



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

DEUTSCHLAND

Bericht 2021 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2020 / 2021)

Esther Neumeier¹, Franziska Schneider¹, Krystallia
Karachaliou¹; Charlotte Höke² & Maria Friedrich³

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

³Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL	6
1.1	Drogenbezogene Todesfälle	6
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen	6
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle.....	7
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien)	10
1.1.4	Trends drogenbezogener Todesfälle.....	10
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	13
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	13
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	14
1.2.3	Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	15
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	18
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C	18
1.3.2	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen	23
1.3.3	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten	27
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	27
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	27
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung	28
1.5.1	Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung	28
1.5.2	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung	29
1.5.3	Maßnahmen zur Schadensminderung	29
1.5.4	Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends.....	37
1.6	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	38
1.6.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	38
2	NEUE ENTWICKLUNGEN	38
2.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen.....	38
2.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten	38

2.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung.....	39
2.3.1	Veränderungen in der niedrigschwelligen Drogenhilfe aufgrund der COVID-19-Pandemie.....	39
2.3.2	Maßnahmen zur Verhinderung von Überdosierungen	40
2.3.3	Testung und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	41
2.3.4	Pilotprojekt Drug-Checking „SubCheck“	41
2.3.5	Projekt „SHIFT Plus“ - Weiterentwicklung und Evaluation des Sucht-Hilfe-Familientrainings für drogenabhängige Eltern	42
3	QUELLEN UND METHODIK	43
3.1	Quellen	43
3.2	Methodik	45
3.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	45
3.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	47
4	TABELLENVERZEICHNIS	49
5	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	49

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 Abschnitte zur Entstehung des Workbooks bei:

Amrei Krings und Ruth Zimmermann (Robert Koch-Institut)

Axel Heinemann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

0 ZUSAMMENFASSUNG

Drogenbezogene Todesfälle

Im Jahr 2020 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 1.581 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste erfasste Wert seit 20 Jahren und im Vergleich zu 2019 nochmals ein Anstieg um etwa 13 %. Erstmals stellen 2020 die Langzeitschäden (mit und ohne zusätzliche akute Intoxikation) mit 27,3 % aller Todesfälle die häufigste registrierte Todesursache dar. Ihr Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Es ist davon auszugehen, dass ein größerer Anteil dieser Todesfälle Personen aus der alternden, multimorbiden Kohorte von Opioidkonsumierenden betrifft und unter den zusätzlichen akuten Intoxikationen Opioide eine wesentliche Rolle spielen. Davon abgesehen sind Vergiftungen durch Opioide auch weiterhin die häufigste Todesursache (polyvalente Vergiftungen: 24,4 %, monovalente: 11,8 %).

Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

Die Anzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle liegt im Jahr 2019 bei 21.940. Nach einem kontinuierlichen Anstieg über zehn Jahre bis 2015 sind die Zahlen minimal gesunken und seit nunmehr drei Jahren etwa stabil. Toxikologische Angaben aus den Aufnahmen müssen auf Grund großer Ungenauigkeiten in der Kodierung mit Vorsicht interpretiert werden. Etwa die Hälfte aller Fälle wird durch die Kodierung „Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)“ ausgemacht. Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür waren über zehn Jahre steil angestiegen und haben sich seit 2015 auf hohem Niveau stabilisiert. Die vier Stoffgruppen Cannabinoide, (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa / Hypnotika, Stimulanzien (exkl. Kokain) und Opioide machen 2019 wie bereits in den Vorjahren mit jeweils etwa 2.000 Fällen ähnlich große Anteile aus, wobei Cannabinoide und Stimulanzien im Zeitverlauf an Bedeutung gewonnen haben.

Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die Meldedaten des Robert Koch-Instituts (RKI) für HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) zeigen für das Jahr 2020 Rückgänge der übermittelten Neuinfektionen in der Allgemeinbevölkerung auf, die sicher zumindest zum Teil auf mangelnde Testungen aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Einschränkungen zurückzuführen sind. Für HBV und HCV sind die absoluten Zahlen der Ansteckungen durch i.v.-Drogengebrauch entsprechend gesunken, ihr prozentualer Anteil an allen Ansteckungen hat sich nicht verändert. Für HIV ist entgegen des Trends in der Allgemeinbevölkerung sogar ein Anstieg der Fallzahlen durch i.v.-Drogenkonsum zu beobachten.

Im Jahr 2020 wurden dem RKI 2.454 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als Neudiagnosen identifiziert werden konnten (Robert Koch-Institut (RKI), 2021). Intravenöser Drogenkonsum als wahrscheinlichster Übertragungsweg wurde bei 10 % der Fälle (n = 167) mit Angaben zum Übertragungsweg dokumentiert und war somit der

drittwichtigste Übertragungsweg. Intravenös konsumierende Personen waren im Jahr 2020 die einzige Gruppe mit einer ansteigenden Inzidenz: Diese stieg in den Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahre an, in den anderen Altersgruppen ging sie zurück. Der Anstieg war insbesondere bei Drogenkonsumentinnen zu beobachten, deren Anzahl sich von 19 (2019) auf 42 (2020) mehr als verdoppelte. Die absolute und prozentuale Zunahme von HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen konsumierenden Personen ist schon seit 2013 zu beobachten und hat sich auch unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie weiter fortgesetzt.

Für das Jahr 2020 wurden insgesamt 6.798 Fälle von Hepatitis B nach Referenzdefinition übermittelt. Nur bei 259 (4,0 %) der übermittelten Fälle wurden für die Auswertung ausreichende Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Hierbei war i.v.-Drogenkonsum mit 74 Infektionen (29 %) der zweithäufigste Weg; von diesen lag bei acht Infektionen die Spezifizierung „während eines Haftaufenthalts“ vor.

Im Jahr 2020 wurden insgesamt 4.542 Fälle von Hepatitis C übermittelt. Männer sind weiterhin mehr als doppelt so häufig infiziert wie Frauen. Intravenöser Drogenkonsum bleibt der mit Abstand wichtigste Übertragungsweg, er wurde für 645 Infektionen (68 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) angegeben, von diesen lag bei 42 Infektionen die 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 Drogenkonsumierende 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).

Im Jahr 2020 wurde die Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Schadensminderung durch die Bedingungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie stark eingeschränkt. Es kam insbesondere im ersten Lockdown zu Schließungen und Teilschließungen niedrigschwelliger Einrichtungen, wodurch u.a. weniger Plätze in Drogenkonsumräumen zur Verfügung standen, Schulungen für die Verwendung von Naloxon kaum möglich waren und Testmöglichkeiten stark eingeschränkt wurden (siehe 1.5.3. und 2.3.1).

Um Überdosierungen mit Opioiden entgegenzuwirken werden in aktuell 18 Städten Notfallschulungen für den Einsatz des Notfallmedikaments Naloxon durch Laien angeboten; der Beginn zweier weiterer Programme ist für 2021 in Planung. 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. Ein neues bundesweites Modellprojekt „Naltrain“ hat 2021 begonnen, mit dem Ziel, den Ausbau bundesweit wissenschaftlich evaluiert voranzubringen (siehe 2.3.2). Es wird vom Bundesministerium für Gesundheit und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gefördert.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumierenden spielen nach wie vor Drogenkonsumräume eine entscheidende Rolle. Derzeit stehen in 17 Städten in acht Bundesländern 25 Drogenkonsumräume sowie vier Konsummobile zur Verfügung. In acht Bundesländern gibt es weiterhin keine Drogenkonsumräume. Deutschlandweit ist eine Tendenz zum Wechsel vom injizierenden zum inhalativen Konsum zu beobachten, wobei der injizierende Konsum in den offenen Szenen und in Drogenkonsumräumen nach wie vor eine entscheidende Rolle spielt. Dennoch zeigt sich eine erhöhte Nachfrage für Konsumutensilien zum inhalativen Konsum (siehe 1.5.3, Vergabe von Spritzen und anderen Safer-Use Artikeln).

Im Jahr 2021 ist das erste Pilotprojekt zum Drug-Checking in Deutschland gestartet. Das Projekt „Sub-Check“ bietet selbst durchzuführende Schnelltests und Beratung vor Ort auf Festivals und Partys an (siehe 2.3.4).

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 mehreren Punkten unterscheiden. Dies sind die polizeilichen Daten aus der „Falldatei Rauschgift“ sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes. Beide Erfassungssysteme werden unter 3.2.1 ausführlicher beschrieben und hier nur kurz charakterisiert:

Die Daten des Bundeskriminalamtes (BKA), die sogenannte „Falldatei Rauschgift“, weisen der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. 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 (Eggli, 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. Über viele Jahre hinweg zeigten sich in beiden Registern ähnliche Verläufe und Trends. In den letzten Jahren gehen diese jedoch weiter auseinander (siehe Abschnitt 1.1.4). Die Gründe sind unklar. 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 Datenjahr 2020 bei 43,5 %, sie ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken (2015: 60,9 %). Toxikologische Gutachten wurden in 42,0 % der Fälle erstellt (Datenlieferung BKA, 2021). 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.

2020 kamen insgesamt 1.581 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste erfasste Wert seit 20 Jahren; zuletzt lagen die Zahlen im Jahr 2001 höher. Im Vergleich zu 2019 (1.398 Personen) handelt es sich um einen Anstieg von etwa 13%. 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 2020 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 aktuellen Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2019. Es wurden insgesamt 1.086 Personen erfasst (2018: 1.125 Personen). Nach einem leichten Anstieg um 5,8% im Vorjahr folgte somit von 2018 auf 2019 ein leichter Rückgang um 3,5%, ein klarer Trend ist weiterhin nicht erkennbar. Insgesamt waren 2019 259 Frauen und 827 Männer betroffen, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind (Frauenanteil 23,8 %).

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, haben sie jahrelang ähnliche Verläufe aufgewiesen, die in den letzten drei Jahren jedoch weiter auseinander gehen und 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. Erstmals im Jahr 2020 machen Langzeitschäden (mit und ohne zusätzlicher akuter

Intoxikation) mit 27,3 % den größten einzelnen Anteil an den Drogentodesfällen aus. Ein Kommentar zu den Trends findet sich unter 1.1.4.

Unter den Vergiftungen stellt die Überdosierung von Heroin / Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) mit 22,7 % nach wie vor die häufigste Todesursache dar. Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen als hauptsächliche Substanz nachgewiesen wurden, liegt bei 11,4 % (2019: 12,8 %). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide, vor allem durch Kokain / Crack und Amphetamin / Methamphetamin waren in 18,0 % der Fälle todesursächlich (2019: 19,1 %).

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

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2020 nach Substanzen, polizeiliche Daten

Todesursachen	% von Gesamt		Anzahl
	2019	2020	2020
Monovalente Vergiftungen durch Opioide	15,5	11,8	186
Heroin / Morphin	11,4	8,2	130
Opioid-Substitutionsmittel	1,7	2,1	33
– davon: Methadon / Polamidon	1,6	1,9	30
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex)	0,1	0,1	1
– davon: Sonstige	0	0,1	2
Opioid-basierte Arzneimittel	2,3	1,3	21
– davon: Fentanyl	1,8	1,3	21
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	0,1	0,1	2
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide¹	31,0	24,4	386
Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	20,7	14,5	230
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	11,1	9,3	147
– davon: Methadon / Polamidon i.V.m.a.S.	8,3	8,1	128
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m.a.S.	1,8	1,0	16
– davon: Sonstige i.V.m.a.S.	1,1	0,3	5
Opiat-basierte Arzneimittel	4,2	4,5	71
– davon: Fentanyl	2,4	2,2	35
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate) i.V.m.a.S.	0,1	0,2	3

Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioid/Opiate	8,4	7,6	120
Kokain / Crack	2,6	3,0	48
Amphetamin / Methamphetamin	3,9	3,2	51
– davon: Amphetamin	2,7	2,3	37
– davon: Methamphetamin	1,4	0,9	14
Amphetaminderivate	0,6	0,4	6
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	0,6	0,4	7
– davon synthetische Cannabinoide	0,4	0,3	5
– davon sonstige NPS	0,3	0,1	2
GHB/GBL	0,4	0,3	4
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)	0,3	0,3	4
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioid/Opiate¹	10,7	10,4	165
Kokain / Crack i.V.m.a.S.	4,4	3,7	59
Amphetamin / Methamphetamin i.V.m.a.S.	4,9	4,9	78
– davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	4,3	4,0	64
– davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	1,0	1,0	16
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	1,2	1,2	19
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) i.V.m.a.S.	0,7	0,5	8
– davon synthetische Cannabinoide	0,4	0,3	4
– davon sonstige NPS	0,3	0,4	6
GHB/GBL	0,6	0,5	8
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	3,2	2,8	45
Sonstige i.V.m.a.S.	1,1	2,0	31
Sonstige Todesursachen			
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	0,8	0,9	15
Nicht spezifizierte / unbekannte Vergiftungen	4,4	7,7	121
Suizide	6,9	7,7	121
– davon: Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	3,0	3,7	59
– davon: Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	3,9	3,9	62
Langzeitschäden	22,8	27,3	432

– davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	12,3	12,5	198
Unfälle	2,1	3,1	49
Sonstige Fälle	0,4	0,3	4
Gesamt (N)²	1398		1581

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, 2021

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

2019 wurde bei 56,2 % der Todesfälle (2018: 59,6 %) 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 Sterberegister bezüglich der akut zum Tode führenden Substanzen im Vergleich zu den BKA-Daten als geringer einzuschätzen. 2019 wurden 32,9 % (Vorjahr 34,9 %) der Fälle als „Abhängigkeit“, 23,0 % (Vorjahr 24,1 %) als „schädlicher Gebrauch“ kodiert. Der Anteil der als „akzidentelle Intoxikation“ gekennzeichneten Todesfälle betrug 29,6 % (Vorjahr 27,1 %), suizidal motivierte Intoxikationen wurden mit einem Anteil von 10,6 % (Vorjahr 8,5 %) registriert.

