



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Deutsche Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

DEUTSCHLAND

Bericht 2023 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2022 / 2023)

Esther Neumeier, Krystallia Karachaliou & Franziska Schneider

IFT Institut für Therapieforschung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Eine Kooperation von



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Mental Health &
Addiction Research

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL	5
1.1	Drogenbezogene Todesfälle	5
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen	5
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle.....	7
1.1.3	Trends drogenbezogener Todesfälle.....	9
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	10
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	10
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	11
1.2.3	Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	12
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	15
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C	15
1.3.2	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen	17
1.3.3	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten	22
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	23
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen	23
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung	24
1.5.1	Drogenpolitische Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung.....	24
1.5.2	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung	25
1.5.3	Bereitstellung von Maßnahmen zur Schadensminderung	25
1.5.4	Trends von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	30
1.6	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	30
1.6.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	30
2	NEUE ENTWICKLUNGEN	30
2.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht- tödlichen Notfällen	30
2.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	30

2.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung.....	30
3	QUELLEN UND METHODIK	31
3.1	Quellen	31
3.2	Methodik	32
3.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	32
3.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	34
4	TABELLENVERZEICHNIS	36
5	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	36

0 ZUSAMMENFASSUNG

Drogenbezogene Todesfälle

Im Jahr 2022 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 1.990 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Die Anzahl steigt seit Jahren kontinuierlich an. Es handelt sich um den höchsten erfassten Wert seit 20 Jahren und im Vergleich zu 2021 um einen erneuten Anstieg von 9,0 %. 82,8 % der Verstorbenen waren männlich, das Durchschnittsalter lag bei 40,5 Jahren (Range 14 bis 87 Jahre). Seit 2020 stellen Langzeitschäden – mit zusätzlicher akuter Intoxikation – die häufigste einzelne registrierte Todesursache dar. Ihr Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Es ist davon auszugehen, dass ein größerer Anteil dieser Todesfälle Personen aus der alternden, multimorbiden Kohorte von Opioidkonsumierenden betrifft. Dafür spricht auch, dass die Stoffgruppe der Opioide weiterhin die häufigste registrierte ist; in 60 % aller Fälle wurde mindestens ein Opioid als beteiligte Substanz registriert.

Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

Die Anzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle lag im Jahr 2021 bei 19.657 Fällen. Nach einem kontinuierlichen Anstieg über zehn Jahre bis 2015 sind die Zahlen seitdem etwas gesunken. Welche Rolle die Auswirkungen der Corona-Epidemie auf diesen Verlauf haben, ist unklar.

Über die Hälfte aller Fälle wird durch die Kodierung „Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)“ ausgemacht. Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür waren über zehn Jahre steil angestiegen und haben sich seit 2015/2016 auf hohem Niveau stabilisiert. Da unklar ist, welche Einzelsubstanzen und/oder Substanzkombinationen hinter dieser Kodierung stehen, können darauf basierend keine näheren Aussagen über das Konsumverhalten getroffen werden.

Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Für das Jahr 2022 können keine Meldedaten des Robert Koch-Instituts (RKI) für Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) berichtet werden, da aufgrund mehrerer Umstellungen (u. a. Umstellung auf ein elektronisches Meldesystem) keine belastbaren Daten vorliegen.

Im Jahr 2022 wurden die HIV-Meldezahlen in Deutschland erheblich durch die Aufnahme von Geflüchteten aus der Ukraine beeinflusst. Diese werden für die Berichterstattung im REITOX-Bericht explizit nicht einbezogen, um die Vergleichbarkeit zu den Vorjahren zu erhalten. Im Jahr 2022 wurden dem RKI 2.530 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als in Deutschland erfolgte Neudiagnosen identifiziert werden konnten.

Für 69 % (1.734) lagen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko vor. Bei Mehrfachangaben wurde die Angabe auf das wahrscheinlichste Risiko reduziert. Unter den Neudiagnosen mit Angaben hatten sich 9 % (154) wahrscheinlich durch i.v.-Drogenkonsum infiziert. Damit bleibt der i.v.-Drogenkonsum der drittwichtigste Infektionsweg. Nachdem die seit 2013 zu beobachtende Zunahme von HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen

konsumierenden Personen in den beiden Pandemie Jahren 2020 und 2021 scheinbar gebrochen wurde, ist im Jahr 2022 erneut ein Anstieg dieser Neudiagnosen auf das Niveau vor Pandemiebeginn beobachtet worden. Es ist unklar, inwieweit die Entwicklung der Neudiagnosen während der Pandemiejahre eventuell durch ein vermindertes Testangebot oder verminderte Wahrnehmung von Testungen beeinflusst wurde.

Mit den Ergebnissen der DRUCK 2.0 Studie liegen aktuelle Informationen zu Prävalenzen von HBV, HCV, HIV und Syphilis unter i.v.-Drogenkonsumierenden aus zwei Bundesländern vor. Hier findet sich eine Prävalenz aktiver HBV-Infektionen von 1,2 % und aktiver HCV-Infektionen von 27 %. HIV-positiv waren 2 %. Die Ergebnisse werden unter 1.3.2 ausführlich berichtet.

Maßnahmen zur Schadensminderung

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

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

Ein Zwischenstand des Modellprojekts „NALtrain“, das den Ausbau von Naloxon-Schulungen deutschlandweit wissenschaftlich evaluiert vorantreiben soll, wird unter 1.5.3 berichtet. Hier sind auch Ergebnisse von saferKONSUM zu im Jahr 2021 in Deutschland vergebenen Konsumutensilien zu finden.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumierenden spielen nach wie vor Drogenkonsumräume eine entscheidende Rolle. Aktuell gibt es in 17 Städten in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Saarland) insgesamt 30 Drogenkonsumräume oder -mobile mit insgesamt ca. 320 Konsumplätzen. Deutschlandweit bleibt die Tendenz zum Wechsel vom injizierenden zum inhalativen Konsum zu beobachten, wobei der injizierende Konsum in den offenen Szenen und in Drogenkonsumräumen nach wie vor eine entscheidende Rolle spielt. Dennoch zeigt sich eine erhöhte Nachfrage für Konsumutensilien zum inhalativen Konsum, die auch mit einem erhöhten Crack-Konsum in der offenen Drogenszene in Verbindung steht (siehe 1.5.4).

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Drogenbezogene Todesfälle

1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen

In Deutschland existieren zwei verschiedene Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in mehreren Punkten unterscheiden. Dies sind die polizeilichen Daten, berichtet vom Bundeskriminalamt (BKA) sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes. Beide Erfassungssysteme werden unter 3.2.1 ausführlicher beschrieben und hier nur kurz charakterisiert:

Die Daten des BKA weisen der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die „Todesursachenstatistik“ bzw. das allgemeine Sterberegister des Statistischen Bundesamtes erfasst hingegen alle Todesfälle im Bundesgebiet. Als Grundlage für die Extraktion der Drogentodesfälle aus diesem Register dienen die entsprechenden Kodierungen der ICD-10 (Eggl, 2009).

Seit dem Berichtsjahr 2022 (Datenjahr 2021) liegen die Daten des BKA in einer neuen Form vor. Daten aus dem ersten Datenjahr 2021 sind nur eingeschränkt interpretierbar. Für das Datenjahr 2022 können in diesem Workbook aber erste vertiefte Analysen berichtet werden. Langjährige Trends bezüglich der Beteiligung einzelner Substanzen können aufgrund der Umstellung nur sehr begrenzt dargestellt werden. Die Gesamtzahl der Todesfälle kann jedoch weiterhin verglichen werden.

Die Todesursachenstatistik kann für Vergleiche mit dem europäischen Ausland herangezogen werden, da dieses Register mit dem ICD-10 weitgehend gemeinsamen europäischen Standards folgt. Die ICD-10-Kodierungen sind jedoch für die Einschätzung der Beteiligung einzelner Stoffe bzw. Stoffgruppen im Bereich illegaler Substanzen nur bedingt brauchbar. Daten aus dem Polizeiregister sind deshalb für die Darstellung der innerdeutschen Lage von großer Bedeutung und geben wichtige Hinweise auf die an Überdosierungen beteiligten Stoffgruppen. Aufgrund der Unterschiede bei den Einschlusskriterien und berichteten Altersgruppen sind sie europaweit jedoch weniger gut vergleichbar.

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Eine gewisse Anzahl relevanter Fälle wird jeweils nicht erkannt, nicht gemeldet oder falsch zugeordnet. Über viele Jahre hinweg zeigten sich in beiden Registern ähnliche Verläufe und Trends. In den letzten Jahren gehen diese jedoch weiter auseinander. Die Gründe sind unklar. In diesem Jahr werden im Workbook nur die Fälle aus der polizeilichen Statistik dargestellt. Eine empirische Untersuchung der Frage, inwieweit die beiden Systeme die gleichen Fälle erfassen, steht aus.

Aktuelle polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und, noch wichtiger, toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung darüber, ob ein Drogentod vorliegt, herangezogen wurden. Die Obduktionsrate

aller durch das BKA gemeldeten drogenbezogenen Todesfälle lag im Datenjahr 2022 bei 53,1 % (2021: 51,2 %, 2020: 43,5 %). Nachdem sie zuvor mehrere Jahre lang kontinuierlich gesunken war (2015 lag sie noch bei 60,9 %), ist sie damit das zweite Jahr in Folge wieder angestiegen. Toxikologische Gutachten wurden im Jahr 2022 in 39,3 % der Fälle erstellt, und somit wieder etwas häufiger als beim Tiefstwert von 35,4 % im Vorjahr (Datenlieferung BKA, 2022). Hierbei unterscheiden sich die Raten zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. In manchen Bundesländern erreichen sie bis zu 100 %, in anderen Bundesländern werden die Untersuchungen nur vereinzelt durchgeführt.

Aufgrund häufig fehlender toxikologischer Gutachten kann die tatsächliche Todesursächlichkeit einzelner Substanzen im Normalfall nicht eingeschätzt werden. Daher beziehen sich alle Angaben zu beteiligten Einzelsubstanzen lediglich darauf, dass diese im Zusammenhang mit dem Todesfall konsumiert wurden, nicht auf ihre Todesursächlichkeit im medizinischen Sinne.

2022 kamen insgesamt 1.990 Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der höchste erfasste Wert seit 20 Jahren. Seit Beginn der Erfassung durch das BKA lag er nur dreimal höher; davon zweimal Anfang der 1990er Jahre und zuletzt im Jahr 2000 (2.030 Personen). Die Anzahl steigt seit Jahren kontinuierlich. Im Vergleich zum Vorjahr 2021 (1.826 Personen) handelt es sich um einen erneuten Anstieg von 9,0 %. Der Zeitverlauf wird im Abschnitt 1.1.3 ausführlicher dargestellt. Seit 2021 werden nach einer mehrjährigen Pause aufgrund der Umstellung auf ein neues polizeiliches Datensystem und der Erfassung bzw. Erhebung rauschgiftbezogener Sachverhalte wieder Alter und Geschlecht der Verstorbenen dokumentiert; seit dem Datenjahr 2022 sind zudem weitere Analysen bzgl. Altersgruppen und registrierten Substanzen möglich.

