



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



Deutsche Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

# Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

## DEUTSCHLAND

Bericht 2022 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2021 / 2022)

Esther Neumeier<sup>1</sup>, Franziska Schneider<sup>1</sup>, Krystallia  
Karachaliou<sup>1</sup>, Charlotte von Glahn-Middelmenne<sup>2</sup> & Maria  
Friedrich<sup>3</sup>

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

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

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Eine Kooperation von

BZgA

Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

DHS  
Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.

IFT  
Mental Health &  
Addiction Research

## INHALT

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL</b> .....	<b>6</b>
1.1	Drogenbezogene Todesfälle .....	6
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen .....	6
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle .....	7
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien) .....	9
1.1.4	Trends drogenbezogener Todesfälle .....	9
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle .....	10
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle .....	10
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	10
1.2.3	Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	12
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	15
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C .....	15
1.3.2	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen .....	21
1.3.3	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	27
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	28
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	28
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung .....	29
1.5.1	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung .....	30
1.5.2	Maßnahmen zur Schadensminderung .....	30
1.6	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung .....	35
1.6.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung .....	35
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN</b> .....	<b>36</b>
2.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht- tödlichen Notfällen .....	36
2.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	36
2.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung .....	36

---

<b>3</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK .....</b>	<b>36</b>
3.1	Quellen .....	36
3.2	Methodik .....	38
3.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	38
3.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	39
<b>4</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>1</b>
<b>5</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>1</b>

## 0 ZUSAMMENFASSUNG

### **Drogenbezogene Todesfälle**

Im Jahr 2021 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 1.826 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste erfasste Wert seit 20 Jahren und im Vergleich zu 2020 ein Anstieg um etwa 15,5 %. 2021 stellen die Langzeitschäden (meist mit zusätzlicher akuter Intoxikation) wie erstmals 2020 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 zusätzlich vorliegenden akuten Intoxikationen Opioide eine wesentliche Rolle spielen. Davon abgesehen sind Vergiftungen durch Opioide auch weiterhin die häufigste Todesursache.

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

Die Anzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle liegt im Jahr 2020 bei 20.456. Nach einem kontinuierlichen Anstieg über zehn Jahre bis 2015 sind die Zahlen minimal gesunken, waren drei Jahre etwa stabil und sind 2020 nochmals minimal gesunken. Welche Rolle Auswirkungen der Corona-Epidemie auf diesen Verlauf haben, ist unklar. Toxikologische Angaben aus den Aufnahmen müssen aufgrund 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 2020, wie bereits in den Vorjahren mit jeweils knapp 2.000 Fällen ähnlich große Anteile aus, wobei Stimulanzien (exkl. Kokain) im Zeitverlauf an Bedeutung gewonnen haben, ebenso wie Cannabinoide, deren Anteil in den letzten Jahren jedoch wieder etwas abgenommen hat.

### **Drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Die Meldedaten des Robert Koch-Instituts (RKI) für HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) hatten für das Jahr 2020 Rückgänge der Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung aufgewiesen, die zumindest zum Teil auf mangelnde Testungen aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Einschränkungen und auf eingeschränktes Risikoverhalten zurückzuführen waren. Im Jahr 2021 sind die Zahlen für HBV und HCV wieder angestiegen, bei HIV gingen die Zahlen noch etwas weiter zurück. Die HIV-Inzidenz war bereits zwischen 2015 und 2018 gesunken.

Im Jahr 2021 wurden dem RKI 2.234 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als Neudiagnosen identifiziert werden. Intravenöser Drogenkonsum als wahrscheinlichster Übertragungsweg wurde bei 8 % der Fälle (n = 118) mit Angaben zum Übertragungsweg dokumentiert und war somit der dritt wichtigste Übertragungsweg. Die seit

2013 zu beobachtende Zunahme von HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen konsumierenden Personen scheint in den beiden Pandemie Jahren 2020 und 2021 gebrochen worden zu sein. Die davor entstandenen lokalen Infektionscluster scheinen sich weitgehend aufgelöst zu haben. Es ist aber unklar, inwieweit diese positive Entwicklung bei den Neudiagnosen eventuell durch ein vermindertes Testangebot oder verminderte Wahrnehmung von Testung beeinflusst wird.

Für das Jahr 2021 wurden insgesamt 8.353 Fälle von Hepatitis B nach Referenzdefinition übermittelt. Nur bei 320 (3,8 %) der übermittelten Fälle wurden für die Auswertung ausreichende Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Hierbei war i.v.-Drogenkonsum mit 106 Infektionen (33 %) erneut der zweithäufigste Weg; von diesen lag bei drei Infektionen die Spezifizierung „während eines Haftaufenthalts“ vor.

Im Jahr 2021 wurden insgesamt 4.747 Fälle von Hepatitis C übermittelt. Männer und Jungen sind weiterhin mehr als doppelt so häufig infiziert wie Mädchen und Frauen. Intravenöser Drogengebrauch als Übertragungsweg für HCV wurde 2021 für 673 Infektionen (67 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) angegeben. Von diesen lag bei 27 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.

Das Pilotprojekt DRUCK 2.0 des RKI hat 2021 und 2022 Erhebungen in zwei Bundesländern durchgeführt, um ein zukünftiges Monitoringsystem für HIV, Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und Syphilis unter intravenös Drogenkonsumierenden (IVD) in Deutschland zu pilotieren. Bisher fehlt eine bundesweite regelmäßige Erhebung unter IVD in Deutschland. Die erhobenen Prävalenzen lagen bei 46 % für isolierte HCV-Antikörper als Zeichen einer ausgeheilten HCV-Infektion und 27 % für aktive, virämische HCV-Infektionen. Für HBV lagen die Prävalenzen bei 17 % für ausgeheilte HBV-Infektionen und 1,2% für aktive HBV-Infektionen. Die Prävalenz für HIV lag bei 2,4 % und für ausgeheilte Syphilis-Infektionen bei 1,7 %. Ergebnisse werden ausführlich unter 1.3.2 und 1.3.3 berichtet.

### **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 2021 verbesserte sich die Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Schadensminderung, die durch die Bedingungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie eingeschränkt war, nach aktueller Datenlage wieder erheblich. Ein Zwischenstand des Modellprojekts „Naltrain“, das den Ausbau von Naloxon-Schulungen deutschlandweit wissenschaftlich evaluiert vorantreiben soll, wird unter 1.5.2 berichtet.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumierenden spielen nach wie vor Drogenkonsumräume eine entscheidende Rolle. Aktuell gibt es in 17 Städten in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Saarland) insgesamt 32 Drogenkonsumräume oder -mobile mit insgesamt ca. 316 Konsumplätzen. 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).

## 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, berichtet vom Bundeskriminalamt (BKA) sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes. Beide Erfassungssysteme werden unter 4.2.1 ausführlicher beschrieben und hier nur kurz charakterisiert:

Die Daten des BKA 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). Im Berichtsjahr 2022 (Datenjahr 2021) liegen die Daten erstmalig in einer neuen Form vor. Aufgrund der nach wie vor erfolgenden Umstellung der Datenerhebung ist eine vertiefte Analyse noch nicht möglich, auch der Vergleich mit den Vorjahren muss in diesem Jahr entfallen. Für die nächsten Jahre ist eine vertiefte Analyse vorgesehen.

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. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen keine neuen Daten aus der Todesursachenstatistik vor. Die Ergebnisse der Vorjahre sind den vorangegangenen Workbooks zu entnehmen.

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, noch wichtiger, toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung darüber, ob ein Drogentod vorliegt, herangezogen wurden. Die Obduktionsrate aller durch das BKA gemeldeten drogenbezogenen Todesfälle lag im Datenjahr 2021 bei 51,2 % und somit wieder höher als im Vorjahr (2020: 43,5 %), nachdem sie zuvor mehrere Jahre lang kontinuierlich gesunken war (2015: 60,9 %). Toxikologische Gutachten wurden in

35,4 % der Fälle erstellt, noch seltener als 2020 (42,0 %; 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.

2021 kamen insgesamt 1.826 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste erfasste Wert seit 20 Jahren. Zuletzt lag er im Jahr 2001 (1.835 Menschen) höher. Die Anzahl steigt seit Jahren kontinuierlich; im Vergleich zu 2020 (1.581 Personen) handelt es sich um einen Anstieg von 15,5 %. Der Zeitverlauf wird im Abschnitt 1.1.4 ausführlicher dargestellt. 2021 sind nach einer mehrjährigen Pause aufgrund der Umstellung auf ein neues polizeiliches Datensystem und der Erfassung bzw. Erhebung rauschgiftbezogener Sachverhalte erstmalig wieder Alter und Geschlecht der Verstorbenen dokumentiert.

## **1.1.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle**

### **Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen**

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die toxikologischen Angaben zu den Drogentodesfällen. Dabei sind im Jahr 2021 unter polyvalenten Vergiftungen aufgrund der Veränderung der polizeilichen Datenerhebung erstmalig alle Stoffe in der Tabelle aufgeführt; in den Vorjahren war dies nicht systematisch der Fall. Dadurch ist ein direkter Vergleich der Häufigkeit der Todesursachen mit den Vorjahren nicht mehr möglich.

Insgesamt wurden im Jahr 2021 1.826 Drogentodesfälle gemeldet, darunter 641 monovalente Vergiftungen und 1.021 polyvalente Vergiftungen. Es ist möglich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen die Anzahl polyvalenter Vergiftungen noch unterschätzt wird.

2021 wurden bei über einem Drittel (35,1 %) aller Drogentodesfälle Langzeitschäden in Kombination mit einer akuten Intoxikation angegeben. Weitere 3,1 % sind Langzeitschäden ohne zusätzliche akute Intoxikation

Unter den Vergiftungen stellt die Überdosierung mit Heroin / Morphin (monovalent; 10,7 %, häufiger in Verbindung mit anderen Substanzen: 26,9 %) nach wie vor die häufigste Todesursache dar. Die nächsthäufig registrierten Stoffe sind Opioid-Substitutionsmittel, hier vor allem Methadon (monovalent: 4,8 % bzw. 4,5 %, häufiger in Verbindung mit anderen Substanzen: 22,4 % bzw. 20,0 %). Obwohl ein direkter Vergleich mit den Vorjahren methodisch nicht möglich ist, kann somit festgehalten werden, dass Opioide unter den Drogentodesfällen nach wie vor die größte Rolle spielen.

Unter den Nicht-Opoiden wird Kokain/Crack am häufigsten nachgewiesen (monovalent: 4,1 %, polyvalent: 15,9 %) gefolgt von Amphetamin (monovalent: 5,0 %, polyvalent: 12,8 %).

