



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2017 des nationalen
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD
(Datenjahr 2016 / 2017)

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

Esther Dammer, Loretta Schulte & Tim Pfeiffer-Gerschel
IFT Institut für Therapieforschung

Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Maria Friedrich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG	4
1	NATIONALES PROFIL	7
1.1	Drogenbezogene Todesfälle	7
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen	7
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle	8
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien)	11
1.1.4	Trends drogenbezogener Todesfälle	12
1.1.5	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen	16
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle	17
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle	17
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	18
1.2.3	Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	20
1.2.4	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen	23
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	23
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C	23
1.3.2	Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten	28
1.3.3	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen	29
1.3.4	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten	32
1.3.5	Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten	32
1.3.6	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten	32
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	33
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	33
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung	36
1.5.1	Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung	36
1.5.2	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung	37
1.5.3	Maßnahmen zur Schadensminderung	38
1.5.4	Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends	44
1.5.5	Kontextinformationen zur Routineevaluation von Maßnahmen zur Schadensminderung	47

1.5.6	Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung	47
1.6	Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen.....	48
1.6.1	Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen.....	48
1.7	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	48
1.7.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	48
1.7.2	Zusätzliche Informationen zu anderen drogenbezogenen gesundheitlichen Schädigungen	48
2	NEUE ENTWICKLUNGEN.....	49
2.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht- tödlichen Notfällen.....	49
2.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten	49
2.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung.....	49
2.3.1	Drugchecking	49
2.3.2	Naloxon Take-Home-Programme.....	50
2.3.3	Zugang für substituierte Personen zu Drogenkonsumräumen in NRW.....	51
2.3.4	Zielgruppenspezifische Angebote der Schadensminderung	52
3	ZUSATZINFORMATIONEN	55
3.1	Zusätzliche Informationsquellen.....	55
3.2	Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung.....	55
4	QUELLEN UND METHODIK	55
4.1	Quellen	55
4.2	Methodik	59
4.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	59
4.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	60
5	TABELLENVERZEICHNIS	62
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	62

0 Zusammenfassung

Drogenbezogene Todesfälle

Im Jahr 2016 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 1.333 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Aus dem Allgemeinen Sterberegister liegen die Daten nur bis 2015 vor, hier wurden 1.306 Verstorbene erfasst. Die Zahlen steigen in beiden Registern seit 2012 kontinuierlich an. Aus den BKA-Daten geht hervor, dass nach wie vor knapp 60 % aller Fälle durch mono- oder polyvalente Überdosierungen mit Opioiden verursacht werden. Der Anteil von Vergiftungen, die nicht durch Opioide verursacht werden, nimmt jedoch in beiden Registern der Drogentodesfälle zu.

Das Sterbealter der drogenbezogenen Todesfälle ist in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen, seit ca. vier Jahren hat sich der Trend allerdings stabilisiert. Nach wie vor gibt es keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten.

Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

Im Jahr 2015 wurden bundesweit 23.839 Intoxikations- und Vergiftungsfälle vollstationär zur Behandlung in Krankenhäusern aufgenommen. In den letzten zehn Jahren ist die Anzahl der Aufnahmen deutlich angestiegen (2006: 12.249 Aufnahmen). Der Trend fällt seit 2013 nochmals steiler aus als zuvor. Toxikologische Angaben aus den Aufnahmen müssen auf Grund großer Ungenauigkeiten in der Kodierung mit Vorsicht interpretiert werden. Im Bereich der Vergiftungen überwiegen mit Abstand die Vergiftungen durch „sonstige Opioide“, gefolgt von der Vergiftung durch Cannabinoide. Bei den akuten Intoxikationen wird weit überwiegend der „multiple Substanzgebrauch“ als Grund kodiert. Es zeigt sich darüber hinaus ein Trend hin zu einer steigenden Bedeutsamkeit von Cannabinoiden und Stimulanzien, wohingegen Sedativa / Hypnotika im Vergleich eher an Bedeutung verlieren.

Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Im Jahr 2016 wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) 3.419 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, bildeten mit 127 Personen wie in den Vorjahren die drittgrößte Gruppe (5 % aller Neuinfektionen mit Angaben zum Übertragungsweg). Von diesen 127 Personen lebten 38 in Bayern. Nach einem Tiefpunkt bei den HIV-Neudiagnosen mit Übertragungsweg IVD in den Jahren 2010-2012 (77-80 Neudiagnosen pro Jahr) und einem vorangegangenen kontinuierlichen Rückgang ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen mit diesem Übertragungsweg seit 2012 wieder insgesamt angestiegen (von 80 auf 127 im Jahr 2016), insbesondere in der Altersgruppe 30 – 39 Jahre.

Im Jahr 2016 wurden 3.466 Fälle von Hepatitis-B (HBV) erfasst und übermittelt. Angaben zum Übertragungsweg wurden nur bei 119 Fällen gemacht, wobei i.v.-Drogenkonsum mit 25 Fällen der dritthäufigste Übertragungsweg war.

Für das Jahr 2016 wurden insgesamt 4.368 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C (HCV) übermittelt. Nach einer Abnahme der Fälle seit 2005 hatte sich der Trend 2011 stabilisiert. Seit 2015 sinken die Fallzahlen wieder, was aber zumindest teilweise auf die 2015 veränderte Falldefinition zurückzuführen ist und deshalb kaum interpretiert werden kann. Von den 1.047 Erstdiagnosen mit auswertbaren Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg macht i.v.-Drogengebrauch mit 834 Fällen den mit Abstand größten Anteil aus. Er ist in den letzten fünf Jahren stabil bei ungefähr 80 %. Die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ lag 2015 bei 51 (6,5 %) der Männer und 7 (2,7 %) der Frauen mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ vor. Da Drogenkonsumierende den mit Abstand größten Anteil der HCV-Infizierten in Deutschland ausmachen, sollte der Prävention von Hepatitis C sowie der Fallfindung, Diagnostik und Therapie in dieser Gruppe weiter höchste Priorität zukommen.

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. I.v.-Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt.

Auch Empfehlungen auf Basis der DRUCK-Studie zeigen Wege auf, wie Infektionskrankheiten in der Gruppe der Drogengebrauchenden bekämpft werden können. Aus der Evaluation der Berliner Drogenkonsumräume liegen zudem Hinweise für eine Verbesserung des Angebots von Drogenkonsumräumen vor.

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

Um Überdosierungen mit Opioiden entgegenzuwirken, werden in mehreren Städten Notfallschulungen für den Einsatz des Notfallmedikaments Naloxon durch Laien angeboten. Zielgruppe sind Drogenkonsumierende und ihr Umfeld. Die Verfügbarkeit ist bisher sehr begrenzt, aktuell gibt es Programme in Berlin, mehreren Städten in NRW und München. Ein Pilotprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung konnte bisher nicht wie geplant begonnen werden. In Bayern wurde im Landtag ein Modellprojekt für zwei Städte verabschiedet, das Ende 2017 anlaufen soll.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumenten spielen nach wie vor Drogenkonsumräume eine entscheidende Rolle. Derzeit stehen 22 stationäre sowie zwei Drogenkonsummobile in 6 Bundesländern zur Verfügung. In 10 Bundesländern gibt es keine Drogenkonsumräume. In Nordrhein-Westfalen (NRW) wurden Drogenkonsumräume

erstmalig auch für substituierte Klienten geöffnet; die berichteten Erfahrungen aus dem ersten Jahr sind weitgehend positiv.

Spritzenvergabeprogramme existieren in Form von momentan ca. 171 Spritzenautomaten in 9 Bundesländern sowie der Vergabe loser Spritzen in zahlreichen Projekten bundesweit. Safer-Use-Angebote in Haft liegen allerdings weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück: in nur einem von 183 deutschen Gefängnissen gibt es einen Spritzenautomaten.

Die Heilungschancen der HCV-Infektion bei Drogenkonsumierenden haben sich durch die Markteinführung neuer Medikamente, die die Heilungschancen verbessern und ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufzeigen, wesentlich verbessert. Durch den hohen Preis der Medikamente und aufgrund nach wie vor weit verbreiteter Bedenken in der Ärzteschaft bleibt weiterhin fraglich, wie viele Drogenkonsumenten von diesen neuen Therapiemöglichkeiten profitieren können.

Auf politischer Ebene wird das Drugchecking verstärkt diskutiert, es wird bisher jedoch nicht systematisch durchgeführt. Im Bereich der Prävention und Schadensminderung kommt momentan Maßnahmen für die Gruppe der Flüchtlinge eine große Bedeutung zu. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Deutschen Aidshilfe (DAH) gefördertes bundesweites Projekt soll angemessene und wirksame Maßnahmen für diese Zielgruppe entwickeln. Auch für die besonderen Bedürfnisse der wachsenden Gruppe alternder Drogenkonsumierender werden Maßnahmen umgesetzt, beispielsweise ein erstes Dauerwohnen für diese Gruppe. Die Arbeit mit suchtbelasteten Familien steht ebenfalls im Fokus; so gibt es etwa in Dresden ein Angebot speziell für suchtbelastete junge Eltern.

1 Nationales Profil

1.1 Drogenbezogene Todesfälle

1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen

In Deutschland existieren zwei grundsätzliche, umfassende Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in verschiedenen Punkten unterscheiden. Dies sind die polizeilichen Daten aus der „Falldatei Rauschgift“ sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes. Beide Erfassungssysteme werden unter 4.2.1 ausführlicher beschrieben und hier nur kurz charakterisiert:

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

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

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

Aktuelle Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung darüber, ob ein Drogentod vorliegt, herangezogen wurden. Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle der Falldatei Rauschgift (FDR) des Bundeskriminalamtes (BKA) lag im Berichtsjahr 2016 bei 57,7 % (2015: 60,9 %) (BKA 2017, Datenlieferung).

2016 stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle zum vierten Mal in Folge an. Es kamen insgesamt 1.333 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben (2015: 1.226), das entspricht einem Anstieg um ca. 8,7 %. 84 % der Drogentoten waren männlich, der Altersdurchschnitt betrug wie im Vorjahr 38 Jahre. An den Einwohnerzahlen gemessen war – abgesehen von den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen – das relativ kleine Saarland

am stärksten belastet (2,7 Drogentote pro 100.000 Einwohner), gefolgt von Bayern, dem Bundesland mit der zweitgrößten Bevölkerung (2,5 Drogentote pro 100.000 Einwohner; 24 % aller deutschen Drogentoten). Auf das bevölkerungsreichste Land Nordrhein-Westfalen entfallen 15 % (1,1 Drogentote pro 100.000 Einwohner). Der Stadtstaat Berlin ist 2016 die am stärksten belastete Großstadt mit einer Belastungszahl von 4,7, gefolgt von Hamburg und München (je 4,2) sowie Köln und Nürnberg (je 3,9) (BKA 2017, Datenlieferung). Bei der Interpretation dieser Zahlen muss beachtet werden, dass sich die Obduktionsraten der einzelnen Länder teilweise erheblich unterscheiden, was Vergleiche über die Bundesländer hinweg erschwert.

Aktuelle Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die neuesten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2015. Es wurden insgesamt 1.306 Personen in der Kategorie Drogentodesfälle erfasst (287 Frauen und 1.019 Männer; der Frauenanteil liegt bei 22 %). Somit ist die Gesamtzahl der Drogentodesfälle gegenüber dem Jahr 2014 (1.195 Personen) deutlich um 9,3 % gestiegen (Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen).

Vergleich der Daten aus dem allgemeinen Sterberegister mit den polizeilichen Daten

Im Jahr 2015 erfasste das allgemeine Sterberegister insgesamt mehr Fälle als das parallel geführte BKA-Register; die Differenz für das Datenjahr 2015 beträgt 80 Fälle. Beide Register weisen jedoch ähnliche Verläufe auf (die Trends werden in Abschnitt 1.1.4 detaillierter dargestellt), auch wenn die Bezugspopulationen und Falldefinitionen für die beiden Register nicht identisch sind. Es bleibt problematisch, dass die genaue Anzahl von Überdosierungen im Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes nicht angegeben wird, da weiterhin zu wenige Fälle spezifisch im Hinblick auf die akute Todesursache kodiert werden bzw. sich eine multikausale Kodierung noch nicht bundesweit durchgesetzt hat. Somit verfügt das nationale Sterberegister trotz 2006 in Kraft getretener Änderungen der WHO-Kodierregeln weiterhin über weniger Aussagekraft hinsichtlich der Auswertung der akut zum Tode führenden Substanzklassen bei Intoxikationen als die (2012 überarbeitete) Todesursachen-Kategorisierung in der BKA-Darstellung.

1.1.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellte mit 511 (2015: 554) Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (38 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 17 % (231 Fälle). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiate, vor allem durch Kokain / Crack und Amphetamin / Methamphetamin waren in 19 % der Fälle todesursächlich (siehe Tabelle 1) (BKA 2017 Datenlieferung).

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

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2016 nach Substanzen

Todesursachen	% von Gesamt		Anzahl
	2015	2016	2016
Monovalente Vergiftungen durch Opiode	21,9	20,8	277
Heroin/Morphin	16,6	14,4	192
Opiat-Substitutionsmittel	2,8	3,2	42
- davon: Methadon/Polamidon	2,5	2,8	37
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex)	0,2	0,3	4
- davon: Sonstige	0,0	0,1	1
Opiat-basierte Arzneimittel	2,4	2,9	39
- davon: Fentanyl	2,3	2,6	35
Synthetische Opiode (u.a. Fentanylderivate) ¹	n/a	0,3	4
Polyvalente Vergiftungen durch Opiode²	43,2	38,4	512
Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	28,5	23,9	319
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	14,2	14,2	189
- davon: Methadon/Polamidon i.V.m.a.S.	12,0	11,2	149
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex) i.V.m.a.S.	1,2	1,6	21
- davon: Sonstige i.V.m.a.S.	1,0	2,0	27
Opiat-basierte Arzneimittel	6,0	5,9	79
- davon: Fentanyl	4,8	4,5	60
Synthetische Opiode (u.a. Fentanylderivate) i.V.m.a.S. ¹	n/a	1,4	18
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiode/Opiate	6,0	7,5	100
Kokain/Crack	1,2	2,4	32
Amphetamin/Methamphetamin	2,4	2,0	27
- davon: Amphetamin	1,5	1,6	21
- davon: Methamphetamin	0,9	0,5	6
Amphetaminderivate	0,5	0,2	2
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	1,5	2,6	35
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)	0,3	0,3	4
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiode /Opiate¹	8,3	11,6	154
Kokain/Crack i.V.m.a.S.	2,0	2,9	39
Amphetamin/Methamphetamin i.V.m.a.S.	4,3	5,7	76
- davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	3,8	5,1	68
- davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	1,1	1,5	20
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	0,6	1,2	16
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) i.V.m.a.S.	1,6	3,1	41
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	1,5	2,6	34
Sonstige i.V.m.a.S.	1,0	1,7	23
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	1,5	1,4	18
Nicht spezifizierte/unbekannte Vergiftungen	n/a	2,6	34
Suizide	5,0	6,5	86
Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	2,9	3,2	43
Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	2,0	3,2	43
Langzeitschäden	10,9	11,6	154
- davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	4,2	5,7	76
Unfälle	2,3	2,5	33
Sonstige Fälle	1,1	0,6	8
Gesamt (N)³	1226		1333

¹Wurde 2015 noch nicht erfasst.²In den Unterkategorien sind Mehrfachnennungen möglich.

³Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Summe aller mono- und polyvalenten Vergiftungen sowie der nicht durch Intoxikationen bedingten Suizide, der Langzeitschädigungen, Unfälle und sonstigen Fälle.

BKA 2017, Datenlieferung.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

2015 wurde bei 66,0 % der Todesfälle (2014: 67,0 %) die *Grunderkrankung* (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der ICD-Gruppe F 1x.x) kodiert. Es fehlt bei diesen Fällen jedoch die Information zur *akuten* Todesursache. Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in ICD 10 vorgesehenen Zusatzbezeichnung X/Y für äußere Anlässe lässt einen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu, da damit die substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Codes gekoppelt ist. Dies traf 2015 auf nur 34,0 % der registrierten Fälle zu. Rein opiatbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2015 in 46,6 % der Todesfälle (Vorjahr 45,4 %) vor. In 21,2 % wurden andere Substanzgruppen genannt, in 32,2 % fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen und insbesondere solche mit Mischkonsum zwischen verschiedenen Substanzgruppen. Hier dürften wiederum Opiate als führende Substanzen die Hauptrolle spielen. Zu betonen ist die eingeschränkte Aussagefähigkeit, u.a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen. Auswertungen der Trends der kodierten Todesursachen finden sich unter 1.1.4.

1.1.3 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien)

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

Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete laut Deutscher Suchthilfestatistik (DSHS) für das Jahr 2016 bei 2,3 % der Opioidklienten mit dem Tod. Opioidklienten machten 2016 87 % der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten mit einer illegalen Drogenproblematik aus (Braun et al. 2017). Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich in den letzten Jahren kontinuierlich verlängert hat, wird rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zugrunde gelegt. Die resultierende Mortalität von 1,8 % pro Jahr liegt 2016 minimal höher als in den Vorjahren und ist über die letzten zehn Jahre hinweg mit leichten Schwankungen stabil (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 Mortalität ambulant betreuter Opioidkonsumierender 2007 – 2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anteil von Todesfällen bei Beendern (%)	1,4%	1,2%	1,5%	1,5%	1,6%	1,4%	1,7%	1,8%	1,9%	2,3%
Betreuungsdauer (Tage)	314	321	336	343	354	381	400	400	421	456
Mortalität p.a. (%)	1,6%	1,4%	1,6%	1,6%	1,6%	1,3%	1,5%	1,6%	1,6%	1,8%

Braun et al. 2017

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod der Klienten erfahren, sodass die tatsächliche Mortalität – insbesondere der Behandlungsabbrecher – vermutlich über den hier angegebenen Werten liegt. Geht man davon aus, dass sich am Kenntnisstand der Einrichtungen zum Tod von Klienten über die Jahre nichts systematisch verändert hat, können die beschriebenen Trends dennoch in der dargestellten Weise interpretiert werden.

1.1.4 Trends drogenbezogener Todesfälle

Die Langzeitverläufe der Gesamtanzahlen der Drogentoten in Deutschland sind für beide Erfassungssysteme in den letzten zehn Jahren sehr ähnlich. Zwischen 2008 und 2012 sank in beiden Systemen die Anzahl der Drogentoten deutlich; seit 2012 steigen die Zahlen hingegen wieder an. Es fällt auf, dass die Trends der letzten Jahre in den polizeilichen Daten etwas steiler ausfallen als in den Daten des allgemeinen Sterberegisters (siehe Abbildung 1). So ist beispielsweise in beiden Registern von 2014 auf 2015 ein steiler Anstieg zu verzeichnen; bei den BKA-Daten liegt dieser bei 18,8 %, bei den DeStatis-Daten bei 9,3 %.