Unter den 1.990 Verstorbenen waren 82,8 % (1.648 Personen) männlich. Das Durchschnittsalter lag 2022 bei 40,5 Jahren und war für Männer und Frauen praktisch gleich (Männer: 40,52 Jahre, Frauen: 40,68 Jahre). Die jüngste Person war 14 Jahre alt, die älteste 87 Jahre. Die Verteilung der Altersgruppen wird in Abbildung 1 gezeigt. Männer und Frauen unterscheiden sich auch in der Verteilung auf die einzelnen Gruppen kaum. In den beiden jüngsten Altersgruppen (unter-18-Jährige sowie 18- bis 20-Jährige) finden sich anteilig etwas mehr Frauen, allerdings sind die absoluten Zahlen hier so klein, dass eine Interpretation aufgrund nur eines Datenjahres nicht möglich ist.

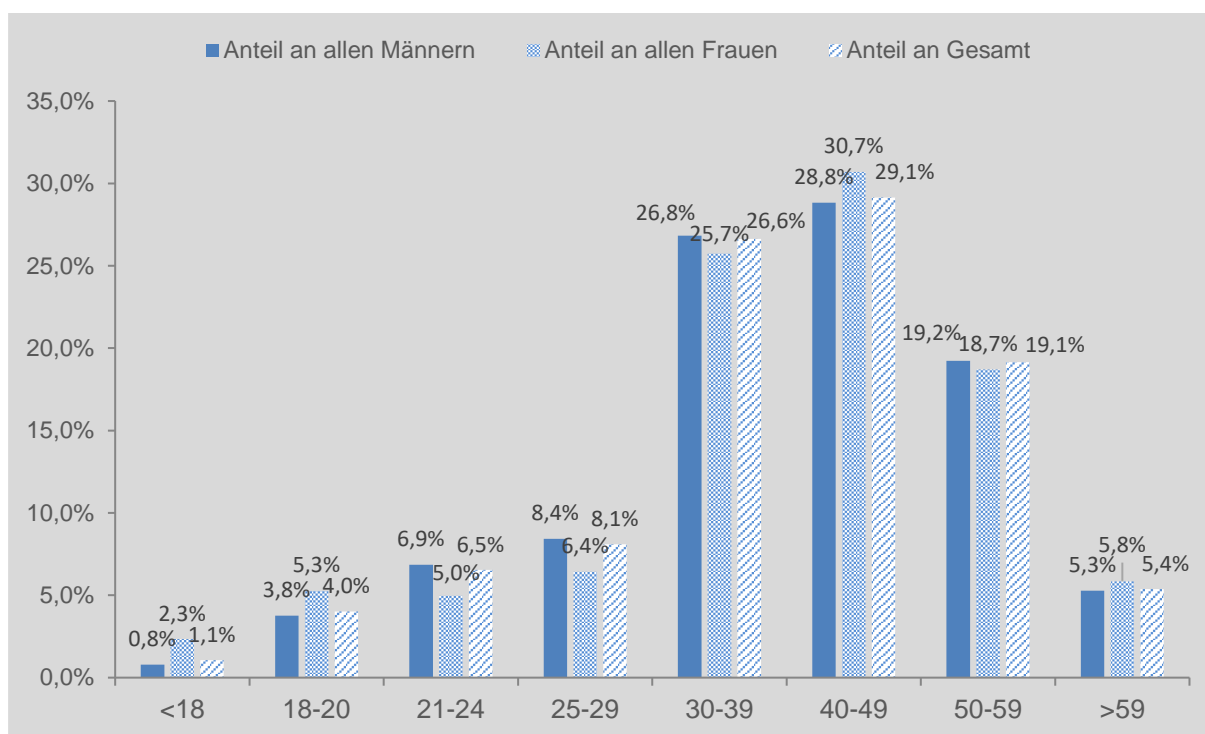


Abbildung 1 Altersverteilung Drogentodesfälle 2022, polizeiliche Daten

1.1.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die toxikologischen Angaben zu den Drogentodesfällen. Seit dem Datenjahr 2021 werden unter den „polyvalenten Fälle“ aufgrund der Veränderung der polizeilichen Datenerhebung alle Stoffe in der Tabelle aufgeführt; in den Vorjahren war dies nicht der Fall. Dadurch ergeben sich wesentlich häufigere Nennungen einzelner Substanzen in den „polyvalenten“ Kategorien und ein Vergleich der Häufigkeit der Beteiligung einzelner Substanzen mit den Vorjahren ist nicht möglich. Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass Aussagen zur Todesursächlichkeit einzelner Substanzen aufgrund fehlender toxikologischer Gutachten nicht möglich sind; die Häufigkeiten beziehen sich also nur auf das Vorhandensein der Substanz im Zusammenhang mit dem Todesfall.

Insgesamt wurden im Jahr 2022 1.990 Drogentodesfälle gemeldet. Von diesen wurden bei 1.101 Personen bzw. 55 % der Fälle zwei oder mehr beteiligte Substanzen gemeldet („polyvalent“), bei 658 Personen bzw. 33 % nur eine Substanz („monovalent“). In 33 % der Fälle wurden gesundheitliche Langzeitschäden aufgrund langjährigen Rauschgiftkonsums gemeldet, meist in Kombination mit der akuten Substanzeinnahme. Es ist möglich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen die Anzahl an beteiligten Stoffen noch unterschätzt wird.

Von allen Drogentodesfällen wurden bei 1.194 Personen (60 % aller Fälle) mindestens ein Opioid als beteiligte Substanz registriert. Obwohl ein direkter Vergleich mit den Vorjahren methodisch nicht möglich ist, kann somit festgehalten werden, dass Opioide unter den

Drogentodesfällen nach wie vor die größte Rolle spielen. Die häufigste benannte Einzelkategorie ist nach wie vor Heroin/Morphin mit 214 monovalenten Fällen und einer Beteiligung an 535 polyvalenten Fällen, gefolgt von Opioid-Substitutionsmitteln mit 113 monovalenten Fällen und einer Beteiligung an 436 polyvalenten Fällen.

Unter den Nicht-Opioiden wurden Kokain/Crack (monovalent: 90 Fälle, Beteiligung an polyvalenten Fällen: 417) und Amphetamin (monovalent: 122 Fälle, Beteiligung an polyvalenten Fällen: 313) sowie psychoaktive Medikamente (monovalent: 25 Fälle, Beteiligung an polyvalenten Fällen: 483) am häufigsten nachgewiesen.

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2022, polizeiliche Daten

	%	Anzahl
Monovalente Fälle mit Opioiden/Opiaten		
Heroin / Morphin	10,8	214
Opioid-Substitutionsmittel	5,7	113
– davon: Methadon	5,4	107
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex)	0,2	3
– davon: Sonstige	0,2	3
Fentanyl	1,1	21
Sonstige opiat-basierte Arzneimittel	0,5	10
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	0,0	0
Monovalente Fälle mit anderen Substanzen als Opioiden/Opiaten		
Kokain / Crack	4,5	90
Amphetamin	6,1	122
Methamphetamin	0,9	17
Amphetaminderivate (Ecstasy)	0,4	8
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS): synthetische Cannabinoide	0,1	1
NPS: sonstige	0,2	4
GHB / GBL	0,5	9
Psychoaktive Medikamente	1,3	25
Polyvalente Fälle¹		
Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	26,9	535
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	21,9	436
– davon: Methadon i.V.m.a.S.	19,5	389
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m.a.S.	2,0	40
– davon: Sonstige i.V.m.a.S.	1,1	22

Fentanyl i.V.m.a.S.	2,6	52
Sonstige opiat-basierte Arzneimittel i.V.m.a.S.	7,1	142
Synthetische Opioide (u. a. Fentanyl-derivate) i.V.m.a.S.	0,5	10
Kokain / Crack i.V.m.a.S.	21,0	417
Amphetamin i.V.m.a.S.	15,7	313
Methamphetamin i.V.m.a.S.	4,7	93
Amphetaminderivate (Ecstasy) i.V.m.a.S.	3,2	64
NPS: synthetische Cannabinoide i.V.m.a.S.	0,6	11
NPS: sonstige i.V.m.a.S.	1,0	19
GHB / GBL i.V.m.a.S.	1,4	28
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	24,3	483
Sonstige Todesursachen		
Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	2,7	54
Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	4,8	95
Langzeitschäden	33,3	663
– davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	29,6	589
Unfälle	2,8	55
Gesamt (N)²	100	1990

1.1.3 Trends drogenbezogener Todesfälle

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Im Jahr 2012 wurde die Datenerfassung des BKA geändert, daher werden nur Trends seit diesem Zeitpunkt beschrieben. Für den diesjährigen Bericht liegen die BKA-Daten zum zweiten Mal in einer neuen Form vor. Diese ermöglicht keinen direkten Vergleich der Einzelsubstanzen mit den Vorjahren. Die Erfassung der polyvalenten Fälle hat sich wesentlich geändert; seit dem Datenjahr 2021 werden alle an den polyvalenten Fällen beteiligten Substanzen berichtet. In den nächsten Jahren werden somit vertiefte Analysen möglich, aktuell ist die Trendberichterstattung bezüglich beteiligter Substanzen hierdurch nicht möglich.

Im Jahr 2022 kamen insgesamt 1.990 Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist der dritthöchste Wert seit Beginn der Erfassung 1973; zuletzt lag er im Jahr 2000 höher. Im Vergleich zu 2021 (1.826 Personen) handelt es sich um einen erneuten Anstieg von 9 %.

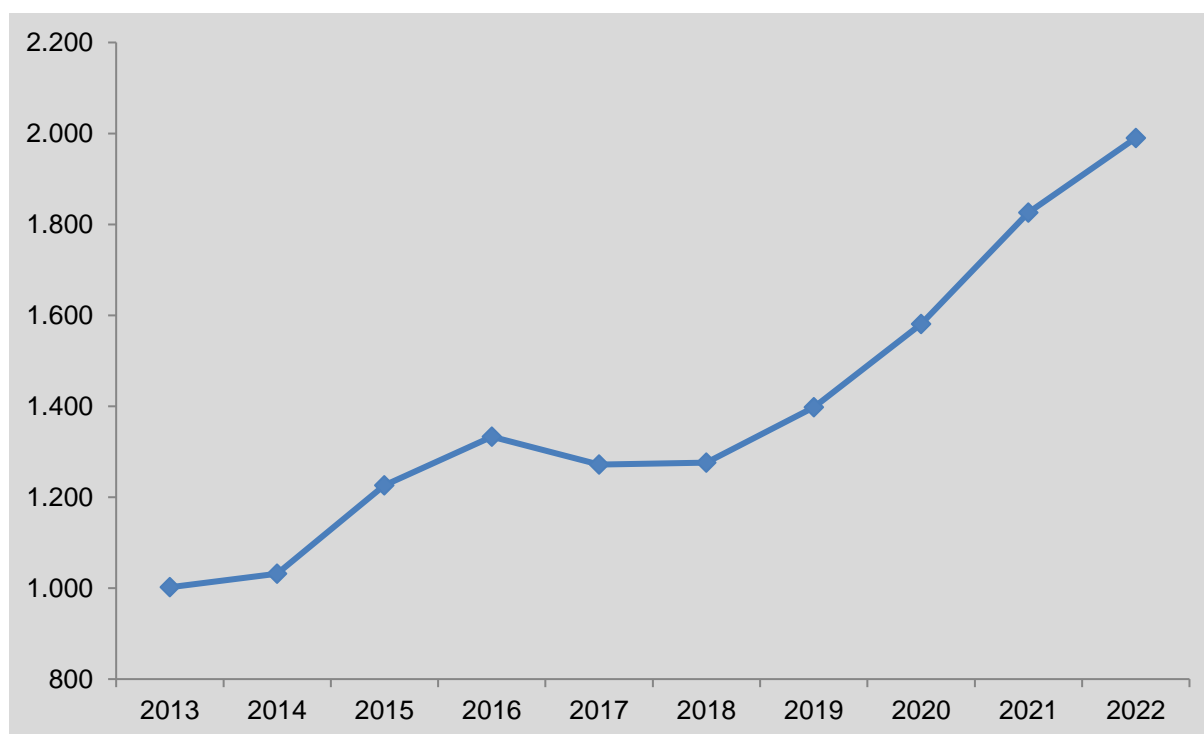


Abbildung 2 Drogentodesfälle der letzten 10 Jahre, polizeiliche Daten

Die Kombination aus den mittlerweile häufig registrierten Langzeitschäden mit dem hohen Anteil an Opioiden unter den beteiligten Substanzen spricht für die Hypothese, dass die alternde, multimorbide Kohorte von Opioid-Konsumierenden zum Gesamtanstieg der Drogentodesfälle beiträgt. Der Anstieg zeigt sich jedoch ebenfalls für Vergiftungen ohne Opioid-Beteiligung, wenn auch die Gesamtzahlen nach wie vor deutlich geringer sind. So wurden im Jahr 2022 276 Fälle mit nur einer beteiligten Substanz, die kein Opioid war, registriert. Fünf Jahre zuvor, im Jahr 2017, waren es 93 Fälle; 2012 noch 51 Fälle.