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2021, polizeiliche Daten

	%	Anzahl
<b>Monovalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate</b>		
Heroin / Morphin	10,7	195
Opioid-Substitutionsmittel	4,8	88
– davon: Methadon	4,5	82
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex)	0,2	4
– davon: Sonstige	0,1	2
Fentanyl	1,6	30
Sonstige opiat-basierte Arzneimittel	0,8	14
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	0,1	2
<b>Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide</b>		
Kokain / Crack	4,1	74
Amphetamin	5,0	92
Methamphetamin	1,3	23
Amphetaminderivate (MDMA)	0,7	13
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	0,4	7
– davon: synthetische Cannabinoide	0,1	2
– davon: sonstige NPS	0,3	5
GHB/GBL	0,2	4
Psychoaktive Medikamente	1,4	26
<b>Polyvalente Vergiftungen<sup>1</sup></b>		
Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	26,9	491
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	22,4	409
– davon: Methadon i.V.m.a.S.	20,0	366
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m.a.S.	1,3	24
– davon: Sonstige i.V.m.a.S.	1,0	19
Fentanyl i.V.m.a.S.	3,2	58
Sonstige opiat-basierte Arzneimittel i.V.m.a.S.	4,5	82
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate) i.V.m.a.S.	0,7	12
Kokain / Crack i.V.m.a.S.	15,9	291
Amphetamin i.V.m.a.S.	12,8	233
Methamphetamin i.V.m.a.S.	3,6	65

Amphetaminderivate (MDMA) i.V.m.a.S.	2,4	44
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) i.V.m.a.S.	1,8	32
– davon: synthetische Cannabinoide	0,4	8
– davon: sonstige NPS	1,3	24
GHB/GBL i.V.m.a.S.	0,6	11
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	18,3	335
<b>Sonstige Todesursachen</b>		
Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	2,1	38
Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	4,5	83
Langzeitschäden	38,2	698
– davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	35,1	641
Unfälle	2,5	46
<b>Gesamt (N)<sup>2</sup></b>	<b>100</b>	<b>1826</b>

### 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

#### Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Im Jahr 2012 wurde die Datenerfassung des BKA geändert, daher werden nur Trends seit diesem Zeitpunkt beschrieben. Im Berichtsjahr 2022 (Datenjahr 2021) liegen die BKA-Daten erstmalig in einer neuen Form vor. Diese ermöglicht keinen direkten Vergleich der todesursächlichen Substanzen mehr mit dem Vorjahr. Anders als im allgemeinen Sterberegister unterscheidet die polizeiliche Erfassung monovalente und polyvalente Vergiftungen. Die Erfassung der polyvalenten Vergiftungen hat sich wesentlich geändert; seit dem Datenjahr 2021 werden alle an der polyvalenten Vergiftung beteiligten Substanzen berichtet. In den nächsten Jahren werden somit vertiefte Analysen möglich, aktuell ist die Trendberichterstattung bezüglich todesursächlicher Substanzen hierdurch nicht möglich.

Im Jahr 2021 kamen insgesamt 1.826 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste erfasste Wert seit 20 Jahren. Zuletzt lag er im Jahr 2001 (1.835 Menschen) höher. Die Anzahl steigt seit Jahren kontinuierlich. Im Vergleich zu 2020 (1.581 Personen) handelt es sich um einen Anstieg von 15,5 %. Die Kombination aus den mittlerweile häufig registrierten Langzeitschäden mit dem hohen Anteil an Opioid-bedingten Überdosierungen spricht für die Hypothese, dass die alternde, multimorbide Kohorte von Opioid-Konsumierenden wesentlich zum Gesamtanstieg der Drogentodesfälle beiträgt.

## 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 2020 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 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.

### 1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2020

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 44	45 - 65	65+
<b>akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)</b>	<b>19.415</b>	<b>397</b>	<b>5.145</b>	<b>9.416</b>	<b>3.661</b>	<b>796</b>
durch Opioide (F11.0)	1.862	16	199	951	475	221
durch Cannabinoide (F12.0)	1.747	124	936	571	105	11
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	1.653	23	329	560	462	279
durch Kokain (F14.0)	737	2	154	488	89	4
durch andere Stimulanzien (F15.0)	2.310	107	799	1.248	149	7
durch Halluzinogene (F16.0)	361	14	220	116	9	2
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	65	3	17	36	8	1
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	10.680	108	2.491	5.446	2.364	271

Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	1.041	61	174	269	201	336
durch Opium (T40.0)	41	1	2	13	8	17
durch Heroin (T40.1)	50	0	9	35	6	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	626	25	54	97	149	301
durch Methadon (T40.3)	52	4	6	25	14	3
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	18	2	4	8	3	1
durch Kokain (T40.5)	72	2	16	50	4	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	24	4	4	7	3	6
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	116	23	59	18	13	3
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	20	0	14	6	0	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	22	0	6	10	1	5

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2022

### 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).

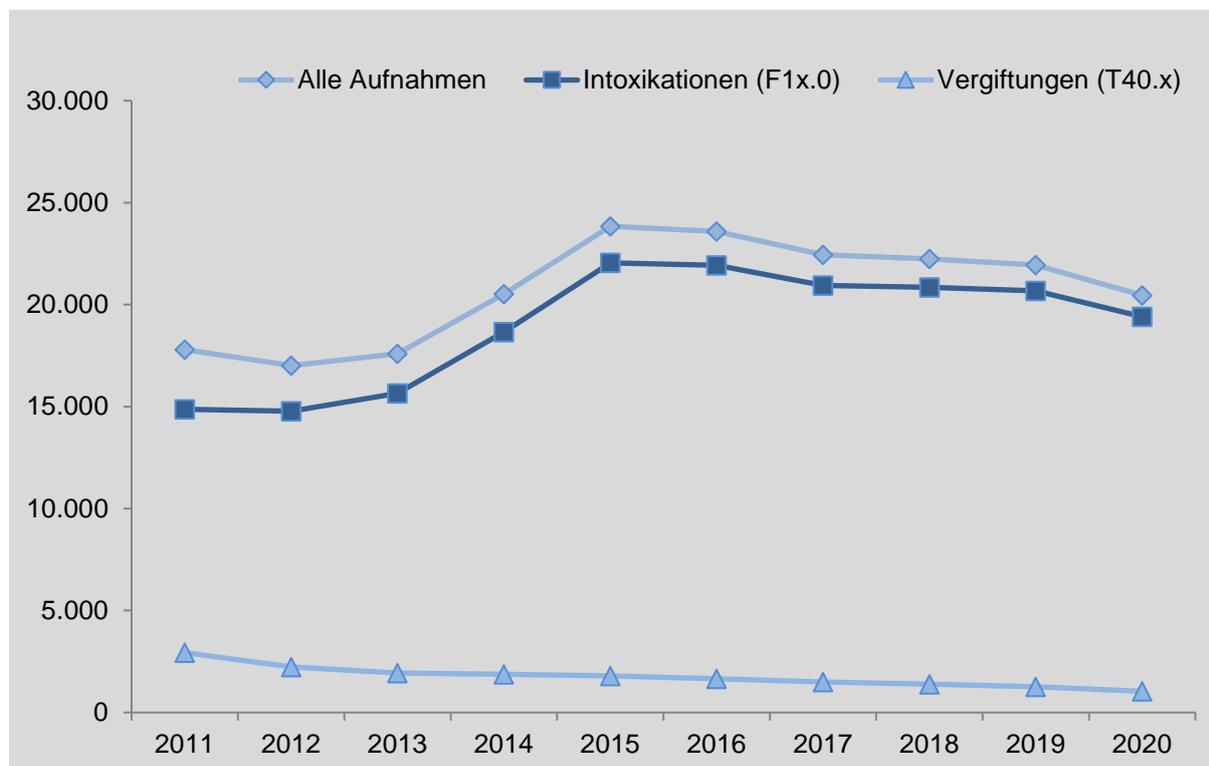


Abbildung 1 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Bis 2015 stieg die Zahl der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle auf 23.839 Aufnahmen an (siehe Abbildung 1). Seitdem ist sie minimal gesunken, war einige Jahre stabil und ist im Jahr 2020 nochmals minimal auf 20.456 Fälle gesunken (2019: 21.940 Fälle). Inwieweit die Corona-Pandemie die Fallzahl beeinflusst hat, ist nicht bekannt, da hierzu keine bundesweiten Daten vorliegen. In einer kleinen Studie aus einem Krankenhaus in Essen im Jahr 2020 wurden keine relevante Veränderung in der Anzahl der Notaufnahmen aufgrund illegaler Substanzen gefunden (Sobetzko et al., 2021).

In der Kodierung überwiegen bei weitem die akuten Intoxikationsfälle (F-Kodierungen), die 2020 19.415 Fälle ausmachten und auch den Gesamtanstieg der Jahre bis 2015 bedingten. Die Anzahl der kodierten Vergiftungsfälle, die bereits 2011 schon auf viel niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten zehn Jahren weiter gesunken und liegt 2020 bei 1.041 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 (T40.x-Codes, siehe Abbildung 2) 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: 626 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 (2020: 50 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide (T40.7) damit die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Ihre Anzahl unterliegt leichten Schwankungen, ist in den letzten Jahren jedoch tendenziell noch gesunken und befindet sich mit 116 Fällen auch im Jahr 2020 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 ebenfalls nur eine untergeordnete Rolle.