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

Vergleich der beiden Erfassungssysteme

Die Langzeitverläufe der Gesamtanzahlen der Drogentoten in Deutschland waren für beide Erfassungssysteme zwischen 2005 und 2016 ähnlich, wenn auch mit unterschiedlich steilen Verläufen (siehe Abbildung 1). Im Jahr 2017 sanken die Zahlen im allgemeinen Todesursachenregister allerdings stark und sind in den letzten drei Jahren mit leichten Schwankungen stabil. In der polizeilichen Datenerfassung gab es keinen vergleichbaren Rückgang und 2019 wie 2020 sogar nochmals deutliche Zunahmen, sodass die Zahl der Drogentodesfälle nun den höchsten Wert der letzten 20 Jahre erreicht hat. Weshalb die beiden Erfassungssysteme aktuell divergierende Entwicklungen aufweisen, bleibt unklar. Auf Grund der zeitlichen Verzögerung der Erfassung im allgemeinen Todesursachenregister kann noch kein Vergleich für das Datenjahr 2020 gezogen werden.

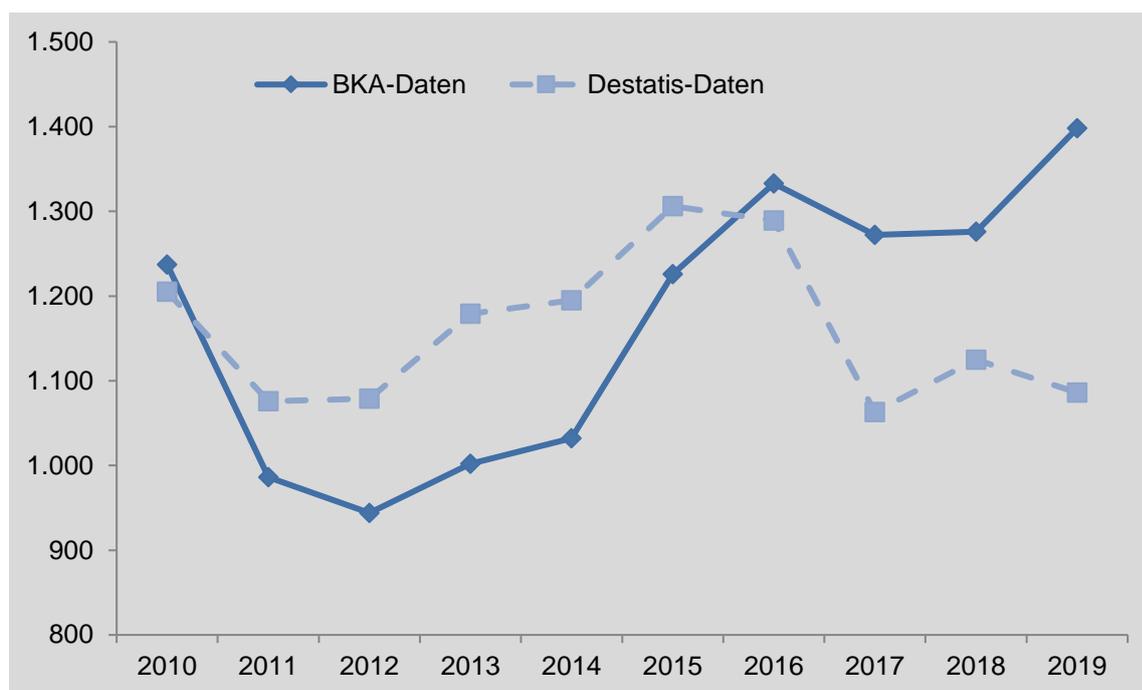


Abbildung 1 Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2010 bis 2019

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen; Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität des BKA, zuletzt 2020 sowie Datenlieferung BKA, 2021

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Da 2012 die Datenerfassung des BKA geändert wurde, werden hier nur Trends der todesursächlichen Substanzen 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 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). In diesem Jahr sind die Langzeitschäden (mit und ohne zusätzlicher akuter Intoxikation) erstmalig mit 27,3 % aller Todesfälle die häufigste registrierte Todesursache. Ihr Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen; 2015 waren es noch 10,9 %. Es ist davon auszugehen, dass ein größerer Anteil dieser Todesfälle Personen aus der alternden, multimorbiden Kohorte von Opioidkonsumierenden betrifft. Da das Alter der Drogentoten seit mehreren Jahren nicht mehr gemeldet wird und keine toxikologischen Informationen zu diesen Todesfällen vorliegen, die belegen würden, ob die akute Todesursache eine Opioid-Intoxikation war, kann diese Annahme nicht überprüft werden. Ein ähnlicher Verlauf ist jedoch in einigen europäischen Nachbarländern festzustellen, in denen diese Informationen vorliegen (EMCDDA, 2019).

Polyvalente Vergiftungen durch Opioide waren seit mehreren Jahrzehnten die häufigste Todesursache. Ihr Anteil ist jedoch seit 2015 gesunken und beträgt 2020 noch 24,4 %. Der Anteil monovalenter Opioidvergiftungen ist in den letzten Jahren ebenfalls gesunken und liegt 2020 noch bei 11,8 %. Der Anteil monovalenter wie polyvalenter Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide ist Anfang der 2010er Jahre auf wesentlich niedrigerem Niveau etwas angestiegen und zeigt sich in den letzten drei Jahren mit leichten Schwankungen eher stabil.

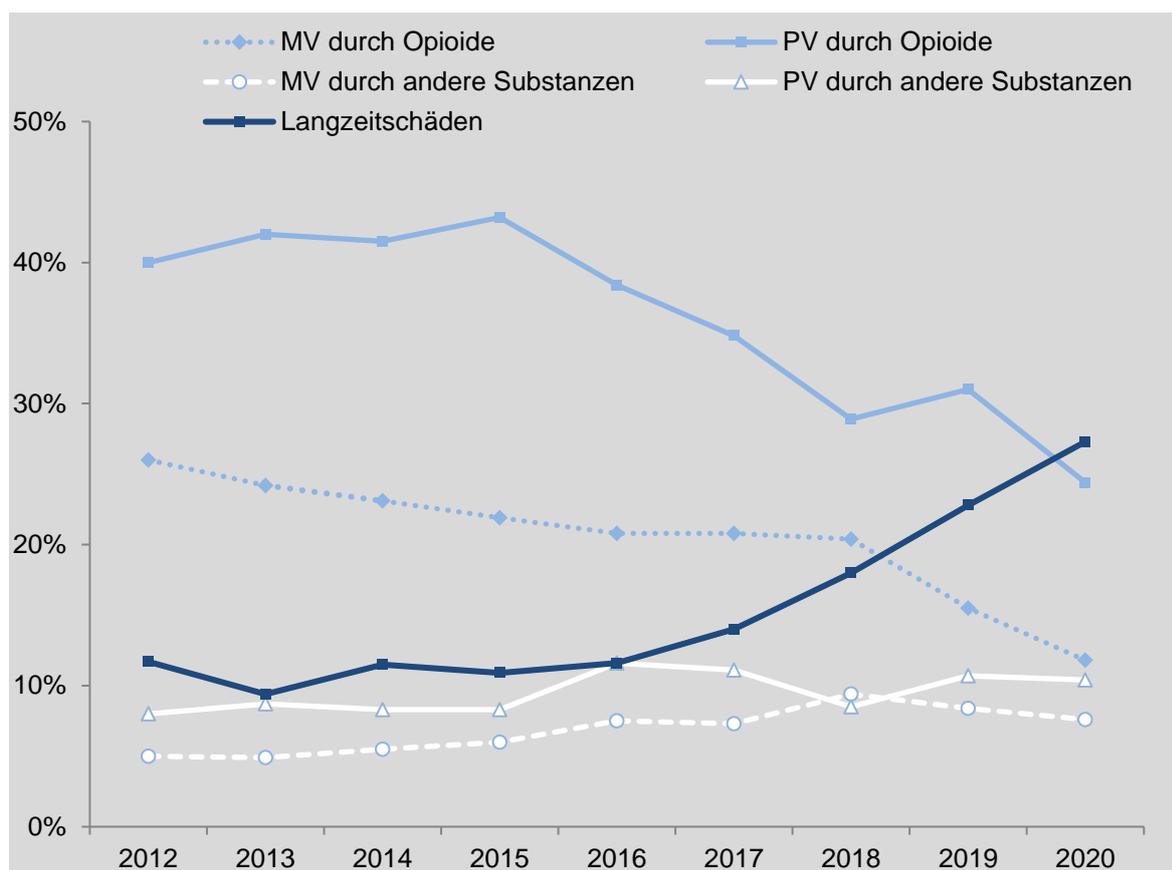


Abbildung 2 Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2020

MV = monovalente Vergiftung, PV = polyvalente Vergiftung

Datenlieferung BKA, 2021

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 erreichte im Jahr 2019 mit 16,4 % den höchsten bislang registrierten Wert; korrespondierend dazu ist der Anteil der Drogentodesfälle bei den unter 25-Jährigen in den letzten 20 Jahren von 19,5 % auf 3,7 % gesunken. Die tatsächliche – auch in der polizeilichen Registrierung zu beobachtende – langfristige Altersverschiebung wird in der auf ICD-10-Kodierung beruhenden nationalen Todesursachenstatistik jedoch möglicherweise überzeichnet, da hier gerade bei höheren Altersgruppen ein im Hintergrund stehender Missbrauchscharakter für die todesursächliche Substanz v.a. bei akzidentellen Opioid-Intoxikationen nicht eindeutig gesichert ist bzw. eine Bereinigung um ggf. fehlerkodierte Fälle nicht möglich ist.

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 2019

auf nur 43,9 % der registrierten Fälle zu. Rein opioidbezogene Todesfälle machten in dieser Untergruppe einen Anteil von 65,8 % (2018: 69,0%) der Todesfälle aus (siehe Abbildung 3). In 7,8 % (2018: 7,7%) der Fälle wurden andere Substanzgruppen genannt, in 26,5 % (2018: 23,3%) fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen. In dieser letzten Gruppe könnten noch weitere Opioid-Intoxikationen enthalten sein. Es ist nicht bekannt, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf vollständigen chemisch-toxikologischen Laborbefunden aus postmortalen Biomaterialien zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.

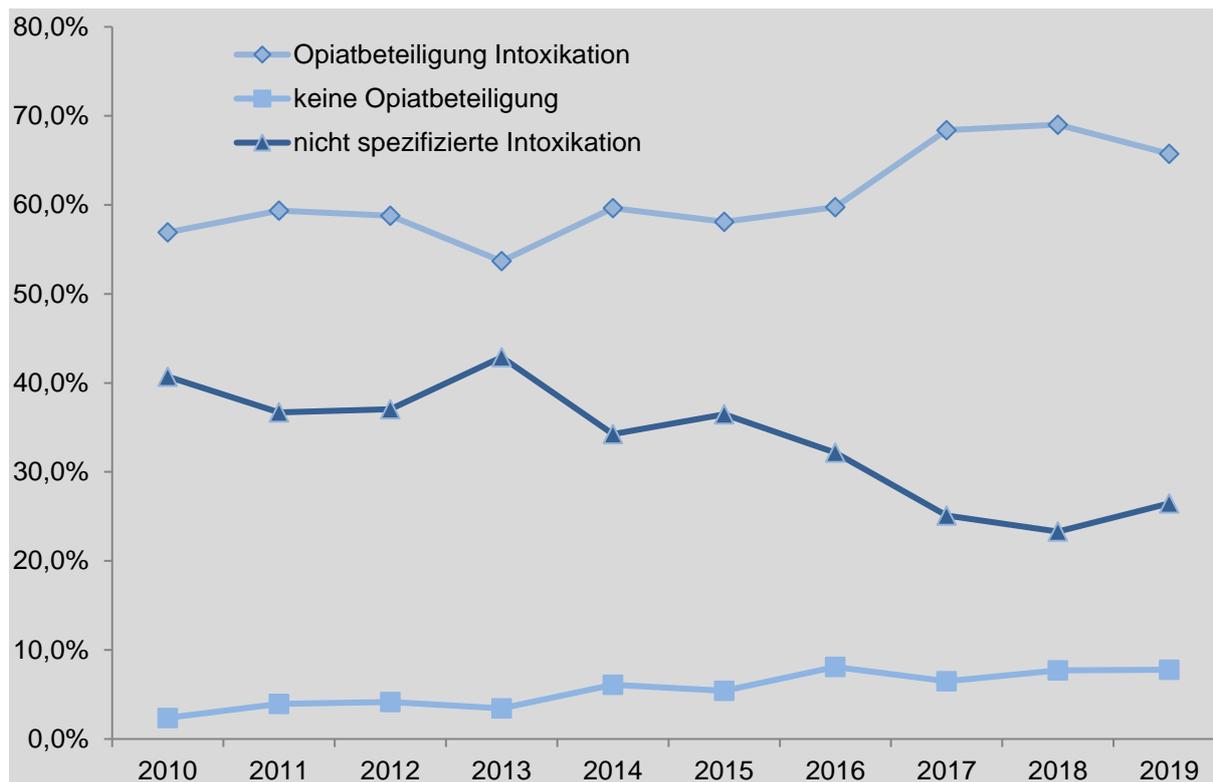


Abbildung 3 Trend Anteile der Opioidintoxikation an drogenbezogenen Todesfällen 2010 bis 2019

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

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 2019 bzw. speziellen Berechnungen des Statistischen Bundesamts zur Verfügung (siehe Tabelle 2). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 T40.X) sowohl um eine Überdosierung als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opioide auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung

verschriebener opioidhaltiger Medikamente, statt um den Konsum illegaler Drogen handeln. Darüber hinaus kann mit diesen Daten nur eine Aussage über im Krankenhaus stationär aufgenommene drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle getroffen werden. Notfälle, die entweder gar nicht oder durch andere Anlaufstellen behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Dies betrifft etwa die Giftinformationszentren, aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder notärztliche Behandlungen ohne folgenden stationären Aufenthalt. 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.

In diesem Jahr liegen Daten zu in Drogenkonsumräumen behandelten Drogennotfällen vor; diese werden unter 1.5.3 im Abschnitt „Bereitstellung von Drogenkonsumräumen“ dargestellt.