Aufgrund der Änderung in der Datenerfassung können keine Trendanalysen zu Drogentodesfällen mit mehr als einer beteiligten Substanz durchgeführt werden.

1.2 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

1.2.1 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

Als Näherung für die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10-Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik 2020 bzw. speziellen Berechnungen des Statistischen Bundesamts zur Verfügung (siehe Tabelle 2). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 T40.X) sowohl um eine Überdosierung als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opioide auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung verschriebener opioidhaltiger Medikamente, statt um den Konsum illegaler Drogen handeln. Darüber hinaus kann mit diesen Daten nur eine Aussage über im Krankenhaus stationär

aufgenommene drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle getroffen werden. Notfälle, die entweder gar nicht oder durch andere Anlaufstellen behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Dies betrifft etwa Giftinformationszentren, aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder notärztliche Behandlungen ohne folgenden stationären Aufenthalt. Aus den Daten geht zudem nicht hervor, wie schwer ausgeprägt oder gefährlich die Symptomatik war und wie lange die jeweilige Behandlung andauerte; Stundenfälle werden ebenfalls miteingeschlossen. Die Daten sind also nur mit Vorsicht zu interpretieren.

1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2021

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 44	45 - 65	65+
akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	18.626	456	5.299	8.549	3.572	750
durch Opioide (F11.0)	1.597	16	218	699	448	216
durch Cannabinoide (F12.0)	1.721	138	918	531	118	16
durch Sedativa / Hypnotika (F13.0)	1.697	24	385	561	479	248
durch Kokain (F14.0)	803	2	193	500	105	3
durch andere Stimulanzien (F15.0)	2.085	125	750	1 074	124	12
durch Halluzinogene (F16.0)	386	13	229	128	14	2
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	56	3	12	27	13	1
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	10.281	135	2.594	5.029	2.271	252
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	968	67	160	195	220	326
durch Opium (T40.0)	31	1	3	6	4	17
durch Heroin (T40.1)	34	0	2	19	13	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	605	42	53	76	146	288
durch Methadon (T40.3)	52	0	4	16	27	5
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	16	2	1	5	5	3
durch Kokain (T40.5)	49	1	19	25	4	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	24	2	5	3	8	5
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	106	14	44	35	9	4
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	30	3	17	8	1	1
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	21	1	12	2	3	3

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2022

1.2.3 Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

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

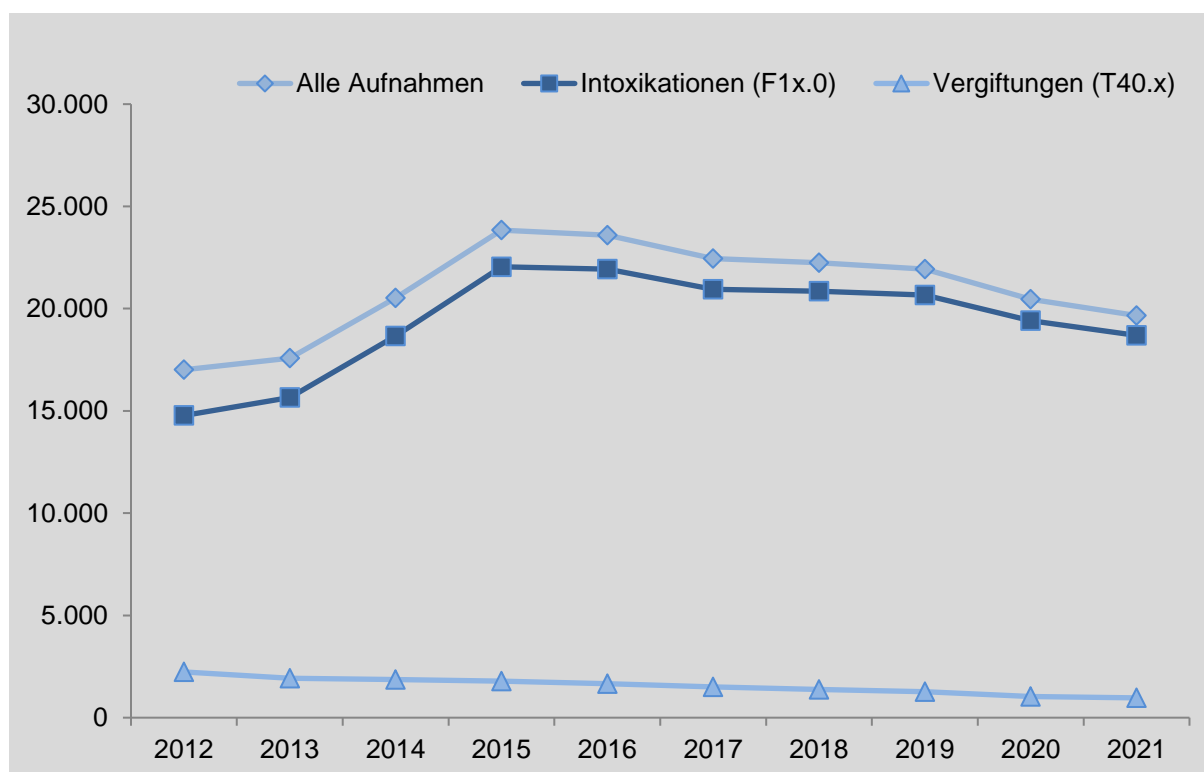


Abbildung 3 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Bis 2015 stieg die Zahl der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle auf 23.839 Aufnahmen an (siehe Abbildung 3). Seitdem ist sie insgesamt etwas gesunken und lag 2021 bei 19.657 Fällen. Inwieweit die Corona-Pandemie die Fallzahl beeinflusst hat, ist nicht bekannt. Es liegen hierzu keine bundesweiten Daten vor; in einer kleinen Studie aus einem Krankenhaus in Essen im Jahr 2020 wurden keine relevante Veränderung in der Anzahl der Notaufnahmen aufgrund illegaler Substanzen gefunden (Sobetzko et al., 2021).

In der Kodierung überwiegen bei weitem die akuten Intoxikationsfälle (F-Kodierungen), die 2021 18.626 Fälle ausmachten und auch den Gesamtanstieg der Jahre bis 2015 bedingten. Die Anzahl der kodierten Vergiftungsfälle, die bereits 2012 schon auf viel niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten zehn Jahren weiter gesunken und lag 2021 bei 968 Fällen.

Es bleibt unklar, ob dies durch die Kodiergewohnheiten erklärbar ist, oder ob tatsächlich weniger Vergiftungsfälle und mehr Intoxikationsfälle aufgenommen wurden.

Betrachtet man Vergiftungen und Intoxikationen getrennt, so überwiegt bei den seltener kodierten stationär aufgenommenen Vergiftungen (T40.x-Codes, siehe Abbildung 4) in den letzten zehn Jahren die Vergiftung durch „sonstige Opioide“ (T40.2). Nach einem deutlichen Anstieg bis 2011 (1.660 Fälle) ist ihre Zahl jedoch in den letzten zehn Jahren gesunken (2021: 605 Fälle). Vergiftungen durch Heroin (T40.1) waren bis 2010 über viele Jahre hinweg die zweithäufigste Diagnose in dieser Gruppe, sind aber seit über zehn Jahren fast konstant gesunken und machten in den letzten Jahren nur noch einen geringen Anteil der Vergiftungen aus (2021: 34 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide (T40.7) damit die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Ihre Anzahl unterliegt Schwankungen, ist in den letzten Jahren jedoch gesunken und lag im Jahr 2021 mit 106 Fällen auf wesentlich niedrigerem Niveau als Vergiftungen durch Opioide. Alle anderen Substanzen, inklusive der sonstigen / nicht näher bezeichneten Betäubungsmittel, spielen mit deutlich unter 100 gemeldeten Fällen ebenfalls nur eine untergeordnete Rolle.