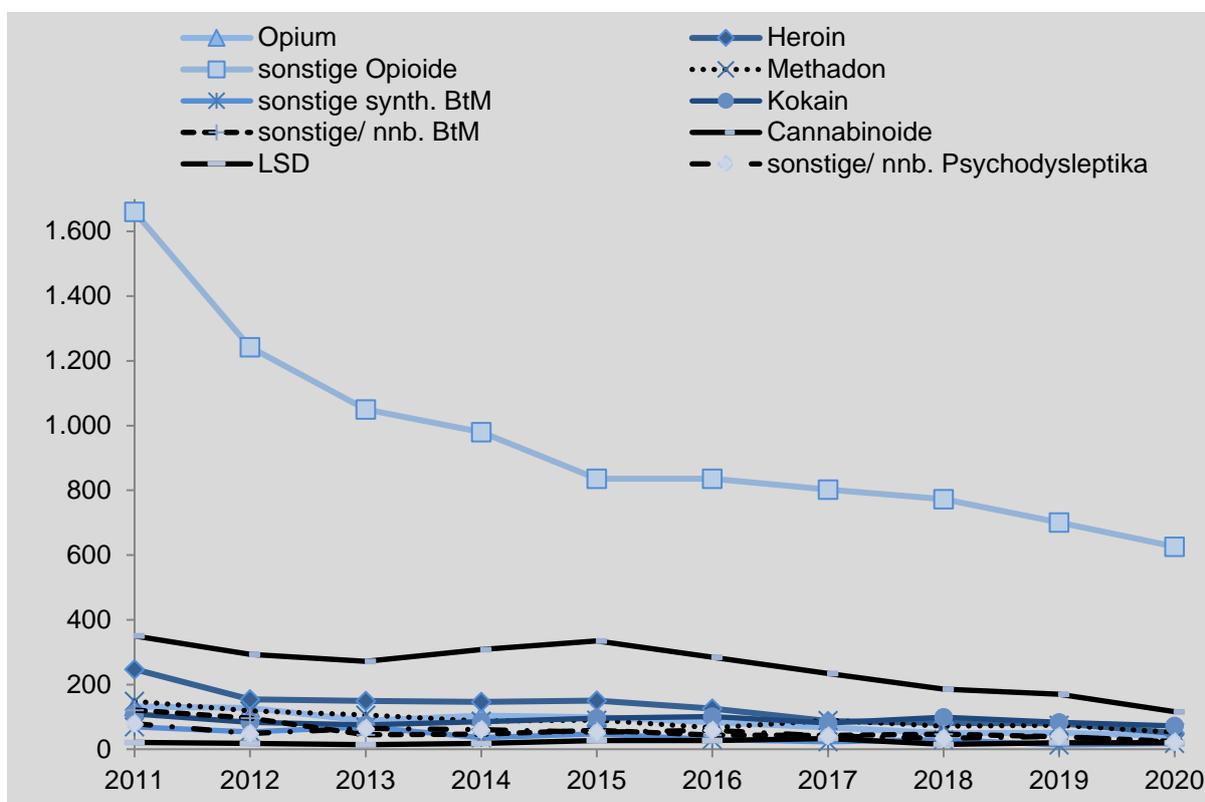


Abbildung 2 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

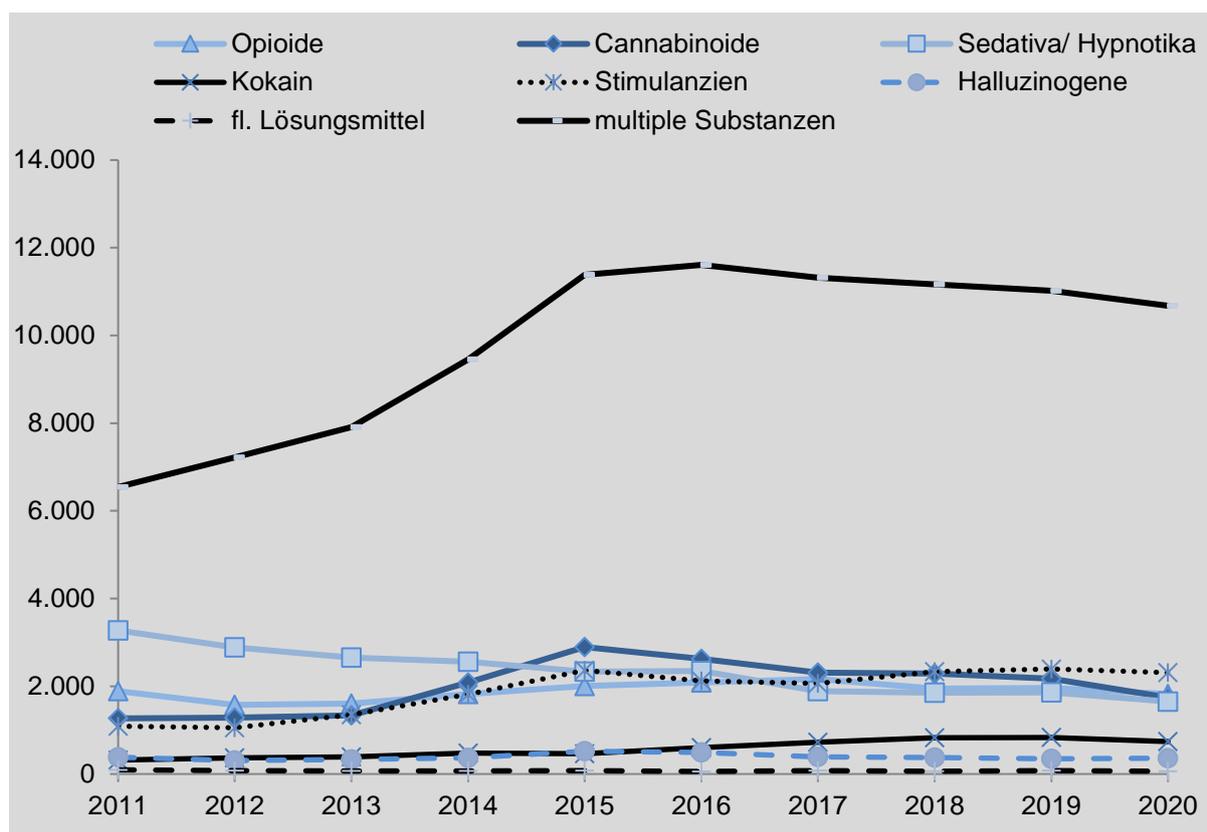


Abbildung 3 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)

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 10.680 Fällen gut die Hälfte aller Diagnosen aus (siehe Abbildung 3). 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, Stimulanzien (exkl. Kokain) und Opioiden machen 2020 wie bereits in den Vorjahren 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 Stimulanzien (exkl. Kokain) sind bis 2015 steil angestiegen und seitdem mit Schwankungen stabil bzw. im Fall von Cannabinoiden leicht rückläufig. Die Anzahl der Intoxikationen durch die Stoffgruppe der Sedativa / Hypnotika ist in den letzten zehn Jahren mit leichten Schwankungen insgesamt zurückgegangen. Intoxikationen durch Opioiden sind in den letzten zehn Jahren mit leichten Schwankungen stabil geblieben. Insgesamt zeigt sich im Bereich der akuten Intoxikationen ein Trend hin zu multiplem Substanzgebrauch und dem Gebrauch nicht-ICD-10-klassifizierter Substanzen.

### 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 im Abschnitt 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. Bisher gibt es kein regelmäßig durchgeführtes, deutschlandweites Monitoring von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumierenden. Die Pilotstudie DRUCK 2.0 des RKI wurde in zwei Bundesländern durchgeführt, um ein solches Monitoring zu pilotieren; die Ergebnisse werden unter 1.3.2 und 1.3.3 dargestellt.

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

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

Die folgenden Angaben entstammen dem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch des RKI für das Jahr 2021 (Robert Koch-Institut (RKI), 2021). Trendaussagen beruhen auf den Jahrbüchern der entsprechenden Datenjahre. Für die drei berichteten Infektionskrankheiten HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) zeigten sich im Jahr 2020 Rückgänge der übermittelten Neuinfektionen in der Allgemeinbevölkerung, die zumindest zum Teil auf mangelnde Testungen aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Einschränkungen und auf eingeschränktes Risikoverhalten zurückzuführen waren. Im Jahr 2021 sind die Zahlen für HBV und HCV wieder angestiegen, bei HIV gingen die Zahlen noch etwas weiter zurück. Die HIV-Inzidenz war bereits zwischen 2015 und 2018 gesunken (Robert Koch-Institut (RKI), 2022b).

#### HIV Meldedaten

Im Jahr 2021 wurden dem RKI 2.234 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als Neudiagnosen identifiziert werden konnten (Robert Koch-Institut (RKI), 2021, Robert Koch-Institut (RKI), 2022b). Die bundesweite Inzidenz lag damit bei 2,7 Neudiagnosen pro 100.000 Einwohnern. Die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen sank von 2015 bis 2018, stieg im Jahr 2019 erneut leicht an, um in den Jahren 2020 und 2021 auf den niedrigsten Stand seit 2004 zurückzugehen. Gegenüber dem Vorjahr (2.466) fiel die Anzahl um 232 Fälle (9 %).

Für 1.553 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 63 % (983) wahrscheinlich über gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern infiziert, 28 % (440) über heterosexuelle

Kontakte und 8 % (118) bei i.v.-Drogenkonsum. Bei 1 % (11) der Neudiagnosen handelte es sich um Kinder, die über ihre Mütter infiziert worden waren.

Die seit 2013 zu beobachtende Zunahme von HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen konsumierenden Personen scheint in den beiden Pandemie Jahren 2020 und 2021 gebrochen worden zu sein (siehe Abbildung 4). Die davor entstandenen lokalen Infektionscluster scheinen sich weitgehend aufgelöst zu haben. Es ist unklar, inwieweit diese positive Entwicklung bei den Neudiagnosen eventuell durch ein vermindertes Testangebot oder verminderte Wahrnehmung von Testung beeinflusst wird.

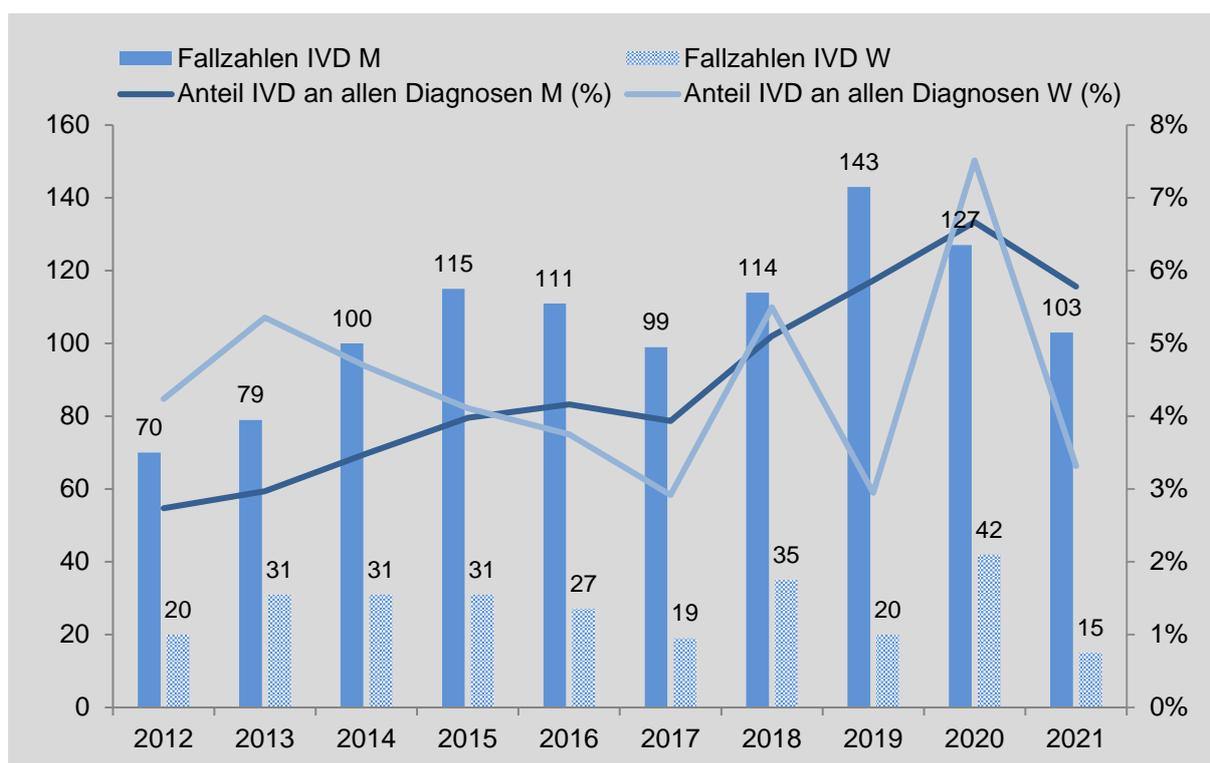


Abbildung 4 Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt Robert Koch-Institut (RKI) (2022b)

## Hepatitis B Meldedaten

Die Falldefinitionen für einen Hepatitis-B-Nachweis wurden im Jahr 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 5). Die Falldefinition wird genauer unter 4.2.2 beschrieben.

Für das Jahr 2021 wurden insgesamt 8.353 Fälle von Hepatitis B nach Referenzdefinition übermittelt (2020: 6.798). Nur bei 320 (3,8 %) 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 (126 Fälle, 39 %). Die Transmission durch i.v.-Drogenkonsum war im Jahr 2021 erneut der zweithäufigste angegebene Weg mit 106 Infektionen (33 %), darunter drei Infektionen während eines Haftaufenthalts.

Seit 2015 ist eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen (siehe Abbildung 5). 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 2021 1.488 mehr Hepatitis-B-Infektionen übermittelt (Anstieg um 22 %). Mögliche Ursachen der im Jahr 2021 höheren Zahlen können u. a. eine wieder zunehmende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und ein verändertes Kontaktverhalten aufgrund der Abnahme von Einschränkungen während der COVID-19-Pandemie sein. Seit Oktober 2021 wird die Labordiagnostik für HBV im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung (ehemalig Check-up 35) einmalig erstattet, dies könnte einen Einfluss auf die Anzahl gemeldeter Fälle haben. Die Interpretation des Zeitverlaufs ist jedoch auch aufgrund der Definitionsänderungen schwierig.