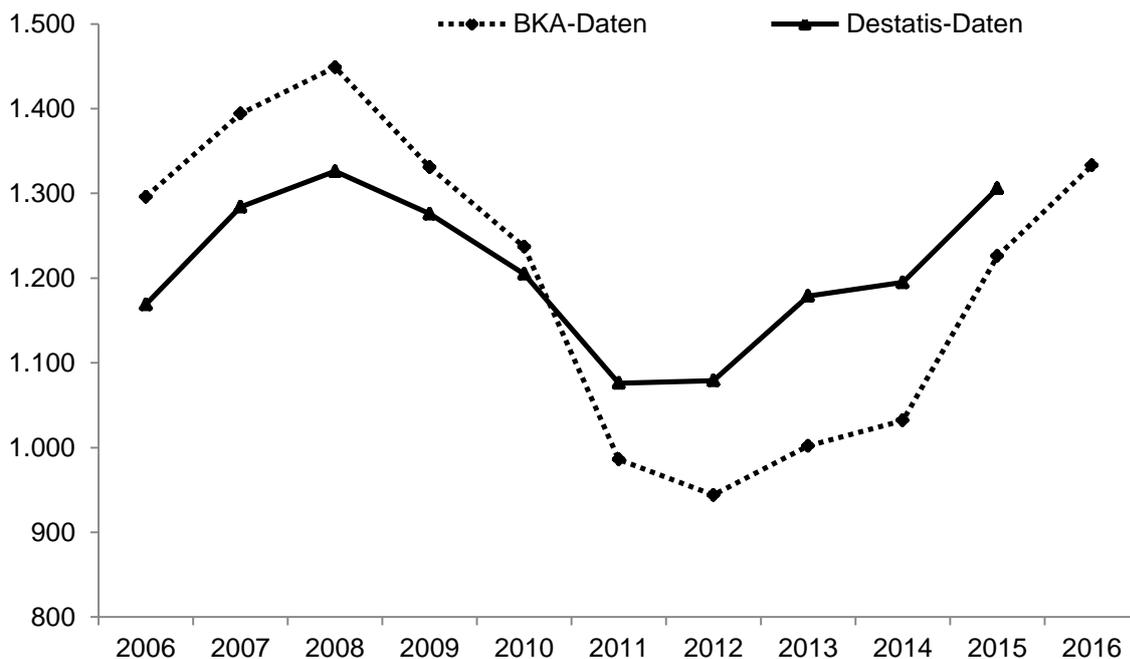
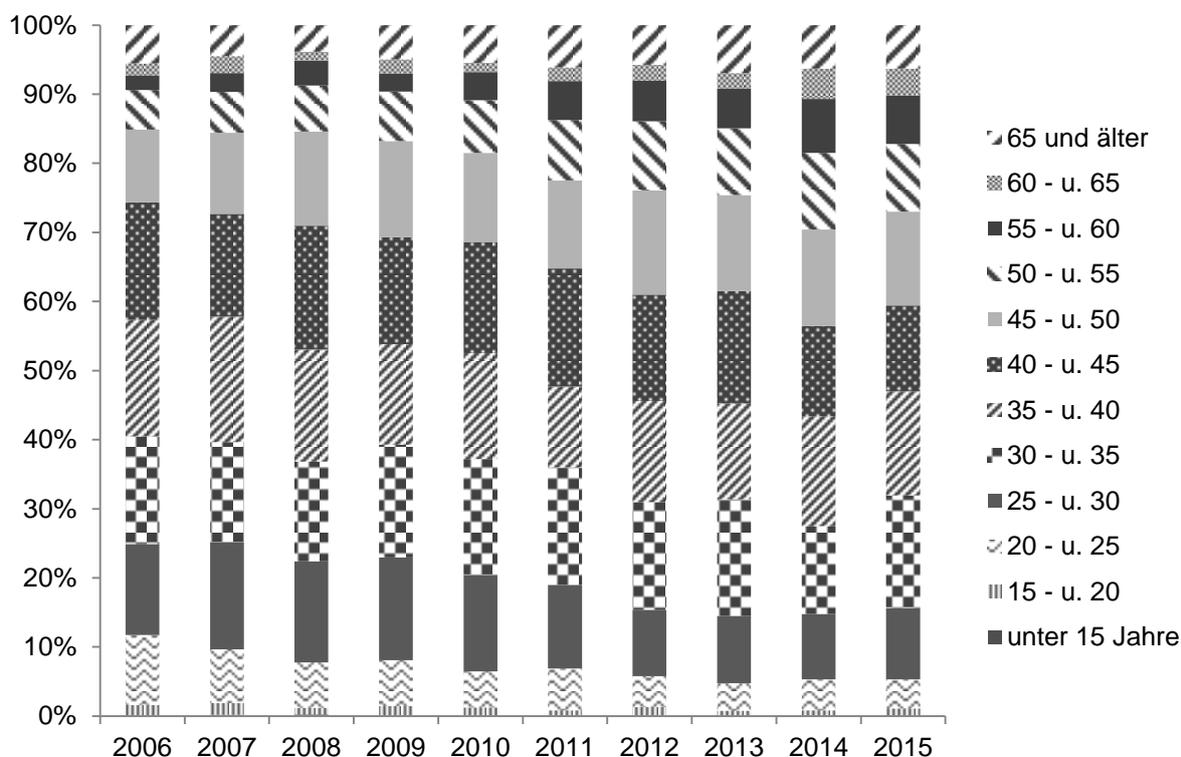


Abbildung 1 Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und DeStatis-Daten 2006 bis 2016

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister



Anmerkung: Die Anteile der unter15-Jährigen sind so klein (2015: 1 Person, 2014: 0 Personen), dass sie in der Grafik nicht sichtbar sind.

Abbildung 2 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen DeStatis 2006 bis 2015

Im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre ist das Sterbealter der drogenbezogenen Todesfälle weiterhin angestiegen, jedoch sinken die Anteile der über 20- bis 30-Jährigen seit vier Jahren nicht mehr und liegen bei ca. 14 % (siehe Anmerkung: Die Anteile der unter 15-Jährigen sind so klein (2015: 1 Person, 2014: 0 Personen), dass sie in der Grafik nicht sichtbar sind).

Abbildung 2). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen das Sterbealter über 50 Jahre beträgt, scheint sich nach einem kontinuierlichen langen Anstieg stabilisiert zu haben und liegt 2015 bei 27,0 %. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass ein Erfassungsfehler bezüglich der Todesfälle opioidbehandelter Schmerzpatienten vorliegt, die einen ähnlichen Trend zu älteren Altersgruppen hin aufweisen könnte. Der Kodierungsstandard für Drogentodesfälle kann derartige Todesfälle bei nicht leitliniengerechter Fehlkodierung miteinfassen. Es gibt im Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes nach wie vor keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten harter Drogen – der Anteil des Alterssegments der unter 25-Jährigen beträgt 2015 stabil 5,3 % (2014: 5,3 %). Dieser Wert liegt nur geringfügig höher als der 2013 niedrigste beobachtete Wert seit 1998 (4,7 %).

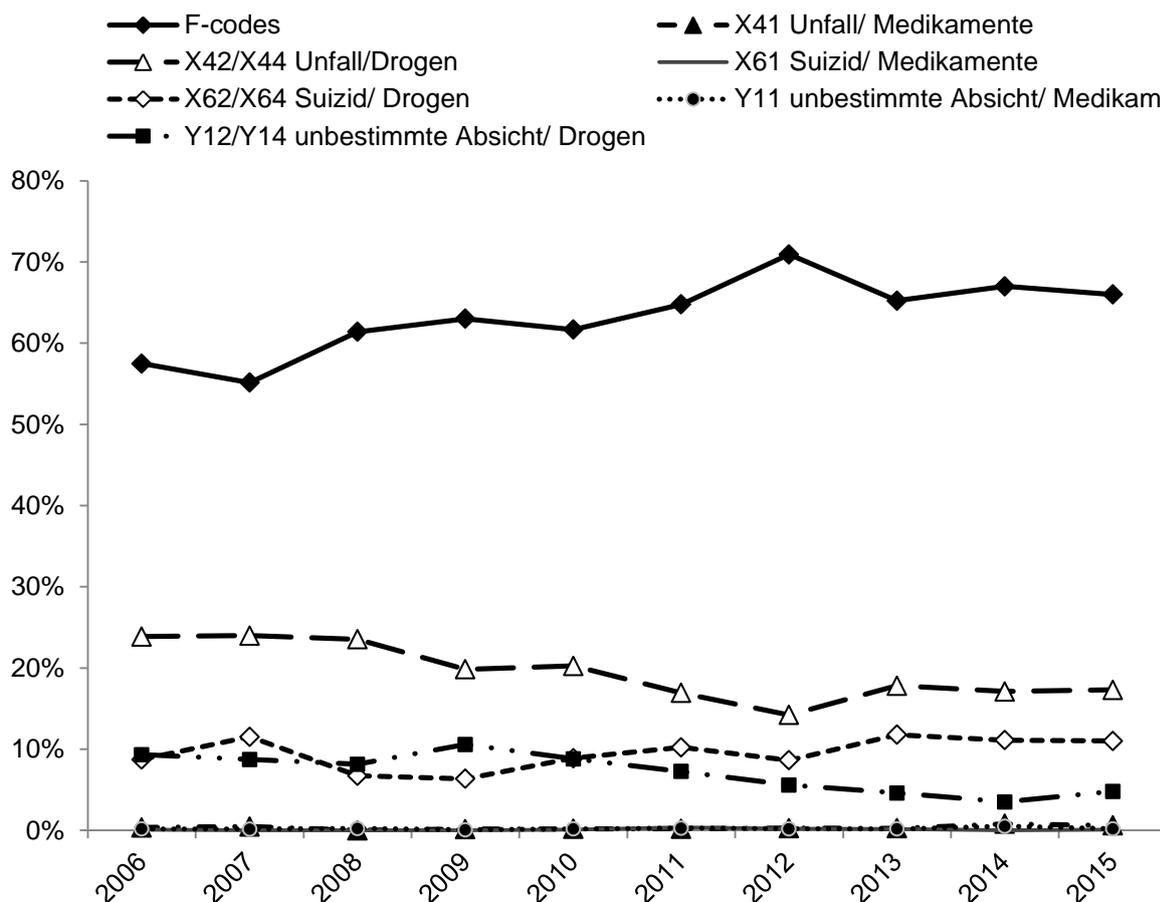


Abbildung 3 Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2006 bis 2015

Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in ICD 10 vorgesehenen Zusatzbezeichnung X/Y für äußere Anlässe lässt einen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu, da damit die substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Codes gekoppelt ist. Dies trifft seit Jahren nur auf deutlich weniger als die Hälfte der kodierten Fälle zu, für die überwiegende Mehrheit wird nur die zugrunde liegende Krankheit kodiert (F-Codes, siehe Abbildung 3). Unter den Fällen, die mit X/Y-Codes kodiert werden, stellen Opiatvergiftungen oder Mischintoxikationen nach wie vor die Haupttodesursache dar (siehe Abbildung 4). Auch bei Mischintoxikationen dürften Opiate eine bedeutende Rolle spielen; diese sind jedoch häufig nicht näher spezifiziert, sodass hier keine gesicherte Aussage zu treffen ist. Es fällt auf, dass Intoxikationen ohne Opiatbeteiligung zwar immer noch einen kleineren Anteil der Drogentodesfälle ausmachen, dieser Anteil aber seit 2010 deutlich angestiegen ist. 2015 scheint diese Entwicklung erstmalig zu stagnieren (21,2 % aller Fälle; 2014: 22,3 %). Insgesamt muss jedoch die eingeschränkte Aussagefähigkeit der Todesursachenstatistik beachtet werden, u.a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.

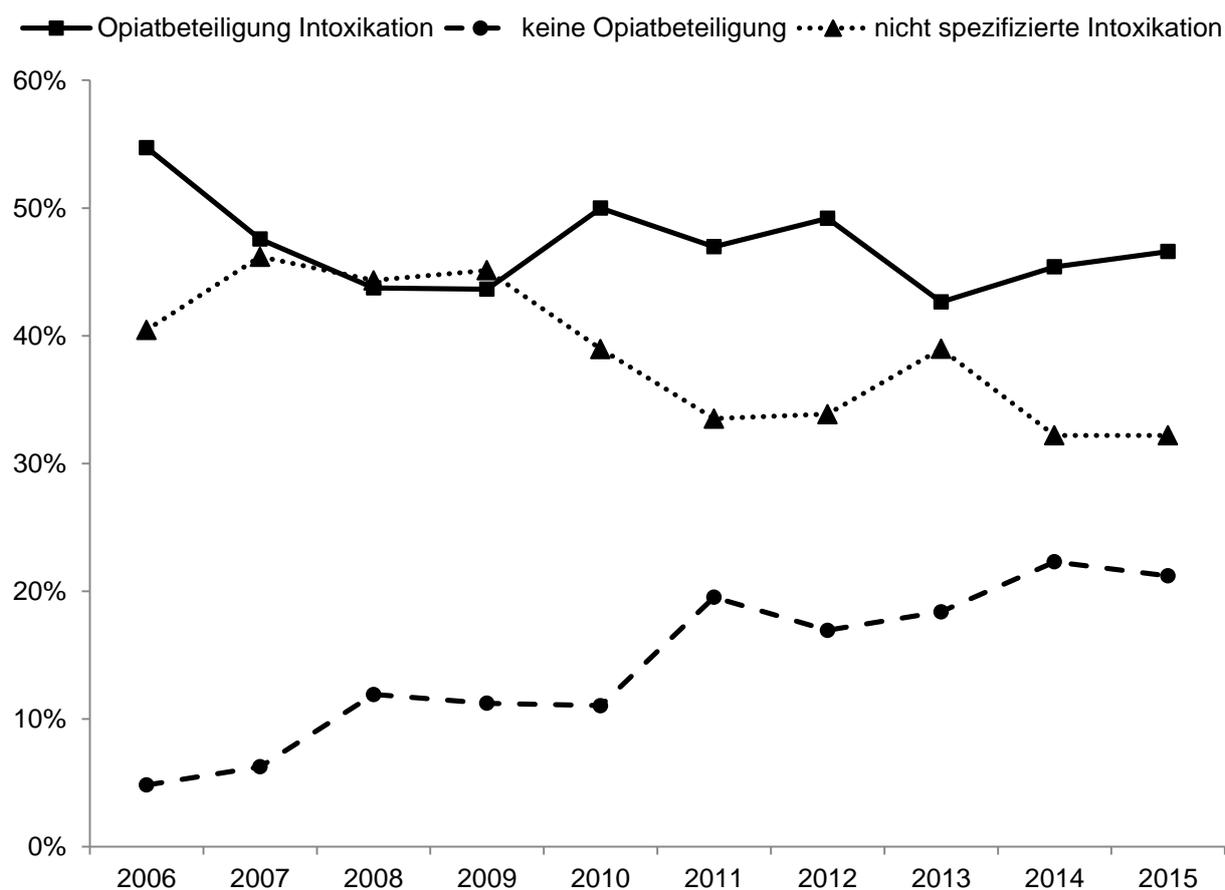
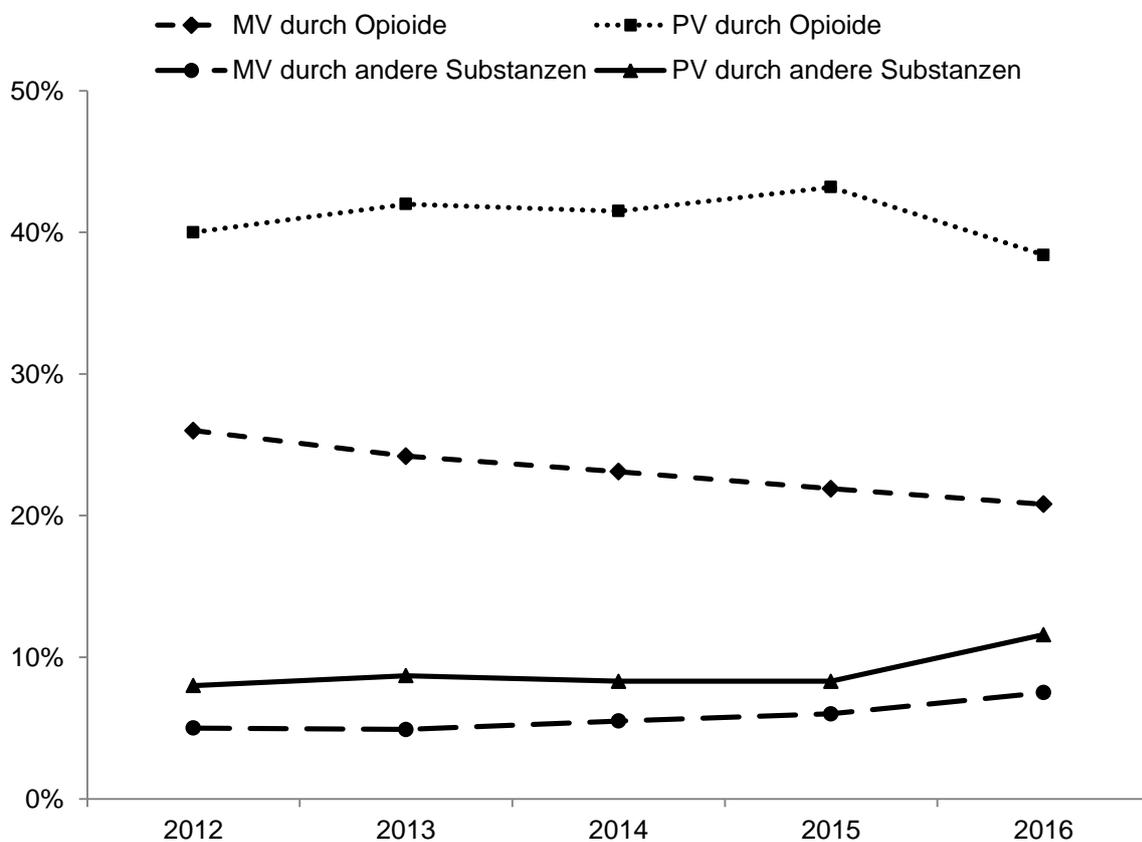


Abbildung 4 Opiatbezogene Intoxikationen bei DeStatis-Drogentodesfällen 2006 bis 2015 (ICD X/Y-Kodierung)

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Da 2012 die Datenerfassung des BKA geändert wurde, können Trends erst ab diesem Zeitraum betrachtet werden. Auch hier finden sich hauptsächlich Vergiftungen durch Opioide als Todesursache; anders als im allgemeinen Sterberegister werden hier monovalente und polyvalente Vergiftungen unterschieden. Der Anteil monovalenter Opioidvergiftungen ist seit 2012 kontinuierlich von 26,0 % auf 20,8 % gesunken. Polyvalente Vergiftungen durch Opioide sind die häufigste Todesursache, mit 38,4 % ist ihr Anteil 2016 jedoch geringer als in den Jahren zuvor. Mono- wie auch polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen haben zwischen 2012 und 2015 stabil 5 – 6 % bzw. 8 – 9 % ausgemacht; für das aktuelle Berichtsjahr sind sie erstmalig auf 7,5 % bzw. 11,6 % angestiegen. Es bleibt abzuwarten, ob dies der Beginn eines Trends oder eine temporäre Schwankung ist.



MV = monovalente Vergiftung, PV = polyvalente Vergiftung

Abbildung 5 Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2016

1.1.5 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

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 2015 bzw. speziellen Berechnungen des Statistischen Bundesamts zur Verfügung (siehe Tabelle 3). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 T40.X) sowohl um eine Überdosierung als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opioide auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung verschriebener opioidhaltiger Medikamente statt um den Konsum illegaler Drogen handeln. Darüber hinaus kann mit diesen Daten nur eine Aussage über im Krankenhaus stationär aufgenommene drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle getroffen werden. Notfälle, die entweder gar nicht oder durch andere Anlaufstellen (Giftnformationszentren, siehe 1.2.2, aber auch niedergelassene Ärzte, notärztliche Behandlung ohne folgenden stationären Aufenthalt) behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Aus den Daten geht zudem nicht hervor, wie schwer ausgeprägt oder gefährlich die Symptomatik war und wie lange die jeweilige Behandlung andauerte; Stundenfälle werden ebenfalls mit eingeschlossen. Die Daten sind also nur mit Vorsicht zu interpretieren.

Eine weitere Annäherung an die Zahl drogenbezogener Notfälle kann über die Daten der Giftnformations- bzw. Giftnotrufzentralen (GIZ) erfolgen. Diese geben Aufschluss über Notfälle, die nicht zu einer Aufnahme im Krankenhaus geführt haben (siehe 1.2.2).

1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 3 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2015

ICD-10-Diagnose	Gesamtzahl ohne Sterbefälle	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 45	45 - 65	65+
akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	22.047	568	6.634	10.677	3.377	791
durch Opioide (F11.0)	2.009	16	178	1.157	407	251
durch Cannabinoide (F12.0)	2.895	227	1.722	811	128	7
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	2.336	22	374	920	709	311
durch Kokain (F14.0)	466	2	89	313	61	1
durch andere Stimulanzien (F15.0)	2.366	75	1.020	1.152	103	16
durch Halluzinogene (F16.0)	519	20	284	179	35	1
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	76	8	18	34	10	6
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	11.380	198	2.949	6.111	1.924	198
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	1.792	78	371	552	332	459
durch Opium (T40.0)	99	4	5	16	21	53
durch Heroin (T40.1)	150	1	10	116	23	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	836	36	58	151	205	386
durch Methadon (T40.3)	90	4	6	45	30	5
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	48	1	19	15	8	5
durch Kokain (T40.5)	96	0	16	70	10	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	58	0	11	23	16	8
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	335	31	203	87	12	2
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	27	0	21	6	0	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	53	1	22	23	7	0

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Aus den Daten der Giftinformations- bzw. Giftnotrufzentralen:

Es liegen aus fünf der acht deutschen Giftinformationszentralen (GIZ)¹ Daten zu dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) aus dem Jahr 2015 vor (GIZ NRW, GIZ Nord, GIZ Berlin, GIZ Saarland, GIZ München).