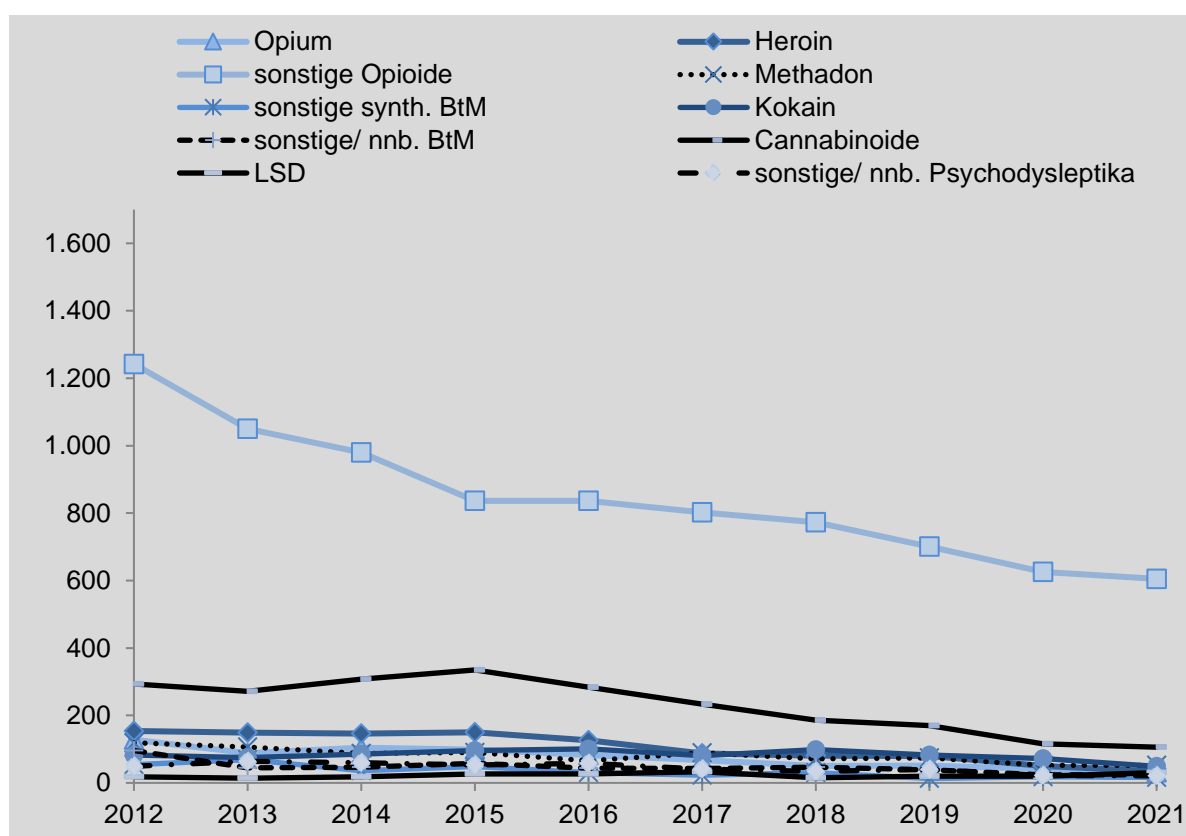


Abbildung 4 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

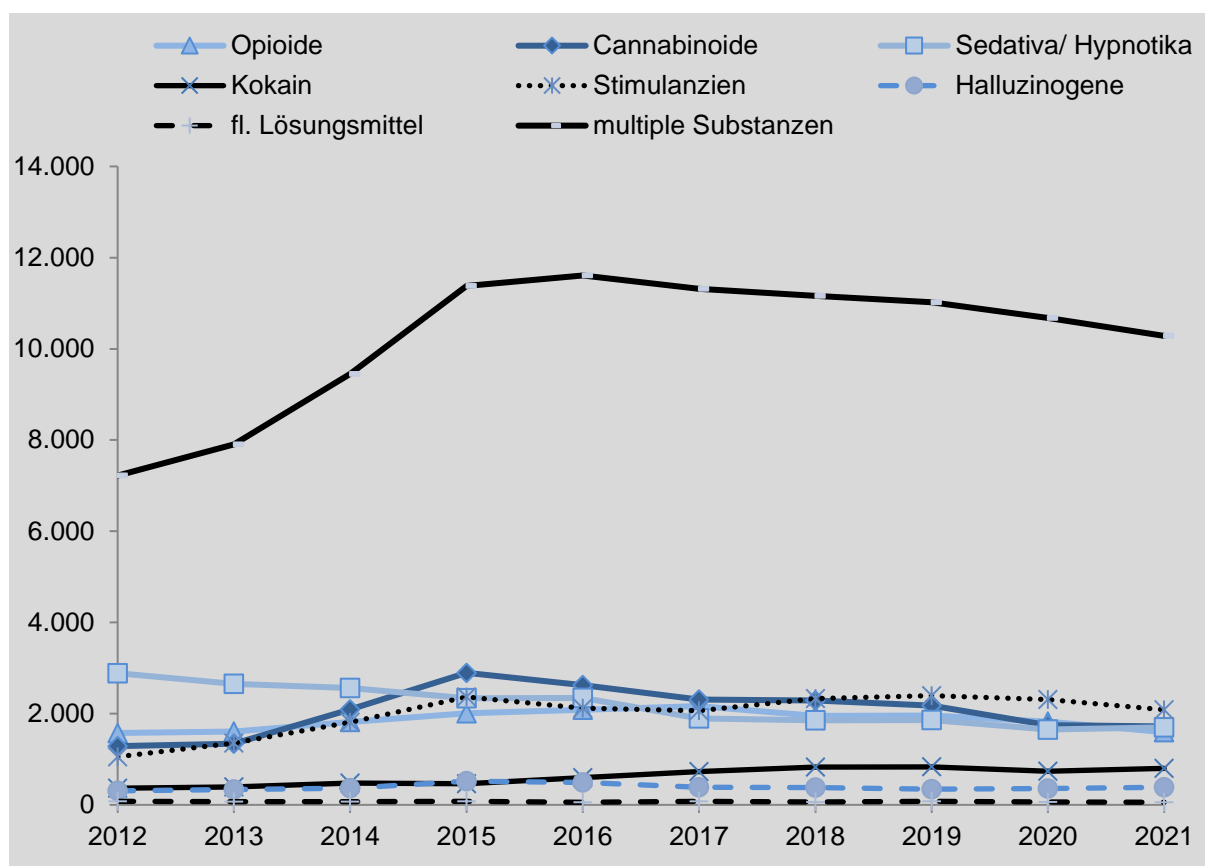


Abbildung 5 10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

In der Gruppe der häufiger kodierten akuten Intoxikationen machte die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0) mit 10.281 Fällen über die Hälfte aller Diagnosen aus (siehe Abbildung 5). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür waren bis 2016 über zehn Jahren steil angestiegen und haben sich seitdem auf hohem Niveau stabilisiert (2021: 10.281 Fälle). Sie bedingen einen großen Teil des Gesamtanstiegs aller stationärer Krankenhausaufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle bis 2015. Angaben zu den einzelnen Substanzen, die unter „multipler Gebrauch“ bzw. „andere psychotrope Substanzen“ kodiert werden, liegen nicht vor, sodass keine genaueren Rückschlüsse auf das Konsumverhalten gezogen werden können.

Die vier Stoffgruppen Cannabinoide (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa / Hypnotika, Stimulanzien (exkl. Kokain) und Opioiden machen 2021 wie bereits in den Vorjahren ähnlich große Anteile aus. Im längeren Zeitverlauf hat sich die Bedeutung der einzelnen Stoffgruppen aber wesentlich verändert. Die Aufnahmezahlen von Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) und mit Stimulanzien (exkl. Kokain) sind bis 2015 steil angestiegen und seitdem mit Schwankungen stabil bzw. im Fall von Cannabinoiden rückläufig. Die Anzahl der Intoxikationen durch die Stoffgruppe der Sedativa / Hypnotika ist über viele Jahre mit leichten Schwankungen insgesamt zurückgegangen. Intoxikationen durch Opioiden schwanken, ohne dass sich ein eindeutiger Trend zeigen würde. Insgesamt zeigt sich im

Bereich der akuten Intoxikationen ein Trend hin zu multiplem Substanzgebrauch und dem Gebrauch nicht-ICD-10-klassifizierter Substanzen.

1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Deutschlandweit werden alle Daten zu Infektionskrankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz der Meldepflicht unterliegen, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt und dort analysiert, somit auch Meldungen zu HIV- und Hepatitis-Infektionen. Zusätzlich liegen seit Einführung des neuen Kerndatensatzes Daten zu Teststatus und Testergebnis behandelter Personen aus der Deutschen Suchthilfestatistik vor, die im Abschnitt 1.3.2 berichtet werden, sowie Daten zu Risikoverhaltensweisen, die unter 1.3.3 berichtet werden. Daten aus anderen Quellen, beispielsweise Erhebungen in Drogenkonsumräumen und ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, geben zusätzlich Einblick in die Belastung von spezifischen, häufig regionalen, Populationen von Drogenkonsumierenden mit HIV und Hepatitis. Bisher gibt es kein regelmäßig durchgeführtes, deutschlandweites Monitoring von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumierenden. Die Pilotstudie DRUCK 2.0 des RKI wurde in zwei Bundesländern durchgeführt, um ein solches Monitoring zu pilotieren; die Ergebnisse werden unter 1.3.2 dargestellt.

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

1.3.1 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C

Die folgenden Angaben zu HIV wurden vom RKI vorab übersandt; sie werden im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch für das Jahr 2022 veröffentlicht werden. Kleinere Abweichungen erklären sich aus dem Vorabversand. Trendaussagen beruhen auf den Jahrbüchern der entsprechenden Datenjahre. Für das Jahr 2022 können keine Meldedaten zu Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) berichtet werden, da aufgrund mehrerer Umstellungen (u. a. Umstellung auf ein elektronisches Meldesystem) keine belastbaren Daten vorliegen. Aktuelle Informationen aus der DRUCK 2.0-Studie zu Prävalenzen unter intravenös Drogenkonsumierenden werden unter 1.3.2 berichtet.

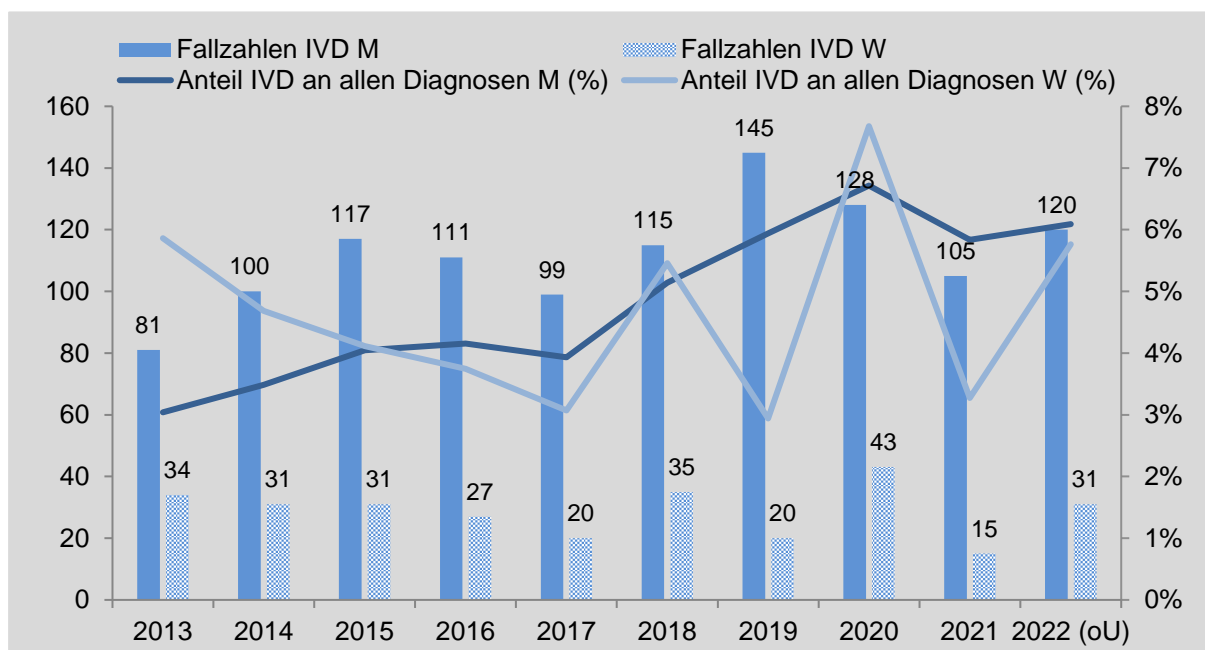
HIV Meldedaten

Im Jahr 2022 wurden die HIV-Meldezahlen in Deutschland erheblich durch die Aufnahme von Geflüchteten aus der Ukraine beeinflusst. Diese Meldungen betreffen zu einem überwiegenden Teil Personen, deren Infektion in der Ukraine erfolgte und dort bereits diagnostiziert worden war. Im Rahmen der Weiterbehandlung in Deutschland wurden diese Fälle als Erstdiagnosen in Deutschland gemeldet. Das RKI gibt die wichtigsten Kennzahlen daher zur besseren Vergleichbarkeit mit den vorangegangenen Jahresberichten jeweils mit Einbezug der Meldungen von Personen mit Herkunft aus der Ukraine sowie ohne an. Für die Berichterstattung im REITOX-Bericht werden die Angaben zu aus der Ukraine Geflüchteten *nicht* berücksichtigt, d. h. alle folgenden Angaben beziehen sich auf Personen, die nicht aus der Ukraine geflüchtet sind.

