



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2016 des nationalen
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD
(Datenjahr 2015 / 2016)

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

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

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG (T0)	5
1	NATIONALES PROFIL (T1)	7
1.1	Drogenbezogene Todesfälle (T1.1).....	7
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen (T1.1.1).....	7
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle (T1.1.2).....	8
1.1.3	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien) (T1.1.3) ..	11
1.1.4	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen (T1.1.4).....	12
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2)	12
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2.1)	12
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle (T1.2.2).....	14
1.2.3	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen (T1.2.3) ...	16
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3).....	16
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C (T1.3.1)	16
1.3.2	Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.2).....	18
1.3.3	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen (T1.3.3).....	19
1.3.4	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.4).....	22
1.3.5	Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.5)	24
1.3.6	Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.6)	25
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.4)	25
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.4.1)	25
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5)	28
1.5.1	Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.1)	28
1.5.2	Organisation der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.2)	29
1.5.3	Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.3)	29
1.5.4	Kontextinformationen zur Routineevaluation von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.4)	35
1.5.5	Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.5)	35
1.6	Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.6) ..	35

1.6.1	Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.6.1)	35
1.7	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.7)	35
1.7.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.7.1)	35
2	TRENDS (T2).....	36
2.1	Kurzzeit-Trends von gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums und Angeboten zur Schadensminderung (T2.1)	36
2.1.1	Trends bei Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen	36
2.1.2	Trends in den Prävalenzen und Meldungen von Infektionen	40
2.1.3	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	44
2.1.4	Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: Spritzenvergabe.....	47
2.2	Langzeit-Trends gesundheitlicher Aspekte des Drogenkonsums und von Angeboten zur Schadensminderung (T2.2)	49
2.2.1	Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen	49
2.2.2	Prävalenzen und Meldungen von Infektionen.....	49
2.2.3	Drogenbezogene nicht-tödliche Todesfälle	49
2.2.4	Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: Spritzenvergabe.....	49
2.3	Zusätzliche Informationen zu anderen gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums (T2.3)	49
3	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)	50
3.1	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Todesfällen (T3.1).....	50
3.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T3.2).....	50
3.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung (T3.3)	50
3.3.1	Naloxon Take-Home-Programme.....	50
3.3.2	Die BIS 2030 Strategie zur Eindämmung von HIV, HBV und HCV	53
3.3.3	Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Schadensminderung und Bekämpfung von durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden aus der DRUCK-Studie	53
3.3.4	Entwicklung bundesweiter Standards zur Konsumutensilienvergabe: Initiativen zur Weiterentwicklung der niedrighwelligen Drogenarbeit.....	55
3.3.5	Neue Chancen in der Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten	56
3.3.6	Zielgruppenspezifische Angebote der Schadensminderung.....	57

4	ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	60
4.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	60
4.2	Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung (T.4.2)	60
5	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	61
5.1	Nicht-tödliche Notfälle oder Todesfälle in Verbindung mit Stimulanzen (T5.1).....	61
6	QUELLEN UND METHODIK (T6)	62
6.1	Quellen (T6.1)	62
6.2	Methodik (T6.2).....	65
6.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	65
6.2.2	Meldungen von Drogenbezogenen Infektionskrankheiten:	67
6.2.3	DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts	68
7	TABELLENVERZEICHNIS	69
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	69

0 Zusammenfassung (T0)

Im Jahr 2015 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 1.226 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Damit sind die Zahlen im dritten Jahr in Folge gestiegen (2014: 1.032, 2013: 1.002). In fast zwei Drittel aller Fälle sind mono- oder polyvalente Überdosierungen mit Opioiden todesursächlich; die Überdosierung von Heroin / Morphin (allein oder in Verbindung mit anderen Substanzen) macht 45 % aller Drogentodesfälle aus, Substitutionsmittel (allein oder in Verbindung mit anderen Substanzen) liegen bei 17 %. Vergiftungen durch andere Substanzen, vor allem durch Kokain / Crack und Amphetamin / Methamphetamin waren in 14 % der Fälle todesursächlich.

Im allgemeinen Sterberegister zeigt die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre weiterhin einen Trend zu immer höheren Anteilen älterer Altersgruppen, der sich langsam abschwächt. Nach wie vor gibt es keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten illegaler Drogen.

Im Jahr 2015 wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) 3.674 neue diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen ist damit erneut angestiegen. Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, bilden die drittgrößte Gruppe (5 %), nach Männern die Sex mit Männern haben (MSM) (62 %) und Personen, die ihre HIV-Infektion über heterosexuelle Kontakte erworben haben (32 %).

Im Jahr 2015 wurden die Falldefinitionen für Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) geändert. In der Folge wird sich die Zahl der Fälle, die die Referenzdefinition für HBV erfüllen, deutlich erhöhen; für HCV wird die gemeldete Fallzahl hingegen abnehmen (für mehr Information zu den Fall- und Referenzdefinition siehe Abschnitt 6.2.2). Bezüglich HBV wurden dem RKI insgesamt 2.379 (63%) nach der alten und 1.404 Fälle (37%) nach der neuen Falldefinition übermittelt; der Referenzdefinition entsprachen 1.907 Fälle¹. Angaben zum Transmissionsweg liegen nur für 6,8 % dieser Fälle vor, dabei war i.v.-Drogenkonsum der zweithäufigste Weg (24 % der Fälle mit Angaben zum Transmissionsweg). Der häufigste Übertragungsweg war die sexuelle Transmissionen mit 52 Meldungen (40%), darunter in 28 Fällen gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern.