1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2019

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)	20.737	530	5.762	10.013	3.714	1083
durch Opioide (F11.0)	1.961	9	219	1068	476	189
durch Cannabinoide (F12.0)	2.176	185	1186	630	157	18
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	1.862	26	318	705	553	260
durch Kokain (F14.0)	832	6	193	520	113	0
durch andere Stimulanzien (F15.0)	2.395	131	944	1179	130	11
durch Halluzinogene (F16.0)	347	17	205	114	9	2
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	74	6	22	34	8	4
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	11.022	135	2.649	5.750	2.258	230
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	1.271	77	216	349	264	365
durch Opium (T40.0)	51	1	3	12	12	23
durch Heroin (T40.1)	80	0	8	50	22	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	701	34	53	121	173	320
durch Methadon (T40.3)	74	6	7	38	19	4

durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	13	3	3	1	4	2
durch Kokain (T40.5)	83	3	17	53	10	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	39	4	12	10	5	8
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	170	22	90	38	14	6
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	20	1	14	4	1	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	40	3	9	22	4	2

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2021

1.2.3 Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

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

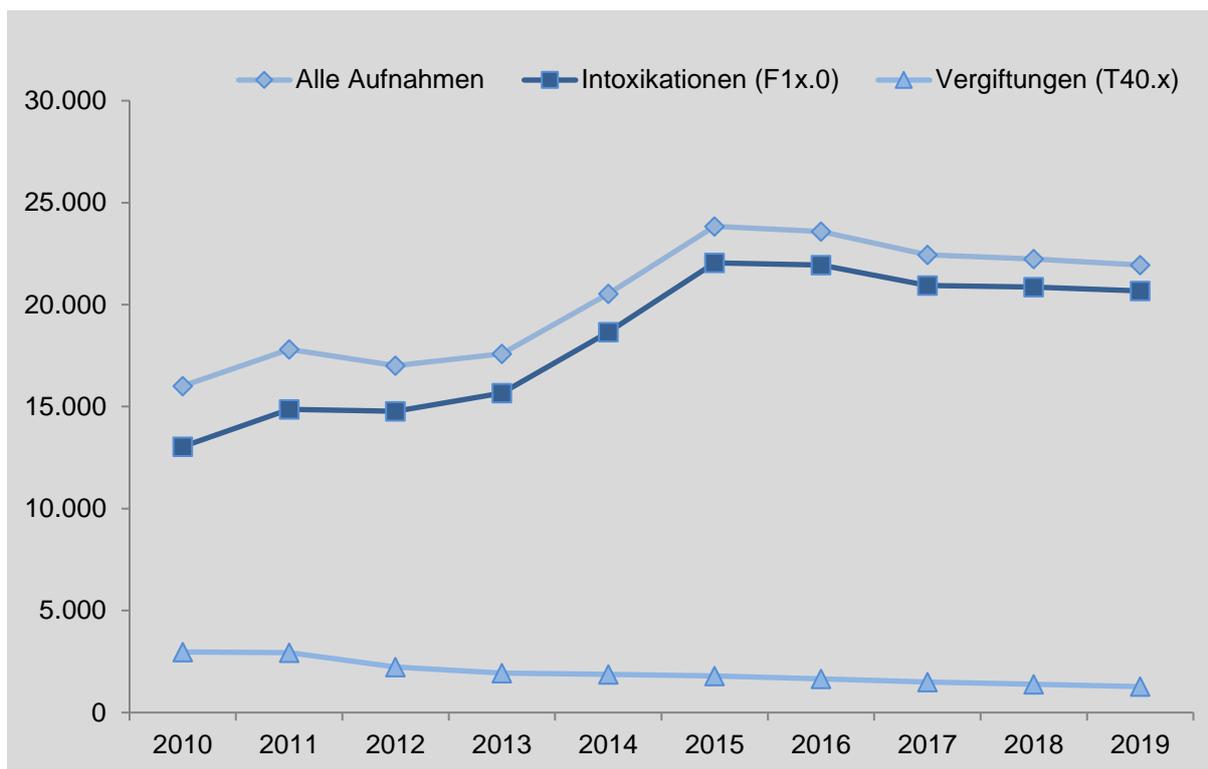


Abbildung 4 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Bis 2015 stieg die Zahl der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle auf 23.839 Aufnahmen an (siehe Abbildung 4). Seitdem ist sie minimal gesunken und seit nunmehr drei Jahren etwa stabil; sie liegt im Jahr 2019 bei 21.940 Fällen. In der Kodierung

überwiegen bei weitem die akuten Intoxikationsfälle (F-Kodierungen), die 2019 20.669 Fälle ausmachten und auch den Gesamtanstieg der vorigen Jahre bedingten. Die Anzahl der kodierten Vergiftungsfälle, die bereits 2010 schon auf viel niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten zehn Jahren weiter gesunken und liegt 2019 bei 1.271 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 seltener kodierten stationär aufgenommenen Vergiftungen (T 40.x-Codes, siehe Abbildung 5) in den letzten zehn Jahren die Vergiftung durch „sonstige Opiode“ (T40.2). Nach einem deutlichen Anstieg bis 2011 (1.660 Fälle) sinkt ihre Zahl jedoch wieder (2019: 701 Fälle). Vergiftungen durch Heroin (T40.1) waren bis 2010 über viele Jahre hinweg die zweithäufigste Diagnose in dieser Gruppe, sind aber seit über zehn Jahren fast konstant gesunken und machen nur noch einen geringen Anteil der Vergiftungen aus (2019: 80 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide (T40.7) damit die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Ihre Anzahl ist mit leichten Schwankungen stabil und befindet sich mit 170 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.

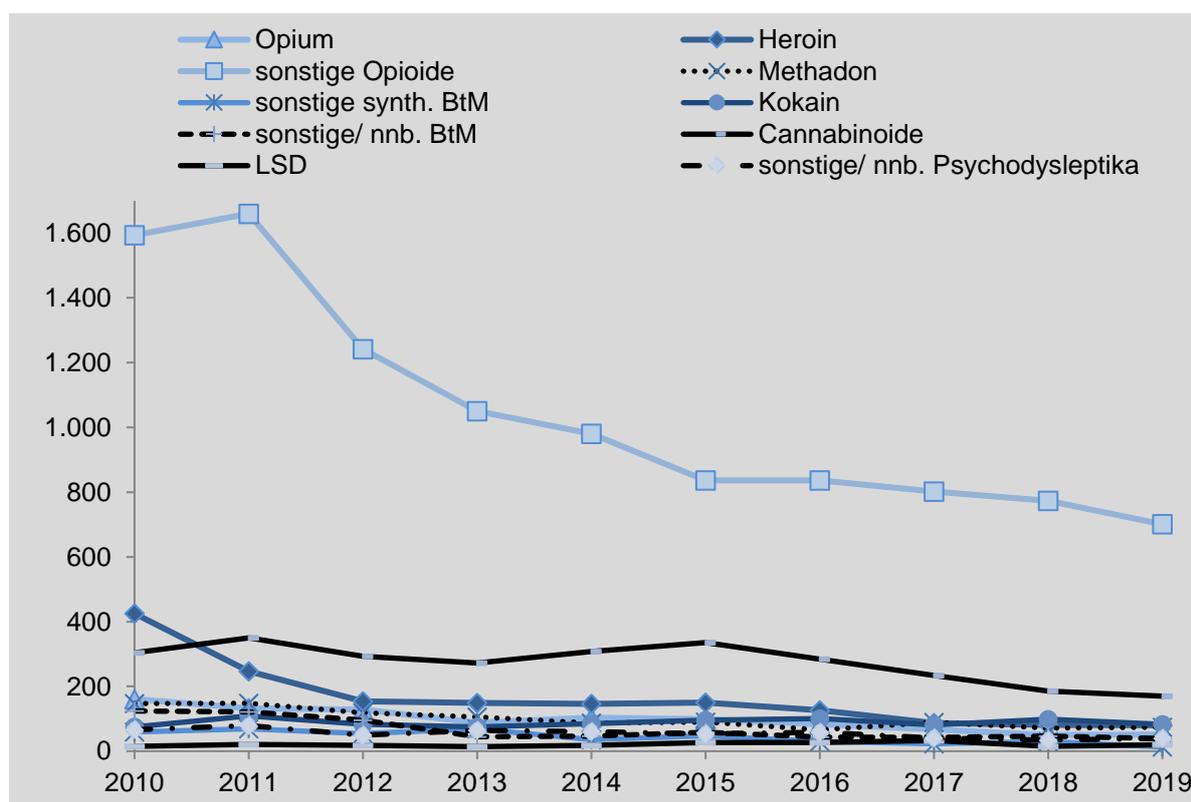


Abbildung 5 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

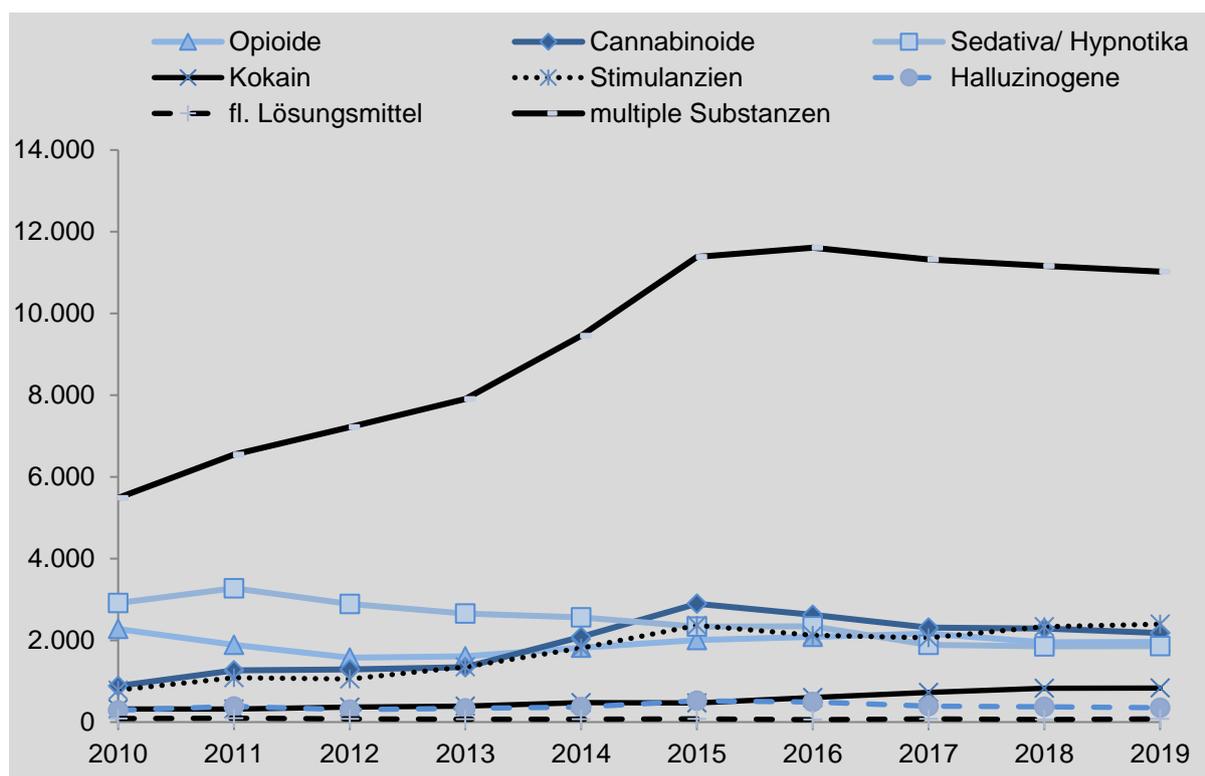


Abbildung 6 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

In der Gruppe der häufiger kodierten akuten Intoxikationen macht die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0) mit 11.022 Fällen gut die Hälfte aller Diagnosen aus (siehe Abbildung 6). 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. Angaben zu den einzelnen Substanzen, die unter „multipler Gebrauch“ bzw. „andere psychotrope Substanzen“ kodiert werden, liegen nicht vor, sodass keine genaueren Rückschlüsse auf das Konsumverhalten gezogen werden können.

Die vier Stoffgruppen Cannabinoide (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa / Hypnotika, Stimulanzen (exkl. Kokain) und Opiode machen 2019 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. Die Aufnahmezahlen von Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) und mit Stimulanzen (exkl. Kokain) sind bis 2015 steil angestiegen und seitdem mit Schwankungen stabil. Die Anzahl der Intoxikationen durch die Stoffgruppe der Sedativa / Hypnotika 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 multipltem Substanzgebrauch und einer steigenden Bedeutsamkeit von Cannabinoiden und Stimulanzen, 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 seit Einführung des neuen Kerndatensatzes Daten zu Teststatus und Testergebnis behandelter Personen aus der Deutschen Suchthilfestatistik vor, die unter 1.3.2 berichtet werden. 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. Insbesondere die DRUCK-Studie ist als wichtige Datenquelle 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 2.0 ist mittlerweile angelaufen und wird unter 2.3.3 kurz beschrieben.

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

1.3.1 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C

Die folgenden Angaben entstammen den Meldedaten an das RKI für das Jahr 2020 aus dem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch (Robert Koch-Institut (RKI), 2021). Trendaussagen beruhen auf den Jahrbüchern der entsprechenden Datenjahre. Für die drei berichteten Infektionskrankheiten HIV, Hepatitis B und C (HBV, HCV) zeigen sich im Jahr 2020 Rückgänge der übermittelten Neuinfektionen in der Allgemeinbevölkerung, die sicher zumindest zum Teil auf mangelnde Testungen aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Einschränkungen zurückzuführen sind. Für HBV und HCV sind die absoluten Zahlen der Ansteckungen durch i.v.-Drogengebrauch entsprechend gesunken, ihr prozentualer Anteil an allen Ansteckungen hat sich nicht verändert. Für HIV ist entgegen des Trends in der Allgemeinbevölkerung ein Anstieg der Fallzahlen durch i.v.-Drogenkonsum zu beobachten.

HIV Meldedaten

Im Jahr 2020 wurden dem RKI 2.454 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als Neudiagnosen identifiziert werden konnten (Robert Koch-Institut (RKI), 2021). Die bundesweite Inzidenz lag damit bei 3,0 Neudiagnosen pro 100.000 Einwohner. Die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen sank von 2015 bis 2018, stieg im Jahr 2019 erneut leicht an, um im Jahr 2020 deutlich auf den niedrigsten Stand seit 2005 zurückzugehen.