Im Jahr 2022 wurden dem RKI 2.530 HIV-Infektionen gemeldet, die den Fallkriterien entsprachen und als in Deutschland erfolgte Neudiagnosen identifiziert werden konnten. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 3,0 Neudiagnosen pro 100.000 Einwohner (2021: 2,7). Die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen sank von 2015 bis 2018, stieg im Jahr 2019 erneut leicht an, um in den COVID-19 Pandemie Jahren 2020 und 2021 auf den niedrigsten Stand seit 2004 zurückzugehen. Gegenüber dem Vorjahr (2.258) stieg die Zahl der Neudiagnosen um 272 Fälle (12 %) an, gegenüber dem Vor-Pandemiejahr 2019 (3.126) fiel die Anzahl um 596 Fälle (19 %).

Für 1.734 der 2.530 HIV-Neudiagnosen (69 %) lagen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko vor. Bei Mehrfachangaben wurde die Angabe auf das wahrscheinlichste Risiko reduziert. Unter den Neudiagnosen mit Angaben hatten sich 59 % (1.020) wahrscheinlich über gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern infiziert, 31 % (543) über heterosexuelle Kontakte und 9 % (154) bei i.v.-Drogenkonsum. Bei 1 % (21) der Neudiagnosen handelte es sich um Kinder, die über ihre Mütter infiziert worden waren.

Nachdem die seit 2013 zu beobachtende Zunahme von HIV-Neudiagnosen bei intravenös Drogen konsumierenden Personen in den beiden Pandemie Jahren 2020 und 2021 scheinbar gebrochen wurde (siehe Abbildung 6), ist im Jahr 2022 erneut ein Anstieg dieser Neudiagnosen auf das Niveau vor Pandemiebeginn beobachtet worden. Es ist unklar, inwieweit die Entwicklung der Neudiagnosen während der Pandemiejahre eventuell durch ein vermindertes Testangebot oder verminderte Wahrnehmung von Testungen beeinflusst wurde.



Infektionsepidemiologische Jahrbücher des RKI, zuletzt persönliche Mitteilung RKI, 2023

Abbildung 6 Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD

Hepatitis B Meldedaten

Aufgrund mehrerer Umstellungen der Erfassung liegen für das Jahr 2022 keine belastbaren Meldedaten zu Hepatitis B vor. Die Daten für 2021 sind dem letztjährigen Workbook zu entnehmen.

Hepatitis C Meldedaten

Aufgrund mehrerer Umstellungen der Erfassung liegen für das Jahr 2022 keine belastbaren Meldedaten zu Hepatitis C vor. Die Daten für 2021 sind dem letztjährigen Workbook zu entnehmen.

1.3.2 Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen

Ergebnisse der DRUCK 2.0 Pilotstudie¹

Die an die globalen Ziele der World Health Organization² angelehnte nationale Eliminierungsstrategie von HIV / viraler Hepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen bis 2030³ hebt besonders die Senkung der Krankheitslast in vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit injizierendem Drogenkonsum (IVD) hervor. Während eine erste Erhebung im Rahmen der DRUCK-Studie 2011-2014 teils sehr hohe HIV-, Hepatitis B- und C-Prävalenzen⁴ bei IVD im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigte, werden aktuelle Daten zu Prävalenzen und relevanten Verhaltens- und Versorgungsindikatoren benötigt, um weiterhin gezielte Präventions- und Kontrollmaßnahmen für diese Infektionen anbieten zu können. Zu diesem Zweck hat das Projekt DRUCK 2.0 des RKI ein zukünftiges Monitoringsystem für HIV, Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und Syphilis bei IVD in Deutschland pilotiert.

Ablauf der Studie und Stichprobe

Die Pilotierung des Monitoringsystems wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) von Juni 2021 bis April 2022 gemeinsam mit niedrighschwelligigen Einrichtungen der Drogenhilfe und

¹ Mehr Informationen zur Studie unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Druck_2.0.html [Letzter Zugriff: 22.08.2023].

² World Health Organization (WHO) (2016). "Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis." <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1> [Letzter Zugriff: 22.08.2023].

³ Bundesministerium für Gesundheit and Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). "Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Bis 2030 - Bedarfsorientiert · Integriert · Sektorübergreifend." http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf [Letzter Zugriff: 22.08.2023].

⁴ Robert Koch-Institut (RKI) (2016). "Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie)." <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf> [Letzter Zugriff: 22.08.2023].

Substitutionseinrichtungen in verschiedenen Städten (Berlin, München, Nürnberg, Regensburg, Augsburg, Würzburg, Ingolstadt) in den zwei Pilot-Bundesländern Bayern und Berlin durchgeführt. Über die Einrichtungen wurden IVD als Teilnehmende rekrutiert. Voraussetzung hierfür waren, dass die Interessierten über 16 Jahre alt waren und mindestens einmal während der letzten 12 Monate Drogen injiziert hatten. Per Blutabnahme wurden die Teilnehmenden auf HBV und HCV, HIV und Syphilis getestet und füllten zusätzlich einen Fragebogen zu Soziodemographie, Verhalten und Zugang zu medizinischer Versorgung aus. Insgesamt nahmen 668 Personen an der Datenerhebung teil; 569 Personen wurden in die Datenanalyse eingeschlossen.

Ergebnisse

Wenn nicht anders angegeben, bilden die folgenden Angaben den Durchschnitt der Teststädte. Es ist zu beachten, dass die Angaben von Stadt zu Stadt variieren können.

Soziodemographische Daten

Von den 596 Teilnehmenden (TN) gaben 68 % (404/596) männlich, 31 % (187/596) weiblich und 1 % (4/596) „divers“ als Geschlecht an. Das Alter der TN lag zwischen 17 und 66 Jahren (Median = 39). Von den 596 TN gaben 78 % (465/596) an, in Deutschland geboren worden zu sein. Von den im Ausland geborenen Personen, die Angaben zu ihrem Geburtsland machten, waren die häufigsten angegebenen Geburtsländer Polen (14 %, 18/125), Kasachstan (14 %, 15/125) und Russland (10 %, 13/125).

88 % (512/582) der TN gaben an, einen Hauptschul- oder höherwertigen Schulabschluss zu haben; 9 % (54/582) hingegen gaben an, keinen Schulabschluss zu haben. Als Einnahmequelle in den letzten 12 Monaten gaben die meisten TN (bei Mehrfachantwort) Hartz IV oder Sozialhilfe an (65 %, 377/583), gefolgt von Geld von Familie und Freunden (19 %, 108/583) sowie andere Einnahmequellen (z. B. Flaschen sammeln, betteln 18 %, 107/583) und der Verkauf von Drogen (18 %, 106/583). Insgesamt gaben 75 % (434/577) der TN an, schon mal obdachlos gewesen zu sein, davon betroffen zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren laut eigenen Angaben 34 % (142/416).

Drogenkonsum und Verhaltensdaten

Das mediane Alter beim ersten injizierenden Drogenkonsum (ID) lag bei 20 Jahren mit einer Spanne von 9-55 Jahren. Tabelle 3 zeigt die Altersverteilung beim ersten injizierenden Konsum. 73 % (432/589) der TN injizierten seit zehn oder mehr Jahren, 5 % (32/589) weniger als zwei Jahre. Das Injizieren von Drogen in den letzten 30 Tagen gaben 84 % (494/589) der TN an, davon injizierten 55 % (264/476) an mehr als 15 Tagen. Tabelle 4 zeigt die in den letzten 12 Monaten von den meisten TN konsumierten Substanzen, unabhängig von der Konsumform.

Tabelle 3 DRUCK 2.0: Alter beim ersten injizierenden Drogenkonsum der TN

	<14 Jahre	14-17 Jahre	18-24 Jahre	25-29 Jahre	>29 Jahre	weiß nicht
Anteil der TN in %	5%	27%	40%	13%	14%	2%

Tabelle 4 DRUCK 2.0: Meistkonsumierte Substanzen der TN in den letzten 12 Monaten

	Heroin	Kokain	„Crystal Meth“	„Lyrica“	„Benzos“	„Speed“	L-Methadon	Fentanyl	Retardiertes Morphin	„Crack“
Anteil der TN in %	87%	58%	37%	28%	28%	27%	25%	18%	17%	15%

Eine jemals erfahrene Überdosis mit Bewusstlosigkeit gaben 68 % (396/584) der TN an, eine Überdosis in den letzten 30 Tagen 8,7 % (51/584). Eine Opioid-Substitutionsbehandlung haben nach eigenen Angaben bereits 84 % (490/582) der TN jemals im Leben erhalten, 61 % (357/582) wurden zum Zeitpunkt der Datenerhebung substituiert.

Das Nutzen einer sterilen Spritze und Nadel beim letzten injizierenden Drogenkonsum (ID) gaben 92 % (450/491) der TN an. Bezugsorte steriler Nadeln und Spritzen in den letzten 30 Tagen waren am häufigsten niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe (84 %, 414/491), Apotheken (32 %, 158/491) und Drogenberatungsstellen (25 %, 122/491). Beim ID in den letzten 30 Tagen gaben TN an, bereits von anderen benutzte Nadeln und Spritzen (14 %, 66/487) sowie Löffel / Pfännchen / Filter (28 %, 139/491) genutzt zu haben. Die jemalige Nutzung geteilter Nadeln und Spritzen bzw. Löffel / Pfännchen / Filter berichteten 55 % (324/585) bzw. 70 % (411/587) der TN.

Von den TN gaben 77 % (5451/585) an, bereits inhaftiert gewesen zu sein. Von diesen Personen gaben 38 % an, während eines Haftaufenthalts Drogen injiziert zu haben, davon 24 % (105/443) beim letzten Aufenthalt.

74 % (415/563) der TN gab an, in den letzten 12 Monaten Sex gehabt zu haben, mit einer Partneranzahl von eins bis drei bei 89 % (353/396) dieser Personen. Bezüglich der Nutzung von Kondomen in den letzten 12 Monaten gaben 79 % (321/406) an, nur manchmal oder nie Kondome genutzt zu haben.

Prävalenz von Infektionen und Schutz

Folgende Tabelle zeigt den Anteil von angegebenen Testungen auf HBV, HCV, HIV und Syphilis der TN in den letzten 12 Monaten sowie das selbstangegebene Vorliegen einer früheren oder aktuellen Infektion, mit höchst- sowie niedrigst ausgeprägten Städten.

