– davon: Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	1,8	3,0	42
– davon: Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	3,8	3,9	54
Langzeitschäden	18,0	22,8	318
– davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	3,0	12,3	172
Unfälle	2,2	2,1	29

Sonstige Fälle	1,9	0,4	6
Gesamt (N)²	1276		1398

¹ In den Unterkategorien sind Mehrfachnennungen möglich.

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

Datenlieferung BKA, 2020

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

2018 wurde bei 59,6 % der Todesfälle (2017: 58,0 %) die Grunderkrankung (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der ICD-Gruppe F 1x.x) kodiert; es fehlt bei diesen Fällen jedoch aufgrund des monokausalen Registrierungsprinzips die Information zur akuten Todesursache. Somit ist die Aussagekraft des nationalen Sterberegisters geringer hinsichtlich der bei Intoxikationen akut zum Tode führenden Substanzklassen im Vergleich zur polizeilichen Erfassung durch das BKA. 2018 wurden 34,9 % der Fälle als „Abhängigkeit“, 24,1 % als „schädlicher Gebrauch“ kodiert. Es gibt in den letzten Jahren einen Trend, weniger Todesfälle unter ihrer Grunderkrankung und entsprechend mehr als „akzidentelle Intoxikation“ zu kodieren. Der Anteil der als suizidal gekennzeichneten Intoxikationen steigt dabei nicht an.

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, sinken allerdings im Jahr 2017 noch unter die Tiefstwerte von 2011 und 2012 und steigen 2018 nur leicht an. Die Daten des allgemeinen Sterberegisters sanken für 2017 und 2018 im Trend stärker ab als die Daten des BKA (siehe Abbildung 1). Nachdem sich die Zahlen der BKA-Daten in den beiden Vorjahren etwa stabilisiert hatten, ist der zuvor zu verzeichnende Anstieg 2019 erneut fortgeschritten. 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.

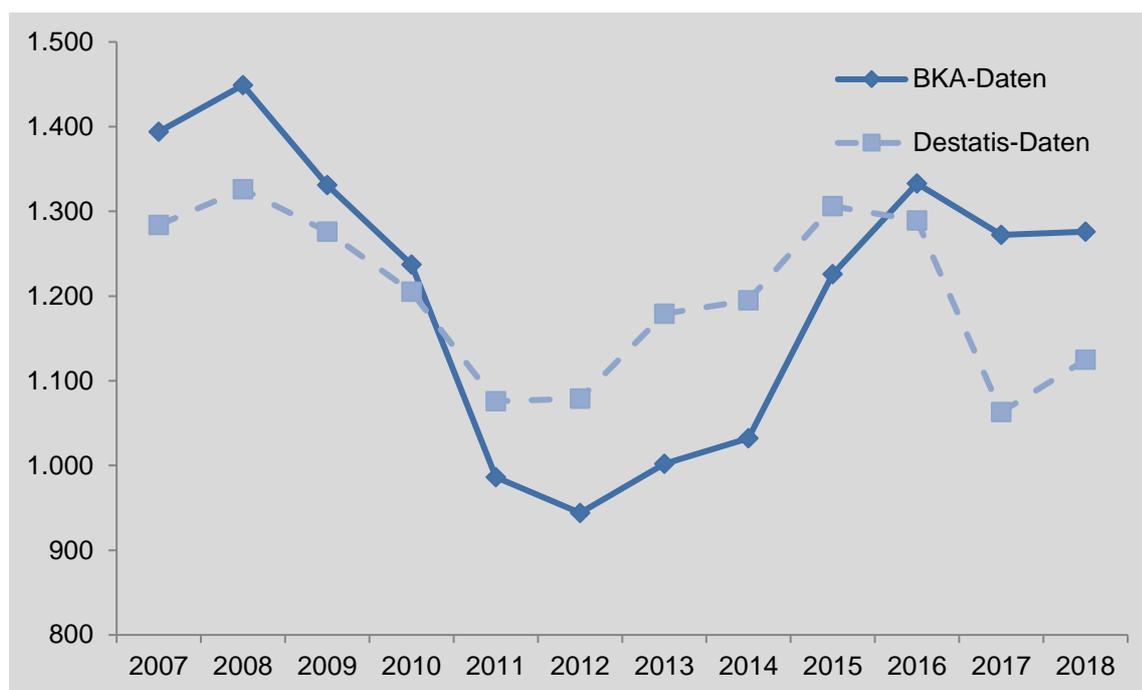


Abbildung 1 Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2007 bis 2018

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen; Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität des BKA, zuletzt 2019 sowie Datenlieferung BKA, 2020

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle zeigt im Zeitverlauf seit 2000 eine Verlagerung hin zu einem höheren Sterbealter. Nachdem sich zwischen etwa 2013 und 2016 kaum mehr eine weitere Altersgruppenverschiebung gezeigt hatte, akzentuierte sich die Entwicklung in den letzten beiden Beobachtungsjahren wieder. Der Anteil, der über 60-jährigen Verstorbenen lag hier mit 12,4 % (2017) bzw. 13,2 % (2018) so hoch wie nie zuvor; der Anteil der unter 25-jährigen verharrt dagegen seit 2016 bei unter 5 %.

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, 2017 waren es 42 % der Fälle, 2018 40,4 % der registrierten Fälle. Für die überwiegende Mehrheit wird nur die zugrunde liegende Krankheit kodiert (F-Codes, siehe Abbildung 2).

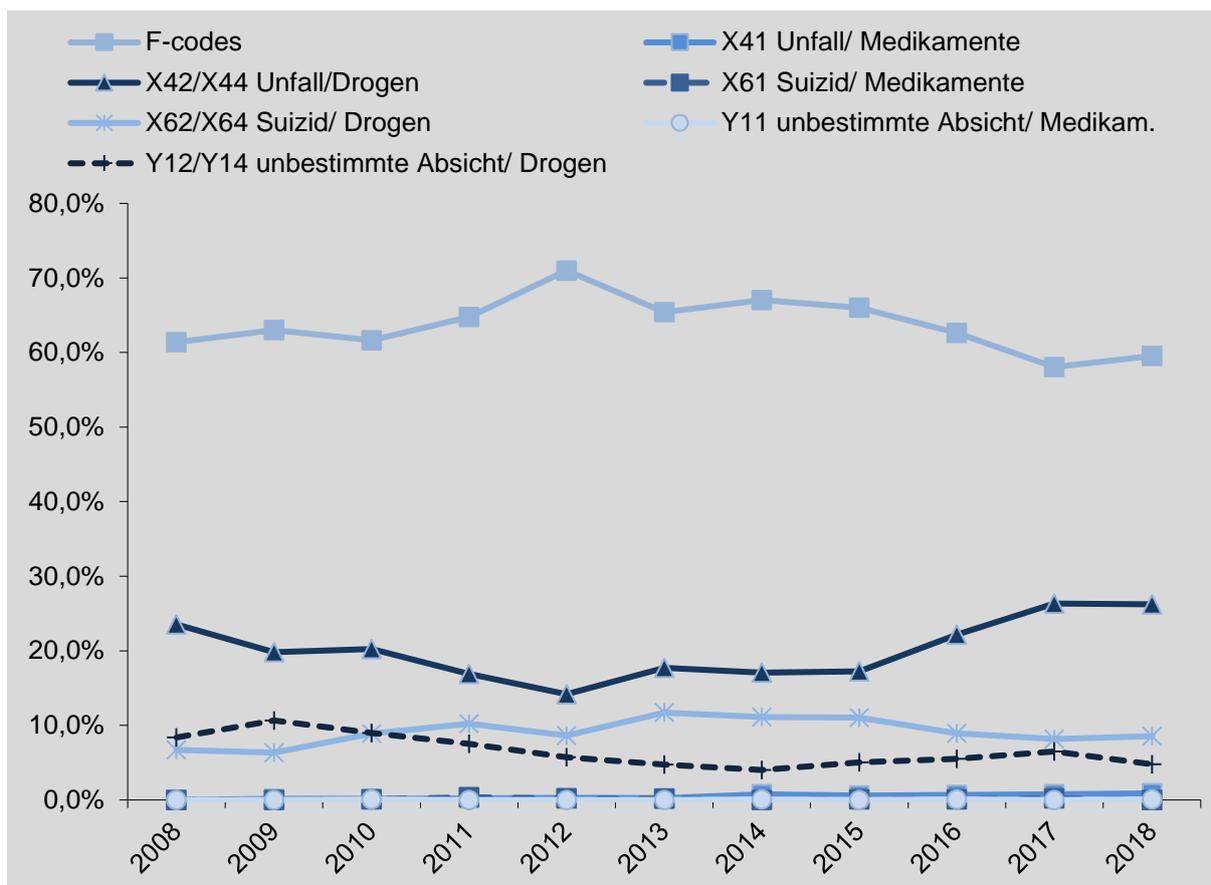


Abbildung 2 Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2008 bis 2018

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in ICD 10 vorgesehenen Zusatzbezeichnung X/Y für äußere Anlässe lässt einen verlässlichen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu, da mit dieser Zusatzbezeichnung die substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Code-Klassifikation gekoppelt ist. Dies traf 2018 auf nur 40,4 % der registrierten Fälle zu. Rein opioidbezogene Todesfälle machten in dieser Untergruppe in 2017 einen Anteil von 68,4 % (2017: 69,0 %) der Todesfälle vor. Dies ist ein erheblicher Anstieg um etwa 10 % gegenüber in den Vorjahren mit zumeist stabilem Niveau unter 60 %. In 6,5 % (2017) bzw. 7,7 % (2018) der Fälle wurden andere Substanzgruppen genannt, in 25,1 % (2017) bzw. 23,3 % (2018) fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen. In dieser letzten Gruppe könnten noch weitere Opioid- Intoxikationen verborgen sein. Es ist nicht bekannt, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf vollständigen chemisch-toxikologischen Laborbefunden aus postmortalen Biomaterialien zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.

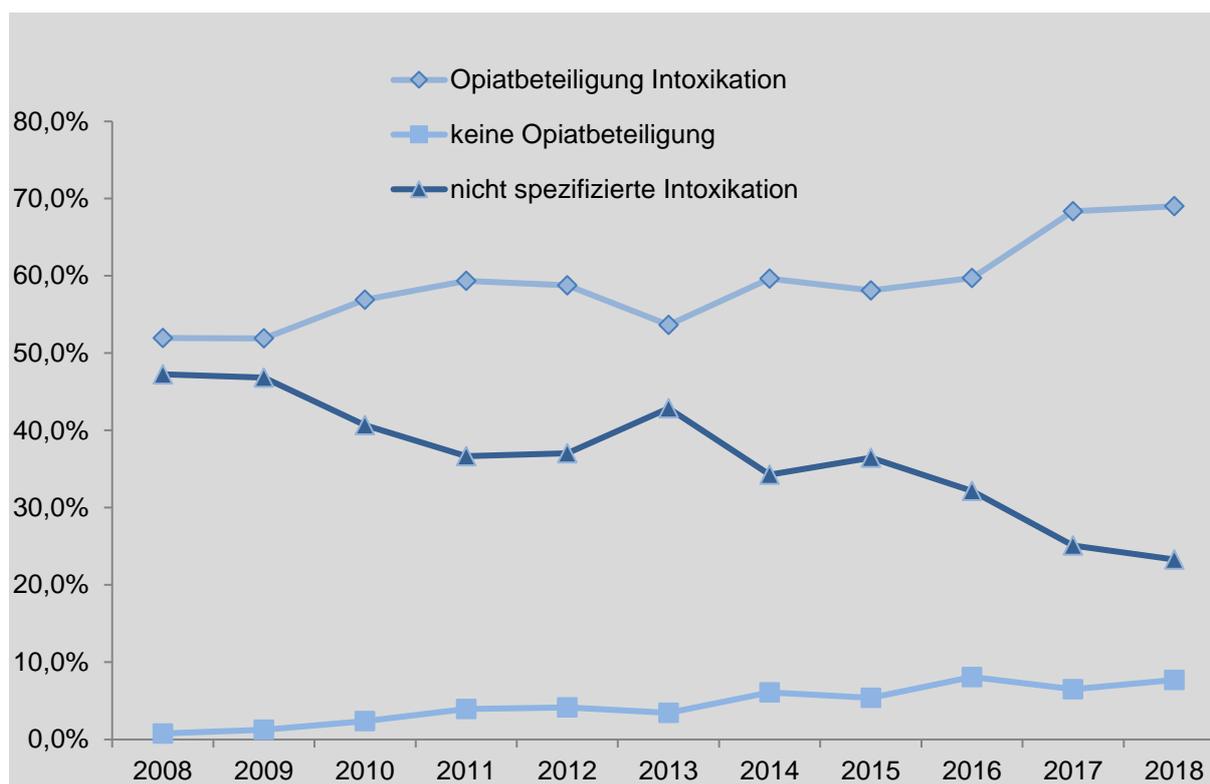


Abbildung 3 Trend Anteile der Opioidintoxikation an drogenbezogenen Todesfällen 2008 bis 2018