In diesen fünf Institutionen wurden im Jahr 2015 insgesamt 146.469 Anfragen auf Grund von Vergiftungsverdachtsfällen bei Menschen registriert, davon 3.282 auf Grund von tatsächlicher oder vermuteter Einnahme illegaler Drogen. Der Anteil der Drogenfälle ist demnach wie in den letzten Jahren gering und liegt bei 2,24 % (Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II 2015; Giftinformationszentrum Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (GIZ-Nord) 2016; Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar 2016; Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen 2015). Aus diesen Daten geht allerdings nicht hervor, ob es sich um unbeabsichtigte Einnahmen oder um Überdosierungen beim beabsichtigten Drogenkonsum gehandelt hat. Einige Giftinformationszentralen nehmen in ihren Dokumentationssystemen auch eine Aufschlüsselung nach Substanzen und anderen Variablen wie etwa dem Alter vor.

Das GIZ Nord² dokumentierte für 2015 insgesamt 33.189 menschliche Vergiftungsverdachtsfälle, davon entfielen 2,4 % (N = 796) der Anfragen auf die Hauptgruppe illegaler Drogen. In diesem Jahr ist ein Todesfall zu vermelden, 106 der Verdachtsfälle wurden als schwere Vergiftung eingestuft (13,3 %), 284 (35,7 %) mit dem mittleren Schweregrad, 176 (22,1 %) als leichte. 40 Verdachtsfälle (5,0 %) waren symptomlos, für 187 Verdachtsfälle (23,5 %) konnte der Schweregrad der Vergiftung nicht eingeschätzt werden.

Es liegen Angaben zu Substanzgruppen vor: 26,8 % der Anrufe (N = 213) wurde wegen der Einnahme amphetaminartiger Substanzen getätigt. 20,1 % (N = 160) bezogen sich auf den Konsum von Cannabinoiden, von diesen wurde mit fast zwei Dritteln der Anfragen am häufigsten wegen synthetischer Cannabinoide (N = 101) angerufen. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen. Kokain machte 12,1 % (N = 96) der Anrufe aus, Opioide 6,3 % (N = 50), hiervon mit 44 Fällen größtenteils Heroin.

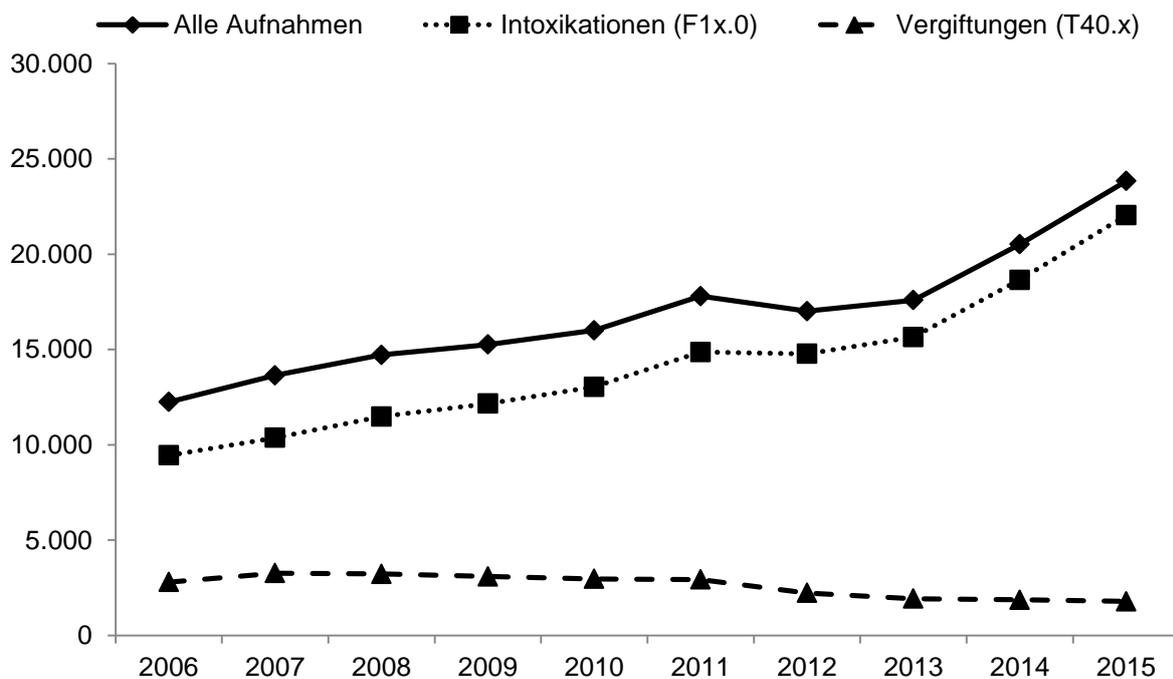
Von den 106 schweren Vergiftungen waren 44 auf nicht-klassifizierte Halluzinogene zurückzuführen, 17 auf Cannabinoide (hiervon 13 auf synthetische Cannabinoide), 10 auf Kokain, 9 auf ATS und 6 auf Heroin. Der Anruf, bei dem der Todesfall dokumentiert wurde, bezog sich auf synthetische Cannabinoide.

1 <https://www.klinitox.de/3.0.html> [letzter Zugriff: 31.07.2017].

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

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).



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

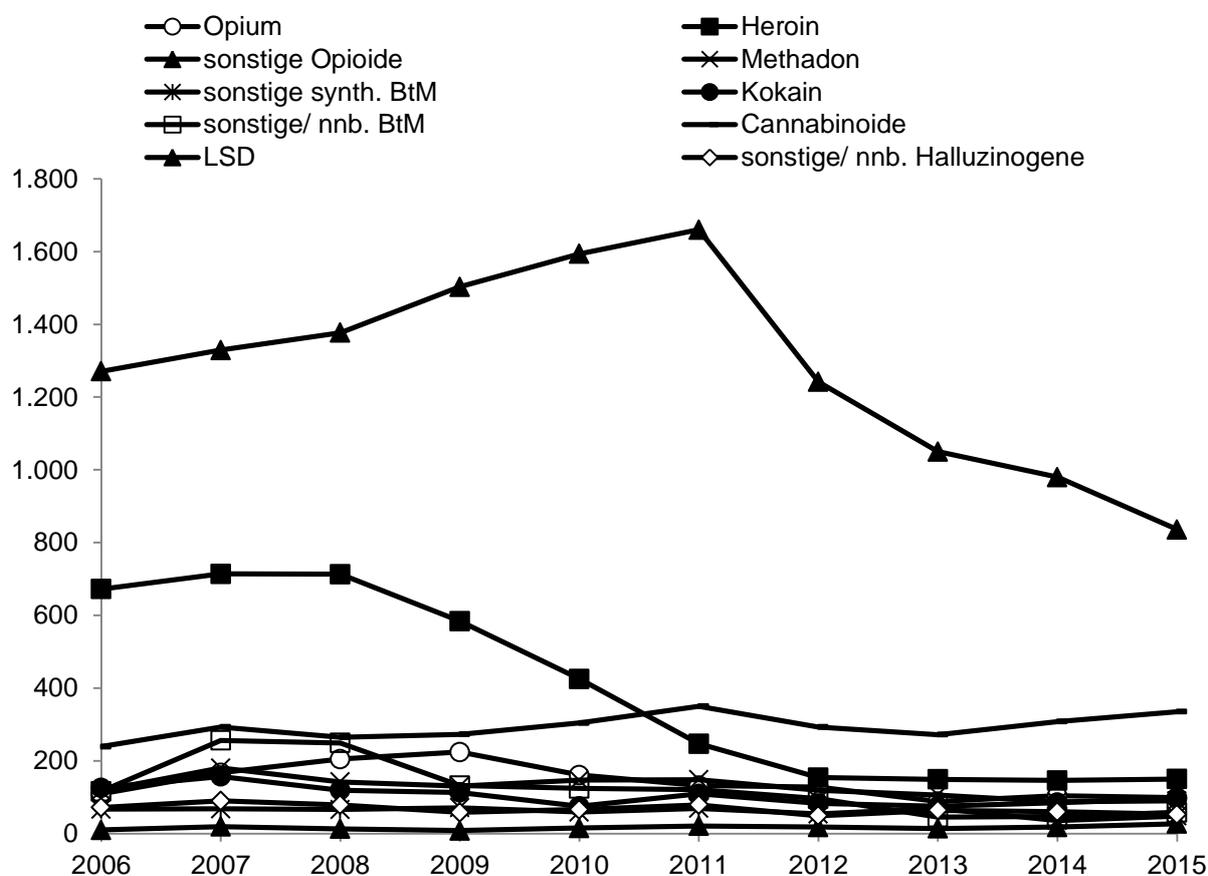
Abbildung 6 Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle 2006 bis 2015

Insgesamt zeigt sich in den letzten zehn Jahren ein recht kontinuierlicher Anstieg der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle von 12.249 Aufnahmen 2006 zu 23.839 Aufnahmen 2015 (siehe Abbildung 6), der seit 2013 nochmals steiler ausfällt. Dieser Anstieg wird durch den Anstieg der kodierten akuten Intoxikationsfälle bedingt. Die Anzahl der Vergiftungsfälle, die bereits 2006 schon auf deutlich niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten 10 Jahren weiter gesunken. Es bleibt unklar, ob dies durch die Kodiergewohnheiten erklärbar ist, oder ob tatsächlich weniger Vergiftungsfälle und mehr Intoxikationsfälle aufgenommen wurden.

Betrachtet man Vergiftungen und Intoxikationen getrennt, so überwiegt bei den stationär aufgenommenen Vergiftungen (T 40.x-Codes, siehe Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 7) in den letzten 10 Jahren deutlich die Vergiftung durch „sonstige Opiode“ (T40.2). Nach einem deutlichen Anstieg bis 2011 (1.660 Fälle) gingen die Zahlen seitdem

allerdings wieder stark zurück (2015: 836 Fälle). Vergiftungen durch Heroin (T40.1) waren lange Zeit die zweithäufigste Diagnose in dieser Gruppe, sind aber seit über 10 Jahren fast konstant gesunken und machen nur noch einen relativ geringen Anteil der Vergiftungen aus (2015: 150 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide damit nach Vergiftungen durch sonstige Opioide die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Allerdings stellt sich der Trend in den letzten zehn Jahren recht stabil dar und befindet sich mit 335 Fällen im Jahr 2015 auf wesentlich niedrigerem Niveau als Vergiftungen durch Opioide. Alle anderen Substanzen, inklusive der sonstigen / nicht näher bezeichneten Betäubungsmittel spielen mit weniger als 100 gemeldeten Fällen nur eine untergeordnete Rolle.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

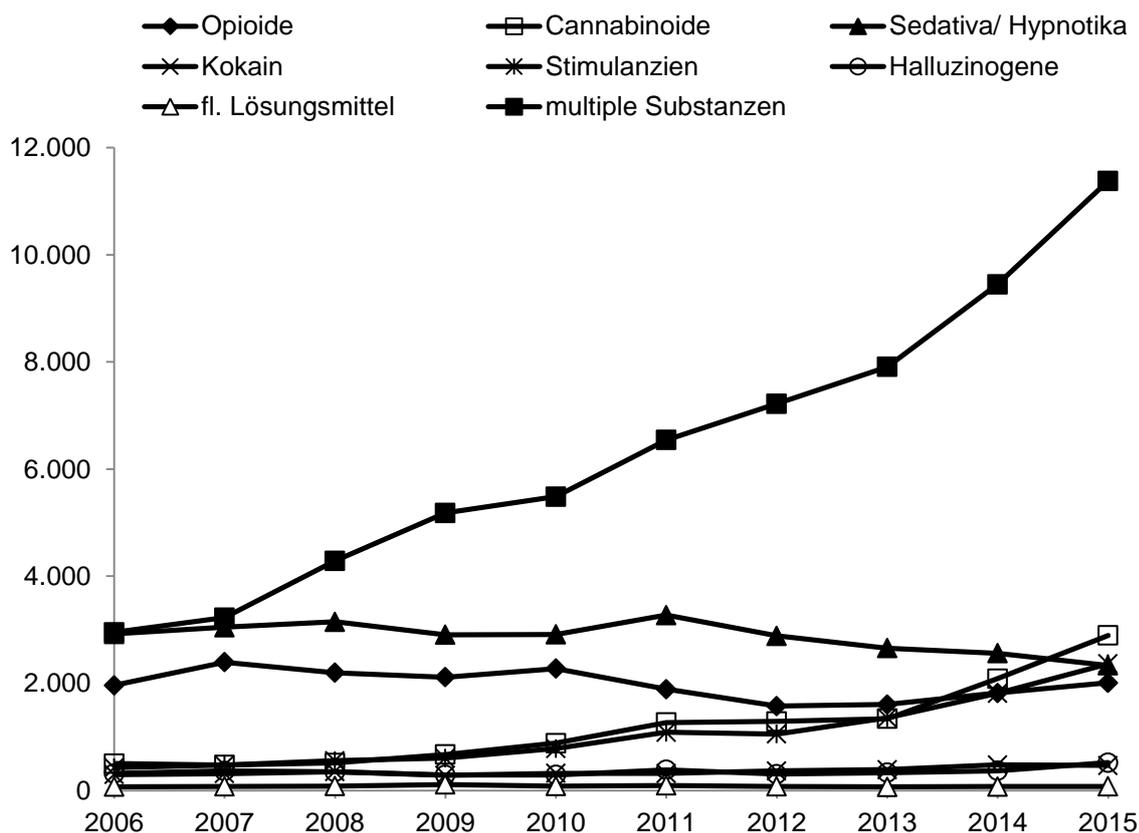
Abbildung 7 Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)

In der Gruppe der akuten Intoxikationen ist die mit Abstand häufigste kodierte Diagnose die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0) (siehe Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 8). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür haben sich in den letzten zehn Jahren fast vervierfacht (2006: 2.951 Fälle; 2015: 11.380 Fälle) und machen einen großen Teil des Gesamtanstiegs aller stationären Krankenhausaufnahmen drogenbezogener nicht-

tödlicher Notfälle der letzten zehn Jahre aus. Genauere Angaben zu den einzelnen Substanzen, die unter „multipler Gebrauch“ bzw. „andere psychotrope Substanzen“ kodiert werden, liegen leider nicht vor.

2015 wurde die Intoxikation durch Cannabinoide (inklusive synthetischer Cannabinoide) erstmals am zweithäufigsten als Ursache kodiert. In den letzten zehn Jahren haben sich die Aufnahmezahlen für diese Vergiftung mehr als verfünffacht (502 Fälle 2006, 2.895 Fälle 2015). Auch die Intoxikation durch Stimulanzien (exkl. Kokain) wurde 2015 mit 2.336 Fällen mehr als fünfmal häufiger kodiert als zehn Jahre zuvor. Sie ist damit erstmals gleich häufig kodiert worden wie die Stoffgruppe der Sedativa / Hypnotika, die bis zum letzten Jahr stets die zweithäufigste war, in den letzten zehn Jahren jedoch insgesamt leicht zurückgegangen ist (2006: 2.923 Fälle; 2015: 2.336 Fälle). Intoxikationen durch Opioide schwanken in den letzten zehn Jahren um ca. 2.000 Fälle pro Jahr; hier ist kein eindeutiger Trend erkennbar. Insgesamt zeigt sich im Bereich der akuten Intoxikationen ein Trend hin zu multiplem Substanzgebrauch und einer steigenden Bedeutsamkeit von Cannabinoiden und Stimulanzien, wohingegen Sedativa / Hypnotika im Vergleich eher an Bedeutung verlieren.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 8 Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)

1.2.4 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

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

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

1.3.1 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten über HIV- und Hepatitis-C-Neudiagnosen sowie akute Hepatitis B an das RKI für das Jahr 2016 (Robert Koch-Institut (RKI) 2017).

HIV-Meldedaten

Dem RKI wurden 3.419 HIV-Infektionen gemeldet, die im Jahr 2016 neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 4,2 Fällen pro 100.000 Einwohner und ist damit gegenüber dem Vorjahr (3.699) um 7,6 % gesunken; dies gilt sowohl für in Deutschland wie auch für im Ausland erworbene Infektionen. Die Zahl der Infektionen, bei denen das Infektionsland nicht ermittelt werden konnte (712; 2015: 488) stieg dagegen an.

Für 2.738 der 3.419 Erstdiagnosen (80 %) lagen Angaben zum Infektionsrisiko vor. Bei Mehrfachangaben wurde die Angabe auf das wahrscheinlichste Risiko reduziert. Unter den Erstdiagnosen mit Angaben hatten sich 63 % (1.725) vermutlich über gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern infiziert, 32 % (865) über heterosexuelle Kontakte, und 5 % (127) bei intravenösem Drogenkonsum. Bei 1 % (21) der Erstdiagnosen handelte es sich um Kinder, die über ihre Mütter infiziert worden waren. Nur drei dieser Kinder wurden von HIV-infizierten Müttern in Deutschland geboren.

Nach einem Tiefpunkt bei den HIV-Neudiagnosen mit Übertragungsweg IVD in den Jahren 2010 bis 2012 (77-80 Neudiagnosen pro Jahr) und einem vorangegangenen kontinuierlichen Rückgang ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen mit diesem Übertragungsweg seit 2012 wieder

angestiegen (von 80 auf 127 im Jahr 2016). Die Zunahme erfolgte vor allem in der Altersgruppe 30-39 Jahre (von 32 in 2012 auf 60 im Jahr 2016), siehe Abbildung 9.

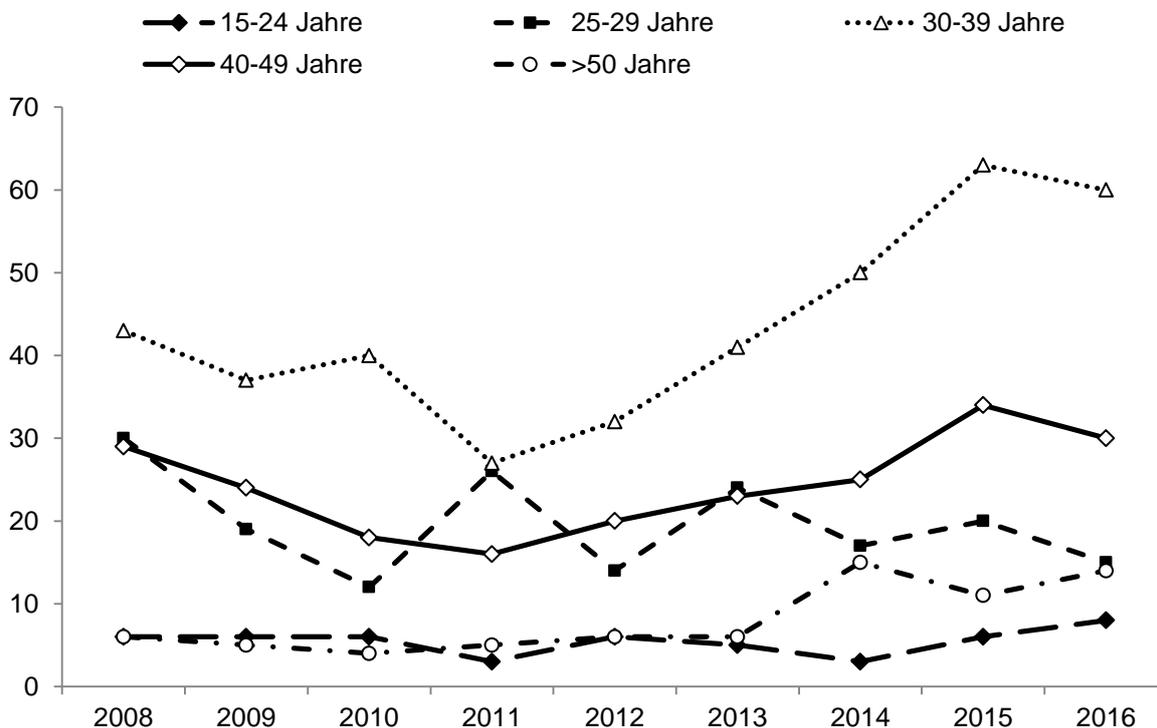


Abbildung 9 HIV-Neudiagnosen bei IVD nach Altersgruppen 2008 bis 2016

Von den 127 Erstdiagnosen des Jahres 2016, die sich durch intravenösen Drogengebrauch infiziert hatten, lebten 38 in Bayern. Im Jahr 2014 waren es noch 8, 2015 schon 18 gewesen. Die Mehrzahl der Diagnostizierten war deutscher Herkunft und hat sich in Deutschland infiziert. Der Anstieg betraf alle Altersgruppen, am häufigsten waren die 30- bis 39-Jährigen vertreten. Die meisten Diagnosen erfolgten in München, aber eine Zunahme war auch in Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern zu verzeichnen.