Für 1.710 der 2.454 HIV-Neudiagnosen (70 %) lagen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko vor. Bei Mehrfachangaben wurde die Angabe auf das wahrscheinlichste Risiko reduziert. Unter den Neudiagnosen mit Angaben hatten sich 59 % (1.003) wahrscheinlich über gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern infiziert, 31 % (528) über heterosexuelle

Kontakte und 10 % (167) bei i.v.-Drogenkonsum. Bei 1 % (11) der Neudiagnosen handelte es sich um Kinder, die über ihre Mütter infiziert worden waren.

Intravenös Drogen konsumierende Personen waren im Jahr 2020 die einzige Gruppe mit einer ansteigenden Inzidenz: Diese stieg in den Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahre an, in den anderen Altersgruppen ging sie zurück. Der Anstieg war insbesondere bei Drogenkonsumentinnen zu beobachten, deren Anzahl sich von 19 (2019) auf 42 (2020) mehr als verdoppelte (Abbildung 7). Die absolute und prozentuale Zunahme von HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen konsumierenden Personen ist schon seit 2013 zu beobachten und hat sich auch unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie weiter fortgesetzt.

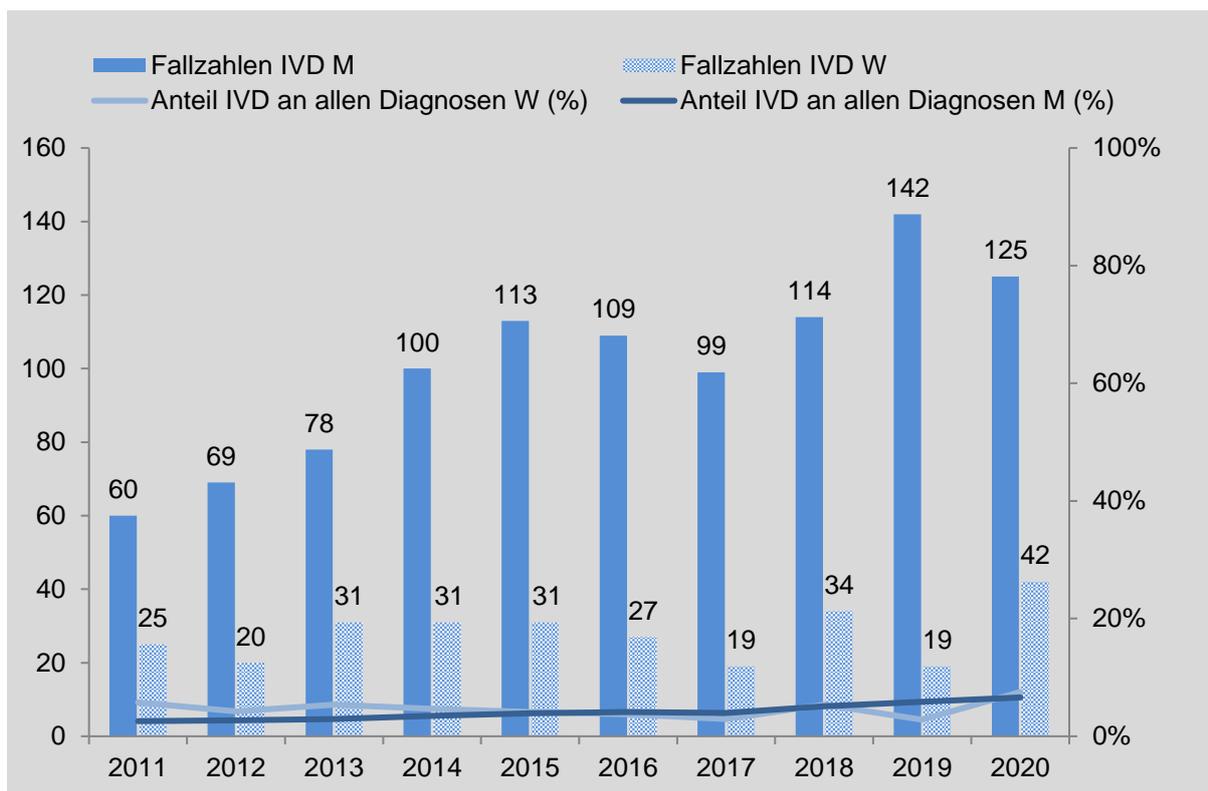


Abbildung 7 Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt Robert Koch-Institut (RKI), 2021

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. Seit dem Jahr 2019 werden auch chronische Infektionen veröffentlicht. Nach beiden Definitionsänderungen kam es wie erwartet zu starken Anstiegen der berichteten Fallzahlen (siehe Abbildung 8). Die Falldefinition wird genauer unter 3.2.2 beschrieben.

Für das Jahr 2020 wurden insgesamt 6.798 Fälle von Hepatitis B nach Referenzdefinition übermittelt (2019: 903). Nur bei 259 (4,0 %) der 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 wie in den Vorjahren als häufigster Weg angegeben (95 Fälle, 37 %). Die Transmission durch i.v.-Drogenkonsum war im Jahr 2020 der zweithäufigste angegebene Weg mit 74 Infektionen (29 %), von diesen acht Infektionen während eines Haftaufenthalts.

Seit 2015 ist eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen (siehe Abbildung 8). Diese Zunahme ist zum Teil durch die Erweiterung der Referenzdefinition zu erklären, auf Fälle ohne, mit unklarer oder unbekannter Symptomatik, sowie auch durch vermehrtes Testen von Asylsuchenden in den Jahren 2015 bis 2017. Seit Juli 2017 sind alle Nachweise unabhängig vom Stadium der Hepatitis-B-Virus-Infektion meldepflichtig. Dies könnte eine weitere Erklärung für den Anstieg der Fallzahlen sein, besonders bei den Fällen mit unbekannter Klinik. Eine Auswertung nach Infektionsstadium zeigt, dass im zeitlichen Verlauf die Anzahl akuter Infektionen seit 2011, mit Ausnahme von 2015 (713 akute Infektionen), unter 600 Infektionen pro Jahr lag. Somit war kein Anstieg an akuten Infektionen seit 2011 zu verzeichnen.

Im Vergleich zum Vorjahr wurden im Jahr 2020 2.148 weniger Hepatitis-B-Virus-Infektionen übermittelt (Reduktion um 24 %). Mögliche Ursachen der im Jahr 2020 niedrigeren Zahlen können u.a. eine veränderte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und ein verändertes Kontaktverhalten während der COVID-19-Pandemie sein. Die Interpretation des Zeitverlaufs ist jedoch auch aufgrund der Definitionsänderungen schwierig.

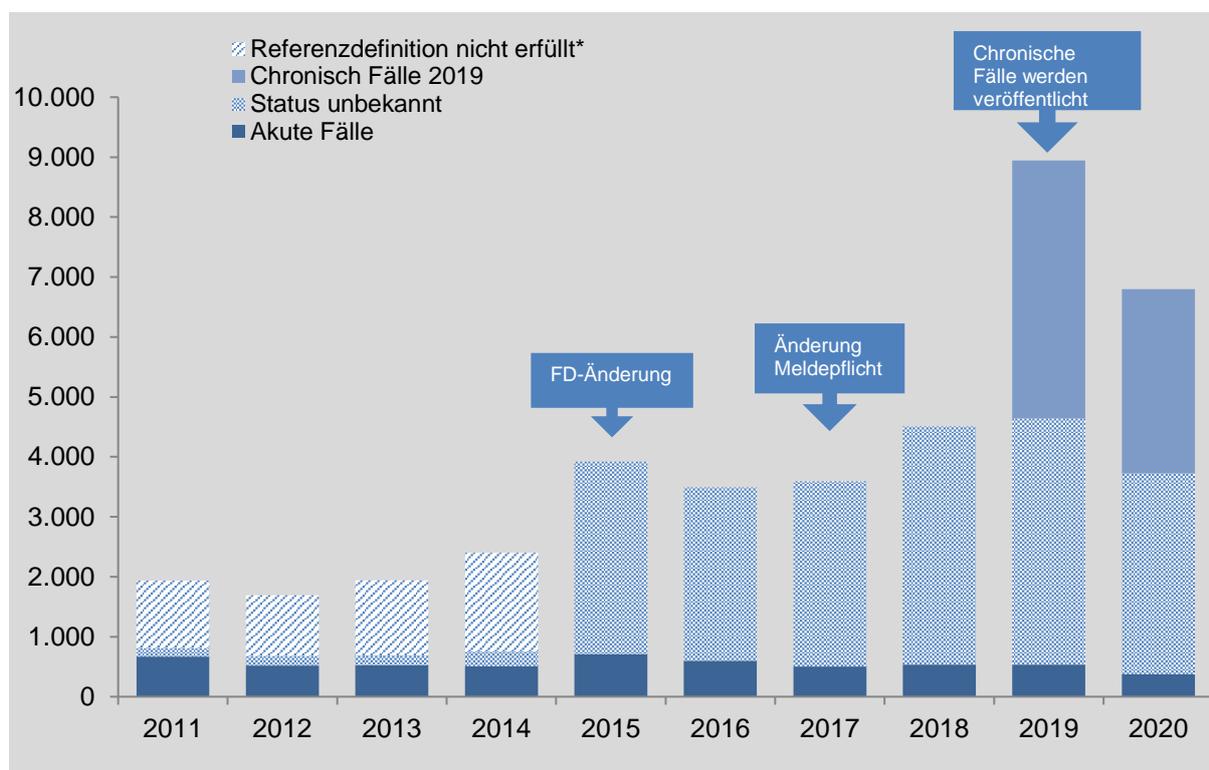


Abbildung 8 Trend HBV-Diagnosen

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt Robert Koch-Institut (RKI), 2021

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), 2021).

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 2020 waren 81 % 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 erfüllten 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. Verkompliziert wird die Bestimmung der Inzidenz auch dadurch, dass HCV-Infektionen häufig jahrelang unbemerkt verlaufen können. Für mehr Informationen zur Methodik siehe 3.2.2.

Für das Jahr 2020 wurden insgesamt 4.542 Fälle von Hepatitis C übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 5,5 übermittelten Infektionen pro 100.000 Einwohner. Damit ist die Inzidenz um 24 % geringer als im Vorjahr. Wie in den Vorjahren sind Jungen und Männer (7,7 Infektionen / 100.000 Einwohner) mehr als doppelt so häufig infiziert wie Mädchen und Frauen (3,2).

Abbildung 9 zeigt die Angaben zum wahrscheinlichsten Übertragungsweg. Diese Angaben liegen für 951 Infektionen (entspricht 21 % aller gemeldeten Infektionen) vor. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Intravenöser Drogengebrauch als wahrscheinlichster Übertragungsweg wurde für 645 Infektionen (68 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Von diesen lag bei 42 Infektionen die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ vor. Intravenöser Drogenkonsum stellt seit vielen Jahren den mit Abstand wichtigsten Übertragungsweg für Hepatitis C dar; Konsumierende mit i.v.-Konsum bleiben eine extrem vulnerable Gruppe.