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, werden hier nur die Trends seit diesem Zeitpunkt beschrieben. Auch hier finden sich hauptsächlich Vergiftungen durch Opioide als Todesursache; anders als im allgemeinen Sterberegister werden monovalente und polyvalente Vergiftungen unterschieden (siehe Abbildung 4). Polyvalente Vergiftungen durch Opioide sind nach wie vor die häufigste Todesursache, ihr Anteil ist jedoch seit 2014 deutlich gesunken und in diesem Jahr erstmalig wieder leicht angestiegen auf aktuell 31,0 %. Der Anteil monovalenter Opioidvergiftungen ist seit 2012 (26,0 %) gesunken und liegt 2020 nur noch bei 15,5 %. Langzeitschäden stellen nun die zweithäufigste registrierte Todesursache dar; ihr Anteil ist hat sich innerhalb der letzten fünf Jahre mehr als verdoppelt und liegt nun bei 22,8 %. Diese Entwicklung korrespondiert mit dem seit Jahren angestiegenen Alter der Verstorbenen. Der Anteil monovalenter Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide ist seit 2015 auf wesentlich niedrigerem Niveau etwas angestiegen, 2019 wieder leicht gesunken und macht aktuell 8,4 % aus. Der Anteil polyvalenter Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide ist zwischenzeitlich auf etwas über 11 % angestiegen und liegt 2019 bei 10,7 %.

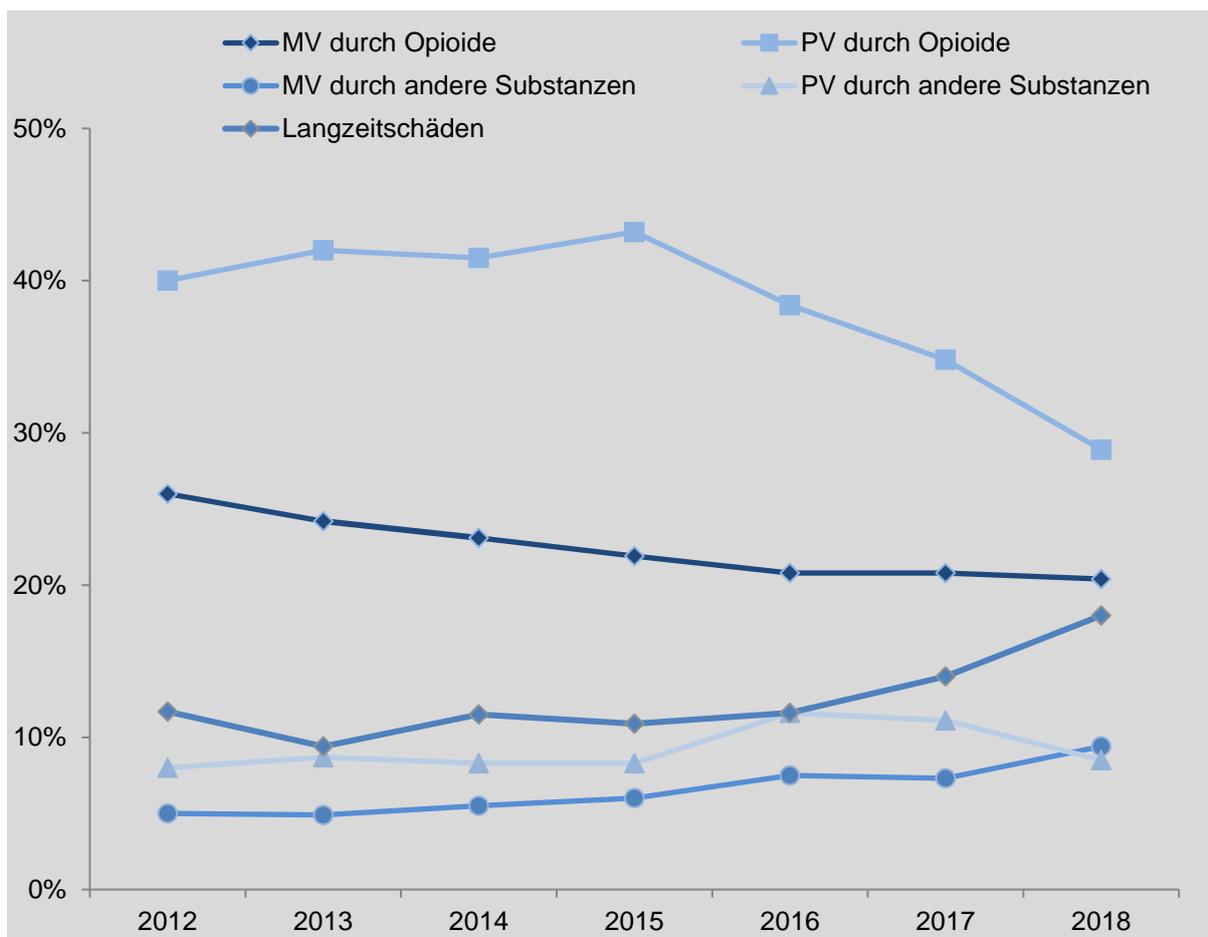


Abbildung 4 Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2019

MV = monovalente Vergiftung, PV = polyvalente Vergiftung

Datenlieferung BKA, 2020

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 2018 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 Opiode 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 Giftinformations- bzw. Giftnotrufzentralen (GIZ) erfolgen. Diese geben Aufschluss über Notfälle, die nicht zu einer Aufnahme im Krankenhaus geführt haben und werden weiter unten dargestellt (siehe 1.2.2). Zudem liegen in diesem Jahr Daten zu in Drogenkonsumräumen behandelten Drogennotfällen vor; diese werden unter 1.5.3 „Auswertung der Notfallstatistiken aus Drogenkonsumräumen“ dargestellt.

1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2018

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 44	45 - 65	65+
akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	20.853	436	5.730	10.286	3.641	757
durch Opioide (F11.0)	1949	15	197	1011	483	242
durch Cannabinoide (F12.0)	2287	174	1275	684	483	242
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	1853	22	279	756	549	246
durch Kokain (F14.0)	830	2	176	560	90	2
durch andere Stimulanzien (F15.0)	2332	102	927	1157	140	5
durch Halluzinogene (F16.0)	377	7	238	116	13	3
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	60	2	13	26	16	3
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	11165	112	2625	5976	2211	241
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	1386	67	242	392	288	395
durch Opium (T40.0)	50	2	4	5	13	26
durch Heroin (T40.1)	81	0	6	62	12	1
durch sonstige Opioide (T40.2)	773	36	66	127	204	340
durch Methadon (T40.3)	71	4	5	37	21	4
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	30	1	8	11	4	6
durch Kokain (T40.5)	99	0	19	73	7	0

durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	47	3	15	19	3	6
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	186	18	100	43	17	7
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	15	1	11	3	0	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	34	2	8	12	7	5

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2019

Aus den Daten der Gifteinformations- bzw. Giftnotrufzentralen:

Es liegen aus vier der acht deutschen Gifteinformationszentralen (GIZ)¹ Daten zu dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) aus dem Jahr 2018 vor (Gifteinformationszentrum-München, 2019, Gifteinformationszentrum-Nord, 2019, Seidel und Ganschow, 2019, Tutdibi, 2019).

In diesen drei Institutionen wurden im Jahr 2018 insgesamt 113.657 Anfragen auf Grund von Vergiftungsverdachtsfällen bei Menschen registriert, davon 2.220 auf Grund von tatsächlicher oder vermuteter Einnahme illegaler Drogen. Der Anteil der Drogenfälle liegt damit bei 1,95 % und ist im Vergleich zu den Vorjahren etwa stabil. Aus diesen Daten geht allerdings nicht hervor, ob es sich um unbeabsichtigte Einnahmen oder um Überdosierungen beim beabsichtigten Drogenkonsum gehandelt hat. Einige Gifteinformationszentralen nehmen in ihren Dokumentationssystemen zusätzlich eine Aufschlüsselung nach Substanzen und anderen Variablen wie etwa dem Alter vor.

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).

¹ <https://www.klinitox.de/3.0.html> [Letzter Zugriff: 18.06.2020].

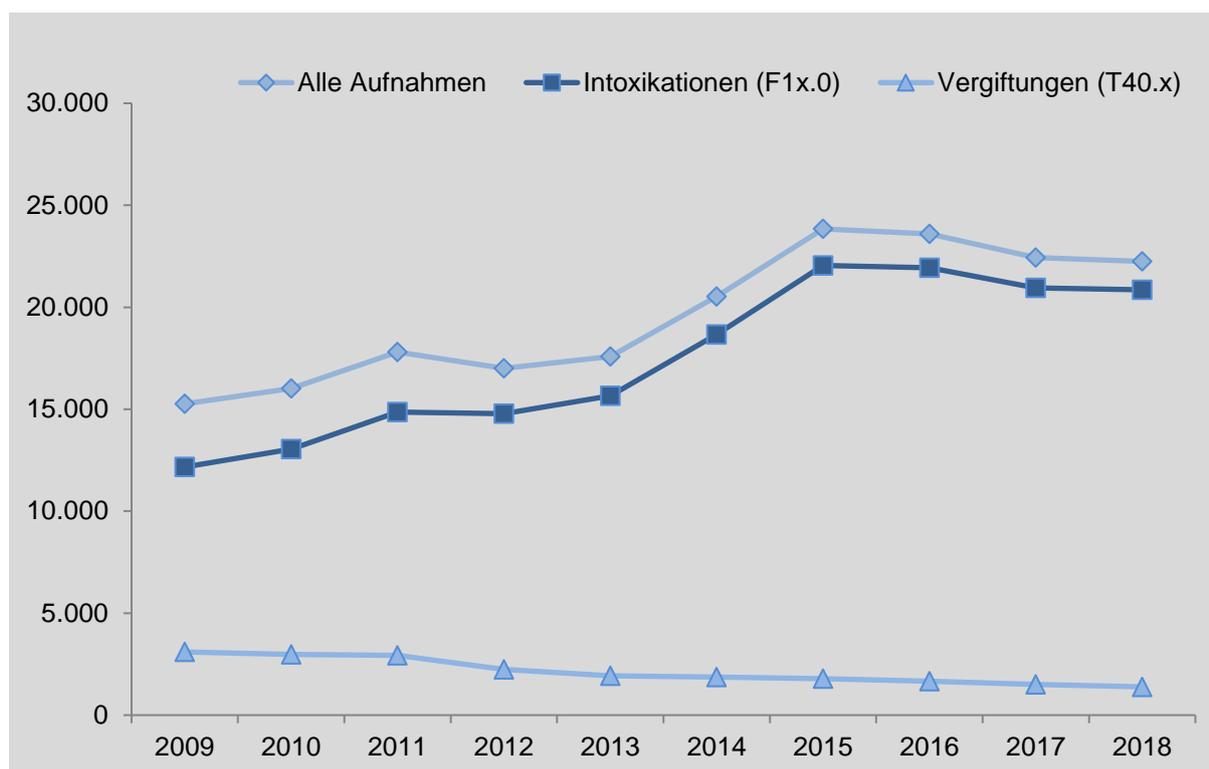


Abbildung 5 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

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 15.262 Aufnahmen 2009 zu 23.839 Aufnahmen 2015 (siehe Abbildung 5). Seitdem sind die Zahlen insgesamt stabil geblieben und im Jahr 2018 leicht auf 22.239 Fälle gesunken. In der Kodierung überwiegen bei weitem die akuten Intoxikationsfälle (F-Kodierungen), die 2018 20.853 Fälle ausmachten und auch den Gesamtanstieg der vorigen Jahre bedingten. Die Anzahl der kodierten Vergiftungsfälle, die bereits 2009 schon auf deutlich niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten 10 Jahren weiter gesunken und liegt 2018 bei 1.386 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 (2018: 773 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 (2018: 81 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 186 Fällen auch im Jahr 2018 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.