Für das Jahr 2015 wurden insgesamt 4.887 Fälle von erstdiagnostiziertem HCV übermittelt. Damit war die ermittelte Inzidenz von Erstdiagnosen erwartungsgemäß niedriger als die des Jahres 2014 (7,2) und als der Median der Jahre 2009 bis 2013 (6,4). Bei 1.170 (23,9 %) Erstdiagnosen wurden Angaben zum Übertragungsweg gemacht. Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur

¹ Die unterschiedlichen Zahlen ergeben sich aus unterschiedlichen Definitionen. Beispielsweise erfüllen unter den HBV-Fällen, die nach der neuen Falldefinition erfasst wurden, nicht nur klinisch-labordiagnostisch bestätigte Fälle, sondern auch labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt oder unbekannt ist, die Referenzdefinition. Mehr Informationen hierzu finden sich in Abschnitt 6.2.2.

festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 892 Fälle (76 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ lag bei 28 (4 %) Männern und 4 (2 %) Frauen mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ vor.

Die Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten ist durch die Markteinführung neuer Medikamente, die die Heilungschancen verbessern und ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufzeigen, ein aktuell viel diskutiertes Thema. Studien zeigen immer wieder, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch diese Population wirksam therapiert werden kann und sollte. 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.

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumenten spielen nach wie vor Drogenkonsumräume (derzeit 23 stationäre sowie ein Drogenkonsummobil) und Spritzenvergabeprogramme (durch aktuell ca. 167 Spritzenautomaten in 9 Bundesländern sowie Vergabe loser Spritzen in zahlreichen Projekten bundesweit) eine wesentliche Rolle. 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 Weiterentwicklung der Schadensminderung wird zurzeit von mehreren Stellen vorangetrieben. Seit diesem Jahr liegt die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, HBV, HCV und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll. Die DRUCK-Studie, die in den letzten Jahren i.v.-Drogenkonsumierende in acht deutschen Städten untersucht hat, hat Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Schadensminderung und der Bekämpfung von HIV, HBV und HCV unter Drogenkonsumierenden veröffentlicht; zudem arbeitet aktuell eine Expertengruppe aus Mitarbeitern niedrigschwelliger Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) an der Entwicklung bundesweiter Standards zur Konsumutensilienvergabe.

Um der hohen Zahl an Opioid-Überdosierungen entgegenzutreten etablieren NGOs zunehmend Notfallschulungen für den Naloxoneinsatz durch Laien für Drogengebraucher und ihr Umfeld. Während noch lange nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden kann, gibt es inzwischen Projekte in Berlin, Frankfurt, Köln sowie mehreren anderen Städten in NRW und nun auch in München. Zudem ist ein Forschungsprojekt für die Vergabe von Naloxon vor Haftentlassung in Planung, die Rekrutierung der Studienteilnehmer hat im Sommer 2016 begonnen.

Den schädlichen Nebenwirkungen des Cannabiskonsums widmen sich aktuell zahlreiche Forschungsprojekte. Auch die bislang weitestgehend unbekannt schädlichen Nebenwirkungen Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) werden weiterhin untersucht; so liegt seit Kurzem eine Fallserie zu Desoxypipradol (2-DPMP) vor.

1 Nationales Profil (T1)

1.1 Drogenbezogene Todesfälle (T1.1)

1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen (T1.1.1)

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 6.2.1 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, durch die die einzelnen Todesursachen gut voneinander zu trennen sind bzw. Überlappungen in vielen Fällen kenntlich gemacht werden.

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 an Überdosierungen beteiligte 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 Zahl 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 unterschiedlich stark sind, siehe Abschnitt 2.1.1), so dass 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 Bundeskriminalamts (BKA) lag im Berichtsjahr 2015 bei 60,9 % (2014: 56,6 %) (BKA 2016).

2015 stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle wie in den Vorjahren erneut an. Es kamen insgesamt 1.226 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben (2014: 1.032), das entspricht einem Anstieg um ca. 19 %. 84 % der Drogentoten waren männlich, der Altersdurchschnitt betrug wie im Vorjahr 38 Jahre. An den Einwohnerzahlen gemessen waren die Stadtstaaten Berlin (4,4 Drogentote pro 100.000 Bewohner) und Hamburg (3,3)

wie in den letzten Jahren am stärksten belastet. Außerhalb der Stadtstaaten war Bayern, das Bundesland mit der zweitgrößten Bevölkerung, am stärksten belastet; 25,6 % aller Drogentoten entfallen auf Bayern (2,5 Drogentote pro 100.000 Einwohner). Auf das bevölkerungsreichste Land Nordrhein-Westfalen entfallen 14,8 % (1,0 Drogentote pro 100.000 Einwohner). Nürnberg war mit einer Belastungszahl von 5,4 Drogentoten pro 100.000 Einwohner erneut die am stärksten belastete große Stadt in Deutschland, gefolgt von München mit einer Belastungszahl von 4,4 und Köln und Frankfurt mit 4,1 (BKA & Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2016). 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 2014, hier sind 1.195 Personen in der Kategorie Drogentodesfälle erfasst worden (274 Frauen und 921 Männer; der Frauenanteil liegt bei 22,9 %). Somit ist die Gesamtzahl der Drogentodesfälle gegenüber dem Jahr 2013 (1.179 Personen) um 1,4 % gestiegen (Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen).