Hepatitis B Meldedaten

Die Falldefinitionen wurden im Jahr 2015 dahingehend geändert, dass nun nicht nur Fälle, bei denen sowohl das klinische Bild wie auch die Labordiagnostik vorlagen, die Definition erfüllen, sondern auch labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt oder unbekannt ist. Die Kriterien für einen labordiagnostischen Nachweis erfüllt nur noch der direkte Hepatitis-B-Virus-Nachweis; das alte labordiagnostische Kriterium gilt nicht mehr. Die Änderungen werden genauer unter 4.2.2 beschrieben. Die 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-Virus-Infektionen nachzugehen, unabhängig von der Ausprägung ihrer Symptomatik. Mit Einführung der neuen Falldefinition stieg die Zahl der veröffentlichten Hepatitis-B-Virus-Infektionen.

Für das Jahr 2016 wurden 629 Fälle (18 %) nach der alten und 2.837 Fälle (82 %) nach der neuen Falldefinition erfasst und übermittelt. Der Anteil der klinisch-labordiagnostisch bestätigten Fälle an allen übermittelten Fällen blieb im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert und lag bei 20 %; für die restlichen Fälle war das klinische Bild unbekannt oder nicht vollständig erfüllt, die Infektion war jedoch labordiagnostisch nachgewiesen.

Die insgesamt übermittelten 3.466 Hepatitis-B-Virus-Infektionen entsprechen einem Rückgang von 407 Fällen gegenüber dem Vorjahr. Von den übermittelten Fällen entsprachen 3.006 Fälle (87 %) der Referenzdefinition. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich nur auf Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen. Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 3,7 Infektionen pro 100.000 Einwohner (2015: 2,4). Die Fallzahlen waren über das Jahr weitgehend konstant. Die Inzidenz für Hepatitis B lag bei Jungen und Männern mit 4,9 Infektionen/100.000 Einw. 2-mal so hoch wie bei Mädchen und Frauen (2,4). Bei Frauen war die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen am stärksten betroffen (6,4). Dagegen lag das Maximum bei Männern in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (13,5).

Nur bei 119 (4,0 %) der übermittelten Fälle wurden für die Auswertung ausreichende Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Mehrfachnennungen wurden bei der Auswertung auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Sexuelle Transmission wurde am häufigsten (42 Fälle, 35 %) genannt, darunter in 16 Fällen durch gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern. Als zweithäufigster Übertragungsweg wurde bei 31 Fällen (26 %) die Wohngemeinschaft mit einem Hepatitis-B-Virus-Träger angegeben, gefolgt von i.v.-Drogenkonsum (25 Fälle, 21 %).

Zwischen 2001 und 2009 wurde ein Rückgang der übermittelten Hepatitis-B-Infektionen beobachtet, der vermutlich vorwiegend auf einen verbesserten Impfschutz durch die Einführung der generellen Impfempfehlung für Säuglinge im Jahr 1995 zurückzuführen ist. Dieser Trend stagnierte mit geringen Schwankungen zwischen den Jahren 2009 und 2014. Im Jahr 2015 war eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen. Diese Zunahme ist zum Teil durch die Erweiterung der Referenzdefinition auf Fälle ohne, unklarer und unbekannter Symptomatik zu erklären, jedoch sollten auch weitere Einflussgrößen berücksichtigt werden. Die Zunahme der Fälle, für die ein labordiagnostischer Nachweis vorliegt, das klinische Bild jedoch unbekannt ist, könnte auf ein vermehrtes Testen hinweisen. Gerade in Bundesländern mit besonders hohen Inzidenzen bzw. starkem Anstieg wie z. B. Sachsen und Bayern ist das vermehrte Testen von Asylsuchenden zu berücksichtigen, die auch aus Regionen mit hoher Hepatitis-B-Prävalenz migrieren. Der Häufigkeitsgipfel bei den 15- bis 19-jährigen, männlichen Jugendlichen könnte ein weiterer Hinweis dafür sein, dass ein Teil der Zunahme der Hepatitis-B-Fälle auf die vermehrte Testung von Asylsuchenden zurückgeführt werden kann. Nicht genau quantifizierbar ist, in welchem Umfang der Anstieg der Änderung der Falldefinition, dem vermehrten Testen von z. B. Asylsuchenden oder einem tatsächlichen Anstieg zuzuschreiben ist. Dies bedarf weiterer Untersuchungen. Hinzu kommen mögliche Doppelmeldungen, da in Ermangelung eines festen Wohnortes von Asylsuchenden die Zuordnung von Testergebnissen erschwert sein könnte. Es kann nicht beurteilt werden, ob es sich ausschließlich um akute Fälle

handelt, da die Labordiagnostik eine solche Differenzierung nicht immer zulässt. So kann es sein, dass die Erfassung chronischer Fälle auch in Anbetracht begrenzter Recherchemöglichkeiten die übermittelten Zahlen ansteigen lässt. Der zeitliche Verlauf der nächsten Jahre wird die Interpretierbarkeit der Meldedaten erhöhen, da die Vergleichbarkeit bei einheitlichen Kriterien von Fall- und Referenzdefinitionen dann wieder hergestellt ist.

Ähnlich den Vorjahren war die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen, mit jeweiligem Inzidenzgipfel im jüngeren Erwachsenenalter, wobei sich die Altersverteilung der Männer wie im Vorjahr zu jüngeren Erwachsenen und Jugendlichen verschob. Demgegenüber blieb die Altersverteilung der Frauen ähnlich. Die Inzidenzgipfel und angegebenen Expositionen deuten an, dass die sexuelle Übertragung wie in den Vorjahren den bedeutsamsten Transmissionsweg darstellt.

Angaben zum Geburtsland werden nur bei Asylsuchenden erhoben und können seit Ende 2015 übermittelt werden. Vermutlich stellt diese Gruppe einen erheblichen Anteil der Betroffenen in Deutschland, sodass hier Verbesserungsbedarf bei der Fallfindung, Prävention und Behandlung besteht. Es wird dringend empfohlen, alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie weitere definierte Risikogruppen konsequent zu impfen, insbesondere bei Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung oder injizierendem Drogengebrauch (Robert Koch-Institut (RKI) 2017).

Hepatitis C Meldedaten

Da es sowohl labordiagnostisch als auch klinisch kaum möglich ist, akute und chronische HCV-Infektionen zu unterscheiden und die Mehrzahl der Neuinfektionen der Hepatitis C (ca. 75 %) asymptomatisch verläuft, werden alle neu diagnostizierten Infektionen erfasst. Daher beinhaltet die Gesamtheit der Fälle einen erheblichen Anteil bereits chronischer Hepatitis-C-Fälle (im Sinne einer Virusreplikation von mehr als 6 Monaten).

Die Falldefinition wurde im Jahr 2015 geändert, seitdem erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis die Kriterien für die labordiagnostische Bestätigung, es werden also nur noch aktive Hepatitis-C-Infektionen berücksichtigt. Die Implementation der neuen Falldefinition bei den Gesundheitsämtern dauert noch an; im Jahr 2016 wurden noch 21 % aller Fälle nach alter Falldefinition erfasst (2015 lag dieser Anteil noch bei 70 %). Eine Abnahme der gemeldeten Fallzahlen durch diese Änderung wurde erwartet, für mehr Informationen zur Methodik siehe 4.2.2.

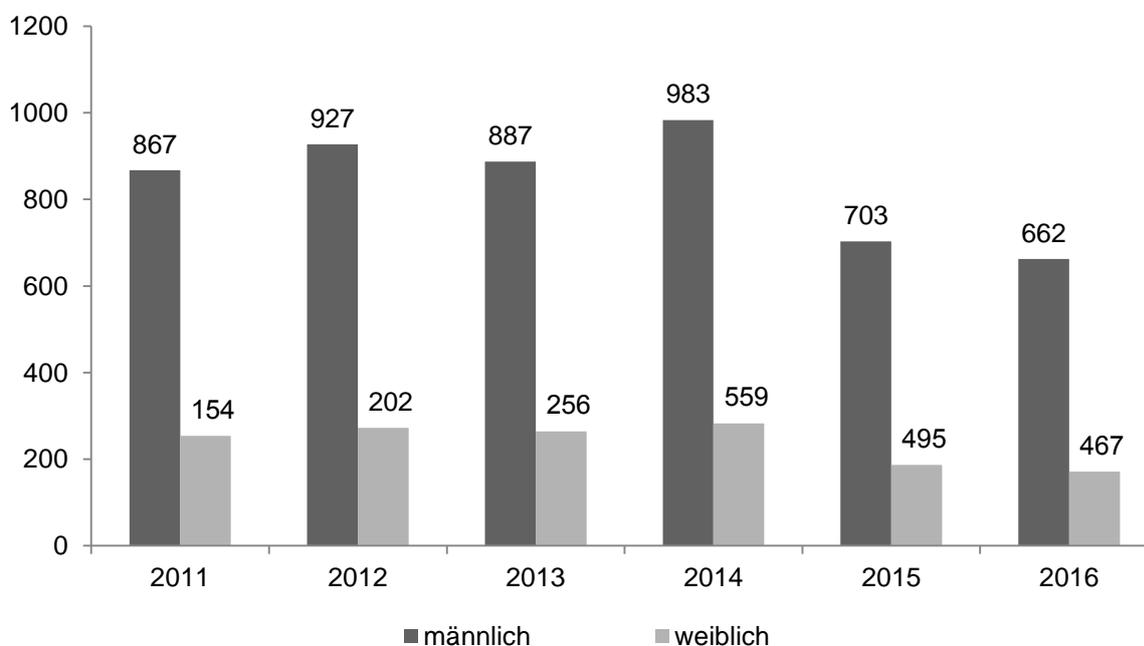
Für das Jahr 2016 wurden insgesamt 4.368 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 5,3 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit war die Inzidenz um 15 % niedriger als die des Jahres 2015 (6,0).

Ab dem Jahr 2005 war ein abnehmender Trend der Inzidenz und der absoluten Fallzahlen von erstdiagnostizierter Hepatitis C zu verzeichnen, der sich seit dem Jahr 2009 verlangsamt hatte. Ab 2011 war die Inzidenz relativ stabil mit leichten Schwankungen. Nach einem Anstieg der Erstdiagnosen im Jahr 2014 fiel die Inzidenz 2015 wieder auf das Niveau der fünf Vorjahre zurück und ist nun nochmals gesunken. Der weitere Rückgang in diesem

Berichtsjahr ist zumindest in Teilen der breiteren Anwendung der neuen Falldefinition geschuldet.

Die Inzidenz der Hepatitis-C-Erstdiagnosen in der männlichen Bevölkerung war mit 7,2 /100.000 Einw. mehr als doppelt so hoch wie in der weiblichen (3,4). Wie in den vorangegangenen Jahren lag der Häufigkeitsgipfel bei den Männern in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (18,2). Auch bei den Frauen war die Inzidenz in dieser Altersgruppe am höchsten, betrug mit 5,9 jedoch nur ein Drittel der Inzidenz bei Männern in dieser Altersgruppe.

Bei 1.047 (24 %) Erstdiagnosen wurden auswertbare Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 834 Fälle (80 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt (2015: 76 %, n = 892). Auf diesen Übertragungsweg entfielen 84 % der Angaben bei Männern (n = 662) und 66 % der Angaben bei Frauen (n = 171). Die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ lag bei 51 (6,5 %) der Männer und 7 (2,7 %) der Frauen mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ vor. Da 2011 das Auswertungsverfahren für den Übertragungsweg verändert wurde, sollten Angaben zum Übertragungsweg erst ab diesem Zeitpunkt verglichen werden. 2011 wurde i.v.-Drogenkonsum als wahrscheinlichster Übertragungsweg für 70 % der auswertbaren Erstdiagnosen angegeben; seit 2012 liegt der Wert mit Schwankungen um die 80 %. Die Fallzahlen werden in Abbildung 10 dargestellt; sie schwanken entsprechend der Entwicklung der Gesamtzahlen der HCV-Melddaten.



Da 2011 das Meldeverfahren umgestellt wurde, sollten Angaben zum Übertragungsweg erst ab diesem Zeitpunkt verglichen werden.

Abbildung 10 Zahl der übermittelten HCV-Erstdiagnosen mit Angabe von i.v.-Drogenkonsum nach Geschlecht, Deutschland, 2011 bis 2016

An zweiter Stelle der Risiken steht der Erhalt von Blutprodukten vor der Einführung der diagnostischen Testung von Blut und Blutprodukten im Jahr 1991 (n = 90; 8,6 % aller Fälle mit belastbaren Angaben zum Übertragungsweg). Bei Männern war bei 63 Fällen die Übertragung durch sexuelle Kontakte mit Männern als wahrscheinlicher Übertragungsweg angegeben, darunter waren 20 Fälle mit einem bekannt HCV-positiven Partner und 43 Fälle mit unbekanntem Infektionsstatus des Partners. Heterosexueller Kontakt mit einem HCV-positiven Partner wurde bei 40 Fällen (3,8 %) angegeben.

Die Tatsache, dass Männer häufiger i.v.-Drogen konsumieren als Frauen und dies der am häufigsten berichtete Übertragungsweg ist, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern. Bei injizierenden Drogengebrauchenden ist die Fallzahl übermittelter Erstdiagnosen zwar im Vergleich zu den beiden Vorjahren gesunken. Ein Grund dafür kann sein, dass nach alter Falldefinition häufig auch bereits ausgeheilte Infektionen übermittelt wurden, die die neue Falldefinition nicht erfüllen. Auch ist möglich, dass Drogengebrauchende zwar regelmäßig auf HCV-Antikörper gescreent werden, jedoch möglicherweise nicht einer weiterführenden Diagnostik zugeführt werden. Injizierende Drogengebrauchende sind jedoch weiter mit Abstand die größte Gruppe der Fälle mit einer Hepatitis-C-Erstdiagnose. Deshalb sollte in Deutschland der Prävention von Hepatitis C unter Drogenkonsumierenden sowie der Fallfindung, Diagnostik und Therapie in dieser Gruppe weiter höchste Priorität zukommen.

Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg lagen nur bei knapp einem Viertel der Fallmeldungen vor. Diese Angaben stammen in der Regel von behandelnden Ärzten oder den Betroffenen selbst. Es ist anzunehmen, dass gesellschaftlich stigmatisiertes Verhalten wie i.v.-Drogenkonsum und auch sexuelle Kontakte zwischen Männern untererfasst werden. Die Inzidenz übermittelter Erstdiagnosen durch sexuelle Kontakte zwischen Männern ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Informationen zu Ko-Infektionen werden in der Routineberichterstattung nicht erhoben, es ist aber anzunehmen, dass es zu einer sexuellen Übertragung von Hepatitis C insbesondere bei zugrunde liegender HIV-Infektion kommt.

Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland können als Annäherung an die Schätzung von Hepatitis-C-Neudiagnosen bei Personen aus Ländern mit einer höheren Hepatitis-C-Prävalenz dienen, jedoch besteht eine wesentliche Einschränkung bei der Interpretation der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle darin, dass derzeit bei Hepatitis C keine Angaben zum Migrationsstatus oder Herkunftsland übermittelt werden können, außer bei Asylsuchenden. Der Anteil neu diagnostizierter Hepatitis-C-Fälle bei Personen aus Hochprävalenzregionen ist jedoch unbekannt. Es ist anzunehmen, dass diese Gruppe einen größeren Anteil der an Hepatitis C Erkrankten in Deutschland stellt und dass hier Verbesserungsbedarf bei der Fallfindung, Prävention und Behandlung besteht (Robert Koch-Institut (RKI) 2017).

1.3.2 Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten

Zurzeit liegen hierzu keine Informationen vor.

1.3.3 Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen

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

HIV: Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Aus der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten von 59 Suchthilfeeinrichtungen vor. Im Jahr 2015 wurden Daten für 15.558 Klienten dokumentiert, von ihnen waren 1.514 Angehörige von Drogenkonsumierenden. 33 % der Betreuten gaben eine hauptsächliche Opioid-Problematik an (n = 4.456), der größte Teil weist jedoch polytoxe Konsummuster auf. Die Komorbiditäten werden in Abschnitt 1.4.1 genauer ausgeführt.

Die HIV-Infektionsrate unter allen Drogenkonsumenten lag 2015 mit 2,4 % etwa auf dem Vorjahresniveau (2013: 2,5 %), unter Opioidkonsumenten war sie mit 4,3 % wie in den letzten Jahren höher, über die Zeit hinweg aber stabil (2014: 4,6 %). Differenziert nach Geschlecht zeigt sich in diesem Jahr kein nennenswerter Unterschied zwischen Frauen (4,5 %) und Männern (4,1 %); in den letzten Jahren wiesen die Frauen stets eine leicht höhere Infektionsrate auf (2014: 5,5 %). 7,1 % aller Klienten und 4,1 % der opioidabhängigen Klienten gaben an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben. Unter den Opioidkonsumierenden sind die Test-Raten bei Männern deutlich höher als bei Frauen (nicht getestete Männer: 2,4 %, nicht getestete Frauen: 8,5 %) (Martens & Neumann-Runde 2015).

Auch aus der Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume (Stöver & Förster 2016) liegen Daten zum HIV-Status der im Jahr 2015 betreuten 4.503 Klientinnen und Klienten³ vor. 1.932 Personen (43 % aller Klienten) beantworteten die Frage, ob Sie schon einmal einen HIV-Test gemacht hätten, von diesen waren 92,7 % bereits getestet. Frauen und Männer ließen sich etwa gleich häufig testen. Zu 1.165 Personen liegt eine Angabe vor, wann der letzte HIV-Test erfolgte. 41,2 % dieser Personen gaben an, dass ihr Test 2015 stattgefunden habe und somit aktuell sei, weitere 43,4% erfolgten 2014. Die übrigen Tests liegen schon länger zurück. 39 % aller Konsumraumnutzer (1.739 Personen) gaben ihr Testergebnis an. 3,6 % gaben an, HIV-positiv zu sein, wobei Frauen mit 7,6 % wie in den Vorjahren deutlich häufiger betroffen sind als Männer mit 2,8 %. Längerfristig betrachtet lässt sich kein eindeutiger Trend bei den HIV-Infektionen feststellen, er schwankt seit 2009 zwischen 4,4 % und 2,9 %. Zudem muss von Ungenauigkeiten im Erhebungssystem ausgegangen werden (so werden nicht alle Klientinnen und Klienten

³ Die Anzahl der Klienten wird aus den individuell vergebenen „HIV-Codes“ errechnet. Es ist möglich, dass einige Personen über mehrfache Codes verfügen, sodass die Zahl der tatsächlich betreuten Klienten etwas geringer ausfallen könnte.

befragt; teils liegen die Testungen schon länger zurück), sodass eine Interpretation nur mit großer Vorsicht erfolgen kann. HIV-Infektionen sind bei den Neuzugängen seit Jahren seltener als bei den Fortsetzern (2015: 2,3 % der Neuzugänge, 4,2 % der Fortsetzer); insbesondere die Frauen unter den Fortsetzern weisen eine überdurchschnittlich hohe HIV-Infektionsrate auf (2015: 9,2 %).

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der ambulant behandelten Patienten erhoben (Braun et al. 2017). Im Jahr 2016 ist der HIV-Status von 39 % (n = 8.101) der Opioidklienten bekannt; von diesen sind 4,7 % HIV-positiv. Frauen sind stärker betroffen als Männer (6,5 % vs. 4,1 %). Unter allen Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik, deren HIV-Testergebnis bekannt ist (n = 14.283), weisen 3,9 % eine HIV-Infektion auf. Ohne Opioidkonsumierende verringert sich dieser Wert auf 2,9 %.