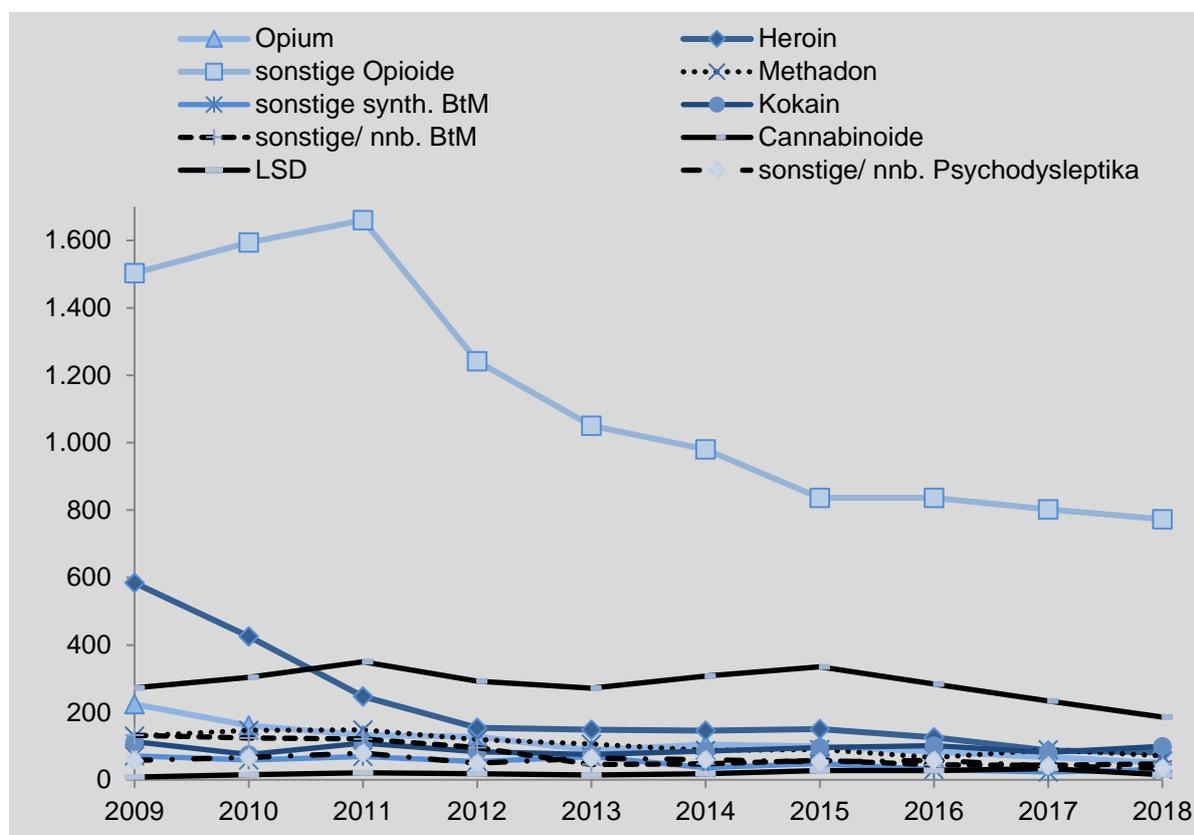


Abbildung 6 Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes) 2009 – 2018

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

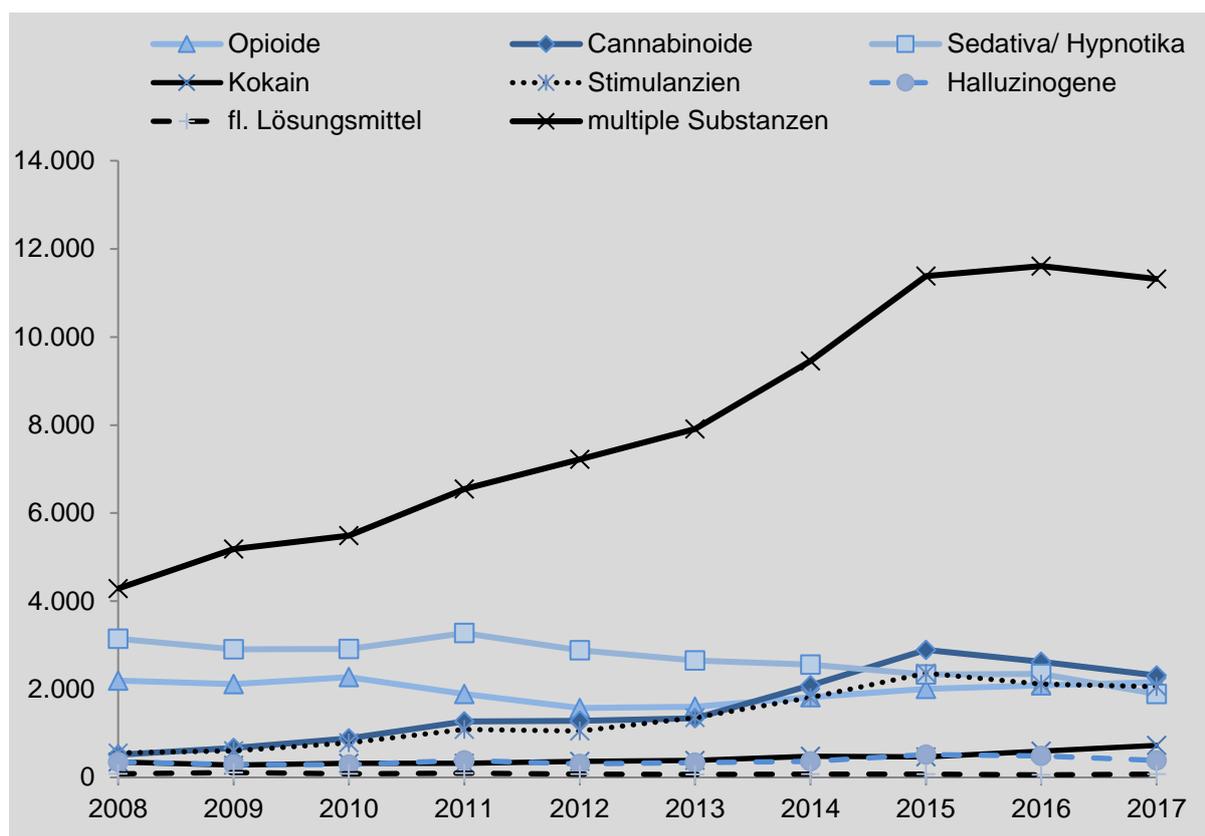


Abbildung 7 Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) 2009 – 2018

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 2018 mit 11.165 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 Opiode machen 2018 wie bereits in den Vorjahren mit jeweils etwa 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 fast 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 Opiode 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 2017 und 2018 ausführlich berichtet wurden. Die Nachfolgestudie DRUCK 2 ist aktuell in Vorbereitung.

Genauere Informationen zu den Datenquellen für drogenbezogene Infektionskrankheiten finden sich im Abschnitt 4.2.2.

1.3.1 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten an das RKI für das Jahr 2019 aus dem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch (Robert Koch-Institut (RKI), 2020). Trendaussagen beruhen auf den Jahrbüchern der entsprechenden Datenjahre.

HIV Meldedaten

Im Jahr 2019 wurden dem RKI 3.093 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als Erstdiagnosen identifiziert werden konnten. Die bundesweite Inzidenz lag damit bei 3,7 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner.

Für 2.380 der 3.093 Erstdiagnosen (77 %) lagen Angaben zum Infektionsrisiko vor. Bei Mehrfachangaben wurde die Angabe auf das wahrscheinlichste Risiko reduziert. Unter den Erstdiagnosen mit Angaben hatten sich 61 % (1.445) wahrscheinlich über gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern infiziert, 32 % (763) über heterosexuelle Kontakte, und 7 % (159) bei intravenösem Drogenkonsum. Bei 1 % (13) der Erstdiagnosen handelte es sich um Kinder, die über ihre Mütter infiziert worden waren.

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten HIV-Neudiagnosen ist im Jahr 2019 nach einem drei Jahre anhaltenden Rückgang erneut angestiegen. Auch die Zahl der HIV-Neudiagnosen mit

dem Übertragungsweg i.v.-Drogengebrauch hat zugenommen, wenn auch auf einem niedrigen Niveau (Abbildung 8).

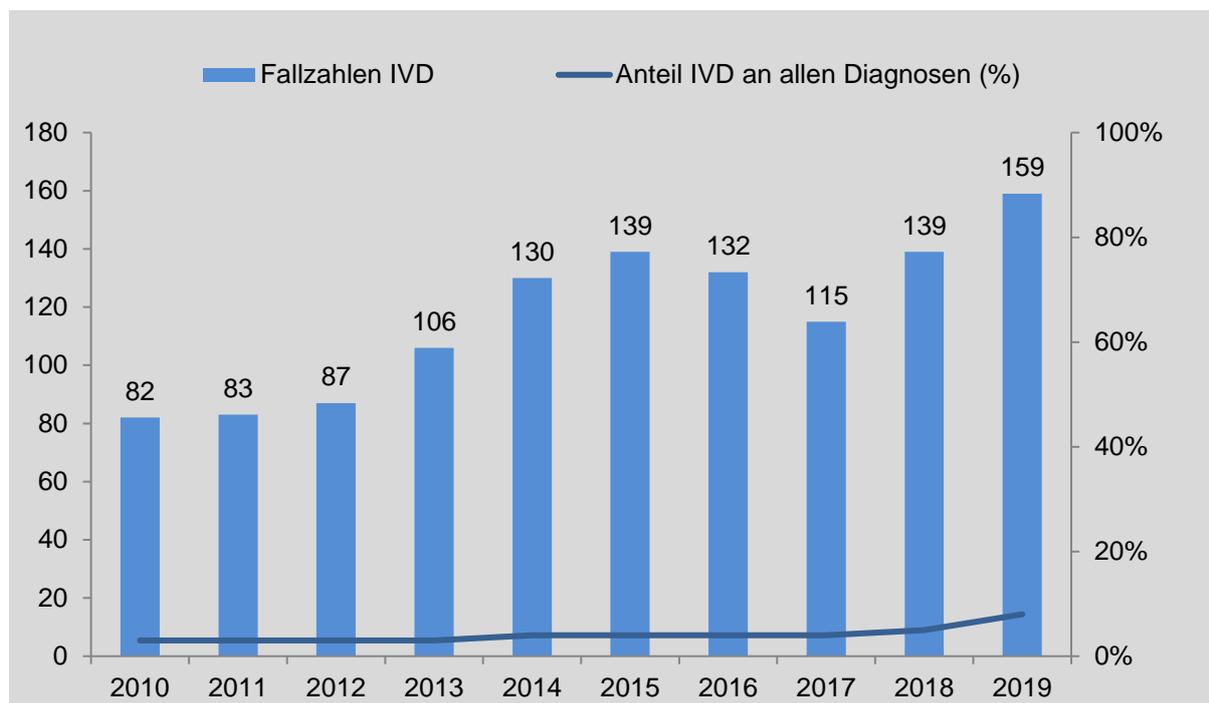


Abbildung 8 Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt RKI 2020

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 derartigen Infektionsclustern in München in den Jahren 2015 bis 2017 und Köln 2017 und 2018 konnte ein Infektionsgeschehen in 2019 in Bremen und Nordhessen beobachtet werden. 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 Falldefinition wird genauer unter 4.2.2 beschrieben.

In den Meldedaten wurden für 2019 Datenkorrekturen vollzogen. Rückwirkend ab dem Meldejahr 2019 erfüllen alle als „chronisch“ übermittelten Fälle die Referenzdefinition, sowie rückwirkend zum Beginn des Meldejahres 2015 alle Fälle in den Falldefinitionskategorien D und E, die bisher nicht die Referenzdefinition erfüllten, weil sie nach einem veralteten Schema übermittelt worden sind.