Vergleich der Daten aus dem allgemeinen Sterberegister mit den polizeilichen Daten

Das allgemeine Sterberegister erfasst insgesamt mehr Fälle als das parallel geführte BKA-Register; die Differenz für das Jahr 2014 beträgt 163 Fälle bzw. fast 16 %. Während beide Register ähnliche Verläufe aufweisen, fällt der im allgemeinen Sterberegister registrierte Anstieg der Todesfälle zwischen 2013 und 2014 mit 1,4 % etwas niedriger aus als im BKA-Register, wo er 3,0 % betrug (die längerfristigen Trends werden in Abschnitt 2.1.1 detaillierter dargestellt). Die Bezugspopulationen und Falldefinitionen für die beiden Register sind nicht identisch. Es bleibt problematisch, dass die genaue Zahl 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 (T1.1.2)

Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellte mit 554 (2014: 467) Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (45 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen

Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 17 % (208 Fälle). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiate, vor allem durch Kokain/Crack und Amphetamin/Methamphetamin waren in 14 % der Fälle todesursächlich (siehe Tabelle 1) (BKA 2016).

Es ist möglich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen die Anzahl von Mischintoxikationen („polyvalente Vergiftungen“), insbesondere auch die Beteiligung von Substitutionsmitteln oder Neuen Psychoaktiven Substanzen unterschätzt wird. Die Entwicklungen der letzten Jahre im Bereich drogenbezogene Todesfälle werden unter 2.1.1 dargestellt.

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2015 nach Substanzen

Todesursachen	% von Gesamt		Anzahl
	2014	2015	2015
Monovalente Vergiftungen durch Opioide	23,1	21,9	268
Heroin/Morphin	18,3	16,6	204
Opiat-Substitutionsmittel	4,7	2,8	34
- davon: Methadon/Polamidon	1,6	2,5	31
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex)	0,3	0,2	3
- davon: Sonstige	2,4	0,0	0
Opiat-basierte Arzneimittel ¹		2,4	30
- davon: Fentanyl		2,3	28
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide¹⁾	41,5	43,2	530
Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	26,9	28,5	350
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	17,2	14,2	174
- davon: Methadon/Polamidon i.V.m.a.S.	12,0	12,0	147
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex) i.V.m.a.S.	1,6	1,2	15
- davon: Sonstige i.V.m.a.S.	6,1	1,0	12
Opiat-basierte Arzneimittel ¹		6,0	74
- davon: Fentanyl		4,8	59
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide	5,5	6,0	73
Kokain/Crack	1,4	1,2	15
Amphetamin/Methamphetamin	2,7	2,4	29
- davon: Amphetamin	1,9	1,5	18
- davon: Methamphetamin	0,8	0,9	11
Amphetaminderivate	0,3	0,5	6
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)	1,9	1,9	23
- davon: neue psychoaktive Substanzen/Designerdrogen	1,6	1,5	19
- von letzteren: synthetische Cannabinoide / Cathinone	0,9	1,1	13
- von letzteren: Sonstige	0,7	0,5	6
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide²⁾	8,3	8,3	102
Kokain/Crack i.V.m.a.S.	2,2	2,0	25
Amphetamin/Methamphetamin i.V.m.a.S.	4,4	4,3	53
- davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	3,4	3,8	47
- davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	1,0	1,1	13
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	0,8	0,6	7
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten) i.V.m.a.S.	2,4	2,6	32
- davon: neue psychoaktive Substanzen/Designerdrogen i.V.m.a.S.	1,3	1,6	20
- von letzteren: synthetische Cannabinoide / Cathinone	1,1	1,1	13
- von letzteren: Sonstige	0,2	0,6	7
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	1,7	1,5	19
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	1,3	1,5	19
Nicht spezifizierte / unbekannte Vergiftungen	2,1	2,8	34
Suizide	7,4	5,0	61
Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	3,8	2,9	36
Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	3,7	2,0	25
Langzeitschäden	11,5	10,9	134
- davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	4,2	4,2	51
Unfälle	2,8	2,3	28
Sonstige Fälle	0,3	1,1	13
Gesamt (N)³⁾	1032		1226

¹⁾ Wird erst seit 2015 erfasst.²⁾ Auf der ersten Ebene der Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich.

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

BKA 2016.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

2014 wurde bei 67,0 % der Todesfälle (2013: 65,2 %) 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 2014 auf nur 33,0 % der registrierten Fälle zu. Rein opiatbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2014 in 45,4 % der Todesfälle (Vorjahr 42,6%) vor. In 22,3 % 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 2.1.1.

1.1.3 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien) (T1.1.3)

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 2015 bei 1,9 % (2014: 1,8 %, 2013: 1,7 %; 2012: 1,4 %; 2011: 1,6 %) der Opioidklienten mit dem Tod. Opioidklienten machten 2015 82 % der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten mit einer illegalen Drogenproblematik aus (Braun et al. 2016). 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 1,6 % pro Jahr liegt 2015 so hoch wie im Vorjahr und ist über die letzten zehn Jahre hinweg mit leichten Schwankungen stabil (siehe Tabelle 2).

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass 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.