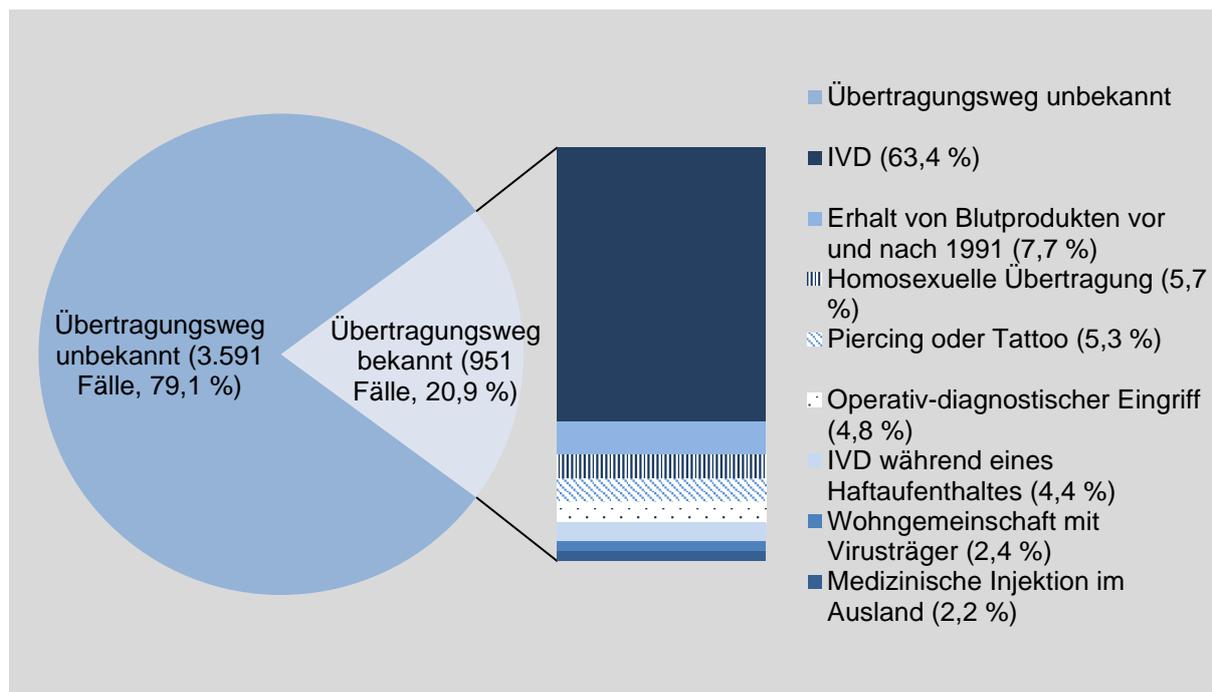


Abbildung 9 Übertragungswege HCV-Diagnosen 2020

Robert Koch-Institut (RKI), 2021

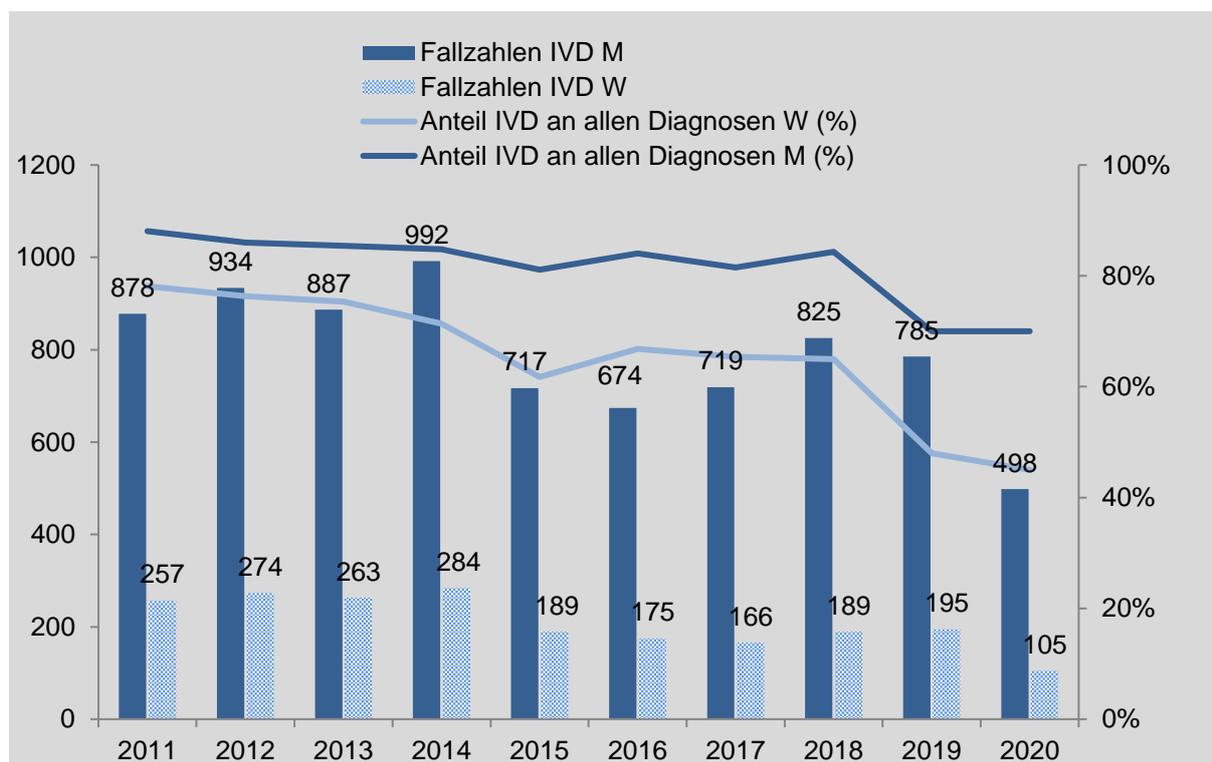


Abbildung 10 Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt Robert Koch-Institut (RKI), 2021

Wie auch in den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen (siehe Abbildung 10). Die Tatsache, dass Männer häufiger Drogen konsumieren als Frauen und dies

der am häufigsten berichtete Übertragungsweg ist, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern.

Deutschland hat sich den Eliminationszielen viraler Hepatitis der WHO bis 2030 verschrieben. Um diese zu erreichen, besteht insbesondere bei Drogengebrauchenden und anderen Gruppen mit erhöhter Prävalenz und Inzidenz weiterer Verbesserungsbedarf bei der Fallfindung, Prävention und dem Zugang zur Behandlung.

1.3.2 Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen

Die DRUCK-Studie, die zwischen 2011 und 2014 2.077 i.v.-Drogenkonsumierende in acht großen Städten in Deutschland untersucht hat, hat Daten zu Prävalenzraten von HIV, HBV und HCV erbracht. Die Ergebnisse der Studie wurden ausführlich in den Workbooks „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ von 2015 und 2016 (Dammer et al., 2016, Pfeiffer-Gerschel et al., 2015) dargestellt und werden hier nur als Vergleichswerte herangezogen. Die Nachfolgestudie DRUCK 2.0 läuft aktuell (siehe 2.3.3).

HIV: Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Es liegen jährlich erhobene Daten zum HIV-Status von Opioidkonsumierenden aus der Hamburger Basisdokumentation (BADO) der ambulanten Suchthilfe (Lahusen et al., 2020) und von Nutzerinnen und Nutzern der Konsumräume in Frankfurt am Main (FFM) aus der Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume vor (Stöver und Förster, 2020). Beide Dokumentationssysteme erfassen Selbstauskünfte der Klientinnen und Klienten.

Im Jahr 2019 wurden in der BADO Daten von 3.437 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 2.491 Personen (671 Frauen, 1.818 Männer) vor. Somatische und psychische Komorbiditäten werden in Abschnitt 1.4.1 genauer ausgeführt.

Die Dokumentation aus FFM bezieht sich 2019 auf 4.152 Nutzerinnen und Nutzer der Konsumräume (599 Frauen, 3.553 Männer). Es handelt sich hierbei nicht um eine reine Opioid-Klientel, allerdings wurden in etwa 79 % der Konsumvorgänge (auch) Opioide konsumiert, zusätzlich ist der Konsum von Crack verbreitet. 1.603 Personen gaben ein HIV-Testergebnis an. Im Folgenden werden die Verläufe aus beiden Dokumentationen gemeinsam dargestellt.

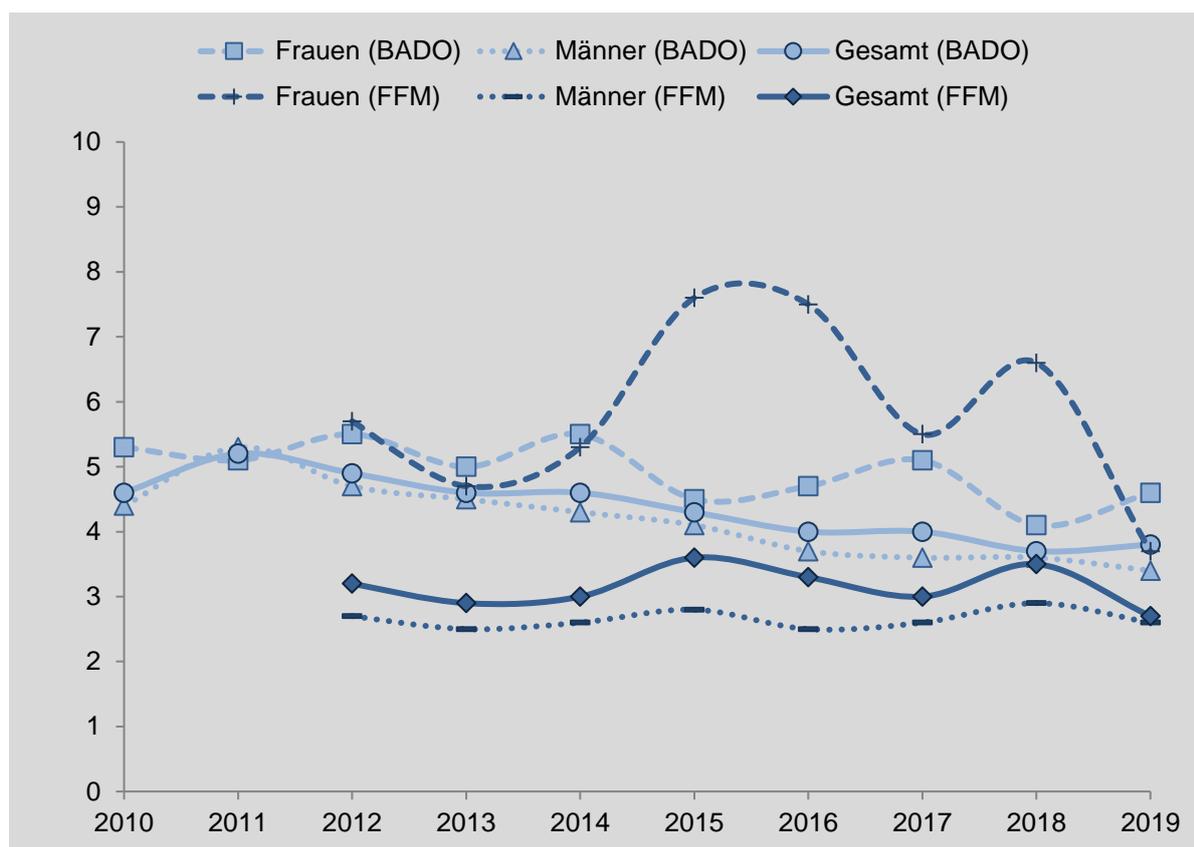


Abbildung 11 10-Jahres-Trend HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen aus Hamburg (zuletzt Lahusen et al., 2020, Stöver und Förster, 2020)

Aus FFM liegen Daten seit 2012 vor, aus der Hamburger BADO kann ein 10-Jahres-Trend dargestellt werden. Wie Abbildung 11 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 10,3 % der opioidabhängigen Klientel an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben, in FFM waren es 13,2 %. Zu 1.060 Personen in FFM liegt eine Angabe vor, wann der letzte HIV-Test erfolgte: 42 % der Tests fanden 2019 statt, weitere 43 % erfolgten 2018. Die anderen Tests sind älter.

In der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2020 finden sich ebenfalls Angaben zu Testung und Ergebnissen. Für die Opioidklientel in der ambulanten Betreuung werden für HIV Angaben zur Testung von 6.935 Personen gemacht. 37 % gaben an, noch nie getestet worden zu sein, 26 % gaben einen Test an, der länger als zwölf Monate zurücklag und weitere 37 % gaben

eine Testung innerhalb der letzten zwölf Monate an. Angaben zu Testergebnissen wurden für 4.311 Personen gemacht. Von diesen waren 4 % positiv.

Fasst man die Ergebnisse aus Hamburg, FFM und der DSHS 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, befinden sich jedoch 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 Projekt „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“, das ausführlich im letztjährigen Workbook beschrieben wurde, lag nur für 0,9 % der durchgeführten Schnelltests bei Klientinnen und Klienten der niedrigschwelligen 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).

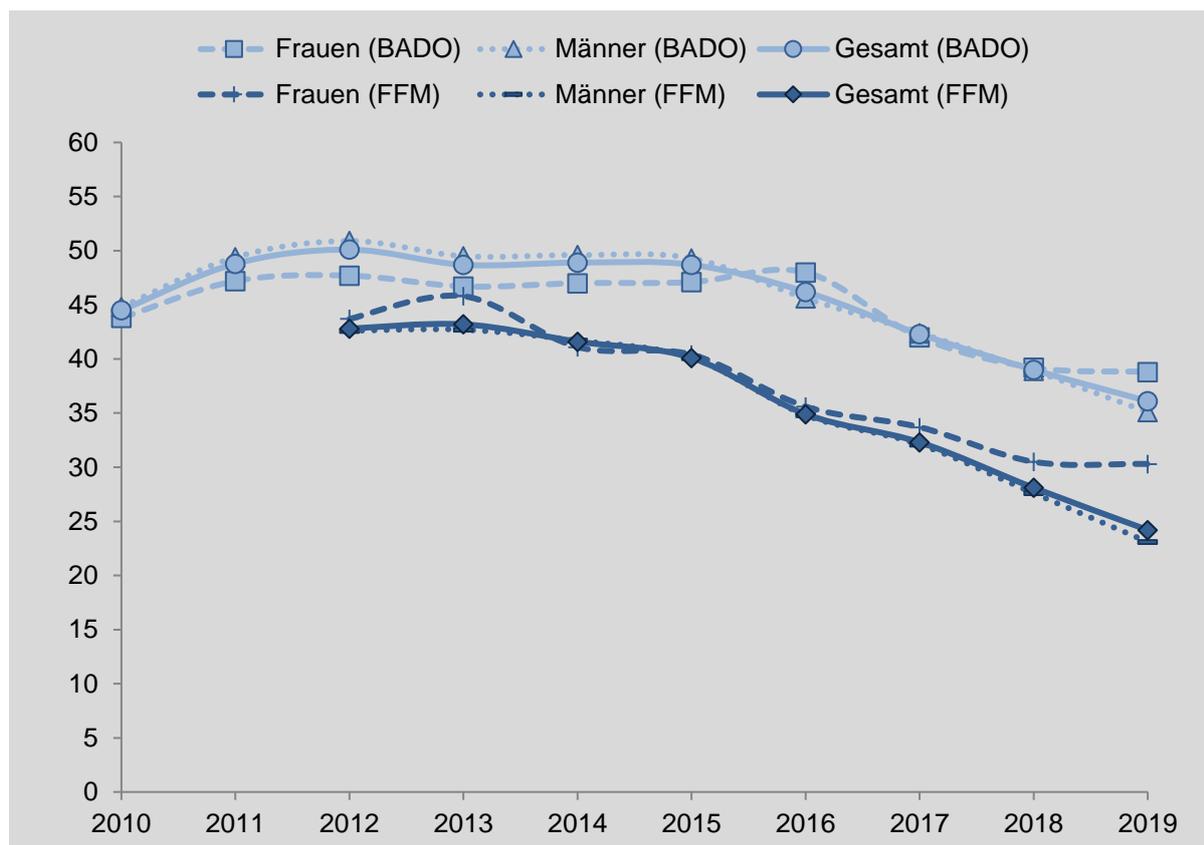


Abbildung 12 10-Jahres-Trend Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen aus Hamburg (zuletzt Lahusen et al., 2020, Stöver und Förster, 2020)

In der BADO wurden im Jahr 2019 für 2.520 Opioidkonsumierende Angaben zum HCV-Status dokumentiert. In der Frankfurter Konsumraumdokumentation liegen Angaben von 1.619

Personen zum Infektionsstatus bezüglich HCV und HBV vor. Von diesen gaben 24,2 % eine HCV-Infektion an, weitere 0,9 % eine Co-Infektion von HCV und HBV. Die angegebene Rate an HCV-Infektionen sinkt in beiden Dokumentationssystemen seit einigen Jahren (siehe Abbildung 12). In beiden Städten unterschieden sich die Infektionsraten zwischen Männern und Frauen nicht wesentlich, liegen 2019 jedoch jeweils für Frauen etwas höher als für Männer.

In FFM geben 12 % an, noch nie einen Test gemacht zu haben, in Hamburg sind es 8,8 %. 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 der DSHS 2020 (Künzel et al., 2021) liegen Daten zur Hepatitis C-Testung von 7.027 Personen mit einer hauptsächlichen Opioidproblematik vor. Von diesen gaben 35 % an, nie getestet worden zu sein, 27 % eine Testung, die länger als zwölf Monate zurücklag und 39 % eine Testung innerhalb der letzten zwölf Monate. Testergebnisse liegen von 4.421 Personen vor. Von diesen gaben 20 % einen positiven Antikörpernachweis und 18 % einen aktiven Virusnachweis an.