Tabelle 5 DRUCK 2.0: Selbstangaben zu erfolgten Testungen sowie Infektionen

	HBV	HCV	HIV	Syphilis
Testung in den letzten 12 Monaten	42% (234/559)	61% (354/581)	55% (318/579)	16% (92/563)
Frühere oder aktuelle Infektion (Selbstangabe)	13% (72/547), (6% Regensburg – 24% München)	62% (363/581) (63% München – 75% Augsburg)	3,1% (17/554). (0% Nürnberg – 9,2% Berlin)	2% (10/496) (0% München – 5% Berlin)

Von den 338 TN, die Angaben zu einer HCV-Therapie machten, gaben 6,8 % (23/338) an, aktuell eine medikamentöse Behandlung zu erhalten; 52 % (176/338) gaben eine frühere HCV-Therapie an. Von den TN mit amnestischer HIV-Infektion, die Angaben zu einer erfolgten Therapie machten, gaben 93 % (14/15) an, aktuell in antiretroviraler Therapie zu sein. Bluttestungen der TN in einem zentralen Labor ergaben folgende Prävalenzen in der abgebildeten Tabelle.

Tabelle 6 DRUCK 2.0: Durch Bluttestungen ermittelte Prävalenzen verschiedener Infektionen

	HBV	HCV	HIV	Syphilis
Prävalenz aktiver Infektionen	1,2%	27%	HIV-positiv: 2%	0%
Prävalenz ausgeheilte Infektionen	17%	46%	-	1,7%
Antikörper	25% (142/576)	74% (435/591)	-	-

Die Prävalenz aktiver und ausgeheilte HCV und HBV war in höheren Altersgruppen ansteigend und bei männlichem Geschlecht stärker ausgeprägt. Obdachlosigkeit zum Zeitpunkt der Datenerhebung, das Nutzen von geteilten Konsumgegenständen sowie eine vergangene Hafterfahrung gingen mit einer höheren Prävalenz von HCV einher, eine aktuelle Substitutionsbehandlung hingegen mit einer niedrigeren Prävalenz von HCV. Doppelinfektionen lagen bei aktiver HBV und HCV mit einer Prävalenz von 0,3 % (2/582), bei aktiver HCV und HIV bei 1,2 % (7/585) vor. Es lagen keine Doppelinfektionen mit aktiver HBV / HIV oder Dreifachinfektionen vor.

58 % (196/340) der TN mit Anti-HCV im Sinne einer einmaligen HCV-Infektion gaben an, früher oder aktuell eine medikamentöse Behandlung erhalten zu haben. 11 von 13 TN mit einer HIV-Infektion, die dazu Angaben machten, wussten von ihrer Infektion. Diese Personen waren zum Zeitpunkt der Studienteilnahme alle in antiretroviraler Behandlung.

Schlussfolgerungen

Die Autorinnen der Studie schlussfolgern, dass die Zahlen auf die Notwendigkeit des Abbaus von Zugangsbarrieren zu Prävention und medizinischer Versorgung hinweisen. Dieser ist

notwendig, um die hohe Prävalenz viraler Hepatitiden und HIV unter IVD in Deutschland zu senken, die Transmission zu verringern und somit die Eliminationsziele erreichen zu können. Das Vorhaben, eine regelmäßig stattfindende, bundesweite Datenerhebung aufzubauen, unterstützt dabei, den Eliminierungsprozess in Deutschland fortlaufend zu beobachten und zielgerichtet Anpassungen von Präventions- und Versorgungsangeboten vorzunehmen. Eine bundesweite Ausrollung des Monitorings soll nach Ende des Pilotprojektes vorbereitet werden.

Daten zu HIV, HBV und HCV aus der Deutschen Suchthilfestatistik

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden Daten zu durchgeführten Tests sowie Testergebnissen von HIV, HBV und HCV erhoben. Die Testraten werden in Tabelle 7 dargestellt. Sie unterscheiden sich nur gering zwischen den einzelnen Infektionen: Jeweils etwa ein Drittel der Klientel gibt eine Testung in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn an; ein weiteres Viertel bejaht eine Testung, die mehr als 12 Monate vor Betreuungsbeginn stattfand. Die restlichen Klientinnen und Klienten berichten, noch nie getestet worden zu sein.

Tabelle 7 Testraten Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2022

	Noch nie getestet	Mehr als 12 Monate vor Betreuungsbeginn getestet	In den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn getestet
HIV (n = 6.354)	38,4 %	26,6 %	35,0 %
HBV (n = 6.145)	40,7 %	25,5 %	33,8 %
HCV (n = 6.391)	37,7 %	26,3 %	36,0 %

Darstellung basiert auf der Deutschen Suchthilfestatistik 2022 (IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023)

Eingeschlossen werden Klientinnen und Klienten mit den Hauptsubstanzen Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und Andere Opiode.

Angaben zu HIV-Testergebnissen machten 3.859 der Personen, die in der Vorgeschichte einen Test durchgeführt hatten (die Testung kann mehr als 12 Monate zurückliegen). Von diesen gaben 5,1 % an, jemals ein HIV-positives Testergebnis erhalten zu haben. 85,6 % gaben ein negatives Testergebnis an; 9,3 % gaben an, das Testergebnis (noch) nicht zu kennen.

Die Selbstangaben zu HBV- und HCV-Testergebnissen sind Tabelle 8 zu entnehmen. Auch hier ist zu beachten, dass die Testung mehr als 12 Monate zurückliegen kann. Der Anteil aktiver HCV-Infektionen zum Zeitpunkt der Testung lag bei 15,6 %, der für HBV-Infektionen bei 1,5 %.

Tabelle 8 Selbstberichtete HBV- und HCV-Testergebnisse Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2022

	Nicht aktiv, Antikörper negativ	Nicht aktiv: Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	Aktiv, Virusnachweis positiv	(Noch) nicht bekannt
HBV (n = 3.556)	76,4 %	8,1 %	1,5 %	13,9 %
HCV (n = 3.866)	53,1 %	18,5 %	15,6 %	12,7 %

Darstellung basiert auf der Deutschen Suchthilfestatistik 2022 (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023)

Eingeschlossen werden Klientinnen und Klienten mit den Hauptsubstanzen Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und Andere Opiode.

1.3.3 Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die im Projekt DRUCK 2.0 erhobenen Risikoverhaltensweisen werden im Zusammenhang mit den anderen Studienergebnissen unter 1.3.2 berichtet.

Aus der Deutschen Suchthilfestatistik liegen Daten zu injizierendem Drogenkonsum sowie dem Teilen von Spritzen / Nadeln vor. 2022 wurden für die Hauptsubstanzen Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und andere Opiode insgesamt für 13.542 Behandlungsepisoden das Item „i.v.-Konsum“ beantwortet; in 4.377 Fällen wurde „unbekannt“ angegeben (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023). Von den verbleibenden 9.165 Fällen gaben 26 % i.v.-Konsum mehr als 12 Monate vor Betreuungsbeginn an, weitere 30 % gaben i.v.-Konsum innerhalb des letzten Jahres, hiervon 19 % innerhalb des letzten Monats vor Betreuungsbeginn an (siehe Tabelle 9).

Das Item „gemeinsame Spritzenutzung“ wurde für n = 5.009 Behandlungsepisoden beantwortet; von diesen wurde bei n = 1.629 Fällen „unbekannt“ angegeben. Für die verbleibenden n = 3.380 Fälle wurde in 54,1 % der Fälle Spritzenteilen verneint. Für 35,6 % wurde Spritzenteilen vor mehr als 12 Monaten angegeben, für 10,2 % innerhalb des letzten Jahres, hiervon 4,3 % innerhalb der letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9 i.v.-Konsum und Spritzenteilen bei Opioidkonsumierenden in der DSHS 2022

	i.v.-Konsum		Spritzenteilen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nein, nie	4.063	44,3	1.830	54,1
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn	2.371	25,9	1.204	35,6
Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	995	10,9	201	5,9
Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	1.736	18,9	145	4,3
Gesamt	9.165	100	3.380	100

Darstellung basiert auf der Deutschen Suchthilfestatistik 2022, (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023)

1.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

1.4.1 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

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

Nach einer Analyse der Daten der Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) Studie von 2014/2015, einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung ab 15 Jahren, berichteten 9,5 % der Befragten, mindestens eine*n Angehörige*n mit einer aktuellen Suchtproblematik zu haben, dies entspricht etwa 6,8 Millionen Personen deutschlandweit (Bischof et al., 2022). Weitere 4,5 % berichteten, dass dies in der Vergangenheit, aber nicht in den letzten 12 Monaten der Fall war, dies entspricht etwa 3,2 Millionen Personen. Von allen Suchtproblemen entfiel der größte Anteil der Erkrankungen auf Alkohol, aber 16,5 % gaben Cannabis als die problematische Substanz an, weitere illegale Substanzen lagen bei 12,2 %. Angehörige von Personen mit aktuellen Suchtproblemen hatten eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln, wie Personen ohne Angehörige mit Suchterkrankung. Sie gaben zudem insgesamt eine schlechtere Gesundheit an. Beide Zusammenhänge zeigen sich auch für Angehörige, deren Familienmitglieder in der Vergangenheit, aber nicht in den letzten 12 Monaten eine Suchtproblematik aufwiesen. Sie sind allerdings weniger stark ausgeprägt. Die Autor*innen schlussfolgern, dass Personen aus

aktuell suchtbelasteten Familien besondere Unterstützung benötigen, dieser Bedarf aber auch nach Ende der akuten Suchtproblematik bestehen bleibt.

1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung

1.5.1 Drogenpolitische 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)⁵; diese wird im Workbook „Drogenpolitik“ näher beschrieben. Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern:

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

Nähere Informationen zur Nationalen Strategie finden sich im Workbook „Drogenpolitik“.

Mit Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016 liegt außerdem die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016). Injizierende Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt, für die bedarfsgerechte Angebote geschaffen bzw. ausgebaut werden und integrierte Angebote entwickelt werden sollen⁶.

Auf Grund der föderalen Struktur Deutschlands spielen politische Entscheidungen auf Landes- und kommunaler Ebene ebenfalls eine wesentliche Rolle für Maßnahmen zur Schadensminderung. So wird die Möglichkeit, Drogenkonsumräume zu eröffnen, über Landesverordnungen geregelt; seit 2019 ist dies in acht Bundesländern möglich.

⁵ Die Strategie ist online verfügbar unter <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/> [Letzter Zugriff: 23.08.2023].

⁶ Die Strategie ist online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf [Letzter Zugriff: 23.08.2023].

1.5.2 Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung

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

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

Die Verfügbarkeit von schadensmindernden Maßnahmen variiert in Deutschland stark. Sie wird von Expertinnen und Experten als in Städten und dicht besiedelten Bereichen deutlich besser eingeschätzt als in ländlichen Gegenden. Für die Versorgung mit Konsumutensilien hat sich dies nach den Erkenntnissen einer Erhebung von 2018 bestätigt (ausführlich dargestellt im letztjährigen Workbook). Besonders schlecht ist die Versorgung in Gefängnissen (siehe Workbook „Gefängnis“). Wie oben aufgeführt, wird die Verfügbarkeit auch stark von landes- und kommunalpolitischen Entscheidungen bestimmt.

1.5.3 Bereitstellung von Maßnahmen zur Schadensminderung

Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen

Es gibt kein systematisches, deutschlandweites Screening auf Infektionserkrankungen. Die Testmöglichkeiten innerhalb niedrigschwelliger Einrichtungen variieren stark und sind häufig von finanziellen Bedingungen abhängig. Es liegen keine deutschlandweiten Daten zum Angebot vor, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass Testungen zumindest für HIV, HBV und HCV in einigen niedrigschwelligen Einrichtungen angeboten werden.