Tabelle 2 Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anteil von Todesfällen bei Beendern (%)	1,4	1,3	1,4	1,2	1,5	1,5	1,6	1,4	1,7	1,8	1,9
Betreuungsdauer (Tage)	305	301	314	321	336	343	354	381	400	400	421
Mortalität p.a. (%)	1,7	1,6	1,6	1,4	1,6	1,6	1,6	1,3	1,5	1,6	1,6

(Braun et al. 2016) und eigene Berechnungen.

1.1.4 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Todesfällen (T1.1.4)

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

1.2 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2)

1.2.1 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle (T1.2.1)

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 2014 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 (Giftinformationszentren, siehe 1.2.2, aber auch niedergelassene Ärzte, notärztliche Behandlung ohne folgenden stationären Aufenthalt) behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Aus den Daten geht zudem nicht hervor, wie schwer ausgeprägt oder gefährlich die Symptomatik war. Zwar sollen T-Codes für schwere Vergiftungen vergeben werden, wohingegen F-Codes tendenziell für weniger starke Intoxikationen bzw. Rauschzustände vergeben werden. Wie trennscharf diese Kodierung in der Praxis ist, ist jedoch fraglich. Zudem ist aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich, 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 Giftinformations- 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 (T1.2.2)

Tabelle 3 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2014

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)	18.654	376	5.257	9.050	3.180	791
durch Opioide (F11.0)	1.821	11	164	1.074	365	207
durch Cannabinoide (F12.0)	2.089	179	1.275	556	75	4
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	2.561	29	373	971	813	375
durch Kokain (F14.0)	478	0	101	326	50	1
durch andere Stimulanzien (F15.0)	1.814	57	760	913	78	6
durch Halluzinogene (F16.0)	367	7	192	138	30	0
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	73	6	17	33	12	5
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	9.451	87	2.375	5.039	1.757	193
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	1.871	92	361	522	381	515
durch Opium (T40.0)	104	4	8	14	30	48
durch Heroin (T40.1)	146	0	8	108	30	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	980	50	68	163	257	442
durch Methadon (T40.3)	87	2	9	45	25	6
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	36	0	15	13	2	6
durch Kokain (T40.5)	85	0	15	63	7	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	47	1	8	21	6	11
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	308	33	190	69	15	1
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	18	0	16	1	1	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	60	2	24	25	8	1

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Aus den Daten der Giftinformations- bzw. Giftnotrufzentralen:

Es liegen aus sechs der acht deutschen Giftinformationszentralen² Daten zu dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) aus dem Jahr 2014 vor (GIZ-Nord 2015; Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar 2015; Informationszentrale gegen Vergiftungen 2015; Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik 2015; Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg 2015)

In diesen sechs Institutionen wurden im Jahr 2014 3.785 Vergiftungsfälle für illegale Drogen erfasst (Anfragen auf Grund von Vergiftungsverdachtsfällen bei Menschen 2014 insgesamt: 163.519). Der Anteil der Drogenfälle an der Gesamtzahl aller Anfragen ist demnach wie in den letzten Jahren gering und liegt bei 2,3 %. 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 Nord³ dokumentierte für 2014 insgesamt 32.870 menschliche Vergiftungsverdachtsfälle, davon entfielen 1,9 % (n = 618) der Anfragen auf die Hauptgruppe illegaler Drogen. Keiner der Verdachtsfälle verstarb; 38 der Verdachtsfälle wurden als schwere Vergiftung eingestuft (6,1 %), 194 (31,9 %) mit dem mittleren Schweregrad. Für 120 Verdachtsfälle (19,4 %) konnte der Schweregrad der Vergiftung nicht eingeschätzt werden.

Es liegen Angaben zu Substanzgruppen vor: gut die Hälfte aller Anfragen wegen illegaler Drogen geschahen auf Grund der Einnahme von Stimulanzien. In 35,4 % aller Fälle (n = 219) wurde wegen der Einnahme amphetaminartiger Substanzen (ATS) angerufen; Kokain machte 13,9 % aus (n = 86). Von den Anrufen wegen ATS bezogen sich 82 auf Methamphetamin, dies entspricht 13,3 % aller Anfragen wegen illegaler Drogen. Somit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort, dass der Anteil von Methamphetamin tendenziell sinkt (2012: 16,6 % aller Anfragen, 2013: 14,0 %). Nur auf Grund der Datensammlung des GIZ Nord kann allerdings noch keine Aussage über eine Verbreitung kristallinen Methamphetamins in den nördlichen Bundesländern gemacht werden. Auf Grund von Cannabinoiden gingen 107 Anrufe (17,3 %) ein, von diesen bezogen sich fast 40 % (n = 42) auf synthetische Cannabinoide. Opiate machten 9,2 % (n = 57) der Anrufe aus.

Von den schweren Vergiftungen waren 12 auf ATS zurückzuführen, 7 auf Opiate, 6 auf GHB („Liquid Ecstasy“), 3 auf Cannabinoide und 2 auf Poppers. Für 7 als schwer eingestufte Vergiftungen konnten keine Angaben zur Noxe gemacht werden.

2 <https://www.klinitox.de/3.0.html> [letzter Zugriff: 29.08.2016].

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

1.2.3 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen (T1.2.3)

Es liegen keine zusätzlichen Informationen vor.