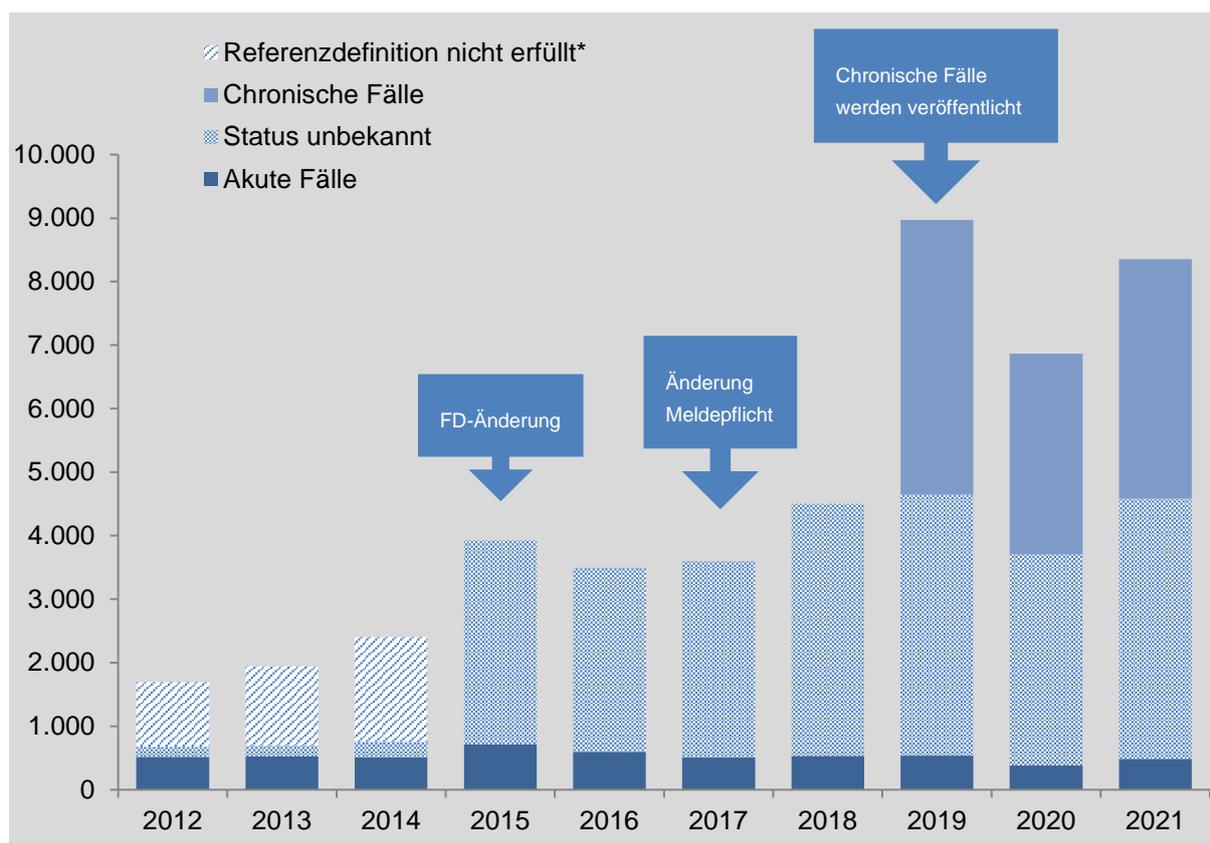


Abbildung 5 Trend HBV-Diagnosen

Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt Robert Koch-Institut (RKI) (2022b)

Deutschland hat sich den Eliminationszielen viraler Hepatitis der WHO bis 2030 verschrieben. 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 sechs Monaten). Im Jahr 2021 waren 81 % der Fälle, bei denen genügend Information vorlag, um das Stadium festzustellen, chronische Fälle.

Zeitverläufe der Hepatitis-C-Infektionszahlen sind aufgrund 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 vorlag, 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 4.2.2.

Für das Jahr 2021 wurden insgesamt 4.747 Fälle von Hepatitis C übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 5,7 übermittelten Infektionen pro 100.000 Einwohnende. Damit ist die Inzidenz im Vergleich zum Vorjahr 2020 minimal angestiegen. 2020 war sie im Vergleich zu den Vorjahren wesentlich abgesunken, was zumindest teilweise durch Einschränkungen durch die Corona-Pandemie zu erklären ist. Wie in den Vorjahren sind Jungen und Männer (7,8 Infektionen / 100.000 Einwohnende) mehr als doppelt so häufig infiziert wie Mädchen und Frauen (3,6).

Abbildung 6 zeigt die Angaben zum wahrscheinlichsten Übertragungsweg. Diese Angaben liegen für 1.004 Infektionen (entspricht 21 % aller gemeldeten Infektionen) vor. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Intravenöser Drogengebrauch als wahrscheinlichster Übertragungsweg wurde für 673 Infektionen (67 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Von diesen lag bei 27 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.

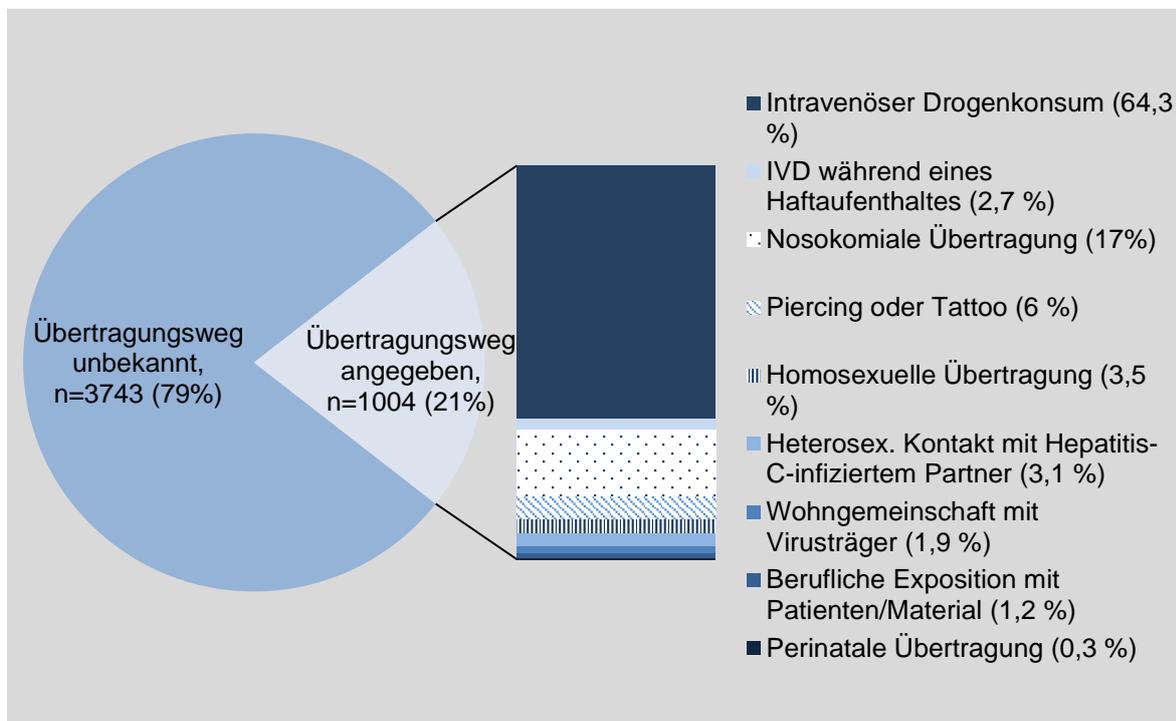


Abbildung 6 Übertragungswege HCV-Diagnosen 2021

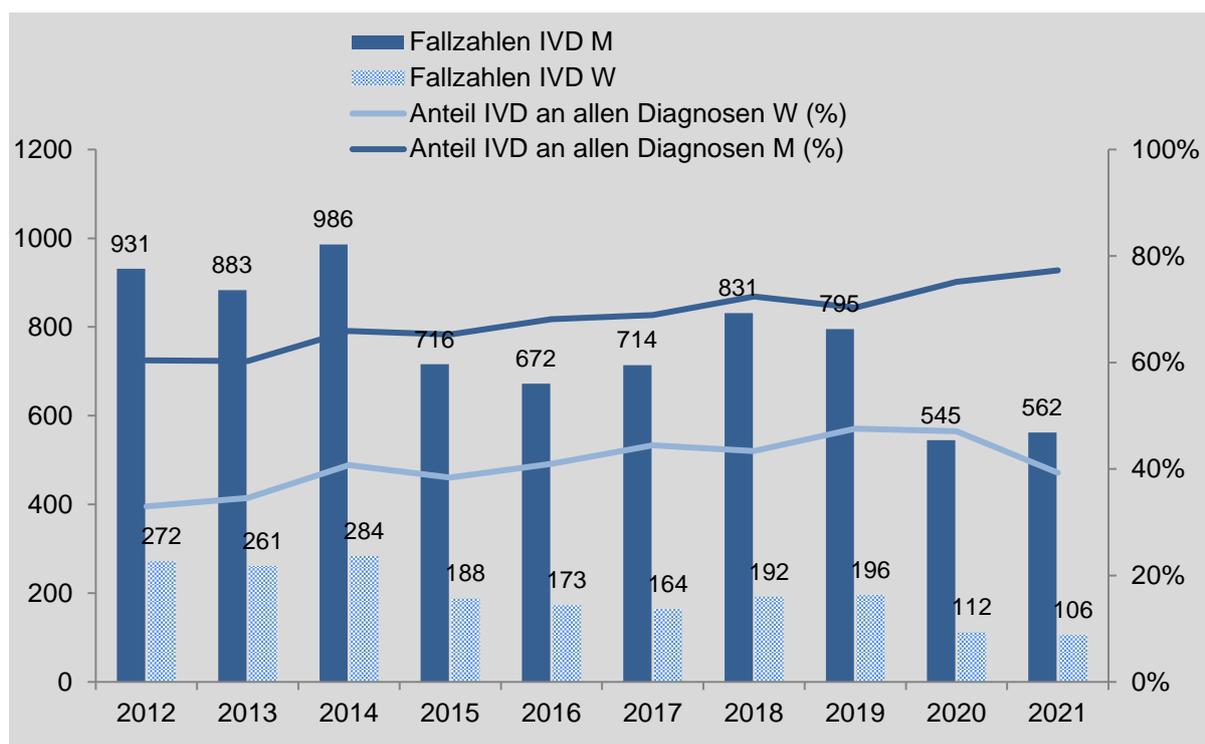


Abbildung 7 Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen  
Robert Koch-Institut (RKI) (2022b)

Wie auch in den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen (siehe Abbildung 7). 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.