Manche niedrigschwellige Einrichtungen kooperieren mit Gesundheitsämtern für solche Testungen. In der BADO und der Frankfurter Konsumraumdokumentation geben regelmäßig zwischen 80 % und 90 % der Befragten an, jemals auf diese Infektionen getestet worden zu sein (siehe 1.3.2). In der Deutschen Suchthilfestatistik gaben hingegen zwischen 37,7 % und 40,7 % der ambulant betreuten Opioidklientel an, noch nie auf diese Infektionen getestet worden zu sein (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023). Auch unter den getesteten Klientinnen und Klienten liegen die Tests häufig länger als ein Jahr zurück. Somit kann nicht von einer ausreichenden Testhäufigkeit ausgegangen werden. Bei stationären Aufenthalten besteht häufig die Möglichkeit, sich auf

verschiedene Infektionskrankheiten testen zu lassen. Generell kann sich jeder Mensch in Deutschland beim Gesundheitsamt anonym und kostenlos auf HIV testen lassen. Für Hepatitis-Infektionen besteht dieses Angebot jedoch nicht.

Nach einer Studie von Schulte et al. (2022), die 135 Einrichtungen zur der Vergabe von Safer Use Artikeln befragte, hatten nur 28 % von ihnen HCV-Antikörper- bzw. Schnelltestangebote. 40 % der Einrichtungen gaben an, ihre Klientinnen und Klienten bei einem positiven Antikörper-Test in die medizinische Versorgung weitervermitteln zu können, bei einer formalen Diagnose (z. B. chronische HCV-Infektion) waren es 64,4 %. Etwa 6 % boten eine antivirale Therapie vor Ort an. Mehr als 60 % der Einrichtungen schätzten, dass weniger als 20 % ihrer Klientinnen und Klienten die angebotenen HCV-Maßnahmen nutzten.

Vergabe von Spritzen und anderen Safer-Use-Artikeln

Die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten erfolgt in der niedrigschwelligen Drogenhilfe vor allem durch Informationen über Infektionskrankheiten und -risiken sowie die Vergabe von Safer-Use-Artikeln. Spritzenvergabe und Sprizentausch in der niedrigschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt.

Ergebnisse von saferKONSUM 2021

Die erste deutschlandweite Erhebung zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien in Deutschland (saferKONSUM), wurde 2018 als Kooperationsprojekt der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der Deutschen Aidshilfe (DAH) und des Robert Koch-Instituts (RKI) durchgeführt. Im Jahr 2022 wurde eine Folgerhebung für die Anzahl der im Jahr 2021 ausgegebenen Konsumutensilien durchgeführt. Hierbei wurden 589 von 1.760 verteilten Fragebögen zurückgesendet. 204 Einrichtungen aus 15 von 16 Bundesländern bestätigten die Verteilung von Drogenkonsumutensilien. Dies entspricht einer Abdeckung von 20 % der ländlichen und 51 % der städtischen Kreise in Deutschland. Die Dichte an Einrichtungen war im Westen von Deutschland höher als im Osten.

Die im Jahr 2021 am häufigsten verteilten Utensilien zum injizierenden Drogenkonsum waren Spritzen (97 % der Einrichtungen), Nadeln (96 %) und Vitamin C (90 %). Zugeschnittene Aluminiumfolien (79 %) und Pfeifen (28 %) für den inhalativen / Rauchkonsum sowie Sniffing Röhrchen (43 %) zur nasalen Anwendung wurden seltener verteilt. Von den 204 Einrichtungen hatte etwa die Hälfte (108 Einrichtungen) bereits im Jahr 2018 teilgenommen. Bei diesen war im Vergleich von 2018 und 2021 ein durchschnittlicher Rückgang der Anzahl verteilter Spritzen um 18 % und bei Nadeln um 12 % festzustellen. Darüber hinaus konnten die Einrichtungen angeben, wie viele Personen sie mit Spritzen und Nadeln versorgen. Hieraus und aus der Anzahl vergebener Spritzen und Nadeln ließ sich errechnen, dass durchschnittlich 85 Spritzen und 127 Nadeln pro Person mit injizierendem Drogenkonsum vergeben wurden. Dabei wurden in ländlichen Gegenden signifikant weniger Spritzen und Nadeln pro Person vergeben als in städtischen: 60 Nadeln und 44 Spritzen pro Person in ländlichen Gegenden vs. 152 Nadeln und 101 Spritzen pro Person in städtischen Gegenden. Als Teil der Eliminationsstrategie für

HIV und Hepatitis hat die WHO das Ziel gesetzt, bis 2030 300 Spritzen und 300 Nadeln pro Jahr und Person mit injizierendem Drogenkonsum auszugeben. Aktuell erreichten nur zwei von 15 Bundesländern dieses Ziel für Nadeln und nur eines für Spritzen. Die Ergebnisse der Studie sind nachzulesen bei Hommes et al. (2023).

Die Deutsche Aidshilfe (DAH) stellt eine Internetseite⁷ zur Verfügung, die eine Übersicht über die Standorte der ihr bekannten Spritzenautomaten bietet (ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Die Ausgabe von Spritzen in niedrigschwelligen und anderen Einrichtungen wird hier nicht dokumentiert. Von den 187 von der DAH gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in NRW und 18 in Berlin. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor bei Weitem nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern lückenhaft ist, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte. Aktuell existiert keine erschöpfende Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik.

Der JES Bundesverband hatte 2019 erstmalig „Crack Packs“ mit Konsumutensilien speziell für den Konsum von Crack entwickelt, da szenenah eine Erhöhung des Crack-Konsums beobachtet wurde. Da diese in der Szene wie auch der Drogenhilfe auf großes Interesse gestoßen waren, wurden sie 2021 nochmals überarbeitet und konnten online bestellt werden. Die Nachfrage war 2021 erneut größer als die Produktionskapazitäten (persönliche Mitteilung Deutsche Aidshilfe e.V., 2021). Dieser hohe Bedarf an Konsumutensilien abseits der „klassischen“ Vergabe von Spritzen wurde in der ersten im Rahmen des neuen National Early Warning System (NEWS) durchgeführten Trendspotter-Untersuchung zu Crack in Deutschland (Kühnl et al., 2021) sowie beim Update 2022 (Kühnl et al., 2023) erneut bestätigt.

Safer-Use-Angebote in Haft

Safer-Use-Angebote in Haft liegen nach Einschätzungen von Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich in Deutschland weiterhin weit hinter den Möglichkeiten zurück. Die vorliegenden Informationen zu diesem Thema werden im Workbook „Gefängnis“ dargestellt.

Notfalltrainings und Naloxon Take-Home-Programme

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2022 1.990 drogenbedingte Todesfälle. Der Anteil direkt opioidbedingter Todesfälle ist in den letzten Jahren etwas gesunken, bei 60 % der Fälle war jedoch auch 2022 mindestens ein Opioid beteiligt.

Der Opioidantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen WHO und die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

⁷ <http://www.spritzenautomaten.de> [Letzter Zugriff: 17.08.2023].

(EMCDDA), 2015, World Health Organization (WHO), 2014). Dies betrifft Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freundinnen bzw. Freunde und Familie.

Die Naloxon-Vergabe an Laien war in Deutschland jahrelang nur punktuell vorhanden. In den letzten Jahren wurde sie wesentlich ausgebaut, sowohl durch ein Landesprojekt in Bayern als auch das Engagement einzelner Träger. Sie wird durch Fragen der Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden.

Seit 1. Juli 2021 läuft das BMG-geförderte bundesweite Projekt „NALtrain“ - Konzeption, Umsetzung und Evaluation eines wissenschaftlichen Modellprojekts zur Durchführung deutschlandweiter qualitätsgesicherter Take-Home Naloxon Schulungen⁸. Ziel des dreijährigen Modellprojekts ist, deutschlandweit in 40 Städten mindestens 800 Mitarbeitende aus mindestens 400 Einrichtungen aus Drogen- und Aidshilfen zu schulen. Diese sollen danach befähigt sein, Naloxon Take-Home Schulungen für Drogengebrauchende und Patientinnen und Patienten in Substitutionstherapie durchzuführen. Parallel soll ein Netzwerk aus Ärztinnen und Ärzten aufgebaut werden, die das Naloxon verschreiben. Insgesamt sollen so 10.000 Drogengebrauchende in Kurzinterventionen geschult und mit Naloxon-Nasenspray ausgestattet werden.

Alle Naloxon-Programme in Deutschland bestehen aus Drogennotfallschulungen, in denen beispielsweise Erste-Hilfe-Techniken, Risiken und Anzeichen für eine Überdosierung sowie Informationen über Naloxon vermittelt werden und konkrete Übungen zur Applikation des Medikaments durchgeführt werden. Nach den Schulungen werden, bei Bereitschaft der Teilnehmenden und sofern eine Verschreibung durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt, die Notfallkits ausgegeben. Diese beinhalten neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher. Seit September 2018 ist für Deutschland ein Naloxon-Präparat in Form eines Nasensprays auf dem Markt, das in vielen Projekten eingesetzt wird. Für die Implementierung von Naloxon-Projekten stehen zwei Leitfäden online zur Verfügung⁹.

Mit Stand 03.08.2023 waren 55 Train-the-Trainer Veranstaltungen durchgeführt worden und damit über 600 Mitarbeitende aus unterschiedlichen Bereichen der Drogen- und Suchthilfe und des Justizvollzuges fortgebildet, sodass diese Naloxonschulungen für Drogengebrauchende mit anschließender Vergabe von Naloxon anbieten konnten. Die folgenden Zahlen stellen Mindestangaben dar; es ist denkbar, dass nicht alle vor Ort durchgeführten Schulungen und spätere Naloxoneinsätze an die Projektleitung zurückgemeldet wurden, zudem gibt es eine Zeitverzögerung zwischen Durchführung der Schulungen und Rückmeldung an die Projektleitung. Bisher wurden mindestens 455 Schulungen (Gruppen- und Einzelschulungen) durch die Trainerinnen und Trainer vor Ort durchgeführt, dabei wurden mindestens 1481 Klientinnen und Klienten erreicht. Insgesamt wurden 946 Rezepte ausgestellt, davon 574

⁸ Siehe <https://www.naloxontraining.de/naltrain/> bzw. <https://www.naloxontraining.de/wp-content/uploads/2021/08/Infotext-NALtrain.pdf> [Letzter Zugriff: 23.08.2023].

⁹ <http://www.akzept.info/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2021/01/NaloxonLeitfadenWeb100316.pdf> [Letzter Zugriff: 23.08.2023]

Rezepte zu Lasten der Krankenkasse. Es wurden 915 Naloxon-Nasensprays unmittelbar nach den Schulungen ausgegeben, evtl. weitere im späteren Verlauf. Außerdem wurden 72 Naloxoneinsätze dokumentiert.

Die Projektdurchführenden ziehen das Zwischenfazit, dass ein Teil der durch „NALtrain“ geschulten Personen selbst noch keine Naloxonschulungen angeboten haben. Das liege zum einen an fehlenden ärztlichen Kooperationen und zum anderen an personellen Engpässen auf Grund von Krankheitsausfall und nicht besetzten Stellen. Insgesamt bedeute dies aber auch, dass noch deutlich mehr Einrichtungen Take-Home-Naloxon in ihre Angebotsstruktur einbinden könnten (Persönliche Mitteilung NALtrain, 18.08.2023).