Für das Jahr 2019 wurden insgesamt 8.903 Fälle von Hepatitis B nach Referenzdefinition übermittelt, wobei eine Mehrfachnennung möglich ist. Die Inzidenz der Hepatitis B in

Deutschland wich in den unterschiedlichen Bundesländern stark ab. Sie lag zwischen 4,3 Infektionen pro 100.000 Einwohnern in Mecklenburg-Vorpommern und 17,0 in Bremen. Zudem ist sie bei Jungen und Männern (12,7) deutlich höher als bei Mädchen und Frauen (8,5).

Nur bei 426 (5 %) der 8.903 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 (185 Fälle, 43 %), gefolgt von der sexuellen Transmission (118 Fälle, 28 %), darunter in 47 Fällen durch gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern, in 71 Fällen durch heterosexuellen Kontakt. Intravenöser Drogenkonsum wurde bei 85 Fällen (20 %) 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 wie erwartet eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen, wie in Abbildung 9 dargestellt. In den Jahren 2015 bis 2017 könnte vermehrtes Testen von Asylsuchenden ebenfalls zu den gestiegenen Fallzahlen beigetragen haben. 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; auch hierdurch können die Fallzahlen angestiegen sein. 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. Seit dem Jahr 2019 werden auch chronische Infektionen veröffentlicht, was zu einem weiteren starken Anstieg der übermittelten Infektionen führte. In den Vorjahren, insbesondere nach dem Jahr 2015, wurden die chronischen Fälle zwar zum Teil übermittelt, können jedoch nicht interpretiert werden da die Vollständigkeit dieser Übermittlung unbekannt ist.

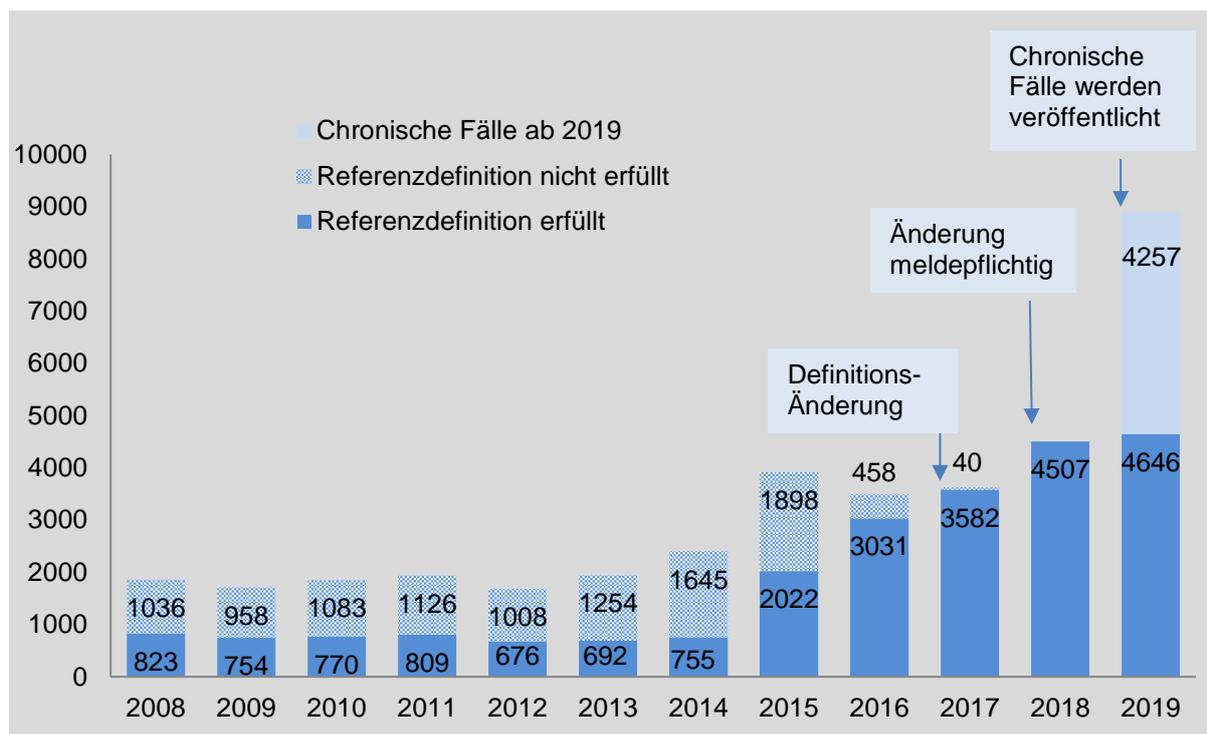


Abbildung 9 Trend HBV-Diagnosen

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt RKI 2020

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), 2020).

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 2019 waren 79 % der Fälle, bei denen genügend Information vorlag, um das Stadium festzustellen, chronische Fälle.

Zeitverläufe der Hepatitis-C-Infektionszahlen sind auf Grund der Veränderungen von Falldefinitionen nur mit großer Vorsicht interpretierbar. 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, 2014 stiegen die Fallzahlen erstmalig an. 2015 wurde die Falldefinition verändert (es erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis, in denen also eine aktive Infektion vorliegt, die Kriterien für die labordiagnostische Bestätigung), wie erwartet sanken daraufhin die Zahlen. 2017 trat eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Kraft, nach der jeder labordiagnostische Nachweis von HCV meldepflichtig ist, sodass alle aktiven (akuten oder chronischen) Infektionen erfasst werden. Seitdem 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. Für mehr Informationen zur Methodik siehe 4.2.2.

Für das Jahr 2019 wurden insgesamt 5.940 Fälle von Hepatitis C übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 7,1 gemeldeten Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Das entspricht der Meldeinzidenz des Vorjahres. Wie in den Vorjahren sind Jungen und Männer mit 9,9 Infektionen/100.000 Einwohner mehr als doppelt so häufig infiziert wie Mädchen und Frauen (4,3).

Abbildung 10 zeigt die Angaben zum wahrscheinlichsten Übertragungsweg. Diese Angaben liegen für 1.539 Infektionen vor, dies entspricht 22 % der gemeldeten 5.940 Infektionen. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 984 Infektionen (64 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Von diesen lag bei 44 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.

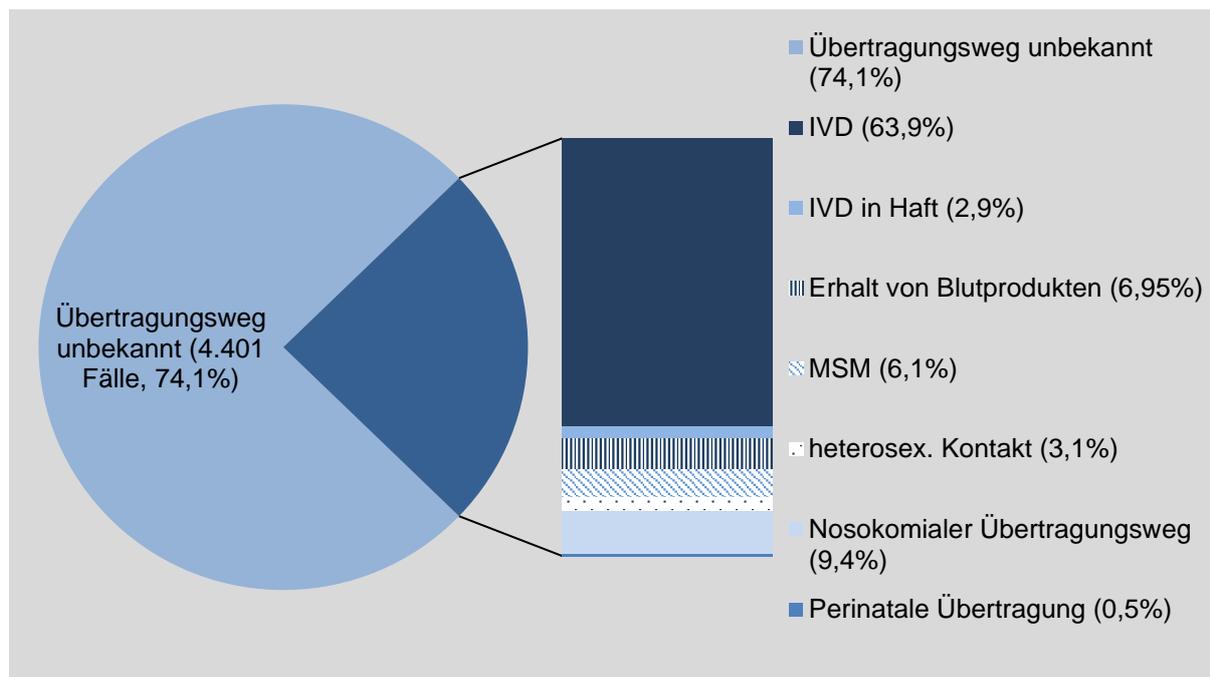


Abbildung 10 Übertragungswege HCV-Diagnosen 2019

RKI, 2020

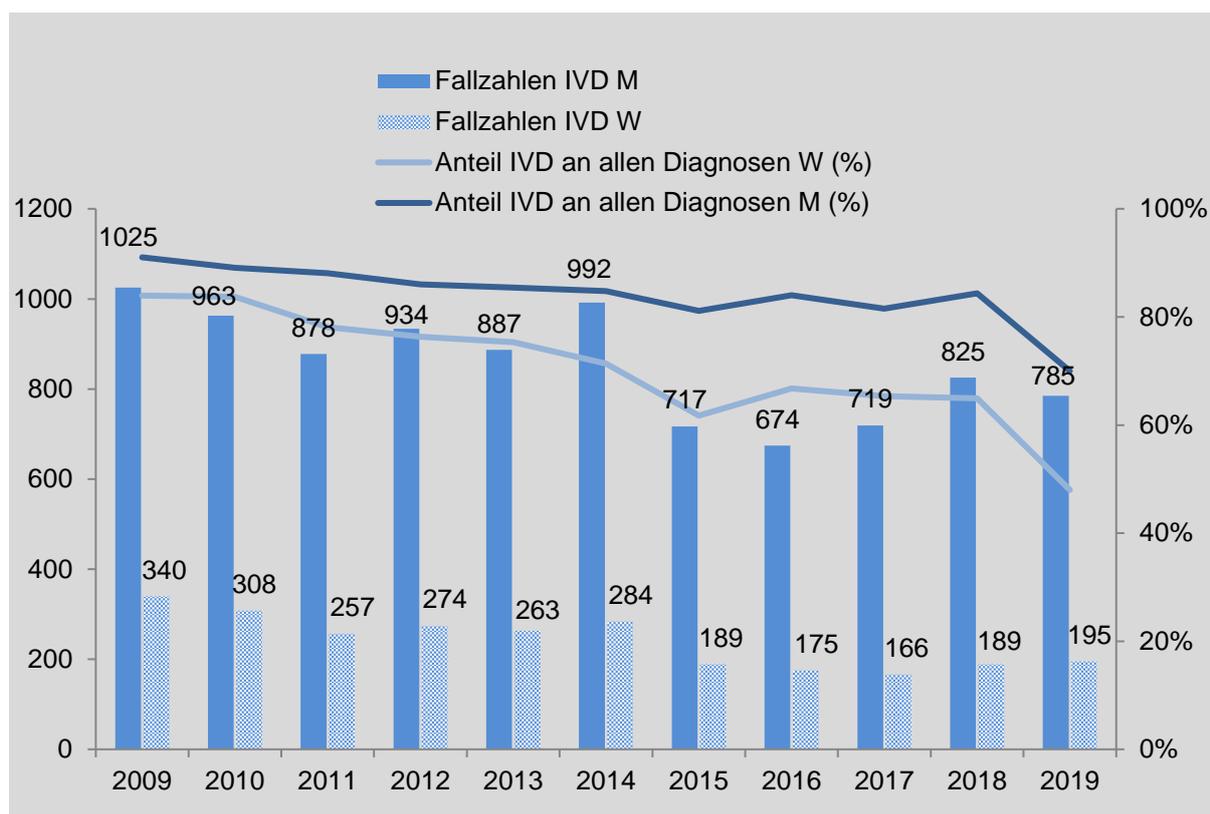


Abbildung 11 Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt RKI 2020

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. Für die Auswertung des wahrscheinlichsten Übertragungswegs wurden Mehrfachangaben auf den wahrscheinlichsten Transmissionsweg reduziert. Anders als in den Vorjahren wurden alle übermittelten Angaben ausgewertet, so dass erstmals auch Infektionen mit der Angabe: Übertragung durch Piercing/Tattoo, operativ-diagnostischer Eingriff, medizinische Injektion im Ausland, berufliche Exposition mit Patienten/Material und Organtransplantation ausgewiesen werden. Dadurch ist der Anteil von Fällen mit Angaben zum Übertragungsweg leicht gestiegen und die relativen Anteile der Angaben in anderen Kategorien fallen im Vergleich zu den Vorjahren etwas niedriger aus.