Fasst man die Ergebnisse aus Hamburg, Frankfurt am Main und der DSHS zusammen, so kommt man auf eine durchschnittliche HIV-Prävalenz unter Opioidkonsumenten von etwa 2,5 % bis ca. 7,5 %. Unter Neuzugängen der Konsumräume liegt der Wert insgesamt etwas niedriger. Frauen sind stärker betroffen als Männern. Die Werte müssen auf Grund der hohen Anzahl nicht getesteter Klienten vorsichtig gedeutet werden. Sie stimmen jedoch recht gut überein mit den in der DRUCK-Studie erhobenen Werten (Robert Koch-Institut (RKI) 2016), die eine HIV-Prävalenz zwischen 0 % und 9 % (je nach Studienstadt) feststellte und ebenfalls ergab, dass Frauen häufiger infiziert waren als Männer (7 % vs. 4 %).

Hepatitis B und C: Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Laut der BADO waren 2015 21,1 % aller Klienten und 48,7 % der Opioidkonsumenten in Hamburg mit Hepatitis C infiziert. Über die letzten Jahre hinweg erweist sich die Rate der infizierten Opioidkonsumenten als auf sehr hohem Niveau stabil. 7,1 % aller Klienten und 4,0 % der Opioidkonsumenten hatten sich noch nie auf Hepatitis C untersuchen lassen, wobei wie bei HIV die Testungsquoten bei Männern deutlich besser sind als bei Frauen (nicht getestete Männer: 2,4 %, nicht getestete Frauen: 8,1 %) (Martens & Neumann-Runde 2015). Daten zu Hepatitis B werden in der BADO nicht erhoben.

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2015 gaben 43 % (n = 1.944) der Konsumraumnutzer an, ob bereits ein HBV- und/oder HCV-Test gemacht wurde; von diesen hatten 95 % einen Test gemacht. Testergebnisse liegen von 1.761 Personen (39 % aller Konsumraumnutzer) vor; von diesen waren 40,1 % positiv auf Hepatitis C getestet worden, 1,1 % auf Hepatitis B und weitere 1,1 % auf eine komorbid vorliegende Hepatitis B und C. Es gab kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Ähnlich wie bei HIV und konsistent zu den Ergebnissen der letzten Jahre waren ältere Drogenkonsumenten häufiger mit HCV infiziert als jüngere. Ebenso wiesen Fortsetzer eine höhere Infektionsrate auf als Neuzugänge (43,0 % vs. 33,8 %). Die Autoren merken an, dass die Infektionsraten eine abnehmende Tendenz aufweisen: 2004 waren noch 66 % der Klienten von einer oder beiden Hepatitis-Infektionen betroffen. Sie verweisen jedoch auch hier auf erfassungsbedingte

Ungenauigkeiten, da bei Weitem nicht alle in den Räumen Konsumierende befragt werden (Stöver & Förster 2016).

In der DSHS werden Daten zum HBV- und HCV-Infektionsstatus ambulant behandelter Suchtpatienten erhoben (Braun et al. 2017). Diese Zahlen müssen vor dem Hintergrund hoher Dunkelziffern mit Vorsicht interpretiert werden. Testergebnisse für Hepatitis B liegen für 34,5 % (n = 6.257) der Opioidklienten vor; für diese liegt die HBV-Prävalenz bei 5,6 % (n = 349). Für alle Patienten mit illegaler Drogenproblematik liegen insgesamt 11.048 Testergebnisse vor, von diesen waren 3,9 % positiv. Exklusive der Opioid-Klienten liegt die Prävalenzrate deutlich niedriger bei 1,7 %. Testergebnisse für HCV liegen für 42,3 % der Opioidklienten vor (n = 8.824). 44,5 % dieser Testergebnisse sind positiv; eine akute Infektion geben 5,4 % der Getesteten an (n = 474), eine chronische Infektion 39,1 % (n = 3.454). Bei allen getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik (n = 15.188) liegt die Prävalenz für chronische Hepatitis C bei 25,3 % und für akute Hepatitis C bei 3,5 %. Betrachtet man die Klienten exklusive der Opioid-Klientel, liegen die Prävalenzen mit 0,8 % für akute Hepatitis C und 6,2 % für chronische Hepatitis C wesentlich niedriger.

In einer gemeinsamen Betrachtung der Daten aus Frankfurt und der DSHS ergibt sich für Hepatitis B eine sehr geringe Prävalenzschätzung von zwischen 1 % und 6 %. Diese ist auf Grund der extrem hohen Dunkelziffer und der geringen Fallzahlen jedoch kaum aussagekräftig. Vergleicht man sie mit den in der DRUCK-Studie erhobenen Daten, scheint eine wesentliche Unterschätzung vorzuliegen: hier wurde eine Prävalenzrate von etwa 25 % erhoben (je nach Studienstadt zwischen 5 % und 33 %) (Robert Koch-Institut (RKI) 2016).

Fasst man die Daten aus Hamburg, Frankfurt und der DSHS zusammen, kommt man auf eine Prävalenzschätzung für chronische Hepatitis C unter Opioidkonsumenten zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Klienten. Akute Hepatitis C wird nur in der DSHS erhoben; hier lag die Rate bei 5,4 %. Da es sich hierbei um selbstangegebene Daten von behandelten bzw. niedrigschwellig betreuten Klienten handelt, ist damit zu rechnen, dass es sich um eine konservative Schätzung handelt. Hinzu kommt eine hohe Anzahl an nicht getesteten Klienten; vor dem Hintergrund der hohen Dunkelziffern müssen die Zahlen mit Vorsicht interpretiert werden. Dies wird verkompliziert durch die verschiedenen Möglichkeiten, eine HCV-Infektion zu testen, deren Unterschiede den Klienten eher selten bekannt sein dürften. Tatsächlich hat die methodisch wesentlich fundiertere DRUCK-Studie insgesamt etwas höhere Prävalenzen unter intravenös konsumierenden Drogengebrauchern erfasst: hier wurde eine mittlere HCV-Prävalenz von 66 % (42 % bis 75 % je nach Studienstadt) und eine Prävalenz potenziell infektiöser Hepatitis C von 44 % (23 % bis 54 % je nach Studienstadt) festgestellt (Robert Koch-Institut (RKI) 2016).

Zuverlässigere Zahlen könnten auch in der Routineberichterstattung durch direkte Testungen der Klienten vor Ort erreicht werden. Hierfür ist im Alltag der niedrigschwelligen Einrichtungen jedoch keine Finanzierung vorhanden, sodass solche Angebote fehlen.

1.3.4 Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten

In Tabelle 4 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen ambulant behandelter Patienten 2016 dargestellt. Intravenöser Konsum, der die mit Abstand riskanteste Konsumform darstellt, wird nach wie vor hauptsächlich für Heroin (58,1 %) berichtet, gefolgt von Kokain (14,4 %). Für andere Opioide, andere Stimulanzien, Crack und Buprenorphin werden Werte zwischen 4 % und 7 % angegeben. Für alle anderen Substanzen werden deutlich geringere Prävalenzen des i.v.-Konsums genannt.

Tabelle 4 Drogenapplikationsform ambulant behandelter Patienten 2016 in der DSHS

Substanz	Applikationsform ¹⁾					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	58,1 %	30,5 %	1,0 %	10,0 %	0,4 %	12.612
Methadon	2,1 %	0,8 %	96,6 %	0,2 %	0,4 %	7.778
Buprenorphin	4,0 %	1,0 %	88,6 %	5,6 %	0,8 %	2.767
And. Opioide	6,8 %	5,2 %	82,5 %	2,5 %	3,0 %	2.807
Kokain	14,4 %	17,9 %	1,3 %	66,2 %	0,2 %	11.137
Crack	5,2 %	88,6 %	2,4 %	3,6 %	0,2 %	806
Amphetamine	1,4 %	10,7 %	26,2 %	60,7 %	1,0 %	14.030
MDMA und Ähnliche	0,6 %	2,6 %	88,9 %	6,4 %	1,5 %	5.318
Andere Stimulanzien	5,8 %	15,3 %	13,9 %	63,7 %	1,3 %	4.595
LSD	0,3 %	1,9 %	93,4 %	1,1 %	3,3 %	2.631

¹⁾ Mehrfachnennungen möglich.

(Braun et al. 2016)

In der BADO gaben 2015 63,0 % der Opioidkonsumierenden an, jemals i.v. konsumiert zu haben und 31,9 % gaben an, jemals Spritzbesteck mit jemandem geteilt zu haben. 5,2 % gaben an, in den letzten 30 Tagen Spritzen geteilt zu haben (Martens & Neumann-Runde 2015).

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

1.3.5 Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten

Aktuell liegen keine Informationen zu anderen drogenbezogenen Infektionskrankheiten vor.

1.3.6 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Es liegen aktuell keine zusätzlichen Informationen vor.

1.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

1.4.1 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

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

Somatische und psychische Komorbidität bei Drogenkonsumierenden in Hamburg

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2015 finden sich sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Martens & Neumann-Runde 2015), die zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können, jedoch einen Einblick in dieses bestimmte, sehr belastete Klientel bieten.

Die 4.456 Opiatklientinnen und -klienten wiesen häufig zusätzliche stoffgebundene wie auch nicht stoffgebundene Süchte auf. Im Mittel wurden bei der Opiatklientel 4,3 weitere Problembereiche dokumentiert (inklusive Glücksspiel und Essstörungen, exklusive Tabak). Es gab in der Anzahl der zusätzlichen Problembereiche keine relevanten Geschlechtsunterschiede, jedoch unterschieden sich die Schwerpunkte der zusätzlichen Problematiken. Die am häufigsten zusätzlich zu Opiaten konsumierten Substanzen waren wie im Vorjahr Kokain (67 %), Cannabis (63 %), Alkohol (59 %), Crack (44 %) und Sedativa (43 %). Die Anteile der männlichen Betreuten waren zumeist etwas höher als die der weiblichen, insbesondere bei Cannabis (66 % vs. 55 %) und Kokain (68 % vs. 63 %). Bei den Essstörungen waren hingegen anteilig mehr Frauen betroffen (14 % vs. 3 %).

25 % der Personen in der Gruppe der Opiatkonsumenten wurden von den Betreuern als erheblich oder extrem körperlich-gesundheitlich belastet eingeschätzt, weitere 31 % wurden als mittel gesundheitlich belastet eingestuft, bei 10 % ist ein anerkannter Behindertenstatus dokumentiert. Daten zu HIV- und Hepatitis-Status finden sich unter 1.3.3.

Darüber hinaus wurden 38 % der Klienten als psychisch erheblich oder extrem belastet eingestuft, Frauen (49 %) dabei deutlich öfter als Männer (34 %). 31% der Klienten berichteten von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Frauen 41 %, Männer 28 %), 15 % von mehr als einem (Frauen 21 %, Männer 12 %). Die am häufigsten genannten Symptome waren depressive Stimmung (21 % der Klienten), Unruhezustände (20 %) und Ängste/Phobien (16 %). Etwas seltener wurden überhöhte Selbsteinschätzung (11 %), mangelnde Impuls-/Affektkontrolle (9 %) und Aggressionen (6 %) genannt. Die psychischen Symptome sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuungen in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu

stabilisieren. 36 % der Klienten nehmen ärztlich verschriebene Psychopharmaka ein (Frauen 40 %, Männer 34 %), wobei 22 % Antidepressiva einnehmen, 12 % Sedativa und 7 % Neuroleptika. Bei 13 % der Opioidgruppe wurde dokumentiert, dass notwendige medizinische Versorgung nie oder nur selten wahrgenommen wird, bei 30 % gelegentlich.

Zur Behandlung von psychischen Störungen bei gleichzeitig bestehender Abhängigkeitsproblematik siehe Workbook „Behandlung“.

Folgen des Cannabiskonsums

Vor dem Hintergrund nach wie vor hoher Prävalenzen des Freizeit-Cannabis-Konsums (siehe Workbook „Drogen“), dem hohen Anteil, den cannabisbezogene Störungen in der Drogenbehandlung ausmachen (siehe Workbook „Behandlung“) sowie dem seit diesem Jahr in Kraft getretenen „Cannabis als Medizin“-Gesetz (siehe Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“) sind die Folgen des Cannabiskonsums in den deutschen Medien, der Politik sowie der Fachwelt weiterhin Thema. Die größeren suchtmmedizinischen Fachgesellschaften haben hierzu Stellungnahmen veröffentlicht (eine Auflistung findet sich im Workbook „Drogenpolitik“ des letzten Jahres (Pfeiffer-Gerschel et al. 2016)); ein Schwerpunkt der Debatte liegt auf den Risiken für Kinder und Jugendliche.

In Deutschland liegt aktuell eine neue Fortbildung zum Thema „Cannabisinduzierte Störungen“ für Ärzte vor (Soyka et al. 2017), die den Wissensstand zum Thema Folgestörungen von Cannabis zusammenfasst. Laut den Autoren betreffen die hauptsächlichlichen Schäden des Cannabiskonsums die Psyche, wohingegen die somatischen Folgeschäden des Langzeitkonsums begrenzt seien: chronischer Cannabiskonsum führe zu spezifischen, aber insgesamt relativ wenigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, mit der Ausnahme von kardiovaskulären Symptomen und Bronchitiden. Wichtig sei eine Schwächung des Immunsystems und der Spermio-genese. Bei allen körperlichen Folgeschäden sei die Einschätzung durch den häufig gleichzeitigen Konsum von Tabak erschwert. Im psychischen Bereich führen die Autoren eher leichte kognitive Einbußen auf; bei Konsum im Jugendalter mit Hinweisen darauf, dass die Einbußen möglicherweise nicht reversibel sind. In Bezug auf andere psychische Störungen nennen die Autoren Hinweise auf einen Zusammenhang mit bipolaren Störungen und, weniger eindeutig, mit unipolaren Depressionen. Das Risiko für suizidale Gedanken oder Verhaltensweisen kann ebenfalls in Zusammenhang mit Cannabiskonsum gebracht werden, allerdings muss hier von einem komplexen Wirkgefüge ausgegangen werden, das sicher nicht allein durch den Cannabiskonsum erklärbar ist. Auch für Angststörungen findet sich ein erhöhtes Auftreten im Zusammenhang mit Cannabis-Konsum. Die Frage der Kausalität bzw. einer wechselseitigen Beeinflussung von psychischen Symptomen und Cannabiskonsum ist jedoch nicht ausreichend geklärt; so verwenden viele Betroffene Cannabis auch im Sinne einer Selbstmedikation, um unangenehme körperliche oder psychische Symptome zu lindern. Entsprechend schlussfolgern die Autoren, dass weitere Forschung nötig ist.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) lässt aktuell eine Cannabis-Expertise mit dem Titel „Cannabis: Potential und Risiken (CaPRis)“ erstellen, deren Ergebnisse in Kürze

erwartet werden (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe Cannabis 2016, persönliche Mitteilung).

Sexuelle Funktionsstörung bei substituierten Patienten

66 männliche opioidabhängigen Patienten in Substitutionsbehandlung wurden zu ihren sexuellen Funktionsstörungen befragt. 30 (45.5 %) erhielten Methadon, 36 (54.5 %) Levomethadon. Bezüglich der Selbsteinschätzung sexueller Funktionsstörungen wiesen die Patienten, die über solche berichteten (N = 40, 71.4 %), eine signifikant höhere Dosierung auf, unabhängig vom Substitutionsmittel. Erektile Dysfunktion trat signifikant häufiger unter Methadon auf. Die Autoren schlussfolgern, dass Levomethadon gegenüber Methadon überlegen sein könnte. Bei Auftreten von sexuellen Funktionsstörungen könnten ein Substanzwechsel oder eine Dosisreduktion hilfreich sein (Gutwinski et al. 2016).

1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung

1.5.1 Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung

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

- Information und Aufklärung zu den Risiken einer Überdosis,
- Bereitstellung effektiver Behandlungsmaßnahmen für Drogenkonsumenten (v. a. Substitution, siehe Workbook „Behandlung“) und Verbesserung der Haltequoten,
- Verbesserung des Übergangsmanagements nach Haftentlassungen (siehe Workbook „Gefängnis“),
- Bereitstellung von Drogenkonsumräumen,
- Verbesserung der Reaktion Umstehender im Falle eines Drogennotfalls (Erste-Hilfe-Trainings, Naloxon-Programme).

Nähere Informationen zur Nationalen Strategie finden sich im Workbook „Drogenpolitik“. Sie ist zudem online zugänglich⁴.

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) & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2016). Injizierende Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt, für die bedarfsgerechte Angebote geschaffen bzw. ausgebaut werden und integrierte Angebote entwickelt werden sollen. Weitere Ziele der Strategie sind, ein gesellschaftliches Klima der Akzeptanz für unterschiedliche Sexualitäten und Lebensentwürfe zu schaffen um Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen sowie sektorenübergreifend Akteure miteinander zu vernetzen und die Wissensgrundlage weiter auszubauen. Die Strategie ist online verfügbar⁵.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Schadensminderung in Deutschland auf Basis der DRUCK-Studie zeigen ebenfalls Wege auf, wie Infektionskrankheiten und andere drogenbezogene Gesundheitsschädigungen bekämpft werden können. Für Belange der niedrigschwelligen Drogenhilfe geht es dabei um die Verbesserung von Test- und Impfangeboten sowie Beratungsangeboten in Bezug auf Testungen und safer-use-Wissenslücken und eine flächendeckende Erweiterung der bedarfsorientierten Ausgabe von Konsumutensilien. Auch in Substitutionseinrichtungen und Einrichtungen der Suchthilfe sollen Testung, Impfung und Behandlung von Hepatitis und HIV sowie die Kooperation mit

⁴ http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf [letzter Zugriff: 03.08.2017].

⁵ http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf [letzter Zugriff: 03.08.2017].

HIV- / Hepatitis-Schwerpunkteinrichtungen und der niedrigschwelligen Drogenhilfe verstärkt werden. Alle Ärzte, die mit Suchterkrankungen in Berührung kommen und die Suchtärzte im Speziellen sollten sich bewusst machen, dass sie für Drogengebrauchende die wichtigste Informationsquelle zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen darstellen. Entsprechend sollten sie die wichtigsten Wissenslücken der Drogenkonsumierenden kennen und in der Lage sein, über Hepatitis und HIV zu informieren bzw. zu beraten. Die Impfpfempfehlung der STIKO sollten besser umgesetzt werden; auch die Indikationsstellung und Durchführung der Therapien von HCV und HIV sollte leitliniengerecht erfolgen. Für Justizvollzugsanstalten wird ein flächendeckendes HBV-Impfangebot inklusive Beratung empfohlen, ebenso wie die Möglichkeit zur vertraulichen und freiwilligen HCV- und HIV-Testung. Inhaftierte mit HIV und / oder HCV müssen behandelt werden. Evidenzbasierte Maßnahmen der Prävention von Infektionskrankheiten bzw. andere schadensmindernde Maßnahmen sollte deutlich ausgeweitet werden; dazu gehören Zugang zu Konsumutensilien und Kondomen wie auch zur Opioidsubstitutionstherapie und ein besseres Übergangsmanagement für die Haftentlassung. Für alle Akteure wird zudem empfohlen, Frauen und Personen, die erst kürzlich mit injizierendem Konsum begonnen haben, gezielt für Maßnahmen der Prävention anzusprechen. Die Strukturen auf lokaler Ebene sollten sich besser vernetzen und zusammenarbeiten, um eine bessere Versorgung zu gewährleisten. Die detaillierten Empfehlungen können dem Abschlussbericht der DRUCK-Studie entnommen werden (Robert Koch-Institut (RKI) 2016).

Auf Grundlage einer Evaluation der Berliner Drogenkonsumräume von 2012 bis 2014 liegen zudem Empfehlungen für eine Verbesserung des Angebots von Drogenkonsumräumen vor. Diese beinhalten neben der Öffnung auch für substituierte Personen (wie seit Kurzem in NRW der Fall, siehe 2.3.3) auch andere Aspekte der Verfügbarkeit: längere Öffnungszeiten, eine Ausdehnung der Angebote auch auf andere Standorte und die Möglichkeit, anonym die Räume zu nutzen. Zudem wird empfohlen, die personellen und finanziellen Ressourcen zu stärken und die Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Sozialarbeitskräften zu intensivieren. Ein Drogenkonsumraum von Frauen für Frauen wird zudem angeregt, ebenso wie die Einführung von Druck-Checking und eine weitere Förderung inhalativen statt injizierenden Konsums (Stöver et al. 2015).

1.5.2 Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung

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

Die Verfügbarkeit von schadensmindernden Maßnahmen variiert in Deutschland stark. Sie ist insgesamt in Städten und dicht besiedelten Bereichen besser als in ländlichen Gegenden. Besonders schlecht ist die Versorgung in Gefängnissen (siehe Workbook „Gefängnis“). Auf Grund der föderalen Struktur Deutschlands ist zudem die Rechtslage für schadensmindernde Maßnahmen nicht in allen Bundesländern exakt gleich, was sich insbesondere auf die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen auswirkt, die zur Zeit nur in sechs Bundesländern betrieben werden.