1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3)

Deutschlandweit werden alle Daten zu Infektionskrankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz der Meldepflicht unterliegen, an das Robert Koch-Institut übermittelt und dort analysiert, also 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 (Beschreibung siehe 6.2.1, Ergebnisse finden sich unter 1.3.3 und 3.3), die in den Jahren 2011 – 2015 die Verbreitung von Hepatitis B und C sowie HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten in acht deutschen Städten untersucht hat. Hier wurden auch unsafe-use-Verhaltensweisen und Wissen über die drei Infektionen sowie safer use abgefragt (RKI 2016a). Außerdem wird eine laufende Studie zur Epidemiologie der HCV-Infektion bei Opioidsubstituierten (ECHO-Studie) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg weitere Erkenntnisse zur Prävalenz und Inzidenz von HCV unter Opioidsubstituierten beitragen können. Das Studienprotokoll ist bereits publiziert; Ergebnisse werden Ende 2016 / Anfang 2017 erwartet (Strada et al. 2015).

Genauere Informationen zu den Datenquellen für drogenbezogene Infektionskrankheiten finden sich in den Abschnitten 6.1 und 6.2.

1.3.1 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C (T1.3.1)

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten über HIV- und Hepatitis-C-Neudiagnosen sowie akute Hepatitis B an das RKI für das Jahr 2015 (RKI 2016b).

Angaben zur Prävalenz von Hepatitis B und C bei injizierenden Drogenkonsumierenden sind auch in Standardtabelle 9 enthalten.

HIV-Meldedaten

Dem RKI wurden 3.674 HIV-Infektionen gemeldet, die im Jahr 2015 neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 4,5 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen ist damit gegenüber dem Vorjahr (3.500) um 5 % angestiegen. Die Inzidenz der neudiagnostizierten HIV-Infektionen lag in der männlichen Bevölkerung mit 7,4 Fällen pro 100.000 Einwohner höher als im Vorjahr (7,2) und deutlich höher als bei Frauen, bei denen die Inzidenz mit 1,8 gegenüber 1,6 im Vorjahr ebenfalls anstieg. Der Anteil der Frauen unter den HIV-Erstdiagnosen betrug 20 % und ist weiter leicht angestiegen. Bei Männern wie bei Frauen wiesen die Altersgruppen der 25- bis

29-Jährigen und der 30- bis 39-Jährigen mit nur geringen Abstufungen die höchsten Inzidenzen von HIV-Erstdiagnosen auf.

HIV-Infektionsrisiken

Für 2.966 der 3.674 Meldungen (81%) lagen Angaben zum Infektionsrisiko vor. Unter den Meldungen mit Angaben hatten sich 62% über gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern infiziert, 32% über heterosexuelle Kontakte, und 5% bei intravenösem Drogenkonsum. Bei 1% der Meldungen handelte es sich um Kinder, die über ihre Mütter infiziert worden waren.

Hepatitis B Meldedaten

Im Jahr 2015 wurde die Falldefinition für Hepatitis B geändert. In der Folge wird sich die Zahl der Fälle, die die Referenzdefinition erfüllt, deutlich erhöhen. Für das Jahr 2015 wurden 2.379 Fälle (63 %) nach der alten und 1.404 Fälle (37 %) nach der neuen Falldefinition erfasst und übermittelt. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich nur auf Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen, dies sind 1.907 Fälle (die Unterschiede zwischen den Begriffen Referenz- und Falldefinition sowie weitere Information zur Falldefinition werden unter Abschnitt 6.2.2 erläutert). Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 2,4 Infektionen pro 100.000 Einwohner (2014: 0,9) und lag bei Jungen und Männern mit 3,4 Infektionen/100.000 Einwohner 2,5-mal so hoch wie bei Mädchen und Frauen (1,4). In den Bundesländern betrugen die Inzidenzen zwischen 0,5 Infektionen pro 100.000 Einwohner in Bremen und 5,7 in Bayern.

Bei 585 der insgesamt 1.907 Infektionen (31 %) wurde das Infektionsland mit angegeben, wobei unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen 593 Angaben gemacht wurden und unter den 10 häufigsten Nennungen 54 % auf Deutschland entfielen. Bei 7 % der Nennungen wurde Afghanistan, bei 5 % Syrien und bei 3 % Eritrea als Infektionsland angegeben.

Hepatitis B Infektionsrisiken

Es finden sich bei 129 (6,8%) der 1.907 gemäß Referenzdefinition übermittelten Fälle Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. I.v.-Drogenkonsum wurde mit 31 Fällen (entspricht 24 % der Fälle mit Angaben zum wahrscheinlichen Transmissionsweg) als zweithäufigster Übertragungsweg angegeben, gleich häufig wie die Wohngemeinschaft mit einem Hepatitis-B-Virusträger. Der häufigste Übertragungsweg war die sexuelle Transmissionen mit 52 Meldungen (40%), darunter in 28 Fällen gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern. Heterosexuelle Kontakte wurden nur als wahrscheinlichster Transmissionsweg gezählt, wenn ein bekannt Hepatitis-B-positiver Partnerstatus angegeben war.

Angaben zum Geburtsland werden nur bei Asylsuchenden erhoben und können erst seit Ende 2015 übermittelt werden, so dass der Anteil neudiagnostizierter Hepatitis-B-Virus-Infektionen bei Personen aus Hochprävalenzregionen weitestgehend unbekannt ist.