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. Die Nachfolgestudie DRUCK 2 läuft aktuell.

HIV: Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Es liegen jährlich erhobene Daten zum HIV-Status von Opioidkonsumierenden aus der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO, Martens et al., 2019) sowie von Nutzerinnen und Nutzern der Konsumräume in Frankfurt am Main (FFM) aus der Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume vor (Stöver und Förster, 2019). Beide Dokumentationssysteme erfassen Selbstauskünfte der Klientinnen und Klienten.

Im Jahr 2018 wurden in der BADO Daten von 3.858 Personen 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 3.153 Personen (834 Frauen, 2.319 Männer) vor. Somatische und psychische Komorbiditäten werden in Abschnitt 1.4.1 genauer ausgeführt.

Die Dokumentation aus FFM bezieht sich 2018 auf 4.523 Nutzerinnen und Nutzer der Konsumräume (676 Frauen und 3.846 Männer, 1 Person unbekanntes Geschlecht). Es handelt sich hierbei nicht um eine reine Opioid-Klientel, allerdings wurden in etwa 77 % der Konsumvorgänge (auch) Opioide konsumiert, zusätzlich ist der Konsum von Crack verbreitet. 1.759 Personen gaben ein HIV-Testergebnis an. Im Folgenden werden die Verläufe aus beiden Dokumentationen gemeinsam dargestellt.

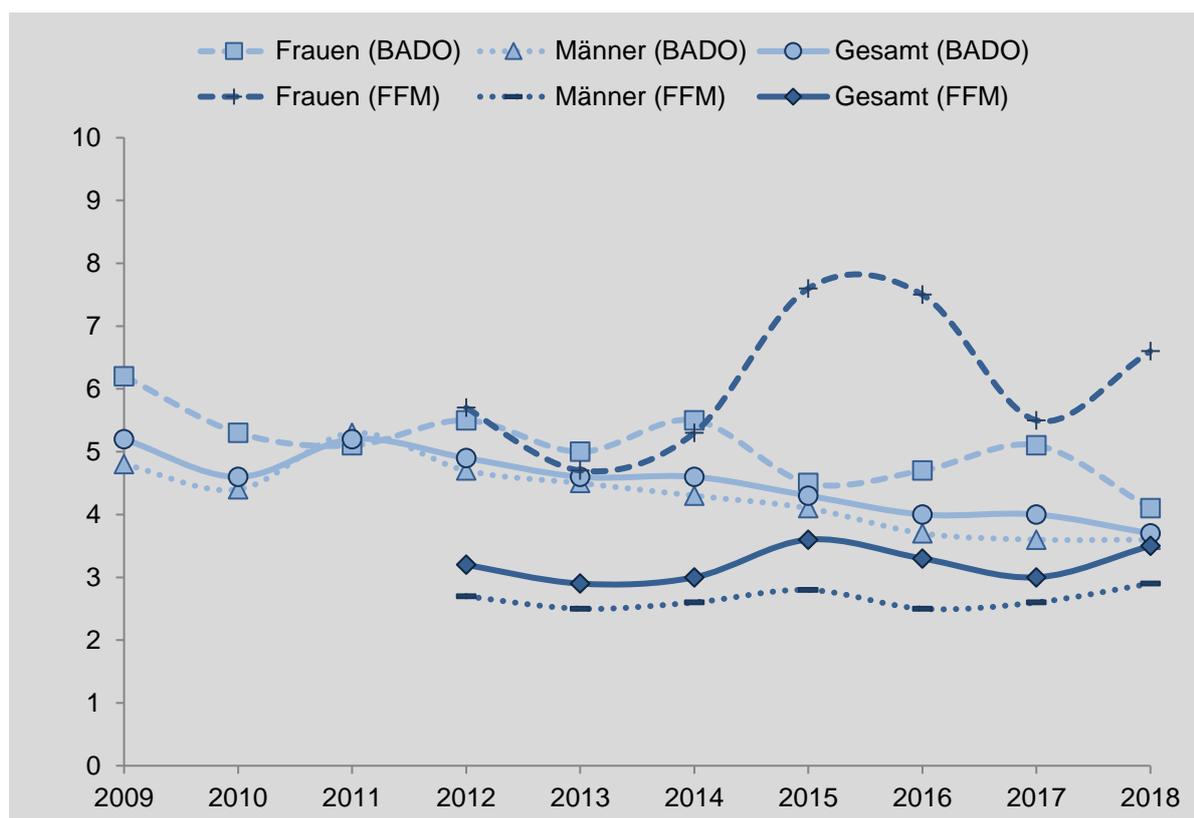


Abbildung 12 HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2009 – 2018

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen aus Hamburg (BADO, Martens et al., 2019) und FFM (Stöver und Förster, 2019)

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. In der Dokumentation aus FFM zeigt sich seit 2012 ein mit leichten Schwankungen eher stabiler Verlauf. Über die Jahre hinweg weisen Frauen in beiden Dokumentationen eine 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 7,6 % der opioidabhängigen Klientel an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben, in FFM waren es 13,9 %.

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 Frauen höhere Werte aufweisen. Die Werte müssen auf Grund der oben genannten Einschränkungen vorsichtig gedeutet werden. In der offenen Szene ist der Wert mit 9 % deutlich höher, aber 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 %). Im neuen Modellprojekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“, das ausführlich unter 2.3 beschrieben wird, lag für 0,9 % der durchgeführten Schnelltests bei Klientinnen und Klienten der niedrighschwelligigen Suchthilfe ein positives Testergebnis vor, eine erneute Bestätigung der Tests sogar nur für 0,5 % (Gerlich et al., 2020).

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).

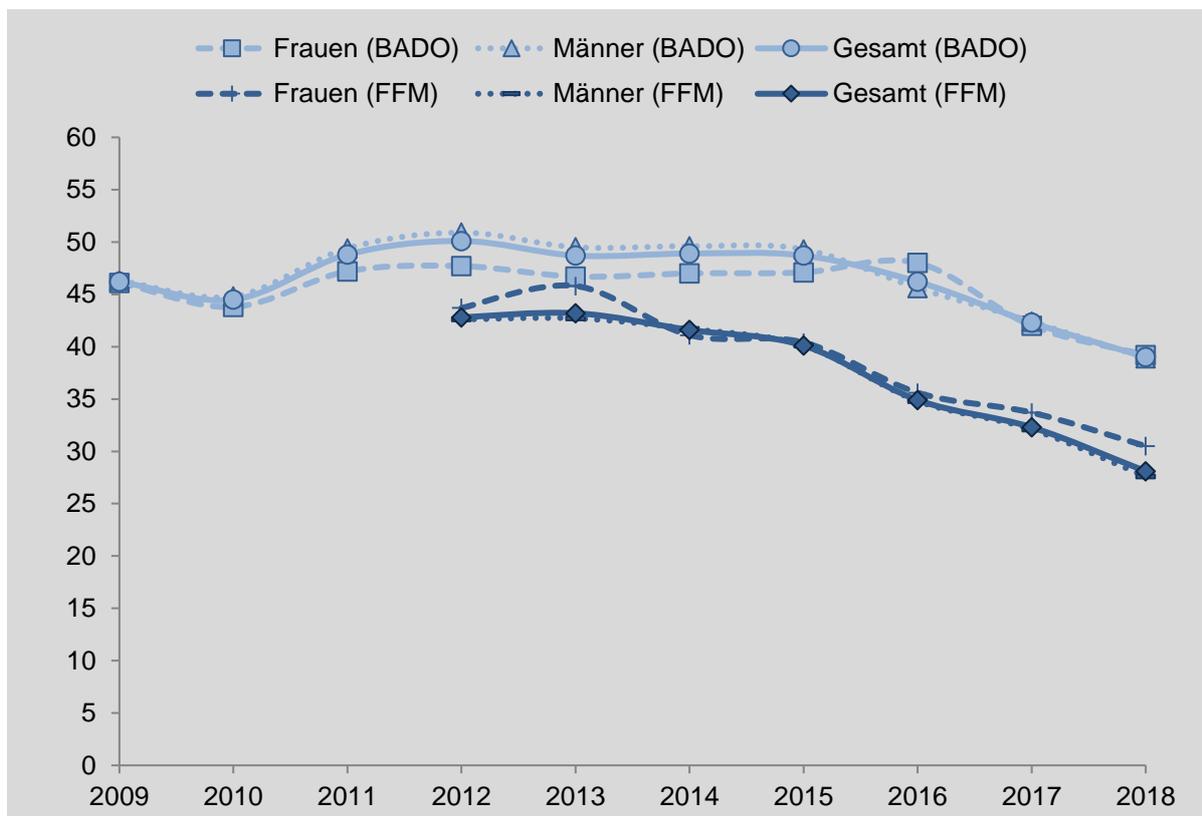


Abbildung 13 Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2009 – 2018

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen aus Hamburg (BADO, Martens et al., 2019) und FFM (Stöver und Förster, 2019)

In der BADO wurden im Jahr 2018 für 3.179 Opioidkonsumierende Angaben zum HCV-Status dokumentiert. In der Frankfurter Konsumraumdokumentation liegen Angaben von 1.766 Personen zum Infektionsstatus bezüglich HCV und HBV vor. Von diesen gaben 28,1 % eine HCV-Infektion an, weitere 0,7 % eine Co-Infektion von HCV und HBV. Die angegebene Rate an HCV-Infektionen sinkt in FFM bereits seit 2012; in Hamburg waren die Zahlen bis 2016 hingegen eher stabil und sinken erst in den letzten zwei Jahren (siehe Abbildung 13). In beiden Dokumentationssystemen unterscheiden sich die Infektionsraten zwischen Männern und Frauen nicht wesentlich.

In FFM geben 12,5 % an, noch nie einen Test gemacht zu haben, in Hamburg sind es 6,1 %. Wie bereits für die HIV-Daten angemerkt, muss die Interpretation der Daten mit großer Vorsicht erfolgen (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.

In einer Stichprobe von seit mindestens fünf Jahren substituierten Patientinnen und Patienten wurde eine chronische Hepatitis C bei 37,5 % der Personen dokumentiert (Zippel-Schultz et al., 2019).

Zusammenfassend ergibt sich eine Prävalenzschätzung für Hepatitis C unter Opioidkonsumierenden zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Betreuten, wobei die Zahlen in den letzten Jahren tendenziell sinken. 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 %. Dabei waren Männer im Schnitt häufiger betroffen als Frauen (42 % vs. 38 %). Im neuen Modellprojekt „HIV? Hepatitis? Das check ich!“ (siehe 2.3) wiesen 36,2 % der getesteten Drogenkonsumierenden eine HCV-Infektion auf, bei 26,8 % war sie aktiv und somit potenziell behandlungsbedürftig (Gerlich et al., 2020).

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 0,9 %, weitere 0,7 % für eine Co-Infektion von HBV und HCV. Die Daten erscheinen vor dem Hintergrund des unklaren Teststatus² und des komplizierten Hepatitis-B-Nachweises 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-Infektion² im Sinne der Lebenszeitprävalenz festgestellt (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 2018 53,9 % der Opioidkonsumierenden an, jemals i.v. konsumiert zu haben. 26,8 % gaben an, jemals Spritzbesteck mit jemandem geteilt zu haben und 5,0 % gaben dies für die letzten 30 Tage an (2017: 54,8 % bzw. 27,1 % bzw. 5,9 %; 2016: 60,7 % bzw. 30,3 % bzw. 5,4 %) (BADO, Martens et al., 2019).

² 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.