1.5.3 Durchgeführte Maßnahmen zur Schadensminderung

Notfalltrainings und Naloxon Take-Home-Programme

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2016 1.333 drogenbedingte Todesfälle. Von diesen waren ca. 60 % durch mono- oder polyvalente Opioidüberdosierungen bedingt (BKA 2017, Datenlieferung). Dieser Anteil ist etwas geringer als in den vorangegangenen Jahren, jedoch wird deutlich, dass Opioidvergiftungen nach wie vor die häufigste Todesursache darstellen. Der Opiatantagonist 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, EBDD und BMG, Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden. Dies betrifft Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freunde und Familie (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2015; World Health Organization (WHO) 2014).

Trotz dieser Empfehlungen ist die Naloxon-Vergabe an Laien in Deutschland nur punktuell vorhanden. Sie wird durch Fragen der Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden. Ungeachtet der schwierigen Rahmenbedingungen existieren bereits einige Projekte, die Naloxon-Schulungen für Laien anbieten. Bereits existente Projekte werden weiterentwickelt und in den letzten Jahren einige neue implementiert. Darüber hinaus engagieren sich NGOs dafür, die rechtliche Situation für Naloxon-Programme zu klären und zu verbessern, um Hindernisse für eine angemessene Versorgung abzubauen und so in Zukunft eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Aktuell gibt es Naloxon-Projekte in Berlin, mehreren Städten in NRW und München. Ein Pilotprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung konnte nicht wie geplant begonnen werden, da das Landesgesundheitsamt Berlin die nötige Vorprüfung noch nicht durchgeführt hat (Persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V. 2017).

Zurzeit stehen zwei Leitfäden zur Durchführung von Drogennotfalltrainings und Naloxonvergabe an Laien online zur Verfügung⁶. 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 die Notfallkits ausgegeben, die neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher enthalten. Ausführlichere Informationen zu den Projekten wurden bereits im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ 2016 dargestellt (Dammer et al. 2016). Die neuen Entwicklungen werden in diesem Workbook unter 2.3.2 aufgeführt.

Bereitstellung von Drogenkonsumräumen

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

Aktuell gibt es in 15 Städten in sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) insgesamt 22 Drogenkonsumräume, sowie zwei Drogenkonsummobile in Berlin⁷.

Eine von mudra e.V. durchgeführte Umfrage beantworteten 13 der angefragten 23 Drogenkonsumräume aus fünf Bundesländern. Aus Niedersachsen liegen keine Daten vor. Diese 13 Drogenkonsumräume lagen alle relativ zentral in der jeweiligen Stadt und waren (in unterschiedlichem Ausmaß) in das weitere Drogenhilfesystem integriert: alle waren zumindest an einen Kontaktladen angeschlossen. In vielen Fällen waren auch andere Hilfen verfügbar, wie eine Drogenberatungsstelle (von 6 Konsumräumen angegeben), betreutes Wohnen (5), eine Substitutionsambulanz (4), eine Notschlafstelle (3), eine drogentherapeutische Ambulanz (3), sowie Streetwork (1) und Tagesruhebetten (1). Die Größe der Konsumräume variiert zwischen fünf und 18 Konsumplätzen, ebenso die Öffnungszeiten zwischen vier und 15 Stunden täglich. In allen Konsumräumen ist die Zugangsvoraussetzung, dass kein Erst- oder Gelegenheitskonsum vorliegt, in elf wurde

⁶ <http://www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <http://www.akzept.org/uploads1516/NaloxonJESnrw17.pdf> [letzter Zugriff: 03.08.2017].

⁷ Siehe auch www.drogenkonsumraum.net [letzter Zugriff: 01.08.2017].

zudem Volljährigkeit angegeben. Eine anonyme Nutzung ist in vier Konsumräumen möglich; umgekehrt müssen in neun Konsumräumen persönliche Daten angegeben werden.

In allen Konsumräumen werden Heroin, Kokain, Speed und Mischungen hiervon konsumiert. In manchen Konsumräumen werden außerdem Crack, Benzodiazepine, Crystal und Substitute konsumiert. Die Umfrage dokumentiert bis inklusive 2015 insgesamt 409.722 Konsumvorgänge. Bei diesen kam es zu 582 Überdosierungen, dies entspricht einem Anteil von 0,14 %. In keinem der Konsumräume kam es zu einer Notfallrate von über 0,5 %. Seit Eröffnung der Drogenkonsumräume kam es bis zum Ende des Jahres 2015 zu einem Todesfall. Die Konsumierenden sind zu 85 % männlich, die Mehrheit ist über 36 Jahre alt, niemand ist jünger als 18 Jahre.

Am häufigsten fanden medizinische, psychosoziale und sozialpädagogische Beratungen zu Safer-Use und Infektionsrisiken, aber auch persönlichen Problemen und Behördenangelegenheiten statt. Am häufigsten wird in Kontaktläden, Beratungsstellen und Entgiftungsstationen vermittelt.

Als positive Auswirkungen von Drogenkonsumräumen wurden mehrheitlich die Vermeidung offener Drogenszenen und des Konsums im öffentlichen Raum inklusive der damit einhergehenden Belastungen und Gefahren für die Allgemeinheit genannt. Auch die Hilfe im Notfall und somit die Senkung der Sterblichkeit sowie der gesundheitspräventive Aspekt von Safer Use-Möglichkeiten wurden genannt. Die Kooperation mit und Unterstützung durch die Ordnungsbehörden wurde als positiv bewertet. Negative Aspekte waren eine Verunsicherung der Nachbarschaft durch Personen, denen der Zutritt zum Drogenkonsumraum verwehrt wurde bzw. Konflikte mit der unmittelbaren Nachbarschaft, z.B. wegen Lärm, bellender Hunde und Szenebildung an manchen Orten (mudra e.V. 2017).

Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen zudem für einzelne Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Im Folgenden werden Daten aus Frankfurt am Main und NRW berichtet.

Frankfurt am Main

In den vier Frankfurter Konsumräumen wurden im Jahr 2015 insgesamt 181.522 Konsumvorgänge dokumentiert, von denen allerdings auf Grund eines Umbaus ca. 4.000 nicht dokumentiert wurden. Bei 4.503 Konsumraumnutzern, darunter 928 Neuzugänge 2015, entspricht dies einem Durchschnitt von rund 40 Konsumvorgängen pro Nutzer pro Jahr. Dabei gab es 471 Personen, die den Konsumraum mehrfach die Woche nutzten und so auf über 100 Konsumvorgänge im Jahr kamen; 7 Nutzer kamen auf über 1.000 Konsumvorgänge.

Die folgenden Angaben beziehen sich nur auf die vollständig dokumentierten Konsumvorgänge, dies sind 177.522. In vielen Konsumvorgängen wird mehr als eine Substanz konsumiert. 91,7 % der dokumentierten Konsumvorgänge waren intravenöser (i.v.) Konsum. Wie in den Vorjahren dominieren bei den i.v.-konsumierten Drogen Heroin und Crack. Nachdem 2014 erstmalig die Kombination von Heroin und Crack am häufigsten

gespritzt wurde (40.3 %), ist dieser Mischkonsum 2015 mit 37,2 % wieder etwas seltener dokumentiert und der alleinige Konsum von Heroin wird 2015 mit 18,6 % wie in fast allen Jahren zuvor am häufigsten aufgezeichnet. An dritter Stelle mit 21,3 % (2014: 21,3 %; 2013: 22,5 %) steht der alleinige Konsum von Crack, der in den letzten Jahren etwas zurückgegangen ist. Kokain ohne weitere Drogen wurde mit 0,5 % auf einem gleich niedrigen Niveau wie im Vorjahr intravenös konsumiert. Der intravenöse Konsum von Benzodiazepinen wird praktisch nicht mehr dokumentiert. 2011 wurde er noch für 11 % der Konsumvorgänge angegeben, doch seit 2011 das Benzodiazepin Flunitrazepam (Rohypnol) ausnahmslos unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, ist der Anteil sprunghaft zurückgegangen (2015: 0,0 %, 2014: 0,1 %, 2013: 0,2 %, 2012: 2 %, 2011: 14 %). Alle anderen psychotropen Substanzen werden eher selten genannt (1,3 %). Der Anteil nicht intravenöser Konsumvorgänge (v.a. rauchen/inhalieren der Substanz), der in den letzten Jahren insgesamt gestiegen ist, stieg erneut deutlich auf 7,9 % (2014: 5,8 %, 2013: 4,9 %, 2012: 5,1 %, 2011 und 2010 ca. 3 %). Dieser Anstieg ist allerdings durch die Methodik der Erhebung bedingt: erst seit 2015 fließt ein Rauchraum („Elbestraße“) in die Gesamterhebung mit ein, der zuvor einzeln berichtet wurde. Lässt man die Daten aus diesem Raum aus, wie es in den Vorjahren der Fall war, liegt der Anteil nicht-intravenöser Konsumvorgänge für das Jahr 2015 nur bei 4,4 % und somit niedriger als im Jahr 2014 (Stöver & Förster 2016).

Nordrhein-Westfalen

In NRW gab es im Jahr 2015 in zehn Städten Drogenkonsumräume mit insgesamt 96 Konsumplätzen (zwischen drei und 18, je nach Stadt). 39 dieser Plätze sind speziell für die Inhalation vorgesehen, wobei ein Drogenkonsumraum keine Plätze für Inhalation anbietet. Es wurden insgesamt 184.959 Konsumvorgänge registriert. Von diesen waren 83 % Opioidkonsum, 12 % Kokain und 5 % Mischkonsum beider Substanzen. In 0,1 % der Vorgänge wurde Amphetaminkonsum dokumentiert. Intravenöser und inhalativer Konsum wurden fast gleich häufig dokumentiert (49,1 % vs. 48,6 %). Nasaler Konsum wurde nur für 2,3 % der Vorgänge dokumentiert, oraler Konsum spielt mit 0,01 % praktisch keine Rolle.

Es kam zu 597 drogenbedingten Notfällen, bei denen in 326 Fällen Erste Hilfe geleistet wurde. In acht Fällen wurde durch sofortige Wiederbelebensmaßnahmen der Drogentod verhindert, in 146 Fällen war notärztliche Hilfe notwendig. Darüber hinaus werden in den Drogenkonsumräumen weitere Hilfen angeboten. In 15.156 Fällen wurde medizinische Hilfe geleistet und 11.686 Fälle erhielten psychosoziale Beratung. Eine Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote erfolgte in 10.099 Fällen, davon am häufigsten in soziale Hilfen (3.940 Fälle), zu Beratungsstellen (2.369) sowie weiterführenden medizinischen Hilfen (1.522) Fälle. In 1.315 Fällen wurden Klienten in einen Entzug vermittelt, in 953 Fällen in eine Substitutionsbehandlung (Landesstelle Sucht NRW 2016).

Maßnahmen zur Vorbereitung der Haftentlassung

Ein Pilotprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung konnte nicht wie geplant begonnen werden, da das Landesgesundheitsamt Berlin die nötige Vorprüfung noch nicht durchgeführt hat (Persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V. 2017). Weitere

Informationen zu Maßnahmen zur Reintegration von Drogenkonsumierenden nach Haftentlassung und Verhinderung von Überdosierungen nach Haftentlassungen finden sich im Workbook „Gefängnis“.

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.

Daten zur Vergabe von Spritzen werden in Deutschland zumeist nur von einzelnen Einrichtungen in ihren jeweiligen Jahresberichten dokumentiert. Eine bundesweite Zusammenstellung der vorhandenen Daten findet nicht statt. Die Deutsche Aidshilfe (DAH) stellt eine Internetseite⁸ zur Verfügung, die eine Übersicht über die Standorte der ihr bekannten Spritzenautomaten bietet. Laut der Website sind in neun Bundesländern überhaupt Spritzenautomaten verfügbar; in sieben Bundesländern ist kein einziger Spritzenautomat dokumentiert. Von den 171 von der DAH gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in Nordrhein-Westfalen (NRW) und 19 in Berlin. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor bei Weitem nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern lückenhaft ist, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte. Es kann also nicht von einer erschöpfenden Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik gesprochen werden.

Das einzige Flächenbundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet, ist NRW. Für das Jahr 2016 berichtet die AIDS-Hilfe NRW von 1.782.626 in Einrichtungen abgegebenen Spritzen sowie von 138.765 an Automaten abgegebenen Spritzen (AIDS Hilfe NRW e.V. 2017).

Safer-Use-Angebote in Haft liegen nach Einschätzungen von Experten aus dem Gesundheitsbereich in Deutschland weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück. In nur einem von 181 deutschen Gefängnissen (Statistisches Bundesamt 2017) existiert ein Spritzenautomat. Vor diesem Hintergrund hat die DAH bereits 2013 eine Kampagne gestartet, um die Situation inhaftierter Drogengebrauchender zu verbessern (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) 2013). Die Initiative wird vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und von akzept e.V. unterstützt. Zudem hat die DAH ein Handbuch für die Einführung und Umsetzung von Spritzentauschprogrammen in Haft der UNODC übersetzen lassen, die Veröffentlichung liegt vor (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) 2015) und ist online abrufbar⁹.

⁸ <http://www.spritzenautomaten.de/> [letzter Zugriff: 01.08.2017].

⁹ <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/7376> [letzter Zugriff: 11.08.2017].

Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen

Die tatsächliche Anzahl der Hepatitis-Kranken in Deutschland ist auf Grund eines Defizits im Bereich der Diagnostik nach wie vor unbekannt, obwohl Schätzungen aus verschiedenen Datenquellen vorliegen (Wedemeyer 2013). Für aktuelle Inzidenzen siehe 1.3. Ein systematisches, deutschlandweites Screening auf Hepatitis C existiert nicht, wird jedoch seit längerem von der deutschen Leberstiftung und ihren Partnern gefordert. Vor allem sollen die Empfehlungen für eine Testung einfacher werden und die Erfassung von Risikogruppen wie Migranten, Gefängnisinsassen und Drogenkonsumierenden verbessert werden. Aus der DRUCK-Studie liegen detaillierte Empfehlungen für eine Ausweitung der Testungen vor (siehe 1.5.1). Das Angebot eines Schnelltests im Rahmen der DRUCK-Studie hatten je nach Studienstadt 30 – 80 % der Teilnehmer genutzt. Die Autoren schlussfolgern, dass Angebote der Testung und der Beratung in Einrichtungen der Drogenhilfe, insbesondere in Form von kurzen, gezielten Interventionen, die vor Ort zur Verfügung stehen und maximal 10 Minuten in Anspruch nehmen, von den Drogennutzern recht gut angenommen werden (Robert Koch-Institut (RKI) 2015). Auch das ältere Projekt „TEST IT“ (Januar bis September 2010) der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), das in Kooperation mit der Dortmunder Drogenhilfeeinrichtung KICK durchgeführt und von der Fachhochschule Dortmund wissenschaftlich begleitet wurde, erwies sich als erfolgreich bezüglich einer Steigerung der Test-Rate auf HIV und wird z. B. in Berlin¹⁰ fortgeführt (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2010). Ca. 10 % der in Berlin festgestellten HIV-Infektionen waren im Rahmen des Schnelltestprojekts diagnostiziert worden (aerzteblatt.de 2013).

Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

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

Mehrere neu zugelassene Medikamente erhöhen die Heilungschancen einer HCV-Infektion inzwischen deutlich 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 letzten beiden Jahre ausführlich berichtet. Trotz der besonderen Herausforderungen in der Behandlung abhängiger Klienten (Koordination verschiedener behandelnder Ärzte, komorbide Erkrankungen psychiatrischer oder somatischer Art, Wechselwirkungen zwischen Drogen, Substitutionsmitteln und Medikamenten) gibt es Studien und Berichte, die belegen,

¹⁰ www.testit.fixpunkt-berlin.de [letzter Zugriff: 26.08.2016].

dass gerade Patientinnen und Patienten in einer Substitutionsbehandlung mit gutem Erfolg und wenigen Nebenwirkungen behandelt werden können und es deshalb keinen vertretbaren Grund gibt, diese Patienten nicht zu behandeln (Isernhagen et al. 2016; Schäfer 2013).

Problematisch bleibt der extrem hohe Preis der neuen Medikamente, der von vielen Behandlern und der Fachöffentlichkeit vehement kritisiert wird. In einer Stellungnahme verleiht beispielsweise die DGS ihrer Befürchtung Ausdruck, dass gerade Drogenkonsumierenden diese teuren Medikamente zu selten verschrieben werden und in diesem Zusammenhang auch die alte Debatte um die Schuldfrage bei Suchtkrankheiten erneut aufleben könnte (Isernhagen 2015). Es gibt keine verlässlichen Daten dazu, wie viele Drogen konsumierende oder substituierte Patienten Zugang zu dieser neuen, teuren Therapiemöglichkeit erhalten.

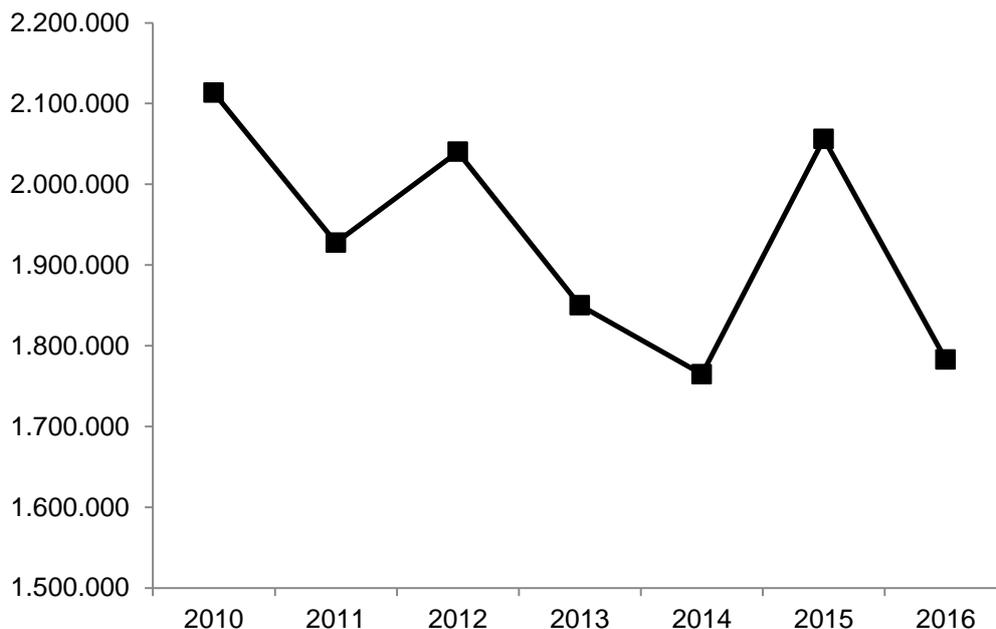
Eine Umsetzung der BIS-2030-Strategie sowie der Empfehlungen aus der DRUCK-Studie (siehe 1.5.1) könnten die gesundheitliche Lage von injizierenden Drogengerauchern weiterhin wesentlich verbessern.

Der jährlich am 28. Juli stattfindende Welt-Hepatitis-Tag soll Aufmerksamkeit für das Thema Virus-Hepatitis erwecken. In diesem Jahr war das Motto „Hepatitis eliminieren“, passend zur WHO-Kampagne „NOhep“ mit dem Ziel, Hepatitis B und C bis zum Jahr 2030 weltweit zu eliminieren.