Vermutlich stellt diese Gruppe einen erheblichen Anteil der Betroffenen in Deutschland, so dass 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.

Hepatitis C Meldedaten

Nach einer Veränderung der Falldefinition (für mehr Informationen hierzu siehe 6.2.2) werden seit 2015 in der Berichterstattung des RKI nur noch aktive HCV-Infektionen analysiert. Eine Abnahme der Fallzahlen durch diese Änderung wurde erwartet.

Für das Jahr 2015 wurden insgesamt 4.887 Fälle von erstdiagnostizierter HCV übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 6,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit war die ermittelte Inzidenz von Erstdiagnosen erwartungsgemäß niedriger als die des Jahres 2014 (7,2) und als der Median der Jahre 2009 bis 2013 (6,4).

Die Inzidenz erstdiagnostizierter Fälle war in der männlichen Bevölkerung mit 8,2 Erstdiag./100.000 Einw. wesentlich höher als in der weiblichen (3,9). Wie in den vorangegangenen Jahren lag der Häufigkeitsgipfel bei den Männern in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (21,4). Bei den Frauen zeigte sich ein schwächer ausgeprägter Häufigkeitsgipfel in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen (7,6). Die Inzidenz der Erstdiagnosen war in dieser Altersgruppe bei Männern 2,8-fach höher als bei Frauen.

Hepatitis C Infektionsrisiken

Bei 1.170 (23,9%) Erstdiagnosen wurden Angaben zum 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 892 Fälle (76% der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt. Auf diesen Übertragungsweg entfielen 81% der Angaben bei Männern (n=675) und 62% der Angaben bei Frauen (n=187). Die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ lag bei 28 (4%) der Männer und 4 (2%) der Frauen mit der Angabe „i.v.-Drogenkonsum“ vor.

Wie auch in den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen. 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.

1.3.2 Meldungen über drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.2)

Zurzeit liegen hierzu keine Informationen vor.

1.3.3 Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen (T1.3.3)

HIV-Daten aus zusätzlichen Datenquellen

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten von 59 Suchthilfeeinrichtungen (größtenteils ambulant) vor. Im Jahr 2014 wurden Daten für 15.958 Klienten dokumentiert, davon 32 % mit einer hauptsächlichen Opioid-Problematik (n = 4.475). Die HIV-Infektionsrate unter allen Drogenkonsumenten lag 2014 mit 2,5 % auf dem Vorjahresniveau (2013: 2,5 %), unter Opioidkonsumenten war sie mit 4,6 % wie in den letzten Jahren höher, über die Zeit hinweg aber stabil (2013: 4,6 %). Differenziert nach Geschlecht zeigt sich erneut eine leicht höhere Infektionsrate bei den Frauen von 5,5 % (Männer 4,3 %). 8,8 % aller Klienten und 4,4 % der opioidabhängigen Klienten gaben an, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben (Martens & Neumann-Runde 2015).

Auch aus der Konsumraumdokumentation über vier Frankfurter Konsumräume (Förster & Stöver 2015) liegen Daten zum HIV-Status der im Jahr 2014 betreuten 4.515 Klienten⁴ vor. 2.437 Personen (54 % aller Klienten) beantworteten die Frage, ob Sie schon einmal einen HIV-Test gemacht hätten, von diesen waren 94,3 % bereits getestet. Frauen und Männer ließen sich etwa gleich häufig testen (94,8 % bzw. 94,2 %). Zu 1.401 Personen liegt eine Angabe vor, wann der letzte HIV-Test erfolgte. 39% dieser Personen gaben an, dass ihr Test 2014 stattgefunden habe und somit aktuell sei, weitere 45% erfolgten 2013. Die übrigen Tests liegen schon länger zurück. Von etwa der Hälfte aller Konsumraumnutzer (2.238 Personen) liegt das Testergebnis vor. 3,0 % gaben an, HIV-positiv zu sein, wobei Frauen mit 5,3 % deutlich häufiger betroffen sind als Männer mit 2,6 %. Längerfristig betrachtet ist der Anteil der HIV-Infizierten unter den Konsumraumnutzern zwischen 2009 und 2011 gesunken und erscheint seitdem mit leichten Schwankungen stabil (2013: 2,9 %, 2012: 3,2 %, 2011: 3,2 %; 2010: 3,7 %; 2009: 4,4 %). HIV-Infektionen sind bei den Neuzugängen mit 2,0 % seltener als bei den Fortsetzern (3,5 %). Insbesondere die Frauen unter den Fortsetzern weisen mit 7,1 % eine überdurchschnittlich hohe HIV-Infektionsrate aus.

In diesem Jahr liegt zudem eine Evaluation der Nutzungsprofile der Drogenkonsumraumnutzer der Jahre 2012 bis 2014 in Berlin vor, die die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin in Auftrag gegeben hat (Stöver et al. 2015). 2012 wurden 861 Klienten registriert, 2013 927, 2014 1.297. Angaben zu den selbstberichteten Infektionsraten mit HIV und Hepatitiden finden sich für nur für die Neuzugänge der Jahre 2012 bis 2014. Von 1.496 Personen haben ein Drittel (n = 481) die Angabe gemacht, ihr Infektionsstatus sei unbekannt. Nur 2,4 % aller Neuzugänge bzw. 3,5 % der Personen mit einem Testergebnis (n = 36) gaben an, positiv getestet worden zu

⁴ 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.

sein; 979 Personen, also zwei Drittel aller Neuzugänge bzw. 96,5 % der Getesteten, gaben ein negatives Testergebnis an.