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 2018 finden sich sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel, die zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können, jedoch einen Einblick in dieses bestimmte, sehr belastete Klientel bieten (BADO, Martens et al., 2019). Die 3.858 Opioidkonsumierenden wiesen häufig zusätzliche stoffgebundene wie auch nicht stoffgebundene Süchte auf, im Mittel wurden weitere 4,1 Problembereiche dokumentiert.

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 (2018: 25 %) wird jedes Jahr als erheblich oder extrem körperlich-gesundheitlich belastet eingeschätzt, ein weiteres Drittel (2018: 33 %) als mittel gesundheitlich belastet eingestuft. 2018 ist bei 10 % ein Grad der Behinderung von mindestens 50 % 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. 2018 wurden 39 % der Betreuten als psychisch erheblich oder extrem belastet eingestuft, (Frauen 49 %, Männer 36 %). Die Rate an Suizidversuchen ist ebenfalls seit Jahren konstant hoch; 32 % der Klientel berichten von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Frauen 44 %, Männer 29 %).

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)³. Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern:

- 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 Übergangsmangements 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 sollen⁴.

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 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; seit 2019 ist dies in acht Bundesländern möglich.

³ Die Strategie ist auch online zugänglich, siehe http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf [Letzter Zugriff: 17.06.2020].

⁴ Die Strategie ist online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf [Letzter Zugriff: 17.06.2020].

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 stark von landes- und kommunalpolitischen Entscheidungen bestimmt.

1.5.3 Maßnahmen zur Schadensminderung

Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen

Es gibt kein systematisches, deutschlandweites Screening auf Infektionserkrankungen. Die Testmöglichkeiten innerhalb niedrigschwelliger Einrichtungen variieren stark und sind häufig von finanziellen Bedingungen abhängig. Es liegen keine deutschlandweiten Daten zum Angebot vor, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass Testungen zumindest für HIV, HBV und HCV in einigen niedrigschwelligen Einrichtungen angeboten werden. Ergebnisse aus dem neuen Modellprojekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ werden unter 2.3 dargestellt.

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.

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

Die Deutsche Aidshilfe (DAH) stellt eine Internetseite⁵ 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 Bundesländern ist kein einziger Spritzenautomat dokumentiert. Von den 177 von der DAH gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in NRW und 17 in Berlin. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor bei Weitem nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern lückenhaft ist, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte. Es kann also nicht von einer erschöpfenden Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik gesprochen werden.

Daten zur Vergabe von Spritzen liegen nun erstmals bundesweit vor. Nordrhein-Westfalen (NRW) war zuvor das einzige Flächenbundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet.

Erfassung der Ausgabe von Konsumutensilien in Deutschland 2018

In einer Kooperation der DBDD, des RKI und der DAH wurde erstmalig deutschlandweit die Vergabe von Safer-Use-Artikeln entweder über Spritzenautomaten oder direkt in Einrichtungen der Suchthilfe bzw. in der aufsuchenden Arbeit erfasst. 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 4.2.3 beschrieben.

Regionale Abdeckung: Es konnten insgesamt 403 Ausgabestellen⁶ recherchiert werden, die im Jahr 2018 Konsumutensilien vergeben haben. Diese sind in Abbildung 14 verzeichnet und verteilen sich auf etwa ein Drittel der deutschen Landkreise und kreisfreien Städte. In diesen

⁵ <http://www.spritzenautomaten.de> [Letzter Zugriff: 17.06.2020].

⁶ Im Vorjahr wurden hier noch 475 Ausgabestellen genannt. Diese Zahl hat sich durch die Bereinigung von Doppelnennungen reduziert. Hierdurch ändert sich nichts an der regionalen Abdeckung.

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.

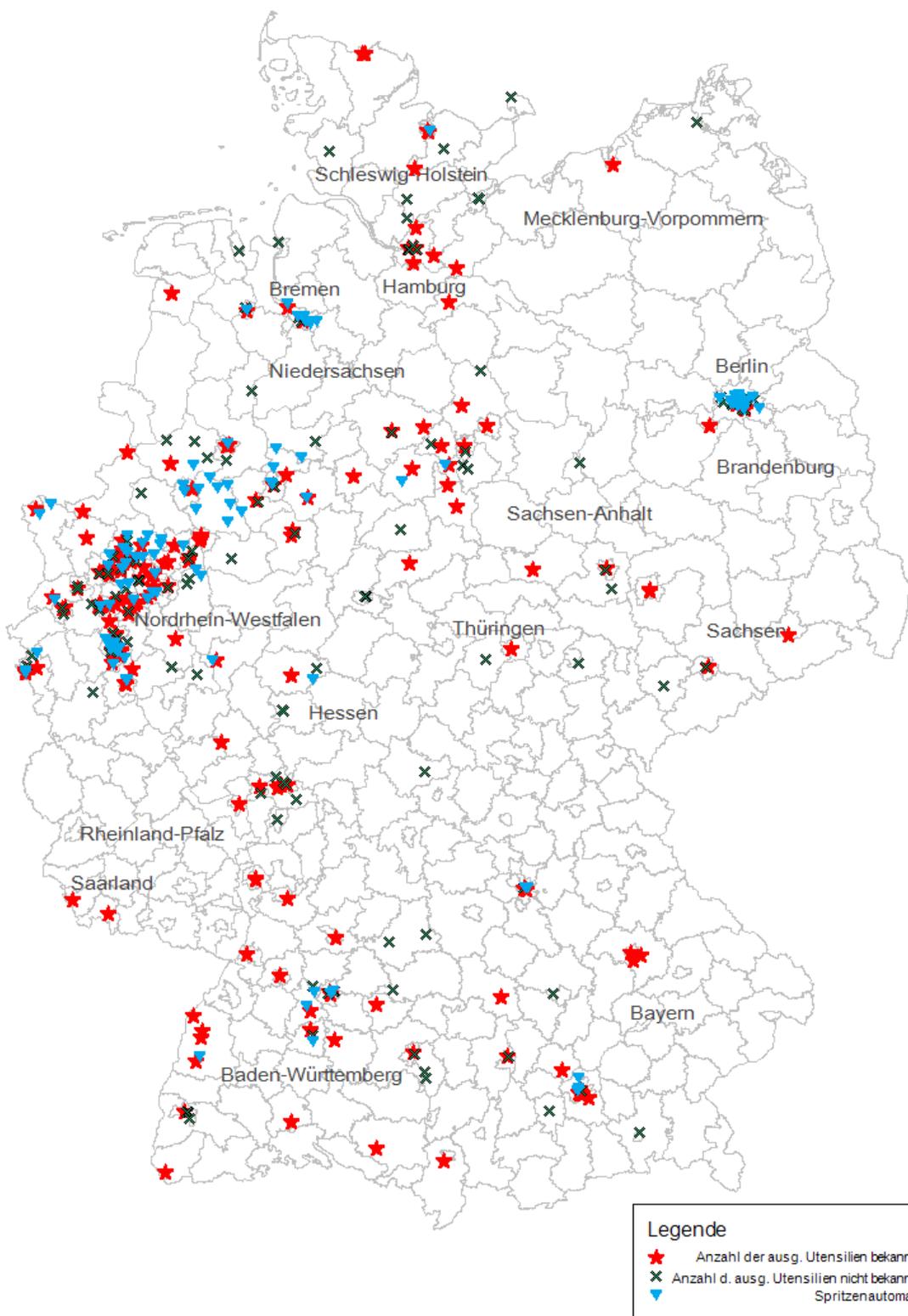


Abbildung 14 Ausgabestellen von Drogenkonsumutensilien 2018

Projekt Konsumutensilienvergabe

Ausgegebene Drogenkonsumutensilien: Es liegen 154 gültige Fragebögen zur Anzahl vergebener Konsumutensilien 2018 vor (in Abbildung 14 sind diese Stellen als rote Sterne markiert). Eine besonders wichtige Rolle spielen im Zusammenhang mit der Utensilienvergabe Drogenkonsumräume, da sie durchschnittlich wesentlich mehr Konsumutensilien vergeben als andere Einrichtungsarten. Es liegen Antworten aus 22 der 25 im Jahr 2018 vorhandenen Konsumräume (bzw. -mobile) vor.

Die vorliegenden Daten beziehen sich am häufigsten auf die Vergabe in niedrigschwelligen Einrichtungen (59,7 % der Träger nannten die Vergabe in diesen), gefolgt von Automaten (41,6 %) und ambulanten Beratungsstellen (38,3 %). Seltener wurden die aufsuchende Arbeit und Konsumräume genannt. Viele Fragebögen stammen von Einrichtungen bzw. Trägern, die an mehr als einem Ort Konsumutensilien vergeben, daher addieren sich diese Prozentzahlen auf über 100 %.

Die Träger machten Angaben dazu, welche Utensilien sie vergeben. Ein Überblick findet sich in Tabelle 3. Fast alle teilnehmenden Einrichtungen vergeben Spritzen und Nadeln (die wenigen Ausnahmen beschreiben, eher auf Partysettings und den dort vorherrschenden nasalen / inhalativen Konsum ausgerichtet zu sein). Auch andere Utensilien, die zum injizierenden Konsum verwendet werden, sind relativ weit verbreitet. Im Gegensatz hierzu werden Utensilien zum nasalen und inhalativen Konsum viel seltener vergeben. Sniffröhrchen nennen 28,8 % der antwortenden Träger, Pfeifen oder einzelne Mundstücke für Pfeifen nur 5,9 % bzw. 3,3 %.

Tabelle 3 Vergebene Konsumutensilien

	%	n
Spritzen	97,4	150
Nadeln	94,2	145
Desinfektionstücher/Pads	88,9	136
Kondome	85,6	131
Vitamin C / Ascorbinsäure	79,1	121
Aluminiumfolie	66,7	102
Filter	59,5	91
Pfännchen und Einweglöffel	57,5	88
Steriles Wasser	47,1	72
Gleitgel	29,4	45
Sniffröhrchen	28,8	44
Venensalbe	26,1	40
Feuerzeuge	24,8	38
Abbinder	20,3	31

Entsorgungsbehälter	16,3	25
Natriumcarbonat	15,0	23
Low Dead Space Spritzen	9,8	15
Karte zum Kleinhacken des Kokain	7,2	11
Crackpfeife	5,9	9
Mundstück für Pfeife	3,3	5
Nasensalbe	2,6	4

Projekt Konsumutensilienvergabe

Von den 154 antwortenden Trägern machten 129 Angaben zur Anzahl abgegebener Spritzen und 124 Angaben zur Anzahl abgegebener Nadeln. Es handelt sich hierbei größtenteils um Schätzungen, etwa auf der Basis der jährlich bestellten Mengen, da einzeln vergebene Spritzen / Nadeln üblicherweise nicht gezählt werden.

Im Jahr 2018 wurden basierend auf diesen Angaben $n = 4.197.853$ Spritzen sowie $n = 6.180.470$ Nadeln vergeben. Dazu kommen 188.950 der deutlich seltener vergebenen Low Dead Space Spritzen.

Diese Zahlen stellen eine Unterschätzung der tatsächlichen Anzahl verbogener Konsumutensilien dar, da nicht von allen Ausgabestellen Antworten vorliegen. Allerdings werden in der Abfrage fast alle der bekannten größten Träger abgedeckt. Zudem haben mehrere Träger angemerkt, dass Konsumutensilien, die etwa aus Aktionen der DAH stammen und daher von den Trägern nicht selbst eingekauft werden, nicht in die angegebenen Zahlen einfließen, da diese nicht im Inventar enthalten sind. Eine Hochrechnung der vorliegenden Zahlen auf alle ausgebenden Stellen ist auf Grund dieser Unschärfen methodisch zurzeit nicht möglich. Die Zahlen können jedoch als erstmalige Orientierung für die bundesweite Versorgungslage dienen. In der nächsten Erhebung (geplant für Ende 2020) wird angestrebt, die Teilnahmezahl zu erhöhen und somit die Aussagekraft der Zahlen zu steigern.

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. Die vorliegenden Informationen zu diesem Thema werden im Workbook „Gefängnis“ dargestellt.

Notfalltrainings und Naloxon Take-Home-Programme

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2019 1.398 drogenbedingte Todesfälle. Von diesen waren 46,5 % durch mono- oder polyvalente Opioidüberdosierungen bedingt (Datenlieferung BKA, 2020). 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 Opioid 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.