1.5.4 Einrichtungen zur Schadensminderung: Trends

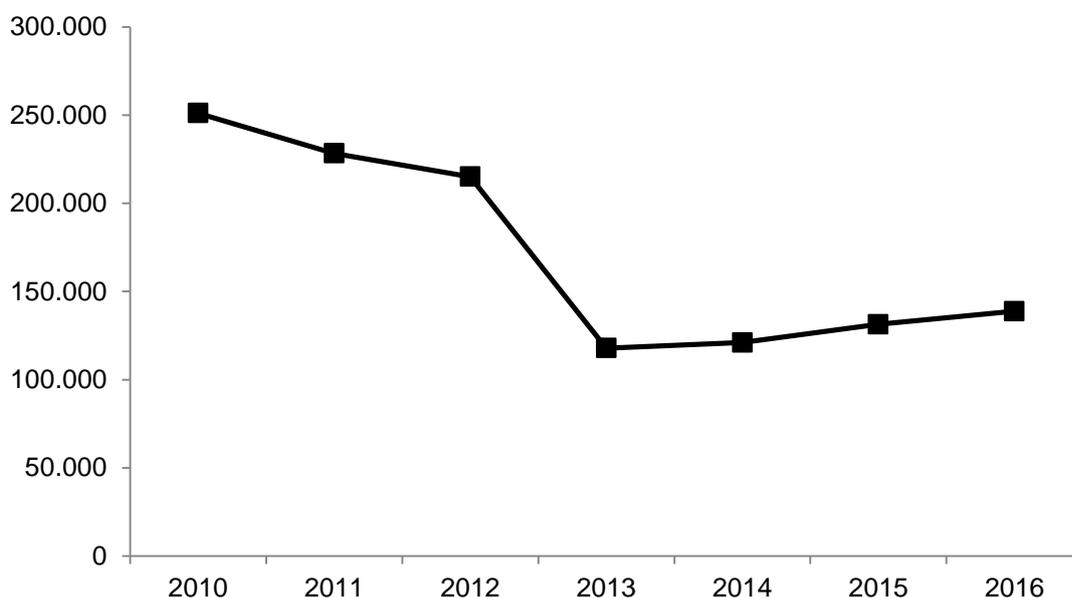
Trends der Spritzenvergabe

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



(AIDS Hilfe NRW e.V. 2017)

Abbildung 11 Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2016



(AIDS Hilfe NRW e.V. 2017)

Abbildung 12 Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2016

Der Trend der letzten Jahre zeigt für NRW einen deutlichen Knick nach 2012, sowohl in den in Projekten abgegebenen Spritzen als auch in den an Automaten abgegebenen Spritzen (siehe Abbildung 11 und Abbildung 12). Dieser ist jedoch nicht durch eine starke Minderung des Bedarfs zu erklären, sondern damit, dass seit November 2012 ein abgegebenes Päckchen statt wie zuvor zwei Einmalspritzen und zwei Kanülen nur noch eine Spritze, eine

Kanüle, einen Filter und einen Alkoholtupfer enthält. Darüber hinaus werden verstärkt Smoke-it-Sets abgegeben, ebenso berichten Drogenkonsumräume vermehrt von inhalativem Konsum (Aidshilfe NRW e.V. 2015, persönliche Mitteilung). Nach diesem Knick zeigt sich bei den an Automaten abgegebenen Spritzen seitdem wieder ein leichter Anstieg, bei den in Projekten abgegebenen Spritzen ist der Verlauf deutlich schwankender.

Aus München liegen Daten von drei Kontaktläden von Condrobs e.V. vor (siehe Abbildung 13). In der Gesamtbetrachtung ist die Anzahl abgegebener Spritzen in den letzten fünf Jahren deutlich angestiegen (2012: 48.370, 2016: 85.200). Auch Kanülen unterschiedlicher Längen wurden 2016 in wesentlich höherer Zahl ausgegeben als fünf Jahre zuvor (2012: 58.220, 2016: 101.700). Auf niedrigerem Niveau ist auch die Anzahl abgegebener steriler Filter deutlich gestiegen (2012: 12.000, 2016: 22.150); die Anzahl der Abgaben von NaCl-Lösung hat sich fast verdreifacht (2012: 7.600, 2016: 22.150).

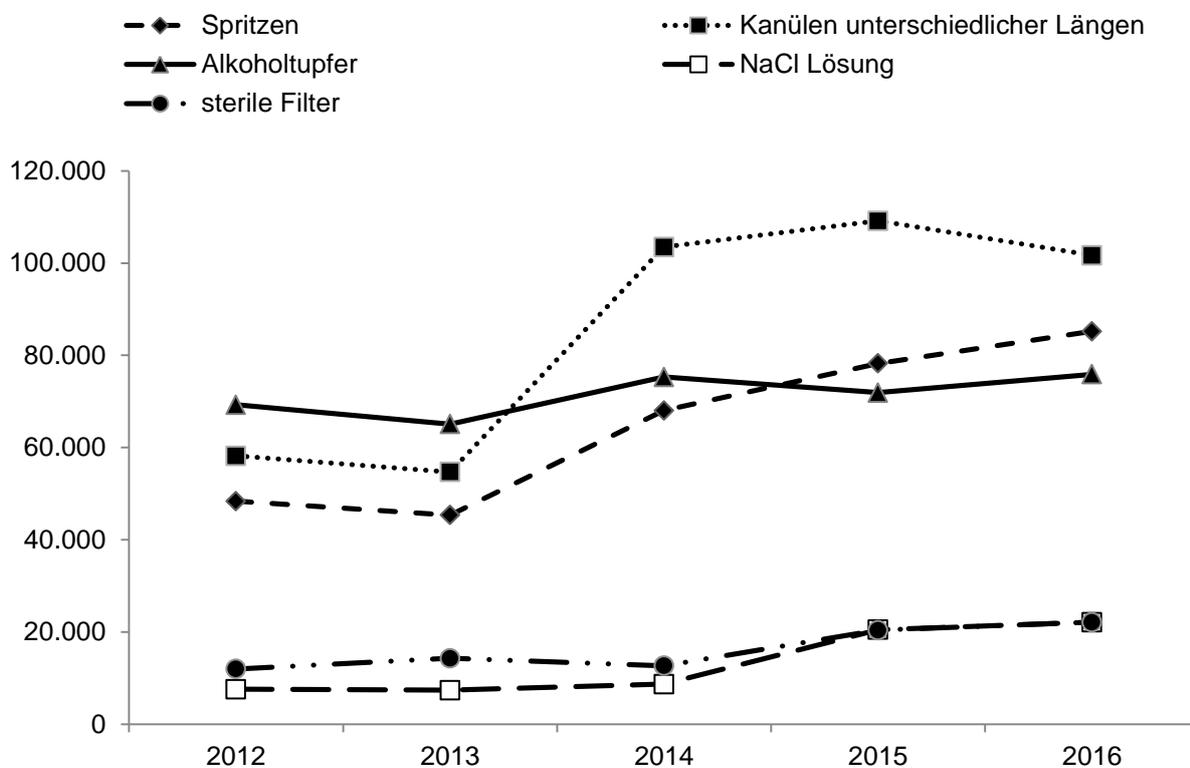


Abbildung 13 Trend Vergabe Konsummaterialien München 2012 bis 2016

Betrachtet man die abgegebenen Spritzen nach ihrer Größe aufgeteilt (1 ml, 2 ml, 5 ml und 10 ml), zeigt sich, dass der deutliche Anstieg von den beiden kleinen Spritzengrößen stammt (siehe Abbildung 14). Diesen massiven Anstieg, sowie den Anstieg der ausgegebenen NaCl-Lösung und der Filter erklärt der Träger damit, dass der i.v.-Konsum von NPS, insbesondere der Konsum von sogenannten Badesalzen, deutlich angestiegen sei. Der Träger beobachtet seit ca. 2013 eine Veränderung des Konsumverhaltens der „klassischen“ i.v.-Konsumierenden hin zu mehr i.v.-Konsum von NPS. Nach Berichten von Klientinnen und Klienten sei der Wirkungszeitraum von intravenös konsumierten NPS sehr kurz. So gibt es

Berichte von Konsumierenden, die zwischen 10 und 30 Konsumvorgänge am Tag hätten, was einen hohen Verbrauch von Spritzen mit sich bringe. Den Rückgang im Bereich der 5 ml und 10 ml Spritzen bringt der Träger mit einem geringeren Konsum von Fentanylplastern in Verbindung. Nach Berichten aus der Szene sei es inzwischen schwieriger, an Fentanylplaster heranzukommen; einige Klientinnen und Klienten berichten, dass ihre Ärzte inzwischen kein Fentanyl mehr verschrieben (Condrobs e.V. 2017, persönliche Mitteilung).

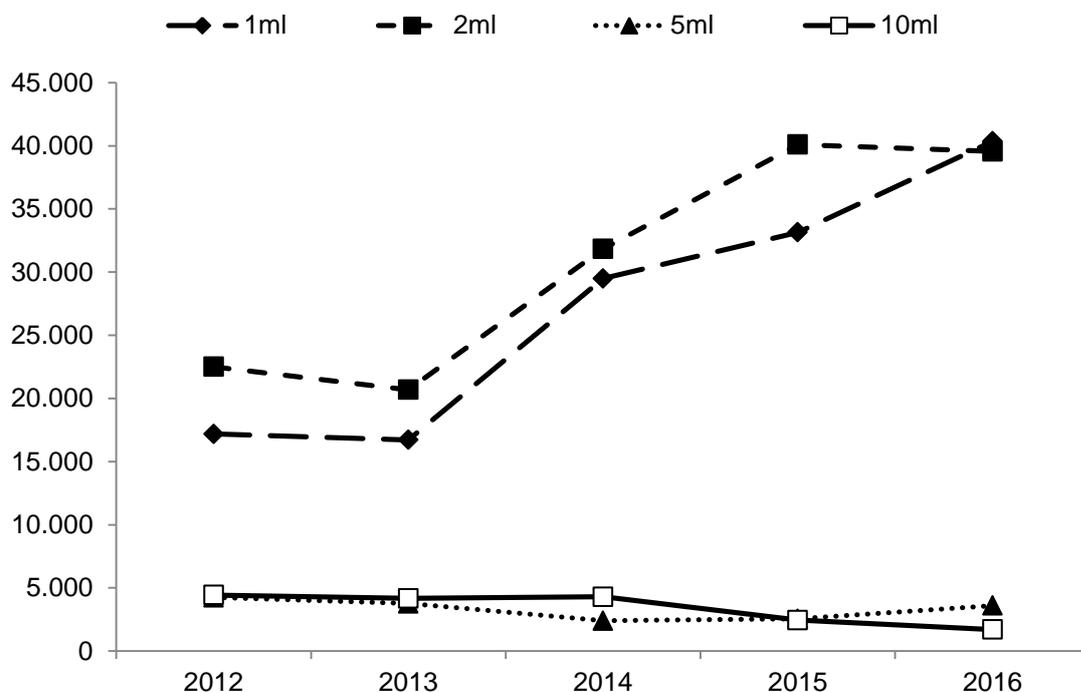


Abbildung 14 Trend Vergabe unterschiedlicher Spritzengrößen München 2012 bis 2016

Aus den Daten für NRW und München kann keine Aussage über bundesweite Trends in der Konsumutensilienvergabe oder den Konsumpräferenzen der Konsumierenden abgeleitet werden. Allgemeine Informationen zu Angeboten zur Schadensminderung werden unter 1.5.3 aufgeführt, neue Entwicklungen unter 2.3.

1.5.5 Kontextinformationen zur Routineevaluation von Maßnahmen zur Schadensminderung

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

1.5.6 Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung

Es liegen zurzeit keine zusätzlichen Informationen zu diesem Themenbereich vor.

1.6 Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

1.6.1 Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

Es liegen zurzeit keine Informationen zu diesem Themenbereich vor.

1.7 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung

1.7.1 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung

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

1.7.2 Zusätzliche Informationen zu anderen drogenbezogenen gesundheitlichen Schädigungen

Aktuell liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

2 Neue Entwicklungen

2.1 Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen

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

2.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3. Mit der Einführung neuer Medikamente haben sich die Erfolgchancen der Hepatitis-C-Behandlung auch für Drogenkonsumenten wesentlich verbessert; der aktuelle Stand wird unter 1.5.3 berichtet.

2.3 Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung

2.3.1 Drugchecking

Unter Drugchecking versteht man die chemische Analyse von auf dem Schwarzmarkt gehandelten psychotropen Substanzen und Rückmeldung des Ergebnisses an die (potentiellen) Konsumierenden. Stationäre und mobile Analyse-Labore können, je nach eingesetztem Verfahren, bis zu mehrere tausend verschiedene Stoffe quantitativ und qualitativ nachweisen. In mehreren europäischen Ländern sowie der Schweiz ist Drugchecking, teilweise bereits seit 20 Jahren, in verschiedenen Settings und Projekten etabliert (vgl. z.B. Brunt & Niesink 2011; Hungerbuehler et al. 2011; Suchthilfe Wien 2017). „Qualifiziertes Drugchecking“ beinhaltet ein Risikoassessment und eine individuelle Beratung von Drogengebrauchenden, die ihre Substanzen zur Analyse bringen.

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

In Deutschland gibt es bislang keine qualifizierten Drugchecking-Angebote. Auf politischer Ebene wird das Thema jedoch seit einigen Jahren vermehrt und teils kontrovers diskutiert. In Schleswig-Holstein (2012), Niedersachsen (2013) und Thüringen (2014) wurde Drugchecking explizit in die Koalitionsverträge aufgenommen, bisher aber nicht umgesetzt. In mehreren weiteren Bundesländern wurde Drugchecking teilweise intensiv diskutiert. In Hessen ist die Einführung von Drugchecking seit längerem geplant. Zudem leistet das Projekt www.legal-high-inhaltsstoffe.de bereits Substanzenanalysen und veröffentlicht die Ergebnisse, kann dabei aber keine persönliche Risikokommunikation leisten.

In Berlin wurde bei der Formierung der Koalition 2016 eine umfassende Stärkung der Maßnahmen zur Harm Reduction in den Koalitionsvertrag aufgenommen, die u.a. eine Ausweitung der aufsuchenden Sozialarbeit auch in der Partyszene inklusive der Einführung von Drugchecking beinhaltet¹¹.

2.3.2 Naloxon Take-Home-Programme

Allgemeine Informationen zur Lage von Naloxon Take-Home-Programmen in Deutschland werden in Abschnitt 1.5.3 aufgeführt. Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Projekten wurden im Workbook *Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2016* dargestellt (Dammer et al. 2016).

Das Programm von Fixpunkt e.V. in Berlin ist das älteste Naloxonprogramm Deutschlands, es existiert seit 1998. Die für das Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen schwanken deutlich. Im Jahr 2016 konnten 15 Drogengebrauchende in der Vergabe von Naloxon geschult werden. Es wurden drei Naloxonanwendungen dokumentiert, bei denen jeweils Bekannten geholfen wurde. Alle Einsätze waren erfolgreich. In zwei Fällen wurde ein Notarzt hinzugezogen, in einem Fall geschah dies aus Angst vor der Polizei nicht. 2017 sollen wieder mehr Kapazitäten für die Notfalltrainings zur Verfügung stehen (Fixpunkt e.V. 2017, persönliche Mitteilung).

In Frankfurt wurde 2014/2015 ein Naloxon-Projekt von der Integrativen Drogenhilfe durchgeführt, das aktuell nicht weiter finanziert ist und entsprechend nicht weiter durchgeführt wird. Der aus dem Projekt hervorgegangene Leitfaden zur Implementierung von Naloxon-Projekten ist online abrufbar¹².

Durch das in Köln 2016 gestartete Naloxon Take-Home-Programm von VISION e.V. konnten 55 Drogenkonsumierende in insgesamt 10 Gruppentrainings sowie einem Training im niedrigschwelligen Setting geschult werden. Es wurden sechs erfolgreiche Naloxonanwendungen an die Veranstalter zurückgemeldet (VISION e.V. 2017, persönliche Mitteilung) und das Projekt wird weiterhin durchgeführt.

Das von JES NRW e.V. entwickelte und seit 2016 erprobte Konzept für niedrigschwellige Informationsveranstaltungen über Naloxon wird ebenfalls weiter durchgeführt. Im Jahr 2016

¹¹ Abrufbar unter <https://www.berlin.de/rbmskzl/regierender-buergermeister/senat/koalitionsvereinbarung/> [letzter Zugriff: 11.08.2017].

¹² <http://www.akzept.org/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> [letzter Zugriff: 10.08.2017]

fanden Veranstaltungen in Bochum und Wuppertal statt. Der Drogenkonsumraum in Bochum führt die Naloxonvergabe nun eigenständig weiter. Im Jahr 2017 sollen Schulungen in den Städten Aachen, Dortmund und Düsseldorf stattfinden. Insgesamt wurden bisher etwa 80 Personen mit diesem niedrigschwelligen Ansatz trainiert. Einige Teilnehmende waren recht skeptisch gegenüber dem Programm; die Erfahrungen waren insgesamt aber größtenteils positiv (JES NRW e.V. 2017, persönliche Mitteilung).

In München führt Condrobs e.V. seit 2016 Naloxon-Trainings durch. Bis Mitte 2017 wurden zehn Schulungen mit insgesamt 114 Teilnehmenden durchgeführt, davon 85 Drogenkonsumierende. Zudem nahmen auch in der Suchthilfe Tätige sowie Familienmitglieder teil. Insgesamt wurden 68 Naloxon-Notfallkits verteilt, bisher wurden vier erfolgreiche Einsätze an den Träger zurückgemeldet.

Nach dem ersten Projektjahr hält der Projektträger die folgenden Erkenntnisse fest:

- Eine gute Gruppengröße liegt bei ca. acht bis zwölf Teilnehmern.
- Die Erklärung des Notrufs sollte von Peers gegeben werden, da viele Teilnehmende darüber besorgt sind, dass bei einem Notruf die Polizei mitkommen könnte und das Vertrauen in Aussagen von Peers höher ist.
- Zu Beginn des Trainings sollte Zeit eingeplant werden, um mit den einzelnen Teilnehmenden ausführlich Befürchtungen und mögliche negative Erfahrungen mit Naloxon zu besprechen.
- Die praktische Übung der Naloxon-Gabe ist essenziell, damit die notwendigen Handgriffe im Notfall sicher und schnell durchgeführt werden können (Condrobs e.V. 2017, persönliche Mitteilung).

Auf politischer Ebene hat der Bayerische Landtag im Mai 2017 entschieden, zumindest in den Städten Nürnberg und München ein Naloxon Take-Home-Modellprojekt zu implementieren, das Ende 2017 / Anfang 2018 starten soll.

Das von der Deutschen Aidshilfe geplante Modell- und Forschungsprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung konnte noch nicht wie geplant begonnen werden, da das Landesgesundheitsamt Berlin die nötige Vorprüfung noch nicht durchgeführt hat (Persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V. 2017).

2.3.3 Zugang für substituierte Personen zu Drogenkonsumräumen in NRW

Seit Januar 2016 dürfen im Bundesland NRW auch substituierte Klienten in Drogenkonsumräumen mitgebrachte illegale Drogen konsumieren. In NRW befinden sich zehn der 22 deutschen Drogenkonsumräume, sodass diese Neuregelung, auch wenn sie nur in einem Bundesland eingeführt wurde, fast die Hälfte aller Drogenkonsumräume betrifft. Aus dem Konsumraum in Essen liegt ein erster Erfahrungsbericht vor (Fechner 2017). Die Konsumvorgänge Substituierter machten insgesamt 39,4 % der gesamten Konsumvorgänge aus, bei gleichzeitig kaum ansteigender Gesamtanzahl an Vorgängen. Der Autor vermutet

deshalb, dass bereits vor der Gesetzesänderung auch Substituierte den Konsumraum genutzt haben. Es gibt keine Möglichkeit für Konsumräume, das nachzuprüfen.

Fechner zieht eine positive Bilanz aus der Gesetzesänderung. Für die Substituierten ergebe sich die Möglichkeit, wie andere Konsumierende auch unter sterilen Bedingungen und mit Hilfe im Notfall zu konsumieren. Zudem werde bei Neuaufnahme einer substituierten Person immer ein Gespräch zu den Risiken des Konsums illegaler Substanzen bei gleichzeitiger Substitution geführt. Gleichzeitig dürfte das vorherige Verbot, Drogenkonsumräume zu nutzen, beikonsumwillige Substitutionspatienten nicht vom Konsum abgehalten haben, sodass hier kein Nachteil zu erkennen sei. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Drogenkonsumraum herrsche nun Rechtssicherheit, denn zuvor seien sie zwar dazu angehalten gewesen, substituierte Patienten von der Benutzung auszuschließen, es habe jedoch keine Möglichkeit für sie gegeben, dies tatsächlich zu überprüfen. Darüber hinaus könnten nun Gründe für den Beigebrauch mit den Konsumierenden offen thematisiert und so möglicherweise positive Veränderungen herbeigeführt werden. Außerdem bestehe nun die Chance, dass sich Drogenkonsumräume und substituierende Ärzte enger vernetzten, da diese Verbindung nun nicht mehr offiziell nicht existieren dürfte. Dabei blieben die bisherigen Möglichkeiten der Ärzte, Beikonsum zu behandeln und / oder zu sanktionieren bestehen, denn dafür sei irrelevant, wo der Konsum tatsächlich stattfindet (Fechner 2017).