Zusammenfassend ergibt sich eine Prävalenzschätzung für Hepatitis C unter Opioidkonsumierenden zwischen einem Viertel und der Hälfte aller Betreuten, wobei die Zahlen in den letzten Jahren tendenziell sinken. Diese Zahlen korrespondieren mit Ergebnissen anderer Studien: 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 Modellprojekt „HIV? Hepatitis? Das check ich!“ wiesen 36,2 % der getesteten Drogenkonsumierenden eine HCV-Infektion auf, bei 26,8 % war sie aktiv und somit potenziell behandlungsbedürftig (Gerlich et al., 2020). 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).

Hepatitis B: Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Die BADO dokumentiert eine Infektionsrate für HBV von 2,8 %. In der Frankfurter Konsumraumdokumentation zeigt sich eine recht niedrige Infektionsrate für HBV von 1,1 %, weitere 0,9 % für eine Co-Infektion von HBV und HCV. Die Daten erscheinen vor dem Hintergrund des unklaren Teststatus‘ und des komplizierten Hepatitis-B-Nachweises wenig aussagekräftig. In der DSHS 2020 wurde für 6.773 ambulant betreute Opioidkonsumierende 2020 ein Testergebnis dokumentiert (Künzel et al., 2021). Von diesen gaben 38 % an, noch nie getestet worden zu sein, 25 % eine Testung vor mehr als zwölf Monaten und 36 % eine Testung innerhalb der letzten zwölf Monate. Testergebnisse liegen von 4.023 Personen vor. Von diesen hatten 1,6 % einen aktiven Virusnachweis und weitere 6,9 % einen Antikörpernachweis.

Die DRUCK-Studie ergab mit einer chronischen HBV-Infektion von 1,4 % der Personen in FFM einen ähnlichen Wert wie die Konsumraumdokumentationen und die DSHS, allerdings wurde hier für weitere 27 % eine vermutlich ausgeheilte HBV-Infektion¹ 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 2019 39 % der Opioidkonsumierenden an, jemals i.v. konsumiert zu haben. 14 % gaben an, jemals Spritzbesteck mit jemandem geteilt zu haben und 2 % gaben dies für die letzten 30 Tage an (2018: 53,9 % bzw. 26,8 % bzw. 5,0 %; 2017: 54,8 % bzw. 27,1 % bzw. 5,9 %) (Lahusen et al., 2020).

Aus der DRUCK-Studie liegen 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 die 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 2019 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 (Lahusen et al., 2020). Die 3.435 im Jahr 2019 dokumentierten Opioidkonsumierenden wiesen häufig zusätzliche stoffgebundene wie auch nicht stoffgebundene Süchte auf.

Die Einschätzung der körperlich-gesundheitlichen Belastung der Gruppe der Opioidkonsumierenden durch die Betreuerinnen und Betreuer zeigt ein über die Jahre stabiles

¹ 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.

Bild deutlicher Belastung: Etwa ein Viertel der Konsumierenden (2019: 25,8 %) wird jedes Jahr als erheblich oder extrem körperlich-gesundheitlich belastet eingeschätzt, ein weiteres Drittel (2019: 33,2 %) als mittel gesundheitlich belastet eingestuft. 2019 ist bei 10,2 % 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. 2019 wurden 42,1 % der Betreuten als psychisch erheblich oder extrem belastet eingestuft, (Frauen 49 %, Männer 37 %). Die Rate an Suizidversuchen ist ebenfalls seit Jahren konstant hoch; 24,7 % der Klientel berichten von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Frauen 33 %, Männer 22 %).

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)². 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 Übergangsmanagements 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

2 Die Strategie ist online verfügbar unter <https://www.drogenbeauftragte.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/> [Letzter Zugriff: 17.08.2021].

Strategie explizit genannt, für die bedarfsgerechte Angebote geschaffen bzw. ausgebaut werden und integrierte Angebote entwickelt werden sollen³.

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.

1.5.2 Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumierende 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 Erhebung von 2018 bestätigt (ausführlich dargestellt im letztjährigen Workbook). 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 niedrighschwelliger Einrichtungen variieren stark und sind häufig

³ Die Strategie ist online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf [Letzter Zugriff: 17.08.2021].

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.

Manche niedrigschwelligen Einrichtungen kooperieren mit Gesundheitsämtern für solche Testungen. In der BADO und der Frankfurter Konsumraumdokumentation geben regelmäßig zwischen 85 % und 90 % der Befragten an, auf diese Infektionen getestet worden zu sein (siehe 1.3.2). 2019 gaben in der Frankfurter Konsumraumdokumentation 42 % an, dass ihr HIV-Test aus dem aktuellen Jahr sei; bei den anderen getesteten Personen liegt der Zeitpunkt länger zurück. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Deutschen Suchthilfestatistik; hier gaben unter den ambulant betreuten Opioidkonsumierenden 2020 37 % an, innerhalb des letzten Jahres getestet worden zu sein (Künzel et al., 2021). Somit kann nicht von einer ausreichenden Testhäufigkeit ausgegangen werden. Bei stationären Aufenthalten besteht häufig die Möglichkeit, sich auf verschiedene Infektionskrankheiten testen zu lassen. Generell kann sich jeder Mensch in Deutschland 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 Internetseite⁴ 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 20 in Berlin. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor bei Weitem nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern lückenhaft ist, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte. Aktuell existiert keine erschöpfende Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik. Daten zur Vergabe von Spritzen liegen nun erstmals bundesweit vor und wurden im letztjährigen Workbook berichtet. Nordrhein-Westfalen (NRW) war zuvor das einzige Flächenbundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die Aidshilfe NRW stattfand.

⁴ <http://www.spritzenautomaten.de> [Letzter Zugriff: 17.08.2021].

Deutschlandweit ist eine Tendenz zum Wechsel vom injizierenden zum inhalativen Konsum zu beobachten (siehe unten, Drogenkonsumräume). Das Projekt „SMOKE IT“ der Deutschen Aidshilfe (Stöver, 2014) hatte das explizite Ziel, diesen Wechsel zu fördern, da der inhalative Konsum insgesamt weniger riskant ist. Unter anderem wurden SMOKE IT-Packs an niedrighschwellige Einrichtungen verteilt, um das Sortiment an Konsumutensilien, das an die Konsumierenden abgegeben werden kann, zu erweitern. Nach Ende des Projekts haben niedrighschwellige Einrichtungen weiterhin die Möglichkeit, Konsumutensilien für den inhalativen Konsum in einer Sammelbestellung über die Deutsche Aidshilfe zu beziehen. Da es sich hier um eigens für den Konsum von Heroin hergestellte Folie handelt, die bereits geschnitten und stabiler ist als handelsübliche Folie sowie keinerlei Zusatzstoffe enthält, liegen die Kosten deutlich höher als für Haushaltsalufolie. Aktuell (Stand Juli 2021) nutzen etwa 70 Einrichtungen diese Möglichkeit, was darauf hinweist, dass der Bedarf weiterhin hoch ist (persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V., 2021).

Der JES Bundesverband hat „Crack Packs“ mit Konsumutensilien speziell für den Konsum von Crack entwickelt, da szenenah eine Erhöhung des Crack-Konsums beobachtet wurde. Nachdem der JES Bundesverband im Jahr 2019 erstmalig 2.000 Packs verteilt hatte und zum Ergebnis kam, dass diese bei den Einrichtungen und Konsumierenden auf großes Interesse stießen, wurde das Set nochmals überarbeitet und kann nun online bestellt werden⁵. Aktuell wurden von Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet 8.000 Sets bestellt, was die Kapazitäten der Nachproduktion übersteigt (persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V., 2021). Hieraus ist ein hoher Bedarf an Konsumutensilien abseits der „klassischen“ Vergabe von Spritzen zu schlussfolgern.

Safer-Use-Angebote in Haft

Safer-Use-Angebote in Haft liegen nach Einschätzungen von Expertinnen und 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 2020 1.581 drogenbedingte Todesfälle. Von diesen waren 36,2 % durch mono- oder polyvalente Opioidüberdosierungen bedingt, hinzu kommt ein unbekannter Anteil an Langzeitschäden in Kombination mit Opioidüberdosierungen (Datenlieferung BKA, 2021). Der Anteil direkt opioidbedingter Todesfälle ist in den letzten Jahren gesunken⁶, dennoch bleiben Opioidvergiftungen die mit Abstand häufigste Todesursache unter den tödlichen Vergiftungen mit illegalen Substanzen. Der Opioidantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei

⁵ <https://www.jes-bundesverband.de/projekte/projekt-safer-crack-pack/>

⁶ Zeitgleich steigt der Anteil an Drogentodesfällen in Folge von Langzeitschädigungen. Hier fehlen die Angaben zu den akut todesursächlichen Substanzen, auch wenn zu vermuten steht, dass Opiode hier ebenfalls eine dominante Rolle spielen. Siehe 1.1.1.

Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen WHO, die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2015, World Health Organization (WHO), 2014). Dies betrifft Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freundinnen bzw. 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 in Bayern (siehe unten) 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 aus dem Jahr 2020 Programme in 18 Städten bekannt. Die geografische Verteilung wird in Abbildung 13 dargestellt. Es zeigt sich ein klarer Schwerpunkt in der Versorgung im Westen und Süden von Deutschland.



Abbildung 13 Naloxon-Projekte 2020

Condrops e.V., Plakat „Leben retten mit Naloxon! Wir sind dabei“, eigene Bearbeitung und Ergänzung

Die Datenlage zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf durchgeführte Naloxon-Trainings ist begrenzt, die wenigen vorhandenen Informationen weisen jedoch auf eine stark eingeschränkte Verfügbarkeit hin. Aus Saarbrücken liegt die Information vor, dass Trainings teilweise nicht stattfinden konnten, da das Tragen einer Maske beispielsweise mit der Übung von Mund-zu-Mund-Beatmung (Teil des Schulungskonzepts) nicht vereinbar ist. Daher konnten hier 2020 nur drei Naloxon-Verordnungen ausgegeben werden (Drogenhilfe

Saarbrücken gGmbH, 2021). Auch in Osnabrück konnte das 2019 begonnene Projekt 2020 nicht weitergeführt werden, Trainings für 2021 sind in Planung (persönliche Mitteilung Aids-Hilfe Osnabrück e.V.). In Frankfurt am Main fanden 2020 ebenfalls keine neuen Schulungen statt, es wurde allerdings weiterhin Naloxon an diejenigen Personen ausgegeben, die bereits zuvor geschult waren und nach einem Naloxon-Einsatz eine neue Dosis benötigten.

In Hamm wurde das für 2020 geplanten neue Naloxon-Projekt pandemiebedingt auf 2021 verschoben (persönliche Mitteilung Arbeitskreis für Jugendhilfe e. V., Drogenhilfezentrum Hamm, 2021). Ein weiteres neues Projekt soll 2021 in Würzburg starten (persönliche Mitteilung Condrops e.V., 2021).

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 eine Ärztin oder 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 2.3.2 berichtet.

Drogenkonsumräume

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

⁷ <http://www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <http://www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf> [Letzter Zugriff: 23.08.2021]

Drogenkonsumräume, sowie drei Drogenkonsummobile in Berlin⁸ und eins in Köln⁹. In NRW und im Saarland ist die Nutzung der Drogenkonsumräume 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).

Im Jahr 2020 unterlag der Betrieb in den Drogenkonsumräumen pandemiebedingten Einschränkungen. Aus den Jahresberichten in Frankfurt am Main und Saarbrücken liegt die Information vor, dass über unterschiedlich lange Zeiträume hinweg weniger Konsumplätze zur Verfügung standen, um Abstandsregelungen einhalten zu können (Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH, 2021, Stöver und Förster, 2021a). In Frankfurt am Main wurden somit im Jahr 2020 19 % weniger Konsumvorgänge durchgeführt als 2019, in Saarbrücken waren es 25 %. Aus anderen Drogenkonsumräumen liegen noch keine Zahlen bzw. veröffentlichten Berichte für 2020 vor, in einer qualitativen Befragung des RKI, deren Ergebnisse unter 2.3.1 aufgeführt werden, wird jedoch ebenfalls von Einschränkungen in diesem Bereich berichtet (Krings et al., 2020).

In einer Auswertung der Notfallstatistiken aus dem Jahr 2019 aus 14 Konsumräumen und einem Konsummobil in insgesamt elf Städten wurde ein Anstieg des Anteils der als wahrscheinlich lebensbedrohlich eingeschätzten Notfälle von 39 % im Jahr 2013 auf 53 % im Jahr 2019 festgestellt (Kuban, 2020). Als mögliche Erklärung für diesen Anstieg wird das steigende Alter der Konsumierenden und ihr häufig schlechter gesundheitlicher Gesamtzustand angeführt. Diese Erklärung korrespondiert mit den seit Jahren ansteigenden Zahlen von Drogentodesfällen durch Langzeitschäden in den Polizei-Daten (siehe 1.1.2). Weitere aufgeführte Risikofaktoren sind die hohen und stark schwankenden Reinheitsgehalte der häufig konsumierten Substanzen Heroin und Kokain sowie die relativ hohe Rate an Ablehnungen von Konsumierenden (hauptsächlich aus disziplinarischen Gründen), wodurch sich auch die hohe Rate an Notfällen ohne vorherige Nutzung des Konsumraums erklären ließe, die 2019 bei 26 % lag (Kuban, 2020).

Speziell aus FFM liegen in diesem Jahr zusätzliche Informationen zu den 2019 behandelten Notfällen vor (Stöver und Förster, 2021b). Die häufigsten Symptome waren Atemstörungen (79 %), Bewusstseinsstörungen (59 %) und komatöse Zustände (reflexlos, keine Reaktion, 55 %). Etwas seltener waren Kreislaufstörungen mit 38 %, gefolgt von Somnolenz und Sopor (24 % bzw. 22 %). Die häufigsten eingeleiteten Maßnahmen waren die Vitalfunktionskontrolle (85 %) und Beatmung (79 %). Kreislaufstabilisierung (48 %), Sauerstoffgabe (45 %) und Naloxongabe (44 %) fanden jeweils in knapp der Hälfte der Fälle statt.