Die Naloxon-Vergabe an Laien ist in Deutschland nur punktuell vorhanden, wurde jedoch in den letzten Jahren ausgebaut, sowohl durch ein Landesprojekt als auch das Engagement einzelner Träger. 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 laufende Programme in 18 Städten bekannt, sowie ein weiteres Projekt in einer 19. Stadt, das noch 2020 starten soll. Die geografische Verteilung wird in Abbildung 15 dargestellt. Es zeigt sich ein klarer Schwerpunkt in der Versorgung im Westen und Süden von Deutschland.

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. Seit September 2018 ist für Deutschland ein Naloxon-Präparat in Form eines Nasensprays auf dem Markt, das in vielen Projekten eingesetzt wird. Für die Implementierung von Naloxon-Projekten stehen zwei Leitfäden online zur Verfügung⁷. Ergebnisse aus dem bayerischen Modellprojekt, zu dem eine Zwischenevaluation vorliegt, werden unter 2.3.1 berichtet.

⁷ <http://www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <http://www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf> [Letzter Zugriff: 17.06.2020].



Abbildung 15 Naloxon-Projekte im Jahr 2020

Condrops e.V., Plakat „Leben retten mit Naloxon! Wir sind dabei“, eigene Bearbeitung und Ergänzung um vier Städte (Bielefeld, Kehl, Konstanz, Pforzheim). In Pforzheim ist der Projektstart für 2020 geplant. Condrops e.V., persönliche Mitteilung 2020; Plan B gGmbH, persönliche Mitteilung 2020.

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 des 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 17 Städten in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Saarland) insgesamt 25

Drogenkonsumräume, sowie drei Drogenkonsummobile in Berlin⁸. In NRW und im Saarland ist die Nutzung der Drogenkonsumräume mittlerweile auch substituierten Klientinnen und Klienten erlaubt. Eine Untersuchung, die Nutzende und Nicht-/ Nicht-mehr-Nutzende von Drogenkonsumräumen in Berlin vergleicht, kam zu dem Ergebnis, dass der Ausschluss von substituierten Personen in den Berliner Drogenkonsumräumen die Reichweite des Angebots einschränkt (Stöver et al., 2020).

Eine relativ regelmäßige Erhebung zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegt inzwischen für einen großen Teil der Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Für die vier Drogenkonsumräume in Frankfurt wird diese jährlich veröffentlicht (Stöver und Förster, 2018), aus dem Drogenkonsumraum Saarbrücken liegt ebenfalls ein jährlicher Bericht vor⁹. Aus NRW (10 Städte mit Konsumräumen) liegt die letzte veröffentlichte Dokumentation von 2017 vor¹⁰. 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 zu weniger intravenösem Konsum. Dabei ist die häufigste alternative Konsumform die Inhalation, nasaler Konsum wird in geringerem Umfang berichtet. Eine ausführlichere Darstellung der verfügbaren Daten von 2017 findet sich im letztjährigen Workbook.

Auswertung der Notfallstatistiken aus Drogenkonsumräumen

In diesem Jahr liegt eine Auswertung der Notfallstatistiken aus 14 Konsumräumen und einem Konsummobil aus 11 Städten vor, die von der DAH zusammengefasst wurde (Kuban, 2020). Zum Vergleich werden Daten aus 2013 und 2017 herangezogen. Da die Zahl der teilnehmenden Konsumräume und Städte über die Jahre hinweg schwankt, werden hier für die Vergleiche nur prozentuale Angaben gemacht.

2019 wurden in den 15 Konsumräumen insgesamt 655 Notfälle dokumentiert. Dabei waren zu 80 % Männer und zu 20 % Frauen betroffen; dies entspricht in etwa dem Geschlechterverhältnis der Nutzenden. Der Anteil der Notfälle, die ohne vorherige Nutzung des Konsumraums auftraten (z. B. Konsum im Umfeld der Einrichtung), hat sich erhöht. 2017 waren noch 16 % der Notfälle ohne vorherige Nutzung des Konsumraums aufgetreten; 2019 waren es 26 %. Im Vergleich zu den Vorjahren wurden außerdem anteilig mehr schwere Notfälle dokumentiert. Während 2013 noch 39 % der Notfälle als schwerwiegend eingestuft wurden waren es 2017 bereits 43 % und 2019 53 %. Die Einschätzung des Schweregrads basiert auf den Angaben der Mitarbeitenden. Bei einem schweren Notfall wird davon ausgegangen, dass ein sehr hoher Anteil der Betroffenen ohne sofortige Notfallhilfe verstorben wäre. Die Autorin des Artikels führt als mögliche Erklärung für den Anstieg der als schwer

⁸ <https://www.drogenkonsumraum.net/> [Letzter Zugriff: 12.06.2020].

⁹ Zuletzt <https://drogenhilfezentrum.de/dhz/wp-content/uploads/2019/07/JP-2018.pdf> [Letzter Zugriff: 12.06.2020].

¹⁰ https://www.drogenkonsumraum.net/sites/default/files/documents/dkr_jahresbericht_20171.pdf [Letzter Zugriff: 12.06.2020].

eingeschätzten Notfälle das steigende Alter der Konsumierenden an. Ältere Konsumierende befinden sich häufig in einem schlechteren gesundheitlichen Gesamtzustand als jüngere. Diese Erklärung korrespondiert mit den seit Jahren ansteigenden Zahlen von Drogentodesfällen durch Langzeitschäden in den Polizei-Daten (siehe 1.1.2). Zudem weist die Autorin darauf hin, dass insbesondere für die Substanzen Heroin und Kokain hohe Reinheitsgehalte und vor allem auch hohe Schwankungen der Reinheitsgehalte festgestellt wurden, was den Konsum weniger berechenbar macht. Auch die relativ hohe Rate an Ablehnungen von Konsumierenden (hauptsächlich aus disziplinarischen Gründen) wird im Artikel als Risikofaktor für einen schweren Notfall angeführt (Kuban, 2020).

Maßnahmen zur Vorbereitung der Haftentlassung

Im Rahmen des bayerischen Naloxon-Modellprojekts wurden 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 der vergangenen Jahre ausführlich berichtet. Es ist unbekannt, wie viele Drogenkonsumierende, die in Deutschland größte Gruppe der mit Hepatitis-C-Infizierten, tatsächlich neue Medikamente erhalten und entsprechend von den beschriebenen Neuerungen profitieren.

Im Modellprojekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ (siehe 2.3) wurden Hürden für die Initiierung und Aufrechterhaltung der Behandlung sowie mögliche Lösungen erhoben. Hierfür wurden u. a. 9 Klientinnen und Klienten interviewt, bei denen zum Großteil die HCV-Infektion bereits seit vielen Jahren, teilweise sogar über Jahrzehnte, bekannt war und die nun mit Unterstützung durch das Modellprojekt eine Behandlung begonnen, und teilweise bereits abgeschlossen hatten. Die befragten Klientinnen und Klienten berichteten, dass sie in der Vergangenheit oftmals Probleme damit hatten, die Therapie konkret zu initiieren, also einen Termin zu vereinbaren und das Erstgespräch wahrzunehmen. Als weitere Hürde stellte sich u. a. mangelnde Informationen über die neuen, nebenwirkungsarmen HCV-Medikamente heraus. Die kontinuierliche, niedrigschwellige Beratung im Modellprojekt wurde als sehr hilfreich empfunden, zum einen hinsichtlich des Umgangs mit dem als teils sehr belastend empfundenen Testergebnisses, zum anderen durch die umfängliche Aufklärung über die wesentlich besseren Behandlungschancen. Auch die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie eine Begleitung zum ärztlichen Erstgespräch wurde als hilfreich wahrgenommen; letzteres war im Alltag niedrigschwelliger Einrichtungen aus Zeitgründen jedoch nicht immer umsetzbar. Eine mögliche Lösung hierfür könnte laut den Projektmitarbeitenden in der Begleitung durch Peers liegen, also durch andere drogengebrauchende Personen, die bereits Erfahrung in der Behandlung haben. Die

Projektmitarbeitenden berichteten als Barriere für einen Behandlungsbeginn, dass bei manchen Ärztinnen und Ärzten Vorbehalte gegen die Durchführung von HCV-Therapien bei aktiv Drogen gebrauchenden Menschen oder bei substituierten Personen mit Bei- oder Alkoholkonsum bestehen. Auch der Nutzen der antiviralen HCV-Therapie werde teilweise in Frage gestellt wegen einer möglichen Re-Infektion (Gerlich et al., 2020). Diese Einstellung steht im Widerspruch zu diversen Studienergebnissen, die eine vergleichbare Wirksamkeit der Therapie bei Kontrollgruppen, substituierten und drogenkonsumierenden Personen sowie eine relativ geringe Re-Infektionsrate ergaben (vgl. zuletzt die Metaanalyse von Graf et al. (2019)). Es zeigten sich gerade zu Beginn des Modellprojekts teilweise Schwierigkeiten, Kooperationen mit infektiologischen Praxen aufzubauen, die bereit waren, eine HCV-Therapie bei (aktiv) Drogen gebrauchenden Personen durchzuführen. Zwei im Projekt interviewte Ärzte, die seit Jahren HCV-Therapien bei der Zielgruppe durchführen, gaben als hilfreich für die Erhöhung der Haltequote an, Termine zeitnah zu vergeben bzw. kurzfristig einzuschieben und Rezepte auch zu hinterlegen. Um Wege für die Patientinnen und Patienten möglichst kurz zu halten, habe sich auch die Ausgabe der Medikamente durch bereits behandelnde (Substitutions-) Ärzte oder Apotheken bewährt. Das Projekt empfiehlt generell einen Ausbau der Kooperation mit suchtmmedizinischen Praxen, die bisher bei der Durchführung von HCV-Therapien eine eher untergeordnete Rolle spielen. Diese könnten ggf. auch selbst als behandelnde Stellen in Frage kommen (Gerlich et al., 2020).

1.5.4 Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends

Da die bundesweite Erhebung der Anzahl abgegebener Spritzen erst einmal durchgeführt wurde, können noch keine bundesweiten Trends über die Spritzenvergabe berichtet werden. Dies wird im Workbook des nächsten Jahres geschehen.

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 (T3)

2.1 Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen (T3.1)

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 (T3.2)

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3. Mit der Einführung neuer Medikamente haben sich die Erfolgchancen der Hepatitis-C-Behandlung auch für Drogenkonsumenten wesentlich verbessert. Neuere Entwicklungen zur Testung und Behandlung im Bereich der Infektionskrankheiten werden unter 2.3.2 berichtet.

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

2.3.1 Maßnahmen zur Verhinderung von Überdosierungen

Overdose Awareness Day

Am internationalen Overdose Awareness Day, der seit 2001 jährlich am 31.08. stattfindet, fanden 2019 erstmalig auch in Deutschland bundesweit Aktionen statt (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), 2019). Diese wurden von einem Bündnis aus Fachverbänden, Patientenorganisationen und niedrigschwelligen Einrichtungen in über 30 Städten ausgerichtet. Ziel des Aktionstages ist eine Sensibilisierung und Aufklärung über das Thema Überdosierungen und Hilfe im Notfall. Niedrigschwellige Einrichtungen boten Erste-Hilfe-Schulungen, Naloxon-Trainings und Safer-Use Kurzinterventionen an. Zudem gab es Poster und Postkarten in mehreren Sprachen, Kunstaktionen und Diskussionsrunden.

Neuerungen bei Naloxon Take-Home-Programmen: Bayerisches Landesmodellprojekt

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. 2020 ist der Beginn eines neuen Take-Home-Programms in Pforzheim geplant.

Das bayerische Modellprojekt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege ist wie geplant angelaufen. 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. Es sollten in der Projektlaufzeit (01.09.2018 bis 31.08.2020) mindestens 500 Personen in den fünf größten Städten des Bundeslandes sowie Inhaftierte aus Justizvollzugsanstalten trainiert werden. Zum Stichtag 21.11.2019 waren bereits 373 Personen in 94 Trainings geschult worden, unter ihnen Konsumierende, Substituierte und Mitarbeitende der Drogenhilfe. Bis zum Stichtag wurden 28 Naloxon-Einsätze dokumentiert. Bei allen Einsätzen wurden Erste-Hilfe-Maßnahmen durchgeführt und das ausgegebene Naloxon-Spray eingesetzt, wie auch hinzugerufene Notärzte und Rettungssanitäter bestätigten (Wodarz, 2020). Zu den stattgefundenen Schulungen in JVAen wird im Workbook „Gefängnis“ berichtet.