Der beobachtete deutliche Rückgang der Anzahl übermittelter HCV-Infektionen seit 2020 ist möglicherweise durch Unterdiagnose und -erfassung während der COVID-19-Pandemie bedingt. Ein Teil des Rückgangs kann aber auch einem tatsächlichen Rückgang der Inzidenz durch effektive Hepatitis-C-Behandlungen und dadurch seltenerem Auftreten von Transmissionsereignissen entsprechen. Zudem war die Zunahme der Fallmeldungen nach der Änderung der Meldepflicht 2017 möglicherweise auch teilweise bedingt durch „Nachmeldungen“ alter chronischer Infektionen, ggf. auch Mehrfachmeldungen, die im Berichtsjahr nicht mehr ins Gewicht fallen. Der Anteil übermittelter akuter HCV-Infektionen unter den Fällen mit Angaben zum Stadium der Infektion beträgt jedoch ähnlich wie in den Vorjahren etwa ein Fünftel der Fälle. Dies deutet darauf hin, dass die tatsächliche Inzidenz der Infektion in etwa gleichgeblieben ist. Es ist davon auszugehen, dass sich immer noch Personen neu infizieren. Deutschland hat sich den Eliminationszielen viraler Hepatitis der WHO bis 2030 verschrieben. Um sich diesen Zielen anzunähern, müssen insbesondere Gruppen, in denen aktuell Infektionen übertragen werden, wie Drogengebrauchende, Inhaftierte, Menschen, die sexuelle Risiken eingehen und Menschen aus Hochprävalenzländern, verstärkt ein Testangebot und die Möglichkeit einer Behandlung und Prävention bekommen.

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

#### Ergebnisse der DRUCK 2.0 Pilotstudie<sup>1</sup>

Die an die globalen Ziele der World Health Organization<sup>2</sup> angelehnte nationale Eliminierungsstrategie von HIV/viraler Hepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen bis 2030<sup>3</sup> hebt besonders die Senkung der Krankheitslast in vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit injizierendem Drogenkonsum (IVD) hervor. Während eine erste Erhebung im Rahmen der DRUCK-Studie 2011-2014 teils sehr hohe HIV-, Hepatitis B- und C-Prävalenzen<sup>4</sup> bei IVD im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigte, werden aktuelle Daten zu Prävalenzen und relevanten Verhaltens- und Versorgungsindikatoren benötigt, um weiterhin gezielte Präventions- und Kontrollmaßnahmen für diese Infektionen anbieten zu können. Zu diesem Zweck pilotiert das Projekt DRUCK 2.0 des RKI ein zukünftiges Monitoringsystem für HIV, Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und Syphilis bei IVD in Deutschland.

Für die Pilotierung wurden von 2021 bis 2022 IVD im Rahmen der Routinearbeit niedrigschwelliger Drogenhilfe-Einrichtungen und Substitutionspraxen in Berlin und Bayern rekrutiert. Um an der Studie teilnehmen zu können, mussten Interessierte mindestens 16 Jahre alt sein und mindestens einmal während der letzten zwölf Monate Drogen injiziert haben. Teilnehmenden wurde Kapillarblut abgenommen und mittels einer Trockenblutkarte auf HBV und HCV, HIV und Syphilis getestet. Außerdem füllten alle Teilnehmenden einen Fragebogen zu Soziodemographie, Verhalten und Zugang zu medizinischer Versorgung aus. Falls nötig wurden sie dabei durch die Einrichtungsmitarbeitenden unterstützt. Als Aufwandsentschädigung wurde ein 10-Euro-Einkaufsgutschein ausgegeben.

Insgesamt haben in Berlin und Bayern 20 niedrigschwellige Einrichtungen und drei Substitutionspraxen zwischen dem 05.06.2021 und 15.04.2022 für die DRUCK 2.0-Studie 649 IVD rekrutiert. Davon wurden 594 in die vorläufigen Analysen eingeschlossen. Hier werden Daten aus diesen vorläufigen Analysen dargestellt. Datenstand ist der 30.06.2022 (persönliche Mitteilung RKI, 2022).

---

<sup>1</sup> Mehr Informationen zur Studie unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Druck\\_2.0.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Druck_2.0.html) [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

<sup>2</sup> World Health Organization (WHO) (2016). "Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis." <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1> [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

<sup>3</sup> Bundesministerium für Gesundheit and 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." [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf) [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

<sup>4</sup> Robert Koch-Institut (RKI) (2016). "Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie)." <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf> [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

Das mediane Alter der Teilnehmenden lag bei 39 Jahren (Spanne: 17-66 Jahre), 68 % (402/593) waren männlich. 22 % der Teilnehmenden (129/594) waren außerhalb Deutschlands geboren, die Mehrheit davon in Osteuropa. Von allen Teilnehmenden waren 34 % (140/414) aktuell obdachlos, und 61 % (356/580) gaben an, derzeit eine Opioidsubstitutionstherapie zu erhalten. Erhobene Risikoverhaltensweisen werden unter 1.3.3 berichtet.

Die Prävalenz lag bei 46 % (272/586) für isolierte HCV-Antikörper als Zeichen einer ausgeheilten HCV-Infektion und 27 % (158/589) für aktive, virämische HCV-Infektionen. Für HBV lag die Prävalenz bei 17 % (99/581) für ausgeheilte HBV-Infektionen und 1,2 % (7/582) für aktive HBV-Infektionen. Die Prävalenz für HIV lag bei 2,4 % (14/588) und für ausgeheilte Syphilis-Infektionen bei 1,7 % (10/582). Die Auswertungen der Hepatitis B Impfprävalenz sind noch in Bearbeitung.

Die Autorinnen der Studie schlussfolgern, dass die Zahlen auf die Notwendigkeit des Abbaus von Zugangsbarrieren zu Prävention und medizinischer Versorgung hinweisen. Dieser ist notwendig, um die hohe Prävalenz viraler Hepatitiden und HIV unter IVD in Deutschland zu senken, die Transmission zu verringern und somit die Eliminationsziele erreichen zu können. Das Vorhaben, eine regelmäßig stattfindende, bundesweite Datenerhebung aufzubauen, unterstützt dabei, den Eliminierungsprozess in Deutschland fortlaufend zu beobachten und zielgerichtet Anpassungen von Präventions- und Versorgungsangeboten vorzunehmen. Eine bundesweite Ausrollung des Monitorings soll nach Ende des Pilotprojektes vorbereitet werden.

### **Daten aus der Suchthilfe**

Es liegen jährlich erhobene Daten zu HIV, HCV und HBV von Opioidkonsumierenden aus der Hamburger Basisdokumentation (BADO) der ambulanten Suchthilfe (Martens und Neumann-Runde, 2021) und von Nutzerinnen und Nutzern der Konsumräume in Frankfurt am Main (FFM) aus der Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume (Stöver und Förster, 2021) vor. Beide Dokumentationssysteme erfassen Selbstauskünfte der Klientinnen und Klienten. Zudem liegen Daten für ambulant betreute oder behandelte Opioidklientel (Hauptsubstanzen Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, andere Opioide) aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) vor (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2022). Diese werden von den behandelnden Personen erfasst, basieren aber ebenfalls zu großen Teilen auf Selbstauskünften der Klientel; in einigen Fällen werden während der Behandlung Tests durchgeführt und dokumentiert.

Im Jahr 2020 wurden in der BADO Daten von 3.131 Personen dokumentiert, die eine hauptsächliche Opioid-Problematik angaben. Der größte Teil von ihnen weist jedoch polytoxe Konsummuster auf. Die Dokumentation aus FFM bezieht sich 2020 auf 3.521 Nutzerinnen und Nutzer der Konsumräume (543 Frauen, 2.978 Männer). Es handelt sich hierbei nicht um eine reine Opioid-Klientel, allerdings wurden in etwa 80 % der Konsumvorgänge (auch) Opioide konsumiert, zusätzlich ist der Konsum von Crack verbreitet. Aus der DSHS werden als Vergleich Daten von Klientinnen und Klienten in ambulanter Betreuung mit einer primären Opioid-Diagnose herangezogen.

## HIV

Aus Hamburg liegen aus dem Jahr 2020 Informationen zum HIV-Status von 2.012 Personen (562 Frauen, 1.449 Männer) vor; 10,1 % der Opioidklientel gab an, bisher noch nie einen HIV-Test gemacht zu haben. Insgesamt gaben im Jahr 2020 3,8 % ein positives Testergebnis an.

In FFM gaben 958 Personen ein HIV-Testergebnis an; 15,6 % gaben an, nie einen Test gemacht zu haben. 668 Personen in FFM gaben an, wann der letzte HIV-Test erfolgte: 34 % der Tests fanden 2020 statt, weitere 51 % waren 2019 erfolgt. Die restlichen Tests waren älter. Insgesamt gaben im Jahr 2020 3,3 % ein positives Testergebnis an. Im Folgenden werden die Verläufe aus beiden Dokumentationen gemeinsam dargestellt.

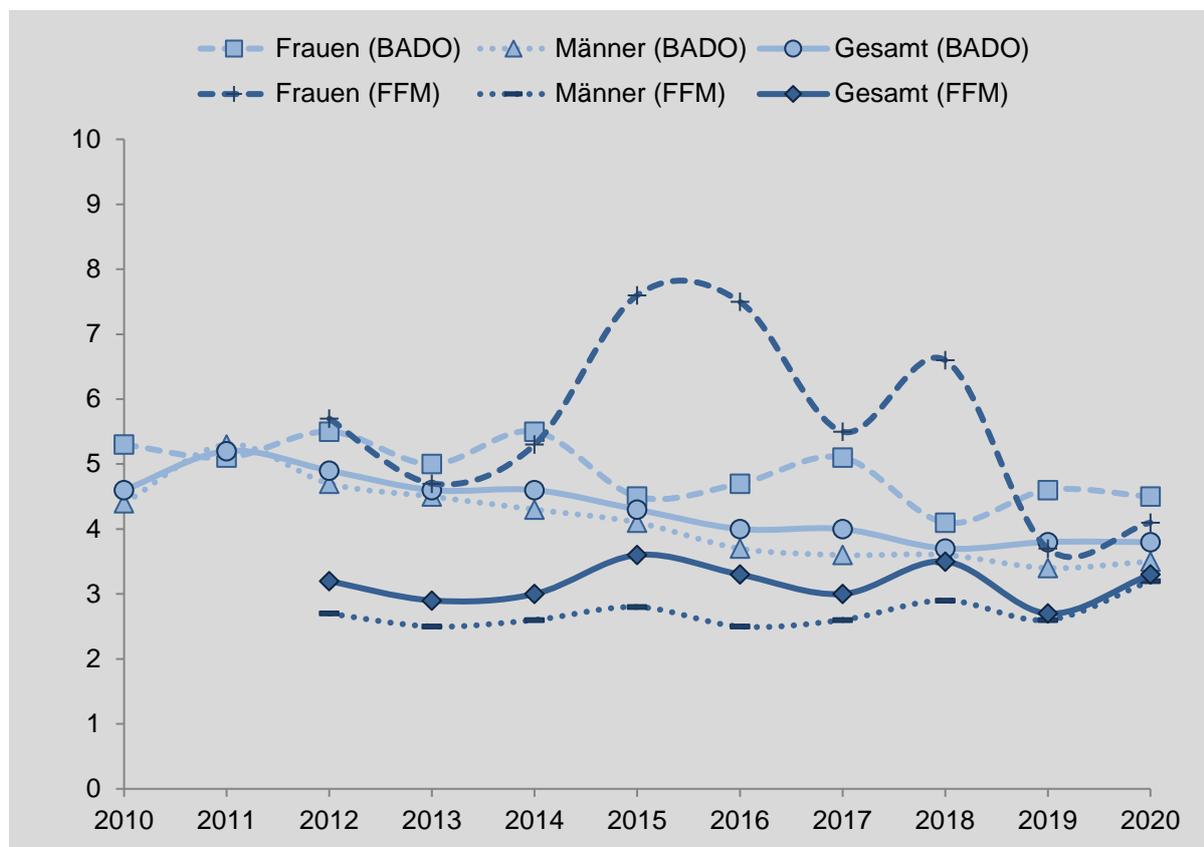


Abbildung 8 10-Jahres-Trend HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen aus Hamburg und FFM (zuletzt Martens und Neumann-Runde, 2021, Stöver und Förster, 2021)

Aus FFM liegen Daten seit dem Jahr 2012 vor, aus der Hamburger BADO kann ein 10-Jahres-Trend dargestellt werden. Wie Abbildung 8 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 wiesen Frauen in beiden Dokumentationen eine höhere Infektionsrate auf als Männer; 2020 haben sich diese angenähert.