2.3.4 Zielgruppenspezifische Angebote der Schadensminderung

Einige Risikogruppen für drogenbezogene Infektionskrankheiten werden durch bisherige Aufklärungs- und Informationsprogramme zu wenig erreicht. Es gibt deshalb verstärkt Bemühungen, solche Risikogruppen gezielter anzusprechen. Die Schwerpunkte unterscheiden sich deutlich je nach Region und aktuellen Problemlagen; ein übergreifendes Thema seit Jahren ist jedoch die relativ schlechte Passung der Angebote auf Migranten. Durch die Entwicklungen der letzten Jahre wird aktuell deutschlandweit besonders das Erreichen von Flüchtlingen diskutiert, aber auch das Erreichen von „Party-Konsumierenden“ und anderen Gruppen wird immer wieder als problematisch beschrieben. Da es viele unterschiedliche Projekte von unterschiedlichsten Trägern gibt, ist eine erschöpfende Aufzählung nicht möglich. Um einen Einblick in die Vielfältigkeit der zu erreichenden Zielgruppen zu geben, werden auch in diesem Jahr exemplarisch einige Projekte und Entwicklungen vorgestellt:

Angebote für Geflüchtete

Das Erreichen von Flüchtlingen ist aus sprachlichen, kulturellen, aber auch ganz praktischen Gründen wie dem unklaren Aufenthaltsstatus und Wohnort vieler Flüchtlinge deutlich erschwert. Weitere Informationen zu den Herausforderungen der Behandlung Flüchtender finden sich im Workbook „Behandlung“.

Mit einer Laufzeit von zweieinhalb Jahren ist 2017 das vom BMG und der DAH geförderte bundesweite Projekt PaSuMi (Diversityorientierte und partizipative Entwicklung der Suchtprävention und Suchthilfe für und mit Migrant_innen) gestartet mit dem Ziel,

angemessene und wirksame suchtpräventive Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Dabei soll das kultur-, migrations- und situationsspezifische Wissen der Menschen in einem community-basierten partizipativen Ansatz von Beginn an in das Projekt einfließen. Ebenso ist die Zusammenarbeit verschiedener Akteure gefordert, um suchtpräventive und schadensmindernde Angebote in Suchtprävention und Suchthilfe für Geflüchtete anzubieten.

In vielen Städten gibt es bereits Angebote der Suchthilfe für Geflüchtete bzw. wurden bestehende Angebote an die besonderen Bedarfe der Geflüchteten angepasst. In Hamburg gehört hierzu unter anderem ein Budget für die Finanzierung von Dolmetschern, um Sprachbarrieren zu überwinden, sowie Fortbildungen zum Thema Substanzkonsum für Mitarbeitende in Erstaufnahmeeinrichtungen und eine personelle Aufstockung einer Beratungsstelle um insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zu erreichen. Zudem wurde eine Unterrichtseinheit zur Suchtprävention in Schulen für Klassen mit geflüchteten Schülerinnen und Schülern entwickelt. Die Suchttherapietage im Juni 2017 fanden mit dem Themenschwerpunkt „Migrationsspezifische Aspekte süchtigen Verhaltens“ statt. Die Fachstelle SUCHT.HAMBURG hat Informationen zu Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für geflüchtete Menschen mit Suchtproblemen in Hamburg online zusammengestellt¹³ (Schriftliche Kleine Anfrage an den Senat 2017).

Angebote im Partysetting in Berlin

Bereits 2014 / 2015 wurde das BEST-Schulungsprogramm für Personal von Clubs, Discotheken, Festivals und anderen Veranstaltungsformaten bzw. -örtlichkeiten entwickelt, um ihre Gesundheitskompetenzen im Bereich des Substanzkonsums zu stärken. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führte Fixpunkt e.V. im zweiten Halbjahr 2016 mit Unterstützung der LiveKomm das Projekt „BEST Transfer“ durch. Das Programm wurde aktualisiert, auf sieben Module erweitert und eine Website¹⁴ wurde gestaltet. Im Rahmen des Projekts „BEST Transfer“ wurden an 6 Standorten 11 Schulungen mit 201 Mitarbeitenden durchgeführt. Dies erfolgt mit derzeit acht Partner-Projekten aus der akzeptierenden Partydrogenarbeit und Gesundheitsförderung, die das „BEST-Netzwerk“ bilden (Fixpunkt e.V. 2017, persönliche Mitteilung). Für das Partysetting sind ebenfalls Entwicklungen im Bereich des Drugchecking relevant, die unter 2.3.1 aufgeführt werden.

Hilfe für drogenkonsumierende junge Eltern in Dresden

Im Großraum Dresden ist im März 2016 die Initiative „Mama, denk an mich“ gestartet, die sich an drogenkonsumierende junge Eltern, insbesondere Mütter, wendet und sich zum Ziel gesetzt hat, ihnen vor oder kurz nach der Geburt des Kindes beim Ausstieg aus dem Drogenkonsum zu helfen und die Chancen zu verbessern, die Neugeborenen in den Familien versorgen zu können. Kernprinzip ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Kliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, für Kinder- und Jugendmedizin sowie für

¹³ <http://www.sucht-hamburg.de/hilfe/suchthilfe-und-migration>

¹⁴ www.best-clubbing.de [letzter Zugriff: 22.08.2017]

Psychiatrie und Psychotherapie. Von den bisher 45 Müttern und Vätern, die sich im Projekt vorgestellt haben, haben 32 Crystal Meth konsumiert. Der Konsum der Mutter in der Schwangerschaft ist häufig mit Frühgeburten und anderen Komplikationen für Mutter und Kind verknüpft. Die Zusammenarbeit der Kliniken soll auch dabei helfen, das Neugeborene medizinisch optimal zu betreuen. Von den 45 Eltern, die sich vorgestellt haben, entschieden sich 26 für eine Therapie, zwei Drittel von ihnen haben sie beendet und wurden im Anschluss an Suchtberatungsstellen weitervermittelt. Dies wirkte sich positiv auf den Anteil der Neugeborenen aus, die nach der Geburt mit den Eltern nach Hause in die Familie gehen konnten: 2015 waren es nur 37 %, 2016 bereits 53 % (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus 2017).

Wohnheim für alternde Drogengebrauchende in NRW

Es kann als Erfolg schadensmindernder Maßnahmen gewertet werden, dass Drogenkonsumierende heute wesentlich länger überleben als früher. Die Betreuung alternder drogenabhängiger Menschen wird auf Grund dieser Entwicklung ein relevantes Thema. Bisher gibt es in Deutschland kaum Wohnangebote für ältere Menschen, die auf die besonderen Bedürfnisse Drogenkonsumierender eingestellt sind. Diese umfassen unter anderem den Umgang mit weiter anhaltendem Drogenkonsum, die Sicherstellung der Substitution und die Behandlung der häufig vorhandenen vielfachen Begleiterkrankungen. Doch auch ein Eingehen auf die speziellen Lebenserfahrungen von älteren Drogenkonsumierenden, die häufig Konflikte mit dem Gesetz und Haft, Gewalt und Drogennotfälle erlebt haben, ist nötig, um eine langfristige Zusammenarbeit zu ermöglichen. In NRW gibt es seit Januar 2015 ein spezialisiertes Wohnheim für Drogenkonsumierende über 40. Das Projekt mit Namen „DaWo“ (Dauerwohneinrichtung stationäres Wohnen für alternde chronische Drogenabhängige) bietet 14 Wohnplätze. Der Träger LÜSA ist bereits seit 1997 eine niedrighschwellige stationäre Wohneinrichtung für mehrfach schwerstgeschädigte chronisch drogenabhängige Menschen¹⁵.

Gemeinwesenorientierte soziale Arbeit im öffentlichen Raum

Der öffentliche Raum (Straßen, Plätze, Grünanlagen) als Treffpunkt, Handels- und Konsumort für Menschen, die illegale wie auch legale Drogen in problematischer Weise konsumieren, gerät zunehmend in den Fokus der öffentlichen wie medialen Aufmerksamkeit (in Berlin vor allem: Kottbusser Tor, Görlitzer Park, Kleiner Tiergarten, Leopoldplatz). Im öffentlichen Raum vermengen sich soziale und gesundheitliche Probleme wie Obdachlosigkeit, Armut und Verelendung, Perspektivlosigkeit u.a. durch mangelnde Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Integration und Teilhabe von Migrierten und Geflüchteten, Sucht und psychiatrisch relevante Erkrankungen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Kriminalität und Bedrohungen durch religiöse und politische Radikalisierung. Parallel dazu erhöht sich der Nutzungsdruck auf den öffentlichen Raum

¹⁵ <http://www.luesa.de/?site=altwerden> [letzter Zugriff: 22.08.2017]

durch den Zuzug in Städte, Privatisierung öffentlicher Flächen, Schließung von Brachen und Gentrifizierung.

Der niedrigschwellige Drogen- und Suchthilfe in Deutschland kommt in dieser gesamtdeutschen Entwicklung und Situation aufgrund ihrer besonderen Expertise in der lebensweltbezogenen Arbeitsweise eine besondere Bedeutung bei der Realisierung von adäquaten Antworten und Formen aufsuchender sozialer Arbeit im öffentlichen Raum zu. In diesem Kontext hat der Berliner Träger Fixpunkt e.V. verstärkt seit 2016 / 2017 im Auftrag von mehreren Berliner Bezirken (Kommunen) Projekte zur aufsuchenden, gemeinwesenbezogenen Sozialarbeit im öffentlichen Raum realisiert. Im Vordergrund steht die Sozialarbeit mit Süchtigen und anderen Menschen mit Drogenproblemen (auch solchen, die aus purer Not in den Drogenhandel verstrickt sind). Mit interdisziplinären Teams (Sozialarbeit, Medizin / Pflege, Kultur- und Sprachmittlung, Konfliktmediation) und strategischer Kooperation mit Behörden (Gesundheit, Ordnung, Polizei) werden integrierte Handlungskonzepte entwickelt und umgesetzt. Diese setzen auf ein ausgewogenes Verhältnis der Handlungsfelder Ordnung, Sicherheit, Soziales, Grünpflege und Stadtentwicklung sowie Kultur. Für die Beteiligten und Verantwortlichen immer deutlicher wird in der aktuellen Situation die Notwendigkeit, Alternativen zum Aufenthalt im öffentlichen Raum zu schaffen, u. a. Kontaktstellen, in denen auch der Konsum von mitgebrachten Drogen und von Alkohol zulässig ist (Fixpunkt e.V. 2017, persönliche Mitteilung).

3 Zusatzinformationen

3.1 Zusätzliche Informationsquellen

Aktuell liegen keine Daten aus zusätzlichen Informationsquellen vor.

3.2 Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung

Aktuell liegen keine weiteren Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen vor.

4 Quellen und Methodik

4.1 Quellen

Abteilung für klinische Toxikologie & Giftnotruf München der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II (2015). Jahresbericht 2015. Klinikum rechts der Isar und Technische Universität München (TUM), München.

aerzteblatt.de (2013). Aids-Hilfe fordert Erhalt des Berliner Schnelltestangebots [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55313/Aids-Hilfe-fordert-Erhalt-des-Berliner-Schnelltestangebots> [letzter Zugriff: 11-08-2014].

- aerzteblatt.de (2014). Hepatitis-C-Patienten oft unterversorgt [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57498>
- AIDS Hilfe NRW e.V. (2017). Abgabe von Einmalspritzen in NRW für den Zeitraum 2014 bis 2016 [online]. Verfügbar unter: http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/tabelle_uebersicht_spritzenabgabe_2014-2016_homepage.pdf
- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2016). Deutsche Suchthilfestatistik 2015. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017). Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Deutsche Suchthilfestatistik 2016, Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Brunt, T. M. & Niesink, R. J. M. (2011). The Drug Information and Monitoring System (DIMS) in the Netherlands: Implementation, results, and international comparison. Drug Testing and Analysis 3 (9) 621-634.
- Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend., Berlin.
- Dammer, E., Schulte, L., Karachaliou, K., Pfeiffer-Gerschel, T., Budde, A. & Rummel, C. (2016). Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2015/2016). Deutschland. Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, München.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2010). Projekt TEST IT. Evaluationsbericht. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dortmund/Berlin 2010.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (2013). Saubere Spritzen für Gefangene: Deutsche AIDS-Hilfe startet Unterschriftenaktion [online]. Verfügbar unter: <http://www.aidshilfe.de/aktuelles/meldungen/saubere-spritzen-fuer-gefangene-deutsche-aids-hilfe-startet-unterschriftenaktion>
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (2015). Handbuch: Einführung und Umsetzung von Spritzenvergabeprogrammen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien. Antwort auf eine Anfrage der DGS zu Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien, Berlin.
- 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.

- Fechner, T. (2017). Substituierte im Drogenkonsumraum. Ein Jahr Erfahrung aus dem Drogenkonsum der Suchthilfe direkt Essen gGmbH. In: 4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2017, akzept e.V. (Hrsg.), S. 87-89. Pabst Science Publishers, Berlin.
- Giftinformationszentrum Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (GIZ-Nord) (2016). Jahresbericht 2015. Universitätsmedizin Göttingen Georg-August-Universität, Göttingen.
- Gölz, J. (2014). Chronische Virusinfektionen bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie **15** (1) 16-21.
- Gutwinski, S., Häbel, T., BERPohl, F., Riemer, T., & Sch (2016). Sexuelle Funktionsstörungen bei Substitution mit Methadon und Levomethadon. Sucht **62** (5) 295-303.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A., & Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services. Harm Reduction Journal **8** (16).
- Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar (2016). Jahresbericht 2015. Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar.
- Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). 48. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn, 48, Bonn.
- Isernhagen, K. (2015). Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.. Stellungnahme der DGS zur Therapie der Hepatitis C mit den neuen direkt antiviral wirksamen Substanzen. Suchttherapie **16** (3) 145.
- Isernhagen, K., Qurishi, N., & Römer, K. (2016). Therapie der Hepatitis C mit direct acting antivirals (DAA) bei substituierten Drogengebrauchern. Suchtmedizin **18** (1) 7-16.
- Landesstelle Sucht NRW (2016). Die Arbeit der Drogenkonsumräume in NRW - 2015.
- Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2015). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. BADO e.V, Hamburg.
- mudra e.V. (2017). Drogenkonsumräume in Deutschland. Ergebnisse einer Befragung. Impulse für Bayern.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.

- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2015). Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Dammer, E., Schulte, L., Karachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2016). Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2015/2016). Deutschland. Workbook Drogenpolitik. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, München.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015). HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogegebrauchenden in Deutschland - Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI, Epidemiologisches Bulletin Nr. 22. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2017). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Datenstand: 1. März 2017.
- Schäfer, B. (2013). Hepatitis-C Therapie: Starten oder Warten? Welche Patienten jetzt therapiert werden sollen! Suchtmedizin in Forschung und Praxis **15** (4) 266-268.
- Schriftliche Kleine Anfrage an den Senat (2017). Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg (FDP) vom 20.02.17 und Antwort des Senats, 21/8040. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg - 21. Wahlperiode.
- Soyka, M., Preuss, U., & Hoch, E. (2017). Cannabisinduzierte Störungen. Nervenarzt **88** 311-325.
- Statistisches Bundesamt (2017). Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten. Stichtag 31. März 2017.
- Stöver, H. & Förster, S. (2016). Drogenkonsumraumdokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2015. Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt am Main.
- Stöver, H., Förster, S., Hornig, L. & Theisen, M. (2015). Evaluation der Nutzungsprofile der Drogenkonsumraumnutzer und -nutzerinnen im Land Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin und Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main (ISFF), Frankfurt am Main.
- Suchthilfe Wien (2017). Tätigkeitsbericht Suchthilfe Wien 2016. Bereich Suchtprävention.
- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus (2017). Ein Jahr „Mama denk' an mich": Initiative bietet abhängigen Müttern eine Perspektive [online]. Verfügbar unter: Uniklinikum Dresden [letzter Zugriff: 09-08-2017].
- Wedemeyer, H. (2013). "Es steht ein dramatischer Therapiewandel bevor!" [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/hepatitis/article/843213/welt-hepatitis-tag-steht-dramatischer-therapiewandel-bevor.html>
- World Health Organization (WHO) (2014). Community management of opioid overdose. WHO, Geneva.

4.2 Methodik

4.2.1 Erfassung von Drogentoten

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

Falldatei Rauschgift

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

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

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

Allgemeines Sterberegister¹⁶

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

¹⁶ Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

(„Todesursachenstatistik“). Auch in dieser Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt.

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die in zeitlich engem Zusammenhang nach dem Konsum von Opioiden, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten – also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EBDD (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete 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 mit eingeschlossen werden. 2006 ist eine Änderung der Kodierregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, wenn möglich statt der F1x.x-Codes die akute Todesursache zu kodieren, also die der Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen. Diese hat jedoch bislang in Deutschland keinen Effekt im Hinblick auf die gewünschte Erhöhung der Spezifität gezeigt, sodass nach wie vor sehr viele F-Kodierungen vorliegen.

4.2.2 Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht¹⁷. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das RKI zu melden. Diese Laborberichte werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte. Somit enthalten die HIV-Meldungen im Idealfall Angaben zu Alter und Geschlecht, dem Wohnort, dem Übertragungsweg der Infektion sowie Informationen zum Krankheitsstadium und HIV-bezogenen Basis-Laborparametern. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

Informationen zu möglichen Übertragungswegen für Hepatitis B und C (HBV und HCV) werden seit der Einführung des IfSG ebenfalls erhoben. Dies geschieht durch Ermittlungen des Gesundheitsamtes bei den Fallpersonen selbst oder anhand von Angaben der meldenden Labore bzw. Ärzte. Die aktuellen Daten werden jeweils im

¹⁷ www.rki.de [letzter Zugriff: 20.08.2016].

„Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom RKI publiziert bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht.

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden zusätzlich zum HIV-Status seit 2007 auch Angaben zum HBV- und HCV-Status der Patienten gemacht. Da die Anzahl der Einrichtungen, die diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren. In diesem Jahr wird erstmalig der neue Kerndatensatz erhoben, in dem die Erfassung von Infektionskrankheiten verbessert wurde. Erste Daten werden 2018 vorliegen.

Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-B-Meldungen

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

Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-C-Meldungen

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

Die Falldefinition für Hepatitis C wurden zum 01.01.2015 bzgl. der Kriterien für den labordiagnostischen Nachweis geändert. Die bisherige Falldefinition, nach der der alleinige (bestätigte) Antikörperrnachweis ausreichte, hat nach Einschätzung des RKI in einem unbestimmten Anteil der Fälle zu einer Meldung von bereits spontan ausgeheilten bzw. erfolgreich therapierten Infektionen sowie darüber hinaus zu einer unbekanntem Zahl von Mehrfacherfassungen geführt. Die neue Falldefinition erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis (Nukleinsäure-Nachweis oder HCV-Core-Antigennachweis). In der

Berichterstattung des RKI werden damit nur noch aktive HCV-Infektionen analysiert. Die aktuelle Abnahme der Fallzahlen durch diese Änderung wurde erwartet.

5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2016 nach Substanzen.....	10
Tabelle 2	Mortalität ambulant betreuter Opioidkonsumierender 2007 – 2016	12
Tabelle 3	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2015.....	18
Tabelle 4	Drogenapplikationsform ambulant behandelter Patienten 2016 in der DSHS.....	32

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Trend der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und DeStatis-Daten 2006 bis 2016.....	13
Abbildung 2	Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen DeStatis 2006 bis 2015.....	13
Abbildung 3	Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2006 bis 2015	14
Abbildung 4	Opiatbezogene Intoxikationen bei DeStatis-Drogentodesfällen 2006 bis 2015 (ICD X/Y-Kodierung).....	15
Abbildung 5	Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2016	16
Abbildung 6	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle 2006 bis 2015	20
Abbildung 7	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes).....	21
Abbildung 8	Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes).....	22
Abbildung 9	HIV-Neudiagnosen bei IVD nach Altersgruppen 2008 bis 2016	24
Abbildung 10	Zahl der übermittelten HCV-Erstdiagnosen mit Angabe von i.v.-Drogenkonsum nach Geschlecht, Deutschland, 2011 bis 2016.....	27
Abbildung 11	Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2016.....	45
Abbildung 12	Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2016.....	45

Abbildung 13	Trend Vergabe Konsummaterialien München 2012 bis 2016	46
Abbildung 14	Trend Vergabe unterschiedlicher Spritzengrößen München 2012 bis 2016.....	47