Drogenkonsumräume

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

Aktuell gibt es in 17 Städten in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Saarland) insgesamt 30 Drogenkonsumräume oder -mobile mit insgesamt ca. 320 Konsumplätzen¹⁰. In NRW und im Saarland ist die Nutzung der Drogenkonsumräume auch substituierten Klientinnen und Klienten erlaubt. Eine Untersuchung, die Nutzende und Nicht-/ Nicht-mehr-Nutzende von Drogenkonsumräumen in Berlin vergleicht, kam zu dem Ergebnis, dass der Ausschluss von substituierten Personen in den Berliner Drogenkonsumräumen die Reichweite des Angebots einschränkt (Stöver et al., 2020).

Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden

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

¹⁰ <https://www.drogenkonsumraum.de/> [letzter Zugriff: 17.08.2023]

1.5.4 Trends von Maßnahmen zur Schadensminderung

Es liegen noch keine längerfristigen Trends aus der Datenerhebung zur Vergabe von Konsumutensilien vor. Ergebnisse von saferKONSUM aus dem Jahr 2021, inklusive des Vergleichs mit der ersten Erhebung aus dem Jahr 2018, werden unter 1.5.3 berichtet.

Aus Drogenkonsumräumen wird seit längerer Zeit ein Trend hin zum inhalativen Konsum berichtet. Viele Drogenkonsumräume sind inzwischen mit Rauchräumen ausgestattet. In den letzten ca. zwei Jahren ist durch den Anstieg des Crack-Konsums in manchen Regionen der Bedarf nach Rauchräumen sowie Konsumutensilien für den Crack-Konsum angestiegen (Kühnl et al., 2021).

1.6 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung

1.6.1 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung

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

2 NEUE ENTWICKLUNGEN

2.1 Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen

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

2.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3. Ergebnisse der Pilotstudie DRUCK 2.0 zur Einführung eines Monitorings von Infektionskrankheiten unter IVD werden unter 1.3.2 beschrieben.

2.3 Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung

Der aktuelle Stand der Maßnahmen zur Schadensminderung inkl. Pilotprojekte wird unter 1.5.3 berichtet.

Im Juni 2023 hat der Bundestag einem Gesetz zugestimmt, dass es den Bundesländern erlaubt, Modellvorhaben zu Drug-Checking durchzuführen. Ziel der Maßnahme ist es, Drogennutzende besser aufzuklären und zu beraten, Schaden zu minimieren und einen besseren Überblick über das Geschehen vor Ort zu bekommen. Die Bundesländer sind für die weitere Umsetzung verantwortlich¹¹. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung (Stand: 29.08.2023) liegen keine Informationen darüber vor, dass bereits Bundesländer eine Umsetzung auf dieser Basis planen würden.

In Berlin ist nach mehrjähriger Vorbereitungszeit bereits im April 2023 der Testbetrieb für ein stationäres Drug-Checking-Projekt gestartet; im Sommer ist der reguläre Betrieb gestartet. Konsumierende können zu festgelegten Zeiten in drei Einrichtungen Substanzproben abgeben. Bereits bei der Abgabe erfolgt ein Reflektionsgespräch über den eigenen Konsum. Nach einigen Tagen erhalten die Konsumierenden die Ergebnisse. Die Ergebnismitteilung kann ebenfalls eine Risikoberatung und ggf. weitere Erläuterung der Ergebnisse beinhalten. Darüber hinaus werden als kritisch eingestufte Ergebnisse in Form von Warnmeldungen online veröffentlicht¹².

3 QUELLEN UND METHODIK

3.1 Quellen

- Bischof, G., Bischof, A., Velleman, R., Orford, J., Kuhnert, R., Allen, J., Borgward, S. & Rumpf, H.-J. (2022). Prevalence and self-rated health and depression of family members affected by addictive disorders: results of a nation-wide cross-sectional study. Addiction, 117, 3140-3147 DOI: 10.1111/add.15960.
- Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland, Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Eggli, P. (2009.) Arbeit im Spiegel der stationären Suchtbehandlung. Eine themenspezifische Auswertung der Behandlungsstatistik der Forel Klinik. atf Fachtagung "arbeit macht trocken", 11/20/2009 2009 Zürich.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Hommel, F., Krings, A., Dörre, A., Neumeier, E., Schäffer, D. & Zimmermann, R. (2023). International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021. Harm Reduction Journal, 20 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00870-2>

¹¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-arzneimittelreform-pm-23-06-23.html> [letzter Zugriff: 29.08.2023].

¹² <https://drugchecking.berlin/> [letzter Zugriff: 31.08.2023]

- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Jahresauswertung. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte, IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kühnl, R., Bergmann, H., Mathäus, F., Janz, M. & Neumeier, E. (2023). Trendspotter-Update: Crack, IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. & Neumeier, E. (2021). Trendspotter: Crack, IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Landesstelle Sucht NRW & Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW (2020). Harm Reduction: Risiken mindern - Gesundheit fördern. Empfehlung zur Schadensminimierung für Menschen in Nordrhein-Westfalen, die illegale psychoaktive Substanzen konsumieren, Aidshilfe NRW e.V., Köln.
- Leicht, A., Achenbach, S., Beyer, S., Ostermann, O., Köthner, U., Ketzler, S. & Schäffer, D. (2018). Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien. Ein Handlungskonzept der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie und der nationalen Strategie BIS 2030 des Bundesministeriums für Gesundheit, Deutsche AIDS -Hilfe e.V., Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin.
- Schulte, B., Jacobsen, B., Kuban, M., Kraus, L., Reimer, J., Schmid, C. S. & Schäffer, D. (2022). Umsetzung von Testung, Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C in Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe in Deutschland – eine Querschnittsbefragung. Suchttherapie, 23, DOI: 10.1055/a-1824-7646.
- Sobetzko, A., Janssen-Schauer, G. & Schäfer, M. (2021). Anstieg der Suchtpatienten in der Notfallversorgung während der Corona-Pandemie. Sucht, 67, 3-11 DOI: 10.1024/0939-5911/a000696.
- Stöver, H., O'Reilly, M.-S., Förster, S. & Jurković, L. (2020). Nutzende und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzende Berliner Drogenkonsumräume im Vergleich. Suchttherapie, 21, 32-38 DOI: 10.1055/a-0823-0849.
- World Health Organization (WHO) (2014). Community management of opioid overdose, WHO, Geneva.

3.2 Methodik

3.2.1 Erfassung von Drogentoten

In Deutschland existieren zwei grundsätzliche, umfassende Erfassungssysteme für drogenbezogene Todesfälle, die sich in verschiedenen Punkten unterscheiden. Dies sind die polizeilichen Daten, gesammelt und berichtet vom Bundeskriminalamt (BKA), sowie die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes.

Polizeiliche Erfassung der Drogentodesfälle

Drogenbezogene Todesfälle werden in den einzelnen Bundesländern grundsätzlich durch die Landeskriminalämter erfasst und jährlich an das BKA übermittelt, wo die Informationen zusammengefasst werden. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von drogenbezogenen Todesfällen. Der Anteil an durchgeführten Obduktionen und toxikologischen Gutachten als Maß für die

Qualität der Zuordnung von „Drogentodesfällen“ variiert erheblich zwischen den Bundesländern. Die toxikologische Untersuchung von Körperflüssigkeiten und Gewebe spielt bei der Feststellung der Todesursache eine wichtige Rolle, da man erst durch sie Aussagen zur Todesursächlichkeit einzelner Substanzen 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. Aufgrund häufig fehlender toxikologischer Gutachten kann die tatsächliche Todesursächlichkeit einzelner Substanzen im Normalfall nicht eingeschätzt werden. Daher beziehen sich alle Angaben zu beteiligten Einzelsubstanzen lediglich darauf, dass diese im Zusammenhang mit dem Todesfall konsumiert wurden, nicht auf ihre Todesursächlichkeit im medizinischen Sinne.

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 Sterberegister¹³

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

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die in zeitlich engem Zusammenhang nach dem Konsum von Opioiden, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten – also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EMCDDA (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird

¹³ Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EMCDDA. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

die vermutete zugrunde liegende Störung (ICD-10-Code F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht-vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide werden von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Kodierfehler Einzelfälle dieser Art vermutlich miteingeschlossen werden. 2006 ist eine Änderung der Kodierregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, wenn möglich statt der F1x.x-Codes die akute Todesursache zu kodieren, also die der Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen. Diese hat jedoch bislang in Deutschland keinen Effekt im Hinblick auf die gewünschte Erhöhung der Spezifität gezeigt, sodass nach wie vor sehr viele F-Kodierungen vorliegen.

3.2.2 Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht¹⁴. 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 Ärztinnen und Ärzte. Somit enthalten die HIV-Meldungen im Idealfall Angaben zu Alter und Geschlecht, dem Wohnort, dem Übertragungsweg der Infektion sowie Informationen zum Krankheitsstadium und HIV-bezogenen Basis-Laborparametern. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

Informationen zu möglichen Übertragungswegen für Hepatitis B und C (HBV und HCV) werden seit der Einführung des IfSG ebenfalls erhoben. Dies geschieht durch Ermittlungen des Gesundheitsamtes bei den Fallpersonen selbst oder anhand von Angaben der meldenden Labore bzw. Ärztinnen und Ärzte. Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“¹⁵ vom RKI publiziert bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI¹⁶ veröffentlicht.

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

¹⁴ <https://www.rki.de> [Letzter Zugriff: 23.08.2023].

¹⁵ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch_node.html [Letzter Zugriff: 23.08.2023].

¹⁶ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/AktuelleAusgaben/Ausgaben_table.html [Letzter Zugriff: 23.08.2023].

Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-B-Meldungen

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

Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-C-Meldungen

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

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

Allerdings sind die nach neuer Falldefinition übermittelten Fallzahlen nur bedingt mit den Fallzahlen der Vorjahre vergleichbar, sodass Trendauswertungen nur mit Einschränkungen

möglich sind. Eine Abnahme der gemeldeten Fallzahlen durch die Änderung der Falldefinition ist wie erwartet eingetreten. Die Implementation der neuen Falldefinition bei den Gesundheitsämtern ist abgeschlossen; aktuell werden alle Fälle nach der neuen Falldefinition übermittelt.

4 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2022, polizeiliche Daten	8
Tabelle 2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2021	11
Tabelle 3	DRUCK 2.0: Alter beim ersten injizierenden Drogenkonsum der TN	19
Tabelle 4	DRUCK 2.0: Meistkonsumierte Substanzen der TN in den letzten 12 Monaten	19
Tabelle 5	DRUCK 2.0: Selbstangaben zu erfolgten Testungen sowie Infektionen	20
Tabelle 6	DRUCK 2.0: Durch Bluttestungen ermittelte Prävalenzen verschiedener Infektionen	20
Tabelle 7	Testraten Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2022	21
Tabelle 8	Selbstberichtete HBV- und HCV-Testergebnisse Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2022	22
Tabelle 9	i.v.-Konsum und Spritzenteilen bei Opioidkonsumierenden in der DSHS 2022	23

5 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Altersverteilung Drogentodesfälle 2022, polizeiliche Daten	7
Abbildung 2	Drogentodesfälle der letzten 10 Jahre, polizeiliche Daten	10
Abbildung 3	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	12
Abbildung 4	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)	13
Abbildung 5	10-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)	14
Abbildung 6	Trend HIV Diagnosen mit Übertragungsweg IVD	16