In der Deutschen Suchthilfestatistik finden sich ebenfalls Angaben zu Testung und Ergebnissen. Für die Opioidklientel in der ambulanten Betreuung werden für HIV Angaben zur Testung von 6.622 Personen gemacht. 37 % gaben an, noch nie getestet worden zu sein, 28 % gaben einen Test an, der länger als zwölf Monate zurücklag und weitere 35 % gaben eine Testung innerhalb der letzten zwölf Monate an. Angaben zu Testergebnissen wurden für 4.062 Personen gemacht. Von diesen waren 4,0 % positiv, wobei die Prävalenz bei Männern mit 3,7 % niedriger lag als bei Frauen (4,9 %).

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. Nur etwa ein Drittel der Tests wurde innerhalb der letzten zwölf Monate gemacht. Es ist auch denkbar, dass manche Personen ein Testergebnis nicht berichten möchten, etwa aus Sorge vor Stigmatisierung oder anderweitiger Benachteiligung.

Fasst man die Ergebnisse zusammen, so kommt man unter Opioidkonsumierenden auf eine HIV-Prävalenz von durchschnittlich etwa 3 % bis 4 %, wobei Frauen etwas höhere Werte aufweisen.

Die Werte müssen aufgrund der oben genannten Einschränkungen vorsichtig gedeutet werden, befinden sich jedoch in einem ähnlichen Bereich wie die vorläufigen Ergebnisse der methodisch wesentlich verlässlicheren Pilotstudie DRUCK 2.0 (Prävalenz von 2,4 %, siehe oben). Sie liegen auch im Range der in der älteren DRUCK-Studie erhobenen Werte (Robert Koch-Institut (RKI), 2016), die eine HIV-Prävalenz zwischen 0,0 % und 9,1 % (je nach Studienstadt) feststellte. Auch in der DRUCK-Studie zeigte sich, dass Frauen häufiger infiziert waren als Männer (7 % vs. 4 %).

## Hepatitis C

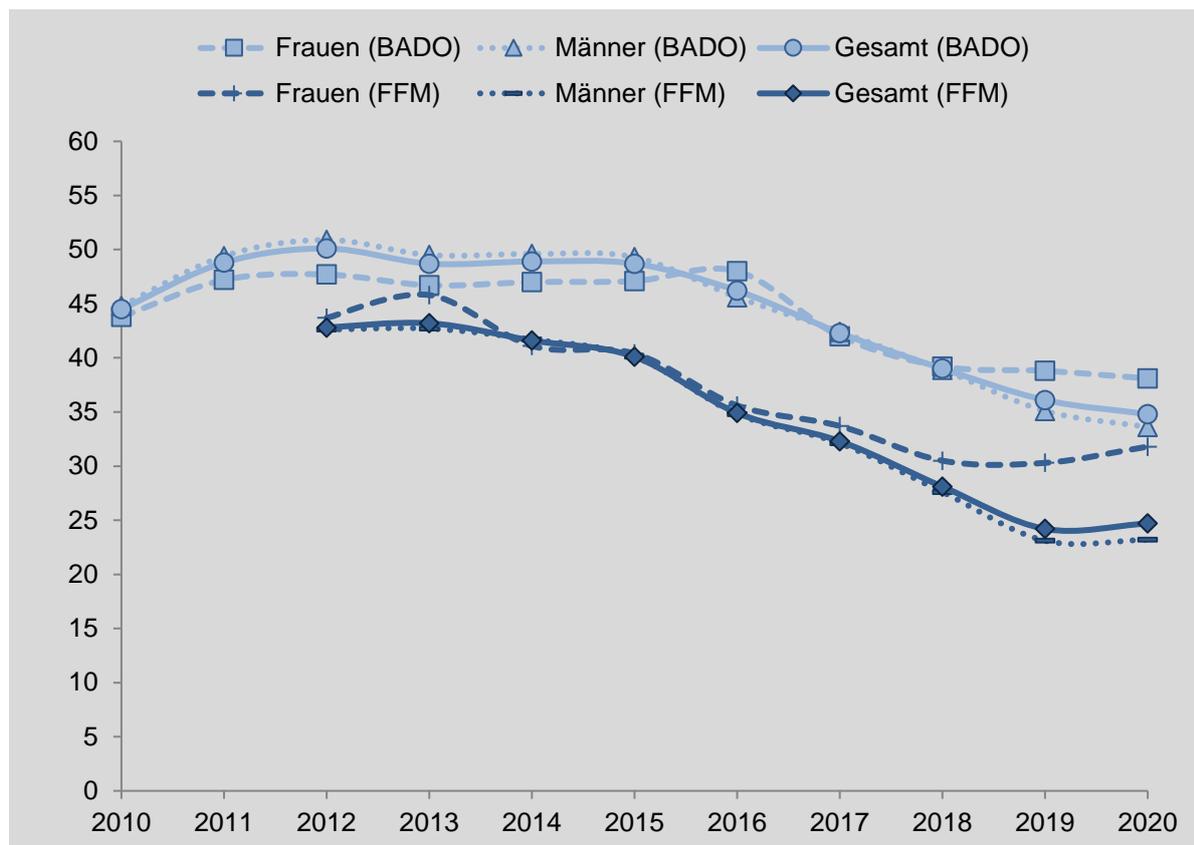


Abbildung 9 10-Jahres-Trend Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM

Grafik basiert auf den jährlich erstellten Dokumentationen aus Hamburg und FFM (zuletzt Martens und Neumann-Runde, 2021, Stöver und Förster, 2021)

In der BADO wurden im Jahr 2020 für 2.045 Opioidkonsumierende Angaben zum HCV-Status dokumentiert, 9,1 % gaben an, noch nie einen Test gemacht zu haben. 34,8 % gaben einen positiven Test an. In der Frankfurter Konsumraumdokumentation liegen Angaben von 976 Personen zum Infektionsstatus bezüglich HCV und HBV vor, wobei 13,1 % angaben, nie einen Test gemacht zu haben. 24,7 % gaben eine HCV-Infektion an, weitere 1,1 % eine Co-Infektion von HCV und HBV. Die angegebene Rate an HCV-Infektionen von Männern sinkt in beiden Dokumentationssystemen seit einigen Jahren. Die HCV-Prävalenz unter Frauen ist ebenfalls einige Jahre gesunken, hat sich jedoch in beiden Städten seit 2018 stabilisiert und ist in FFM zuletzt minimal angestiegen (siehe Abbildung 9). Damit liegen die Infektionsraten seit 2018 in beiden Städten für Frauen etwas höher als für Männer.

In der DSHS 2020 (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2022) liegen Daten zur Hepatitis C-Testung von 6.705 Fällen mit einer hauptsächlichen Opioidproblematik vor. Von diesen gaben 36,1 % an, nie getestet worden zu sein, 27,8 % eine Testung, die länger als zwölf Monate zurücklag und 36,1 % eine Testung innerhalb der letzten zwölf Monate. Testergebnisse liegen von 4.278 Fällen vor. Von diesen gaben 20,1 % einen positiven Antikörpernachweis und 16,4 % einen aktiven Virusnachweis an.

Zusammenfassend ergibt sich eine Prävalenzschätzung für Hepatitis C unter Opioidkonsumierenden zwischen 16 % und gut einem Drittel aller Betreuten, wobei die Zahlen in den letzten Jahren sinken. Die Prävalenz in der ambulant betreuten Klientel der DSHS liegt unter der Prävalenz aus den lokalen Monitoring-Systemen in Hamburg und Frankfurt. Dies mag auch an Unterschieden in der Klientel liegen. 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. Diese Zahlen korrespondieren etwa mit dem vorläufigen Ergebnis der Pilotstudie DRUCK 2.0, die eine Prävalenz für aktive Hepatitis C von 27 % ergab (siehe oben).

## **Hepatitis B**

Die BADO dokumentiert eine Infektionsrate für HBV von 3,3 %. In der Frankfurter Konsumraumdokumentation zeigt sich eine recht niedrige Infektionsrate für HBV von 1,2 %, weitere 1,1 % für eine Co-Infektion von HBV und HCV. In der DSHS wurden 2020 für 3.731 ambulant betreute Fälle mit hauptsächlicher Opioidproblematik Aussagen zur Testung dokumentiert. Dies sind nur gut halb so viele Fälle, wie für Hepatitis C und HIV (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2022). Von diesen gaben 39,7 % an, noch nie getestet worden zu sein, 26,1 % eine Testung vor mehr als zwölf Monaten und 34,3 % eine Testung innerhalb der letzten zwölf Monate. Testergebnisse liegen von 3.731 Personen vor. Von diesen hatten 2,1 % einen aktiven Virusnachweis.

Die Daten erscheinen vor dem Hintergrund des unklaren Teststatus<sup>5</sup> und des komplizierten Hepatitis-B-Nachweises wenig aussagekräftig. Die Prävalenz für eine aktive HBV-Infektion aus der methodisch wesentlich besseren Pilotstudie DRUCK 2.0 liegt mit 1,2 % niedriger.

## **Drogenkonsum und Infektionskrankheiten unter wohnungslosen Menschen in Berlin: POINT**

Bei der folgenden Darstellung handelt es sich um eine gekürzte Fassung der im epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlichten ausführlichen Beschreibung der Studie und ihrer Ergebnisse, die online abrufbar ist<sup>5</sup>.

In den letzten Jahren stieg die geschätzte Zahl von Menschen in Wohnungslosigkeit in Deutschland stetig an<sup>6</sup>. Diese sind von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen und ihre Grundbedürfnisse wie Nahrung, Kleidung und Hygiene sind oft nicht gedeckt, was zu einer hohen Vulnerabilität für übertragbare und nicht-übertragbare Erkrankungen führt (Liu et al., 2020). Zudem ist ihr Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung oft eingeschränkt oder nicht vorhanden (Kaduszkiewicz et al., 2017). Daten zum Gesundheitszustand und den Gesundheitsbedarfen von Menschen in Wohnungslosigkeit liegen für Deutschland bisher kaum vor (Schindel et al., 2020).

---

<sup>5</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/13\\_22.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/13_22.pdf) [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

<sup>6</sup> [https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM\\_2021\\_12\\_21\\_BAGW\\_Schaetzung.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM_2021_12_21_BAGW_Schaetzung.pdf) [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

Das RKI führte im Jahr 2020 eine Querschnittsstudie in fünf niedrigschwelligen medizinischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Berlin durch. Menschen, die angaben, wohnungslos zu sein, wurden mithilfe venöser Blut- und Urinproben auf HIV, HBV, HCV, Syphilis, Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoeae (NG) und Tuberkulose getestet. Mittels eines Fragebogens wurden sie zu Soziodemographie, Gesundheitsverhalten sowie Zugang zu Gesundheitsangeboten befragt. Bei Bedarf konnte eine Sprachmittlung in Anspruch genommen werden. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden im Rahmen von Gesprächsgruppen mit dem Studienteam und Teilnehmenden Machbarkeit und Akzeptanz des Studiendesigns diskutiert.