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der ambulant behandelten Patienten erhoben (Braun et al. 2016). Im Jahr 2015 ist HIV-Status von 40 % (n = 8.539) der Opioidklienten bekannt; von diesen sind 5,1 % HIV-positiv. Unter allen Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik, deren HIV-Testergebnis bekannt ist (n = 14.600), weisen 4,0 % eine HIV-Infektion auf.

Fasst man die Ergebnisse aus Hamburg, Frankfurt am Main, Berlin und der DSHS zusammen, so kommt man auf eine durchschnittliche HIV-Prävalenz unter Opioidkonsumenten von etwa 2,5 bis 7 %. Unter Neuzugängen der Konsumräume liegt der Wert etwas niedriger; die Autoren der Berliner Studie vermuten jedoch, dass unter den nicht getesteten Personen möglicherweise ein höherer Anteil unerkannter Infizierter sein könnte. Die Werte stellen in jedem Fall eine konservative Schätzung der tatsächlichen Prävalenz dar und müssen auch auf Grund der hohen Anzahl nicht getesteter Klienten vorsichtig gedeutet werden.

Hepatitis B und C Daten aus zusätzlichen Datenquellen

In der DSHS wurden 2015 Daten zum Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionsstatus ambulant behandelter Suchtpatienten erhoben (Braun et al. 2016). Diese Zahlen müssen vor dem Hintergrund hoher Dunkelziffern mit Vorsicht interpretiert werden. Testergebnisse für Hepatitis B liegen für 33,3 % der (n = 6.344) der Opioidklienten vor; für diese liegt die Hepatitis-B-Prävalenz bei 6,3 % (n = 429), bei allen getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 4,6 % (n = 508). An diesen Zahlen ist klar erkennbar, dass Hepatitis B fast nur für Opioid-Klienten erfasst wird. Testergebnisse für Hepatitis C liegen für 42 % der Opioidklienten vor (n = 9.186). Fast die Hälfte dieser Testergebnisse sind positiv; eine akute Infektion geben 6,1 % der Getesteten an (n = 556), eine chronische Infektion 40,6 % (n = 3.728). Bei allen getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik (n = 15.328) liegt die Hepatitis-C-Prävalenz bei 31,2 % (n = 4.777).

Laut der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) waren 2014 20,6 % aller Klienten und 48,9 % der Opioidkonsumenten mit Hepatitis C infiziert. Über die letzten Jahre hinweg erweist sich die Rate der infizierten Opioidkonsumenten als relativ stabil. 7,9 % aller Klienten und 4,1 % der Opioidkonsumenten hatten sich noch nie auf Hepatitis C untersuchen lassen (Martens & Neumann-Runde 2015).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2014 (Förster & Stöver 2015) gaben 54 % (n = 2.441) der Konsumraumnutzer an, ob bereits ein Hepatitis-B- und/oder Hepatitis-C-Test gemacht wurde; von diesen hatten 95 % einen Test gemacht. Testergebnisse liegen von 2.237 Personen vor; von diesen waren 41,6 % positiv auf Hepatitis C getestet worden, 1,0 % auf Hepatitis B und weitere 1,5 % 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 Hepatitis

infiziert als jüngere. Ebenso wiesen Fortsetzer eine höhere Infektionsrate auf als Neuzugänge (46,9 % vs. 37,7 %).

Aus der Berliner Evaluation der Drogenkonsumräume liegen Daten für die Jahre 2012 bis 2014 vor (Stöver et al. 2015). Die Hepatitis-Raten werden nur für Neuzugänge angegeben. Von 1.493 Personen aus den Jahren 2012 bis 2014 gab gut ein Viertel an, ihr Hepatitis-C-Status sei unbekannt (n = 400). Von 1.093 Getesteten gab jeder Dritte (n = 353) an, unter einer chronischen Hepatitis C zu leiden, 1,5 % (n = 16) gaben eine akute HCV-Infektion an. Ihren Hepatitis-B-Status kannten 942 der befragten Klienten; 550 Personen (36,9 %) wussten ihn nicht. Von den Klienten mit bekanntem Status gaben 3,8 % (n = 36) an, positiv getestet worden zu sein. 14 Personen gaben eine komorbid vorliegende Hepatitis B und C an; 16 Personen sind komorbid mit Hepatitis C und HIV infiziert. Die Autoren stellen einen klaren positiven Zusammenhang zwischen i.v.-Konsum und Hepatitis C Infektionen fest: von den Klienten, die niemals i.v. konsumieren, haben nur 2 % eine chronische Hepatitis C und niemand eine akute Infektion. Hingegen leiden unter denjenigen, die jemals, aber nicht in den letzten 30 Tagen i.v. konsumiert haben 0,5 % unter einer akuten und knapp 27 % unter einer chronischen Infektion. Für diejenigen Klienten, die auch in den letzten 30 Tagen i.v. konsumiert haben, liegen die Raten mit 1,5 % akut Infizierten und 29 % chronisch Infizierten noch höher. Für Hepatitis B und auch HIV ergeben sich keine so klaren Zusammenhänge; die Autoren vermuten, dass dies verschiedene Gründe haben könnte, aber vor allem mit der höheren Infektiosität des HC-Virus zusammenhänge (Stöver et al. 2015).