2.3.2 Testung und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Erleichterte Bedingungen für niedrigschwellige Testungen

Seit 01.03.2020 ist für die Durchführung eines Schnelltests auf HIV, Hepatitis C und Syphilis nicht mehr die Anwesenheit von ärztlichem Fachpersonal erforderlich¹¹. Somit wird das Testangebot für niedrigschwellige Einrichtungen erleichtert, da kein Arzt mehr vor Ort sein muss. Bei einem positiven Testergebnis des Schnelltests muss für die weiterführende Diagnostik (und folgende Behandlung) weiterhin ein Arzt hinzugezogen werden. Für die Implementierung von Testangeboten in niedrigschwelligen Einrichtungen liegt zudem seit 2019 ein Handbuch der Aidshilfe NRW und der DAH vor¹².

Modellprojekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“

Das Modellprojekt zu Beratungen und HIV- / HCV-Tests für Drogenkonsumierende wurde von der BZgA in Kooperation mit dem RKI und der DAH in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe durchgeführt. Es basiert auf den Empfehlungen der DRUCK-Studie Robert Koch-Institut (RKI) (2016) vgl. auch Workbooks der vergangenen Jahre). Verfolgte Ziele waren die Implementierung eines passgenauen Beratungsangebots, eine Verbesserung des Zugangs zu kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und HCV (Schnell- und Labortests, Bestätigungstests) für Drogenkonsumierende, insbesondere i.v.-Konsumierende, sowie eine Förderung der Überleitung in die medikamentöse Therapie für diese Zielgruppe (Gerlich et al., 2020). Hierfür fanden von Januar 2018 bis Ende August 2019 (20 Monate) in sechs deutschen Städten wöchentliche Beratungs- und Testangebote im Umfang von zwei bis vier Stunden in etablierten niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe statt. Zudem wurde Unterstützung bei der Überleitung in eine medikamentöse HIV- oder HCV-Therapie angeboten.

Es fand eine ausführliche Begleitevaluation statt, die neben der quantitativen Erhebung der Inanspruchnahme der Angebote auch eine Fokusgruppe mit Projektmitarbeitenden und Telefoninterviews mit Ärztinnen und Ärzten aus infektiologischen Praxen beinhaltete. Zudem wurden HCV-positive Drogenkonsumierende, die im Rahmen des Projekts eine Behandlung begonnen hatten oder sich in Abklärung befanden, persönlich interviewt. Am Ende des Projekts wurde an jedem Standort eine SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) mit den Projektmitarbeitenden durchgeführt. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf fünf der sechs Standorte; am sechsten Standort begannen die

¹¹ Siehe https://saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/front_content.php?idcat=2417&idart=7337 [letzter Zugriff: 18.06.2020].

¹² Online abrufbar unter: https://saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/homepage/pdf/downloads/butub_final_standard.pdf [Letzter Zugriff: 18.06.2020].

Beratungen und Tests erst deutlich später, sodass er in die vorliegende Evaluation nicht mit einfließen konnte¹³.

Insgesamt wurden über 20 Monate 1.034 Beratungen durchgeführt. Da Testberatungsgespräche bis zu 60 Minuten dauerten und an den größeren Standorten etwa ein bis drei Tests die Woche durchgeführt wurden, wurde das Zeitkontingent von wöchentlich zwei bis vier Stunden Beratungszeit voll genutzt. Eine Begleitung zu behandelnden Ärzten konnte daher nur in Einzelfällen durchgeführt werden.

Auf HCV wurden insgesamt 306 Personen getestet, von diesen wiesen 82 Personen (26,8 %) eine virämische, also aktive und somit potenziell behandlungsbedürftige HCV-Infektion auf. Von diesen 82 Personen ist für 70 Personen dokumentiert, dass sie ihr Testergebnis abholten. Es wurde keine Längsschnittbeobachtung durchgeführt, daher ist nicht systematisch erfasst, wie viele Personen in der Folge eine Behandlung begannen. Aber mindestens 25 Personen berichteten den Projektmitarbeitenden, dass sie während der Projektlaufzeit eine HCV-Behandlung begonnen haben, und mindestens 16 Behandlungen konnten bereits während der Projektlaufzeit abgeschlossen werden. Auf HIV wurden 430 Personen getestet. Positive Testergebnisse lagen für vier dieser Personen vor (0,9 %), wobei nur 2 der Tests bestätigt werden konnten (0,5 %). Mindestens sechs Personen konnten während der Projektlaufzeit in eine HIV-Behandlung vermittelt werden; für einige von ihnen lagen bereits vor der Projektlaufzeit positive Testergebnisse vor.

Neben der Beratung und Testung lag ein weiterer Schwerpunkt des Projekts auf der Verbesserung der Überleitung in eine Therapie bei einem positiven HIV- oder HCV-Ergebnis. Hierbei auftretende Probleme sowie Lösungsmöglichkeiten werden unter 1.5.3 („Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden“) aufgeführt.

3 ZUSATZINFORMATIONEN (T4)

Als Reaktion auf die COVID-19-Pandemie wurden verschiedene Maßnahmen durchgeführt, um die Versorgung für Drogengebrauchende aufrecht zu erhalten. Es liegen vielfache anekdotische Berichte darüber vor, dass niedrigschwellige Einrichtungen ihr Angebot angepasst haben, indem beispielsweise neue Hygieneregeln eingeführt wurden und, wo möglich, Beratungen per Telefon und Video durchgeführt wurden. Wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Auswirkungen der veränderten Angebote liegen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

Informationen zur Einführung der Substitution in einer niedrigschwelligen Einrichtung in Hamburg sind im Workbook „Behandlung“ zu finden. Informationen zu gesetzlichen Änderungen sind im Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“ aufgeführt.

¹³ Der ausführliche Abschlussbericht ist abrufbar unter : <https://www.liebesleben.de/fachkraefte/sexualaufklaerung-und-praeventionsarbeit/richtigen-zugang/> [Letzter Zugriff: 04.10.2020].

4 QUELLEN UND METHODIK (T5)

4.1 Quellen (T5.1)

- Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II (2018). Jahresbericht 2017, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München.
- AIDS Hilfe NRW e.V. (2019). Abgabe von Einmalspritzen in NRW für den Zeitraum 2016 bis 2018, Köln.
- Ärztezeitung. (2018). Hepatitis-C: Therapiekosten doch nicht explodiert [Online]. Available: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/960572/statt-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, Köln.
- 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 [Online]. Available: <http://www.aidshilfe.de/aktuelles/meldungen/saubere-spritzen-fuer-gefangene-deutsche-aidshilfe-startet-unterschriftenaktion>.
- 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.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). (2019). Overdose Awareness Day 2019: Überdosierungen vermeiden, Leben retten [Online]. Available: <https://www.aidshilfe.de/meldung/overdose-awareness-day-2019>.
- 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, Saarbrücken.
- 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.
- Gerlich, M., Dichtl, A. & Graf, N. (2020). Abschlussbericht zum Projekt "HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!", Köln.
- Gesigora, E. & Gerlach, R. (2019). Naloxon. Evaluation der Peer-Informationsveranstaltungen, Aidshilfe NRW e.V., JES NRW e.V, Vision e.V., INDRO e.V., Münster.
- Giftinformationszentrum-München (2019). Jahresbericht 2018 München, München.
- 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.
- Giftinformationszentrum-Nord (2019). GIZ Nord Jahresbericht 2018 Anhang 1, Göttingen.
- Gölz, J. (2014). Chronische Virusinfektionen bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie, 15, 16-21.
- Graf, C., Mücke, M. M., Dultz, G., Peiffer, K. H., Kubesch, A., Ingiliz, P., Zeuzeum, S., Herrmann, E. & Vermehren, J. (2019). Efficacy of Direct-acting Antivirals for Chronic Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs or Receive Opioid Substitution Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. Clinical Infectious Diseases DOI: 10.1093/cid/ciz696.

- 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.
- ICD-10 (2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F, Klinisch-diagnostische Leitlinien). 7., überarbeitete Auflage, Hans Huber, Bern.
- 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.
- Kuban, M. (2020). Drogenkonsumräume retten Menschenleben. "DROGENKURIER CORONA VIRUS. Drogengebrauchende und Drogenhilfe in Gefahr. magazin des jes-bundesverbands mai nr. 122, 14-17, Berlin. <https://www.jes-bundesverband.de/wp-content/uploads/2020/05/Kurier-122-Internet.pdf> [Online]. [Zugriff 29.10.2020].
- 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.
- Martens, M.-S., Neumann-Runde, E. & Lahusen, H. (2019). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2018 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe, BADO e.V., Hamburg.
- Neumann-Runde, E. & Martens, M. S. (2018). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2017 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe, BADO e.V., 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, Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V., 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, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2020). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2019, Berlin.
- Seidel, C. & Ganschow, R. (2019). 51. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn, Informationszentrale gegen Vergiftungen, Bonn.
- Stöver, H. & Förster, S. (2018). Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2017, Frankfurt am Main.

- Stöver, H. & Förster, S. (2019). Drogenkonsumraum-Dokumentation Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2018, Frankfurt am Main.
- Stöver, H., O'Reilly, M.-S., Förster, S. & Jurković, L. (2020). Nutzende und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzende Berliner Drogenkonsumräume im Vergleich. Suchttherapie, 21, 32-38 DOI: 10.1055/a-0823-0849.
- Suchthilfe Wien (2017). Tätigkeitsbericht Suchthilfe Wien 2016. Bereich Suchtprävention, Suchthilfe Wien gGmbH, Wien.
- Tutdibi, E. (2019). Jahresbericht 2018. Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar.
- 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., Wiczorek, 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 16, 480-495 DOI: 10.1007/s11469-017-9824-1.
- Werse, B., Kamphausen, G. & Klaus, L. (2019). MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main, Centre for Drug Research - Goethe Universität Frankfurt am Main.
- Wodarz, N. (2020). 3. Zwischenbericht Bayerisches Take-Home Naloxon (BayTHN) Modellprojekt.
- World Health Organization (WHO). (2014). Community management of opioid overdose, WHO, Genf.
- Zippel-Schultz, B., Specka, M., Stöver, H., Nowak, M., Cimander, K., Maryschok, M., Poehlke, T., Helms, T. M. & Scherbaum, N. (2019). Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – die SubsCare-Studie. Suchttherapie, 20, 76-84 DOI: 10.1055/a-0623-0714.

4.2 Methodik (T5.2)

4.2.1 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 Sterberegister¹⁴

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

¹⁴ 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).

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.

4.2.2 Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht¹⁵. 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

¹⁵ <https://www.rki.de> [Letzter Zugriff: 04.09.19].

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

Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-C-Meldungen

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

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

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

Gesundheitsämtern ist abgeschlossen; aktuell werden alle Fälle nach der neuen Falldefinition übermittelt.

4.2.3 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 Zahl der positiv antwortenden Einrichtungen reduziert sich nach Bereinigung von Doppelantworten auf 403 Ausgabestellen.

Die ausgebenden Einrichtungen 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. Es ist geplant, die Erhebung alle zwei Jahre zu wiederholen und somit langfristig Trends in der Versorgung feststellen zu können.

5 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2019 nach Substanzen, polizeiliche Daten	9
Tabelle 2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2018	16
Tabelle 3	Vergebene Konsumutensilien.....	37

6 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2007 bis 2018.....	12
Abbildung 2	Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2008 bis 2018.....	13
Abbildung 3	Trend Anteile der Opioidintoxikation an drogenbezogenen Todesfällen 2008 bis 2018	14
Abbildung 4	Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2019	15
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) 2009 – 2018.....	19
Abbildung 7	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) 2009 – 2018.....	20
Abbildung 8	Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD.....	22
Abbildung 9	Trend HBV-Diagnosen.....	24
Abbildung 10	Übertragungswege HCV-Diagnosen 2019	25
Abbildung 11	Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen	26
Abbildung 12	HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2009 – 2018	28
Abbildung 13	Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM, 2009 – 2018	29
Abbildung 14	Ausgabestellen von Drogenkonsumutensilien 2018	36
Abbildung 15	Naloxon-Projekte im Jahr 2020	40