Insgesamt wurden 216 Teilnehmende in die Analyse eingeschlossen. Davon waren 88 % (191/216) männlich, das mediane Alter lag bei 41 (19-68) Jahren. 73 % (158/215) wurden außerhalb Deutschlands geboren und 57 % (123/216) verfügten nicht über eine in Deutschland gültige Krankenversicherung.

Insgesamt injizierten 53 % (114/216) der Teilnehmenden in den letzten 30 Tagen Drogen und 71 % (153/214) waren mindestens einmal in ihrem Leben inhaftiert.

Die Prävalenz von aktiver HBV lag bei 1,9 % (4/212), von aktiver HCV bei 15,9 % (34/213) und von HIV bei 2,8 % (6/213). Es wurde keine aktive TB gefunden, die Prävalenz latenter TB-Infektionen lag bei 14,8 % (31/216). Die Prävalenz aktiver Syphilis lag bei 1,4 % (3/212), von Chlamydien bei 3,0 % (6/197) und von Gonorrhö bei 2,0 % (4/197).

Bei 26 % (56/212) der Teilnehmenden lagen isolierte HBS-Antikörper als Zeichen einer erfolgten Hepatitis B-Impfung vor. Während 44 % (96/212) der Teilnehmenden angaben, schon einmal in ihrem Leben auf HCV getestet worden zu sein, wussten 71 % (36/51) der Teilnehmenden mit einer aktiven HCV von ihrer Infektion und 36 % (13/36) dieser Personen berichteten von einer früheren oder aktuellen HCV-Behandlung. Alle HIV-positiven Teilnehmer wussten von ihrer Infektion, jedoch waren 3 von 6 nicht in antiretroviraler Behandlung.

Die POINT-Pilotstudie zeigte, neben hohen Prävalenzen insbesondere von HCV und HIV, einen ungedeckten Bedarf an Testung, Behandlung und Prävention von Infektionskrankheiten bei Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin auf. Die Autorinnen schlussfolgern, dass ein Abbau von Zugangsbarrieren zur medizinischen Regelversorgung auf struktureller Ebene erfolgen sollte. Außerdem wird eine bessere Vernetzung von niedrigschwelligen Angeboten der Wohnungslosenhilfe und Drogenhilfe sowie der klinischen Infektiologie vor Ort empfohlen. Die Studie wurde von den Teilnehmenden in Berlin gut angenommen und sollte auf weitere Städte ausgeweitet werden, um repräsentative Daten zu erhalten (Robert Koch-Institut (RKI), 2022a).

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

Im Projekt DRUCK 2.0 (siehe 1.3.2) wurden Risikoverhaltensweisen unter IVD (intravenöser Konsum innerhalb der letzten 12 Monate) abgefragt. Es gaben 83 % (492/590) an, während der letzten 30 Tage Drogen injiziert zu haben, 14 % dieser Teilnehmenden (67/487) hatten in diesem Zeitraum von anderen gebrauchte Spritzen / Nadeln benutzt. Insgesamt hatten 77 %

(450/584) Hafterfahrung und 9 % (36/404) berichteten von Sex im Tausch gegen Geld, Drogen oder einen Schlafplatz (Vorläufige Auswertung, Datenstand 30.06.2022; persönliche Mitteilung RKI 2022).

Aus der Deutschen Suchthilfestatistik liegen Daten zu injizierendem Drogenkonsum sowie dem Teilen von Spritzen/Nadeln vor. 2020 wurden für die Hauptsubstanzen Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und andere Opioide insgesamt für 14.045 Behandlungsepisoden das Item „i.v.-Konsum“ beantwortet; in 4.462 Fällen wurde „unbekannt“ angegeben (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2022). Von den verbleibenden 9.583 Fällen wurde für 42 % (n = 4.032) kein i.v.-Konsum in der Vorgeschichte angegeben, d.h. über die Hälfte der Opioidklientel berichtet i.v.-Konsum. Für 27 % wurde i.v.-Konsum mehr als 12 Monate vor Betreuungsbeginn angegeben, für weitere 31 % i.v.-Konsum innerhalb des letzten Jahres, hiervon 20 % innerhalb des letzten Monats vor Betreuungsbeginn (siehe Tabelle 3).

Das Item „gemeinsame Spritzenutzung“ wurde für n = 5.470 Behandlungsepisoden beantwortet; von diesen wurde bei n = 1.879 Fällen „unbekannt“ angegeben. Für die verbleibenden n = 3.591 Fälle wurde in 53,5 % der Fälle Spritzenteilen verneint. Für 35,6 % wurde Spritzenteilen vor mehr als 12 Monaten angegeben, für 10,9 % innerhalb des letzten Jahres, hiervon 5,3 % innerhalb der letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3 i.v.-Konsum und Spritzenteilen bei Opioidkonsumierenden in der DSHS 2020

	i.v.-Konsum		Spritzenteilen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nein, nie	4.032	42,1	1.921	53,5
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn	2.589	27,0	1.278	35,6
Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	1.060	11,1	201	5,6
Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	1.902	19,8	191	5,3
<b>Gesamt</b>	<b>9.583</b>	<b>100</b>	<b>3.591</b>	<b>100</b>

Darstellung basiert auf der Deutschen Suchthilfestatistik 2021, Tabellenband für Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022)

## 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.

Eine aktuelle Studie von Gahr et al. (2022) hat die Entwicklung der absoluten und relativen Häufigkeiten von cannabinoidbezogenen Störungen bei Krankenhausaufnahmen zwischen 2000 und 2018 analysiert. Hier zeigte sich eine signifikante Zunahme von schädlichem Gebrauch (ICD-Code F12.1) und Abhängigkeit (F12.2) sowie Entzugssyndrom (F12.3), ebenso wie von anderen cannabinoidbedingten Folgeschäden: akute Intoxikationen (F12.0), psychotische Störungen (F12.5) und Restzustand [von psychotischen Störungen] und verzögert auftretende psychotische Störung (F12.7).

### 1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung

Maßnahmen zur Schadensminderung stellen eine der vier Ebenen der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012)<sup>7</sup>. 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 Übergangsmagements nach Haftentlassungen (vgl. Workbook Gefängnis),
- Bereitstellung von Drogenkonsumräumen,
- Verbesserung der Reaktion Umstehender im Falle eines Drogennotfalls (Erste-Hilfe-Trainings, Naloxon-Programme).

Nähere Informationen zur Nationalen Strategie finden sich im Workbook Drogenpolitik.

Mit Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016 liegt außerdem die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016). Injizierende Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt, für die bedarfsgerechte Angebote geschaffen bzw. ausgebaut werden und integrierte Angebote entwickelt werden sollen<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Die Strategie ist online verfügbar unter <https://www.bundesdrogenbeauftragte.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/> [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

<sup>8</sup> Die Strategie ist online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Stategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Stategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf) [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

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.

### **1.5.1 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.

### **1.5.2 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 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 niedrighschwelligigen Einrichtungen angeboten werden.

Manche niedrighschwelligigen Einrichtungen kooperieren mit Gesundheitsämtern für solche Testungen. In der BADO und der Frankfurter Konsumraumdokumentation geben regelmäßig zwischen 80 % und 90 % der Befragten an, jemals auf diese Infektionen getestet worden zu sein (siehe 1.3.2). In der Deutschen Suchthilfestatistik gaben hingegen 37 % der ambulant

betreuten Opioidklientel an, noch nie getestet worden zu sein (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2022). Auch unter den getesteten Klientinnen und Klienten liegen die Tests häufig länger als ein Jahr zurück. 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.

In einer aktuellen Studie von Schulte et al. (2022) wurden Einrichtungen der Suchthilfe, die Konsumutensilien vergeben, zur Verfügbarkeit von HCV-spezifischen Maßnahmen der Prävention, Testung, Diagnostik und Therapie sowie nach strukturellen und einrichtungsbezogenen Barrieren ebenso wie Barrieren auf Seiten der Patientinnen und Patienten befragt. Von 380 kontaktierten Einrichtungen gingen Antworten von 135 Einrichtungen mit einer Vergabe von Konsumutensilien in die Auswertung ein. Der Großteil der Einrichtungen bot Informationen zu „Safer Use“ (98,5 %) und Beratungen zu HCV (87,4 %) an. Etwa 28 % der Einrichtungen verfügten über HCV-Antikörper- bzw. Schnelltestangebote. 40 % der Einrichtungen gaben an, ihre Klientinnen und Klienten bei einem positiven Antikörper-Test in die medizinische Versorgung weitervermitteln zu können, bei einer formalen Diagnose (z. B. chronische HCV-Infektion) waren es 64,4 %. Etwa 6 % boten eine antivirale Therapie vor Ort an. Mehr als 60 % der Einrichtungen schätzten, dass weniger als 20 % ihrer Klientinnen und Klienten die angebotenen HCV-Maßnahmen nutzten. Als Hauptbarrieren für eine verbesserte Umsetzung von HCV-spezifischen Maßnahmen wurden ungenügende Finanzierung, aber auch Barrieren auf Seiten der Klientinnen und Klienten, z. B. mangelnde Zuverlässigkeit, genannt (Schulte et al., 2022).

### **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 erste deutschlandweite Erhebung zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien in Deutschland (saferKONSUM), wurde 2018 als Kooperationsprojekt der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der Deutschen Aidshilfe (DAH) und des Robert Koch-Instituts (RKI) durchgeführt. Die Ergebnisse wurden kurz im letztjährigen Workbook dargestellt. Eine ausführliche Beschreibung der Methodik und Ergebnisse findet sich in der Veröffentlichung von Zimmermann et al. (2022).

Im Jahr 2022 wurde eine Folgerhebung für die Anzahl der im Jahr 2021 ausgegebenen Konsumutensilien durchgeführt. Durch die Folgerhebung sollte erfasst werden, wie sich die Vergabe von Drogenkonsumutensilien hinsichtlich Art und Anzahl sowie die Anzahl der versorgten Personen mit i.v. Drogenkonsum seit der ersten Erhebungsrunde 2018 entwickelt

hat. Für die aktuelle Erfassung wurden, basierend auf den recherchierten Einrichtungen der Suchthilfe, erneut deutschlandweit knapp 2000 Einrichtungen mittels Fragebogen kontaktiert. Der Fragebogen wurde unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ersten Erhebungsrunde, in enger Abstimmung unter den Kooperationspartnern, leicht angepasst. Abgefragt wurden neben der Vergabe der Drogenkonsumutensilien und der versorgten Personen auch das für die Vergabe zur Verfügung stehende Budget und die Orte der Vergabe. Diesmal bestand neben einer postalischen Beantwortung des Fragebogens auch die Möglichkeit, einen Online-Fragebogen auszufüllen. Ergebnisse werden im Workbook 2023 berichtet werden. Um die Möglichkeit zu überprüfen, ob mittels der aktuellen Methodik auch Apotheken in die Erhebung einbezogen werden können, wurde im Dezember 2021 eine kurze Befragung über die Landesapothekerkammern durchgeführt. Hieraus ergab sich, dass für eine Erfassung von Drogenkonsumutensilien durch Apotheken eine angepasste Methodik sinnvoll ist.