Ein Teil der Einrichtungen veröffentlicht inzwischen regelmäßige Erhebungen zu Nutzung und Klientel. Aus NRW (zehn Städte mit Konsumräumen) bezieht sich die letzte veröffentlichte

⁸ <https://www.drogenkonsumraum.net/> [Letzter Zugriff: 17.08.2021].

⁹ https://www.aids-nrw.de/front_content.php?idcat=1669&idart=7254 [letzter Zugriff: 17.08.2021]

Auswertung auf das Datenjahr 2019 (Pauly und Mücken, 2021), aus Berlin liegt für die drei Konsummobile aus dem gleichen Jahr eine Auswertung vor (Fixpunkt e.V., 2020). Für die vier Drogenkonsumräume in Frankfurt sowie den Drogenkonsumraum in Saarbrücken (SB) wird eine jährliche Auswertung veröffentlicht. Die folgende Zusammenfassung in Tabelle 3 bezieht sich entsprechend der Berichte aus NRW und Berlin auf das Datenjahr 2019 (Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH, 2020, Fixpunkt e.V., 2020, Pauly und Mücken, 2021, Stöver und Förster, 2020) und umfasst die Ergebnisse aus insgesamt 15 Drogenkonsumräumen und drei Mobilen aus 13 Städten. Da die Dokumentationen keinem gemeinsamen Standard folgen, können einige Angaben nicht für alle Konsumräume gemacht werden.

Tabelle 3 Daten aus 18 Drogenkonsumräumen bzw. -mobilen 2019

	NRW	FFM	Berlin	SB
Datengrundlage	10 Räume in 10 Städten	4 Räume	3 Mobile	1 Raum
Konsumierende (n)	-	4152	224	487
Alter der Konsumierenden (Durchschnitt in Jahren)	-	40	-	40
Weiblich ¹	14%	14%		18%
Männlich ¹	86%	86%		82%
Konsumvorgänge (n)	258.369	183.605	3.295	45.165
davon Substituierte	39%			
Konsumierte Substanzen				
Heroin/Opioide ²	70%	79%	31%	42%
Crack		46%	4%	
Kokain	22%	1%	9%	
Kokain und Derivate				17%
Heroin/Opioide ³ + Kokain	7%		55%	41%
Sonstige	1%	2%	1%	< 1%
Applikationsformen				
i.v.	40%	77%	87%	72%
inhalativ	56%			14%
nasal	4%			14%
Notfälle (n)	301	386		88⁴
Wiederbelebung (n)	10			29
Notarzt (n)	139	306		
Krankenhauseinweisung nötig (n)	118	58 ⁵		

1 in NRW basiert die Geschlechtsangabe auf der Anzahl der Konsumvorgänge, in FFM und SB auf der Anzahl der nutzenden Personen

2 in NRW werden Opioide dokumentiert, in FFM und Berlin Heroin, in SB „Opiate und Derivate“

3 in NRW werden Opioide + Kokain dokumentiert, in FFM, Berlin und SB Heroin + Kokain

4 hiervon 59 Notfälle direkt im Konsumraum, 29 innerhalb der Einrichtung bzw. im direkten Umfeld

5 nicht alle Konsumierenden ließen sich tatsächlich einweisen

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, wobei dieser außerhalb von NRW weiterhin deutlich dominiert. Die häufiger berichtete alternative Konsumform ist die Inhalation, nasaler Konsum wird in geringerem Umfang berichtet. Die weit überwiegende Zahl der Konsumierenden ist männlich und das Durchschnittsalter – soweit erhoben – liegt bei ca. 40 Jahren. Es kam in 15 Konsumräumen in insgesamt zwölf Städten zu 775 Notfällen bei 487.139 dokumentierten Konsumvorgängen. Dies entspricht einer Rate von ca. 0,16 %. Nicht alle Notfälle stehen in direktem Zusammenhang mit einem Konsumvorgang, daher stellt diese relativ geringe Rate sogar eine Überschätzung dar. Die Zahlen stammen aus dem Jahr 2019 und sind somit noch nicht von den Bedingungen der COVID-19-Pandemie beeinflusst.

Maßnahmen zur Vorbereitung der Haftentlassung

Im Rahmen des bayerischen Naloxon-Modellprojekts wurden 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 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. Ergebnisse des Modellprojekts „HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!“ zu Hürden für die Initiierung und Aufrechterhaltung der Behandlung sowie möglichen Lösungen wurden im letztjährigen Workbook detailliert dargestellt.

1.5.4 Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends

Da die bundesweite Erhebung der Anzahl abgegebener Spritzen erst einmal durchgeführt wurde, kann noch kein bundesweiter Trend bezüglich der Vergabe von Konsumutensilien berichtet werden. Dies wird in den Workbooks der kommenden Jahre möglich sein.

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, jedoch liegen mittlerweile eine Reihe von wissenschaftlich fundierten Empfehlungen vor. Bereits 2016 wurden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Schadensminderung in Deutschland auf Basis der Ergebnisse der DRUCK-Studie vorgelegt, die detailliert dem Abschlussbericht der DRUCK-Studie entnommen werden können (Robert Koch-Institut (RKI), 2016). Die Deutsche Aidshilfe hat u.a. basierend hierauf 2018 Handlungsempfehlungen speziell für die Vergabe von Konsumutensilien veröffentlicht (Leicht et al., 2018). In NRW wurde im Jahr 2020 ebenfalls eine Leitlinie zur Schadensminimierung für Menschen, die illegale Drogen konsumieren veröffentlicht (Landesstelle Sucht NRW und Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW, 2020).

2 NEUE ENTWICKLUNGEN

2.1 Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen

Der aktuelle Stand und Trends im Bereich drogenbezogener Todesfälle werden in Abschnitt 1.1 dargestellt. Der aktuelle Stand und Trends im Bereich drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle finden sich in Abschnitt 1.2.

Im Zeitraum der COVID-19-Pandemie wurden in einem Krankenhaus in Essen Veränderungen der Diagnosen bei Notaufnahmen untersucht. Dabei wurde der Zeitraum 15.03.2020 bis 04.05.2020 mit dem gleichen Zeitraum im Vorjahr verglichen. Die Gesamtzahl an Notfällen wegen psychiatrischer Diagnosen erhöhte sich um 3,3 % im Vergleich zum Vorjahr (2019: n = 374, 2020: n = 387). Hierbei erhöhte sich der Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer primären Suchtdiagnose um 25 % (2019: n = 132, 2020: n = 165). Dieser Anstieg entsteht fast ausschließlich durch die Zahl an Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit (2019: n = 100, 2020: n = 127). Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen machten mit n = 38 Personen im Jahr 2020 einen viel geringeren Anteil aus, der sich nicht wesentlich von dem im Jahr 2019 (n = 32) unterschied (Sobetzko et al., 2021). Repräsentative Daten zu ganz Deutschland liegen nicht vor.

2.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3. Mit der Einführung neuer Medikamente haben sich die Erfolgchancen der Hepatitis-C-Behandlung auch für Drogenkonsumierende wesentlich verbessert. Wie viele Konsumierende von diesen Möglichkeiten tatsächlich profitieren, bleibt unklar.

Die Ergebnisse einer qualitativen Studie des RKI (siehe 2.3.1) weisen darauf hin, dass niedrigschwellige Angebote zur Testung in der COVID-19-Pandemie stark eingeschränkt waren (Krings et al., 2020). Neuere Entwicklungen zur Testung und Behandlung im Bereich der Infektionskrankheiten werden unter 2.3.3 berichtet.

2.3 Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung

2.3.1 Veränderungen in der niedrigschwelligen Drogenhilfe aufgrund der COVID-19-Pandemie

Da pandemiebedingte Veränderungen im Jahr 2020 das Angebot von Maßnahmen wesentlich beeinflusst haben, sind sie – soweit bekannt – bereits oben unter 1.5.3 bei den jeweiligen Einzelmaßnahmen aufgeführt. Im Folgenden werden zudem Ergebnisse aus zwei Studien beschrieben.

Es liegen Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Befragung von 254 in der Drogenhilfe arbeitenden Personen vor, die zwischen November 2020 und Januar 2021 durchgeführt wurde (Werse und Kamphausen, 2021). Von den Befragten arbeiteten 178 in der niedrigschwelligen / akzeptierenden Drogenhilfe und 76 in der Substitution. Die Zeit von März bis Mai 2020 (erster Lockdown) wurde von den Befragten als die Zeit eingeschätzt, in der die Auswirkungen auf die eigene Arbeit am gravierendsten waren, gefolgt von November und Dezember (zweiter Lockdown). Fast überall umgesetzte Maßnahmen waren Abstandsregeln (99 %), Maskenpflicht (98 %), Handdesinfektion (94 %), Einlassbeschränkungen (89 %) und räumliche oder bauliche Maßnahmen (84 %) etwa durch Markierungen auf dem Boden oder das Anbringen von Plexiglasscheiben. Fast zwei Drittel (63 %) berichteten von einer Anpassung in der Angebotsstruktur, beispielsweise durch telefonische Beratungen. Gut die Hälfte (53 %) berichtete von Angebotseinschränkungen, ein Drittel (34 %) von Teilschließungen einzelner Bereiche und 8 % von einer zeitweisen kompletten Schließung. Die Akzeptanz der Maßnahmen innerhalb der Einrichtungen durch die Klientel wurde weit überwiegend als gut bis sehr gut berichtet. Gleichzeitig gaben zwei Drittel (65 %) der Befragten an, die Qualität ihrer Arbeit habe sich verschlechtert.

Zudem liegen Ergebnisse einer qualitativen Befragung des Robert Koch-Instituts aus 23 Einrichtungen aus dem Zeitraum 15.05.2020 – 15.06.2020 vor (Krings et al., 2020). Die Angaben beziehen sich also auf die relative Anfangszeit der Pandemie (erster Lockdown und erste Phase der Lockerungen danach). Eine Vielzahl von Einrichtungen berichtete von teilweisen oder sogar gänzlichen Schließungen. Besonders betroffen waren Aufenthaltsräume bzw. Kontaktläden, in der Folge war auch zu wenig Privatsphäre für Beratungsgespräche gegeben, obwohl hier ein besonders hoher Bedarf berichtet wurde. Beschreibungen des Notfallbetriebs umfassten die Ausgabe von Konsumutensilien in veränderter Form, z. B. durch ein Fenster und gleich im Wochenvorrat, sowie von Essensausgaben etwa an der Tür. Einige Einrichtungen beschrieben eine verstärkte aufsuchende Arbeit, um den Kontakt zur Klientel halten zu können, andere wiederum gaben an, diese nicht mehr durchführen zu können, da die Abstandsregeln nicht eingehalten werden könnten. Es wurde eine Reduktion der Plätze in

Konsumräumen berichtet. Niedrigschwellige Angebote zur Testung auf Infektionskrankheiten wurden größtenteils ausgesetzt. Die Vermittlung in Substitution wurde von manchen Einrichtungen als leichter, von anderen als schwieriger beschrieben als vor der Pandemie.

In Hamburg wurde aus Sondermitteln für die COVID-19-Pandemie eine niedrigschwellige Substitutionspraxis in einer bereits bestehenden niedrigschwelligen Anlaufstelle eingerichtet (Jugendhilfe e.V., 2020). Damit sollten bisher noch nicht substituierte Opioidkonsumierende erreicht werden, deren Lebensbedingungen sich durch die pandemiebedingten Einschränkungen nochmals verschlechterten. Über die Regelversorgung in der Substitutionstherapie während der COVID-19-Pandemie wird im Workbook Treatment berichtet; die gesetzlichen Veränderungen werden im Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen dargestellt.

2.3.2 Maßnahmen zur Verhinderung von Überdosierungen

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 und Auswirkungen der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020, soweit bekannt.

Zwischenevaluation Bayerisches Landesmodellprojekt Naloxon Take-Home-Programm

Vom Modellprojekt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (Laufzeit 1.10.2018 bis 31.03.2021) liegt eine Zwischenevaluation zum Stichtag 30.06.2020 vor (persönliche Mitteilung Projektmanagement Take-Home Naloxon in Bayern, 2021). Nach Erarbeitung eines Schulungsmanuals wurden manualisierte, psychoedukative Drogennotfallschulungen in Einrichtungen der Suchthilfe in den fünf größten bayerischen Städten durchgeführt. Geschult wurden Opioidabhängige. In Anschluss an die Schulungen erhielten die Teilnehmenden ein Drogennotfallkit inkl. Take-Home Naloxon. Es wurde eine Prä-/Post- und eine Follow-up Evaluation zu den manualisierten Schulungen durchgeführt. Ebenso wurden Teilnehmende, die nach einem Training bei einem Drogennotfall halfen und ihr Naloxon einsetzten, im Anschluss mittels halb-strukturierter Interviews befragt.

Zum Redaktionsschluss liegt ein Zwischenbericht vor. Bis zum Stichtag 30.06.2020 wurden 479 Teilnehmende geschult. Die geschulten Personen waren zwischen 18 und 70 Jahren alt (Durchschnitt knapp 40 Jahre), 33 % waren weiblich. 69 % befanden sich in Substitutionsbehandlung, 10,9 % in Haft und 20,1 % entstammten der Drogenszene. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass Opioidabhängige aller drei Gruppen von der spezifischen Drogennotfallschulung profitieren konnten. Sie erwarben Wissen und Fertigkeiten, die sie sicherer und effektiver in einem Drogennotfall handeln ließen. Neben vielen anderen Aspekten wurde dies auch durch die dokumentierten Drogennotfallsituationen, in denen die Teilnehmenden erfolgreich Wissen und Fertigkeiten eingesetzt haben, aufgezeigt. Mehr Informationen zu den speziell im Gefängnis stattgefundenen Schulungen finden sich im Workbook „Gefängnis“.

Start des bundesweiten Modellprojekts „Naltrain“

Am 01.07.2021 ist das BMG-geförderte und von der Drogenbeauftragte der Bundesregierung unterstützte bundesweite Projekt „Naltrain“ - Konzeption, Umsetzung und Evaluation eines wissenschaftlichen Modellprojekts zur Durchführung deutschlandweiter qualitätsgesicherter Take-Home Naloxon Schulungen¹⁰ gestartet. Ziel des dreijährigen Modellprojekts ist, deutschlandweit in 40 Städten mindestens 800 Mitarbeitende aus mindestens 400 Einrichtungen aus Drogen- und Aidshilfen zu schulen. Diese sollen danach befähigt sein, Naloxon Take-Home Schulungen für Drogengebrauchende und Patientinnen und Patienten in Substitutionstherapie durchzuführen. Parallel soll ein Netzwerk aus Ärztinnen und Ärzten aufgebaut werden, die das Naloxon verschreiben. Insgesamt sollen so 10.000 Drogengebrauchende in Kurzinterventionen geschult und mit Naloxon-Nasenspray ausgestattet werden.