Die Deutsche Aidshilfe (DAH) stellt eine Internetseite<sup>9</sup> zur Verfügung, die eine Übersicht über die Standorte der ihr bekannten Spritzenautomaten bietet. Die Ausgabe von Spritzen in niedrigschwelligen und anderen Einrichtungen wird hier nicht dokumentiert. Laut der Website sind in neun Bundesländern überhaupt Spritzenautomaten verfügbar; in sieben Bundesländern ist kein einziger Spritzenautomat dokumentiert. Von den 177 von der DAH gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in NRW und 18 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.

Deutschlandweit ist eine Tendenz zum Wechsel vom injizierenden zum inhalativen Konsum zu beobachten. 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 niedrigschwellige Einrichtungen verteilt, um das Sortiment an Konsumutensilien, das an die Konsumierenden abgegeben werden kann, zu erweitern. Nach Ende des Projekts haben niedrigschwellige Einrichtungen weiterhin die Möglichkeit, Konsumutensilien für den inhalativen Konsum in einer Sammelbestellung über die Deutsche Aidshilfe zu beziehen.

Der JES Bundesverband hatte 2019 erstmalig „Crack Packs“ mit Konsumutensilien speziell für den Konsum von Crack entwickelt, da szenenah eine Erhöhung des Crack-Konsums beobachtet wurde. Da diese in der Szene wie auch der Drogenhilfe auf großes Interesse gestoßen waren, wurden sie 2021 nochmals überarbeitet und konnten online bestellt werden. Die Nachfrage war 2021 erneut größer als die Produktionskapazitäten (persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V., 2021). Dieser hohe Bedarf an Konsumutensilien abseits der „klassischen“ Vergabe durch Spritze wurde in der ersten im Rahmen des neuen National Early

---

<sup>9</sup> <http://www.spritzenautomaten.de> [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

Warning System (NEWS) durchgeführten Trendspotter-Untersuchung zu Crack in Deutschland (Kühnl et al., 2021) erneut bestätigt.

### **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 2021 1.826 drogenbedingte Todesfälle. Der Anteil direkt opioidbedingter Todesfälle ist in den letzten Jahren gesunken<sup>10</sup>, 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 Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen WHO und die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden (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 war in Deutschland jahrelang nur punktuell vorhanden. In den letzten Jahren wurde sie wesentlich ausgebaut, sowohl durch ein Landesprojekt in Bayern als auch das Engagement einzelner Träger. Sie wird durch Fragen der Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden.

Seit 1. Juli 2021 läuft das BMG-geförderte bundesweite Projekt „Naltrain“ - Konzeption, Umsetzung und Evaluation eines wissenschaftlichen Modellprojekts zur Durchführung deutschlandweiter qualitätsgesicherter Take-Home Naloxon Schulungen<sup>11</sup>. 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. Im ersten Projektjahr sind das Schulungsmanual und diverse andere Unterlagen fertiggestellt worden. Stand Juli 2022 waren etwa 230 Mitarbeitende aus ca. 80 Suchthilfeeinrichtungen trainiert worden. Diese hatten bis Juli 2022 wiederum 55 Schulungen

---

<sup>10</sup> 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 Opioide hier ebenfalls eine dominante Rolle spielen. Siehe 1.1.1.

<sup>11</sup> Siehe <https://www.naloxontraining.de/naltrain/> bzw. <https://www.naloxontraining.de/wp-content/uploads/2021/08/Infotext-NALtrain.pdf> [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

durchgeführt und dabei mindestens 251 Klientinnen und Klienten erreicht. 60 % dieser Klientinnen und Klienten waren in Bayern geschult worden. Zudem wurden 141 Rezepte für Naloxon ausgestellt, die Ausgabe von 128 Naloxon-Nasensprays dokumentiert und 13 tatsächliche Naloxon-Einsätze zurückgemeldet (persönliche Mitteilung Naltrain, 2022). Es ist möglich, dass weitere Nasensprays ausgegeben wurden, von denen die Einrichtungen nicht notwendigerweise Kenntnis haben. Die Durchführenden der Studie konstatieren, dass die Umsetzung der Trainings innerhalb der Einrichtungen durch die trainierten Trainer ausbaufähig sei und Mitarbeitende vor Ort im Laufe des weiteren Projektverlaufs erneut angesprochen werden sollen, um die weiteren Umsetzungen zu begünstigen. Allerdings schienen einige Suchthilfeeinrichtungen auch mit Personalausfällen im Rahmen der Corona-Pandemie zu kämpfen (persönliche Mitteilung Naltrain, 2022).

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 Verfügung<sup>12</sup>.

### **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 32 Drogenkonsumräume oder -mobile mit insgesamt ca. 316 Konsumplätzen<sup>13</sup>. In NRW und im

---

<sup>12</sup> <http://www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <http://www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf> [Letzter Zugriff: 17.11.2022]

<sup>13</sup> <https://www.drogenkonsumraum.net/> [letzter Zugriff: 17.11.2022] sowie Ergänzungen um persönliche Mitteilungen von Betreibern.

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).

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

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

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

Die HCV-Medikamente der neuen Generation haben die Heilungschancen einer HCV-Infektion deutlich erhöht und zeigen ein wesentlich besseres Nebenwirkungsprofil, sodass die unter Drogenkonsumierenden sehr weit verbreitete Infektion nun besser behandelbar ist als noch vor wenigen Jahren. Über diese Neuerungen wurde in den Workbooks der vergangenen Jahre ausführlich berichtet. Es ist unbekannt, wie viele Drogenkonsumierende, die in Deutschland größte Gruppe der mit Hepatitis-C-Infizierten, tatsächlich neue Medikamente erhalten und entsprechend von den beschriebenen Neuerungen profitieren.

## **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.

### 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 neue Pilotstudie DRUCK 2.0 zur Einführung eines Monitorings von Infektionskrankheiten unter IVD wird unter 1.3.2 beschrieben.

### 2.3 Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung

Der aktuelle Stand der Maßnahmen zur Schadensminderung wird unter 1.5.2 dargestellt. Im Dezember 2021 wurde im Rahmen des National Early Warning Systems (NEWS) eine Trendspotter-Studie zum Thema Crack-Konsum in Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in manchen Regionen Deutschlands der Crack-Konsum in offenen Drogenszenen angestiegen ist. Die Versorgung dieser Klientel stellt Drogenkonsumräume, aber auch andere Akteure der niedrigschwelligen Hilfen, vor neue Herausforderungen (Kühnl et al., 2021). Als eine Reaktion hierauf findet im Oktober 2022 ein Fachgespräch zwischen Hilfseinrichtungen, dem Bundesgesundheitsministerium und diversen Expertinnen und Experten statt, um weitere Möglichkeiten auszuloten.

## 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.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.

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.

- 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.
- Gahr, M., Ziller, J., Keller, F., Muche, R., Preuss, U. & Schönfeldt-Lecuona, C. (2022). Incidence of inpatient cases with mental disorders due to use of cannabinoids in Germany: a nationwide evaluation. European Journal of Public Health, 1-7.
- IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte., IFT Institut für Therapieforchung, München.
- Kaduszkiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J. & van der Leeden, C. (2017). The Medical Treatment of Homeless People. Deutsches Ärzteblatt international, 114, 673-679 DOI: 10.3238/arztebl.2017.0673.
- Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. & Neumeier, E. (2021). Trendspotter: Crack [Online]. Available: <https://mindzone.info/wp-content/uploads/2022/03/mindzone-NEWS-Trendspotter-Bericht-Crack-in-Deutschland-2021-12-09.pdf> [Accessed 21.10.2022].
- 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.
- Liu, C. Y., Chai, S. J. & P., W. J. (2020). Communicable disease among people experiencing homelessness in California. Epidemiology and Infection, 148 DOI: 10.1017/s0950268820000722.
- Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2021). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2020 der Hamburger Basisdatendokumentation, BADO e.V., Hamburg.
- 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.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022a). Epidemiologisches Bulletin. Pilotstudie POINT, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2021. Datenstand: 1. März 2022.
- Schindel, D., Kleyer, C. & Schenk, L. (2020). Somatische Erkrankungen Wohnungsloser in Deutschland. Ein narratives Literaturreview der Jahre 2009–2019. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 63, 1189-1202 DOI: 10.1007/s00103-020-03213-9.
- Schulte, B., Jacobsen, B., Kuban, M., Kraus, L., Reimer, J., Schmid, C. S. & Schäffer, D. (2022). Umsetzung von Testung, Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C in Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe in Deutschland – eine Querschnittsbefragung. Suchttherapie, DOI: 10.1055/a-1824-7646.
- Sobetzko, A., Janssen-Schauer, G. & Schäfer, M. (2021). Anstieg der Suchtpatienten in der Notfallversorgung während der Corona-Pandemie. Sucht, 67, 3-11 DOI: 10.1024/0939-5911/a000696.
- 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, Institut für Suchtforschung, (ISFF), Frankfurt am Main.

Stöver, H. & Förster, S. (2021). 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., O'Reilly, M.-S., Förster, S. & Jurković, L. (2020). Nutzende und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzende Berliner Drogenkonsumräume im Vergleich. Suchttherapie, 21, 32-38 DOI: 10.1055/a-0823-0849.

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

Zimmermann, R., Krings, A., Schneider, F., Schäffer, D. & Neumeier, E. (2022). Konsumutensilienvergabe in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Einrichtungen der Drogenhilfe und Suchttherapie zur Ausgabe von Utensilien zum sicheren Drogenkonsum 2018. Suchttherapie (EFirst), 23, 130-140 DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1770-9465>.

## 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, gesammelt und berichtet vom Bundeskriminalamt (BKA), sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes.

#### Polizeiliche Erfassung der Drogentodesfälle

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

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

- Todesfälle infolge unbeabsichtigter Überdosierung,
- Tod infolge einer Gesundheitsschädigung (körperlicher Verfall, HIV oder Hepatitis C, Organschwäche) durch langanhaltenden Drogenmissbrauch (= „Langzeitschäden“),

- Selbsttötungen aus Verzweiflung über die eigenen Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen (z. B. Wahnvorstellungen, starke körperliche Schmerzen, depressive Verstimmungen),
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

### **Allgemeines Sterberegister<sup>14</sup>**

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

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

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

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht<sup>15</sup>. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das RKI zu melden. Diese Laborberichte werden vervollständigt durch

---

<sup>14</sup> Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EMCDDA. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

<sup>15</sup> <https://www.rki.de> [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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. Ärztinnen und Ärzte. Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“<sup>16</sup> vom RKI publiziert bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI<sup>17</sup> veröffentlicht.

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

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

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

---

<sup>16</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch_node.html) [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

<sup>17</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/AktuelleAusgaben/Ausgaben\\_table.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/AktuelleAusgaben/Ausgaben_table.html) [Letzter Zugriff: 17.11.2022].

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

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

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

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



## 4 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2021, polizeiliche Daten .....	8
Tabelle 2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2020.....	10
Tabelle 3	I.v.-Konsum und Spritzenteilen bei Opioidkonsumierenden in der DSHS 2020.....	28

## 5 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle.....	12
Abbildung 2	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes) .....	13
Abbildung 3	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes).....	14
Abbildung 4	Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD .....	16
Abbildung 5	Trend HBV-Diagnosen .....	18
Abbildung 6	Übertragungswege HCV-Diagnosen 2021 .....	19
Abbildung 7	Trend HCV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD für Männer und Frauen .....	20
Abbildung 8	10-Jahres-Trend HIV-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM.....	23
Abbildung 9	10-Jahres-Trend Hepatitis-C-Infektionsraten unter betreuten Opioidkonsumierenden in Hamburg und FFM.....	25