2.3.3 Testung und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die DRUCK 2.0-Studie des RKI (Laufzeit: 01.04.2020 bis 30.11.2022) pilotiert ein Konzept für ein regelmäßiges Monitoring von HIV, HBV, HCV und sexuell übertragbaren Infektionen in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe und Substitutionspraxen in zwei Bundesländern. In Bayern und Berlin sollen insgesamt 700 i.v.-Konsumierende erreicht und auf Infektionskrankheiten getestet werden. Zusätzlich werden Daten zu Soziodemographie, Drogengebrauch, Risiko- und Präventionsverhalten erhoben. In drei Studienarmen wird die Akzeptanz und praktische Durchführbarkeit unterschiedlicher Durchführungsdesigns erhoben. Auf Basis der Ergebnisse dieser Studie soll ein bundesweites Monitoring ausgerollt werden, das alle zwei Jahre stattfinden soll und bei bestimmten Fragestellungen durch flexible Zusatzmodule ergänzt werden könnte (Steffen et al., 2021).

2.3.4 Pilotprojekt Drug-Checking „SubCheck“

In Thüringen haben im Juli 2021 die ersten Einsätze des Drug-Checking Pilotprojekts „SubCheck“ der „S i T - Suchthilfe in Thüringen gGmbH“ im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie stattgefunden. Es handelt sich um die deutschlandweit erste Umsetzung eines Pilotprojekts zum Thema Drug-Checking.

Die Substanzanalyse findet auf Partys und Festivals in enger Kooperation mit dem bereits etablierten Safer-Nightlife-Projekt „Drogerie“ des Präventionszentrums der S i T statt. Wenn hier im Gespräch mit beratungssuchenden Personen deutlich wird, dass diese ggf. im Besitz von auf dem Schwarzmarkt erworbenen Substanzen sind, werden sie auf die Möglichkeit der Substanzanalyse hingewiesen. Diese erfolgt anonym. Die Probe wird selbstständig von der beratungssuchenden Person für die Analyse vorbereitet, abgewogen und in die Testlösung gegeben. Dazu wird entsprechende Schutzausrüstung, wie Nitrilhandschuhe, Schutzkittel und

¹⁰ Siehe <https://www.naloxontraining.de/naltrain/> bzw. <https://www.naloxontraining.de/wp-content/uploads/2021/08/Infotext-NALtrain.pdf> [letzter Zugriff: 19.08.2021]

eine Schutzbrille ausgehändigt, welche während der Dauer der Analyse getragen werden müssen. Die Substanz verbleibt bis zur chemischen Reaktion durch die Hinzugabe der Testlösung im Besitz der beratungssuchenden Person. Somit sind die Mitarbeitenden des Angebots zu keiner Zeit im Besitz von Substanzen, die ggf. dem BtMG oder NpSG unterliegen. Danach wird die Lösung verschiedenen Analysemethoden unterzogen. Die chemisch-toxikologischen Analysen werden durch die LeadiX GmbH fachlich betreut, die Auswahl und Kombination der jeweiligen geeigneten Analysemethoden werden durch die vor Ort befindlichen entsprechend ausgebildeten Mitarbeitenden bestimmt. Die konkreten chemischen Abläufe werden dokumentiert, um aus den gewonnenen Daten einen standardisierten Ablauf zu entwickeln. Die Beratung auf Grundlage der Ergebnisse der Analysen wird von professionellen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen vor Ort im Wohnmobil der Drogerie durchgeführt. Ziel der Beratung ist, individuell über die Zusammensetzung der abgegebenen Substanz zu informieren und wichtige Hinweise zum Safer Use bzw. zur Schadensminderung und zur dringenden Vermeidung von Mischkonsum zu geben. Bei Hinweisen auf problematische Konsummuster können die Beraterinnen und Berater entsprechend tätig werden, diese benennen und an adäquate (Früh-) Interventionsangebote vermitteln. Die Konsumierenden erhalten explizit keine schriftliche Rückmeldung und dürfen die Ergebnisse nicht abfotografieren. Hiermit soll sichergestellt werden, dass Analyseergebnisse nicht als vermeintliches „Gütesiegel“ verwendet und von Dealern missbraucht werden können.

Extrem hochdosierte Substanzen mit gefährlichen Beimischungen, nicht erwartete oder gänzlich unbekannte Substanzen werden beschrieben und als besonders gefährlich klassifiziert. Diese Ergebnisse werden als Warnmeldungen aufbereitet online veröffentlicht. Zudem erfolgt eine direkte Meldung an die zuständigen Ministerien und Gesundheitsbehörden sowie das Early Warning System der EMCDDA. Erwartete Ergebnisse werden hingegen nicht veröffentlicht, um kein falsches Sicherheitsempfinden unter Konsumierenden zu befördern, da es falsch wäre, anzunehmen, dass phänotypisch gleich erscheinende Präparate auch die gleiche Zusammensetzung haben. Das Projekt wird durch eine Evaluation der Charité Berlin begleitet (Präventionszentrum der SiT-Suchthilfe in Thüringen gGmbH, 2021).

2.3.5 Projekt „SHIFT Plus“ - Weiterentwicklung und Evaluation des Sucht-Hilfe-Familientrainings für drogenabhängige Eltern

Das Projekt „SHIFT Plus“¹¹ basiert auf den Ergebnissen des Vorgängerprojektes „Crystal Meth und Familie II“, in welchem das „SHIFT Elterntaining“ speziell für die Zielgruppe methamphetaminabhängiger Eltern konzipiert wurde. Dieses hatte sich in einer ersten Evaluation als wirksam im Bereich der Förderung des Erziehungsverhaltens sowie der Reduktion drogenbezogener Probleme erwiesen und wurde im Rahmen des neuen Projektes für den gesamten Bereich der Abhängigkeit von illegalen Substanzen weiterentwickelt und um Module für Angehörige ergänzt, um es im Bereich Familienresilienz auszubauen. Es handelt

¹¹ <https://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute/disup/forschungsprojekte/shift-plus/>
[letzter Zugriff 17.08.2021]

sich um eine modularisierte Gruppenintervention mit zehn Sitzungen für drogenabhängige Eltern von Kindern im Alter zwischen null und acht Jahren, basierend auf sucht- und verhaltenstherapeutischen Prinzipien. In zwei Sitzungen werden Kinder oder andere Angehörige mit einbezogen. Die Umsetzung erfolgte bundesweit an insgesamt acht Praxisstandorten in Zusammenarbeit mit der Sucht- und Jugendhilfe. Die Intervention wird in Bezug auf Akzeptanz und Wirksamkeit anhand standardisierter Fragebogenverfahren zu vier Messzeitpunkten (prä, post, 3-Monats-Katamnese, 6-Monats-Katamnese) evaluiert. Erste Zwischenergebnisse zeigen eine signifikante Wirksamkeit der Intervention im Hinblick auf die Reduzierung depressiver Symptome sowie eine verbesserte Kenntnis zum Thema Familie und Sucht in der Interventionsgruppe direkt nach Trainingsteilnahme. Die berichtete Akzeptanz und Praktikabilität des Programms ist auf Seiten von Teilnehmenden wie Trainerinnen und Trainern hoch (persönliche Mitteilung Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Kath. Hochschule NRW, 2021).

3 QUELLEN UND METHODIK

3.1 Quellen

- 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.
- 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.
- 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.
- Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH (2020). Jahresbericht 2019 Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH - Drogenhilfezentrum, gGmbH, D. S., Saarbrücken.
- Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH (2021). Jahresbericht des Drogenhilfezentrums 2020, Saarbrücken.
- Eggl, P. (2009.) Arbeit im Spiegel der stationären Suchtbehandlung. Eine themenspezifische Auswertung der Behandlungsstatistik der Forel Klinik. atf Fachtagung "arbeit macht trocken", 11/20/2009 2009 Zürich.
- EMCDDA (2019). Drug-related deaths and mortality in Europe. Update from the EMCDDA expert network. July 2019, Union, P. O. o. t. E., Luxembourg.
- 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.

- Fixpunkt e.V. (2020). Statistische Auswertung 2019 Mobiles Drogenkonsumraum-Team. Drogenkonsummobil, e.V., F., Berlin.
- Gerlich, M., Dichtl, A. & Graf, N. (2020). Abschlussbericht zum Projekt "HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!", Köln.
- Jugendhilfe e.V. (2020). Corona-Virus: Niedrigschwellige Substitutionsambulanz im Drob Inn eröffnet, Hamburg.
- Krings, A., Steffen, G., Germershausen, C. & Zimmermann, R. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Präventionsangebote zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Epidemiologisches Bulletin, 42, 3-9.
- Kuban, M. (2020). Drogenkonsumräume retten Menschenleben.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte, München.
- Lahusen, H., Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2020). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2019 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe, BADO e.V., Hamburg.
- Landesstelle Sucht NRW & Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW (2020). Harm Reduction: Risiken mindern - Gesundheit fördern. Empfehlung zur Schadensminimierung für Menschen in Nordrhein-Westfalen, die illegale psychoaktive Substanzen konsumieren, Aidshilfe NRW e.V., Köln.
- Leicht, A., Achenbach, S., Beyer, S., Ostermann, O., Köthner, U., Ketzler, S. & Schäffer, D. (2018). Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien. Ein Handlungskonzept der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie und der nationalen Strategie BIS 2030 des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Pauly, A. & Mücken, D. (2021). Jahresbericht 2019. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen, NRW, G. d. L. S., Köln.
- 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.
- Präventionszentrum der SiT-Suchthilfe in Thüringen gGmbH (2021). Projektkonzept SubCheck & Party 2021 (unveröffentlicht), Erfurt.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2021). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020. Datenstand: 1. März 2021.
- Sobetzko, A., Janssen-Schauer, G. & Schäfer, M. (2021). Anstieg der Suchtpatienten in der Notfallversorgung während der Corona-Pandemie. Sucht, 67, 3-11.
- Steffen, G., Krings, A., Germershausen, C. & Zimmermann, R. (2021 Published). Poster: Pilotstudie für ein Monitoringsystem von durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden in Deutschland - DRUCK 2.0. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress 2021, 2021 of Conference.
- Stöver, H. (2014). SMOKE-IT! Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ) mittels neuartiger Präventionstools sowie medialer und personaler Interventionen, Fachhochschule Frankfurt am Main, I. f. S. I., Frankfurt am Main.

- Stöver, H. & Förster, S. (2020). Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2019., Frankfurt am Main.
- Stöver, H. & Förster, S. (2021a). Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2020., Institut für Suchtforschung (ISFF) & Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt am Main.
- Stöver, H. & Förster, S. (2021b). Drogennotfälle in den Frankfurter Drogenkonsumräumen – Strategien in der Überlebenshilfe. Forschungsbericht., Institut für Suchtforschung (ISFF) & Frankfurt University of Applied Sciences, 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.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2021). Corona und Drogenhilfe – Zur Situation in ‚harten‘ Drogenszenen. Centre for Drug Research & Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main.
- World Health Organization (WHO) (2014). Community management of opioid overdose, WHO, Geneva.
- Zippel-Schultz, B., Specka, M., Stöver, H., Nowak, M., Cimander, K., Maryschok, M., Poehlke, T., Helms, T. M. & Scherbaum, N. (2019). Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – die SubsCare-Studie. Suchttherapie, 20, 76-84.

3.2 Methodik

3.2.1 Erfassung von Drogentoten

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

Falldatei Rauschgift

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

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

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

Allgemeines Sterberegister¹²

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

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

¹² 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).

3.2.2 Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht¹³. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das RKI zu melden. Diese Laborberichte werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte. Somit enthalten die HIV-Meldungen im Idealfall Angaben zu Alter und Geschlecht, dem Wohnort, dem Übertragungsweg der Infektion sowie Informationen zum Krankheitsstadium und HIV-bezogenen Basis-Laborparametern. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

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

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden zusätzlich zum HIV-Status seit 2007 auch Angaben zum HBV- und HCV-Status der Patienten gemacht. Da die Anzahl der Einrichtungen, die diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren. Im neuen Kerndatensatz ist die Erfassung von Infektionskrankheiten verbessert worden.

Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-B-Meldungen

Die Falldefinitionen des RKI wurden im Jahr 2015 dahingehend geändert, dass nur noch der direkte Hepatitis-B-Erregernachweis die Kriterien für einen labordiagnostischen Nachweis erfüllt. Als Bestätigungstest für einen HBs-Antigennachweis ist der HBe-Antigennachweis hinzugekommen. Der Anti-HBc-IgM-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-labor diagnostisch 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

¹³ <https://www.rki.de> [Letzter Zugriff: 25.08.2021].

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) Antikörpernachweis ausreichte, hat nach Einschätzung des RKI in einem unbestimmten Anteil der Fälle zu einer Meldung von bereits spontan ausgeheilten bzw. erfolgreich therapierten Infektionen sowie darüber hinaus zu einer unbekanntem Zahl von Mehrfacherefassungen 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 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2020 nach Substanzen, polizeiliche Daten	8
Tabelle 2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnose-statistik 2019.....	14
Tabelle 3	Daten aus 18 Drogenkonsumräumen bzw. -mobilen 2019	36

5 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten 2010 bis 2019	11
Abbildung 2	Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2020	12
Abbildung 3	Trend Anteile der Opioidintoxikation an drogenbezogenen Todesfällen 2010 bis 2019	13
Abbildung 4	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle.....	15
Abbildung 5	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)	16
Abbildung 6	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes).....	17
Abbildung 7	Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD	19
Abbildung 8	Trend HBV-Diagnosen	20
Abbildung 9	Übertragungswege HCV-Diagnosen 2020	22
Abbildung 10	Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen	22
Abbildung 11	10-Jahres-Trend HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM.....	24
Abbildung 12	10-Jahres-Trend Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM.....	25
Abbildung 13	Naloxon-Projekte 2020.....	33