Fasst man die Daten aus Hamburg, Frankfurt, Berlin und der DSHS zusammen, kommt man auf eine Prävalenzschätzung für chronische Hepatitis C unter Opioidkonsumenten zwischen etwa einem Drittel und der Hälfte aller Klienten. 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. Dies wird verkompliziert durch die verschiedenen Möglichkeiten, eine Hepatitis-C-Infektion zu testen, deren Unterschiede den Klienten eher selten bekannt sein dürften. Hinzu kommt eine hohe Anzahl an nicht getesteten Klienten; vor dem Hintergrund der hohen Dunkelziffern müssen die Zahlen mit Vorsicht interpretiert werden. Zuverlässigere Zahlen erhält man durch direkte Testungen der Klienten vor Ort. Hierfür ist im Alltag der niedrigschwelligen Einrichtungen keine Finanzierung vorhanden, sodass solche Angebote fehlen. Es liegen jedoch zurzeit aktuelle Ergebnisse aus der DRUCK-Studie vor (s.u.).

Daten aus der DRUCK-Studie

Durch die DRUCK-Studie, die zwischen 2011 und 2014 2.077 i.v.-konsumierende Drogengebrauchende (IVD) in acht Städten in Deutschland untersucht hat, liegen derzeit aktuelle Daten zu Prävalenzraten von HIV, HBV und HCV vor. Eine genauere Beschreibung der Studie findet sich unter 6.2.3.

In der Gesamtstudienpopulation waren 23% Frauen und 77 % Männer, zwischen den Studienstädten bewegte sich der Frauenanteil zwischen 18 und 35 %. Das mediane Alter der Teilnehmenden betrug 38 Jahre (29 – 41 Jahre in den Studienstädten) mit einer

Altersspanne der Gesamtpopulation von 17 bis 65 Jahren. Von allen Teilnehmenden waren 78% in Deutschland geboren. Insgesamt hatten 37% (18 – 45 %) einen Migrationshintergrund (erste und zweite Generation), wobei die größte Gruppe der Erstgenerationsmigrant/innen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion stammte (10 % der Gesamtstudienpopulation).

Insgesamt wurden IVD mit größtenteils seit über zehn Jahren bestehendem injizierendem Drogenkonsum erreicht. Die meisten (80%) hatten in den letzten 30 Tagen Drogen injiziert, von diesen ein Drittel täglich. In den Ergebnissen zeigten sich wesentliche Unterschiede zwischen den acht Studienstädten, insgesamt wiesen jedoch 70 % aller Untersuchten mindestens eine der drei untersuchten Infektionen auf. Die HIV-Rate lag je nach Stadt zwischen 0 und 9 %, die HCV-Prävalenz lag zwischen 23 und 54 % (aktive HCV-Infektion, potenziell ansteckend), die HBV-Prävalenz betrug zwischen 5 und 33 %. Ko-Infektionen von zwei oder drei Infektionen lagen bei einem Drittel der Infizierten vor, entsprechend 24% der Gesamtstudienpopulation. IVD sind damit eine von HCV und HIV besonders betroffene Gruppe, wobei sich bei allen Infektionen deutliche regionale Unterschiede zeigen, die unter anderem mit unterschiedlichen Konsummustern, verschiedener Altersstruktur der erreichten Städtepopulationen und lokalen Gegebenheiten erklärt werden können. Auch die HBV Prävalenz und der Anteil chronischer Infektionen lag deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch nicht in dem Ausmaß wie die anderen Infektionen. Eine ausführlichere Darstellung der Ergebnisse findet sich im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung des REITOX-Berichts 2015 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2015) sowie im Abschlussbericht der DRUCK-Studie (RKI 2016a).

1.3.4 Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.4)

In Tabelle 4 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen ambulant behandelter Patienten 2015 dargestellt. Intravenöser Konsum, der die mit Abstand riskanteste Konsumform darstellt, wird nach wie vor hauptsächlich für Heroin (59,4 %) berichtet, gefolgt von Kokain (16,9 %), anderen Opioiden (8,7 %) und anderen Stimulanzien (6,4 %). Für alle anderen Substanzen werden deutlich geringere Prävalenzen des i.v.-Konsums genannt.

Tabelle 4 Drogenapplikationsform ambulant behandelter Patienten 2015 in der DSHS

Substanz	Applikationsform ¹⁾					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	59,4 %	29,3 %	1,4 %	9,6 %	0,3 %	13.734
Methadon	2,1 %	1,1 %	96,4 %	0,2 %	0,3 %	8.531
Buprenorphin	2,8 %	1,3 %	90,3 %	4,8 %	0,8 %	2.771
And. Opioide	8,7 %	6,9 %	79,8 %	2,2 %	2,4 %	2.672
Kokain	16,9 %	18,4 %	1,3 %	63,1 %	0,2 %	10.759
Crack	3,8 %	89,7 %	1,6 %	4,6 %	0,4 %	826
Amphetamine	1,2 %	11,5 %	25,9 %	60,4 %	1,0 %	13.781
MDMA und Ähnliche	0,4 %	3,4 %	87,1 %	7,3 %	1,8 %	5.076
Andere Stimulanzien	6,4 %	14,7 %	14,8 %	62,2 %	1,8 %	4.291
LSD	0,2 %	1,7 %	93,9 %	0,8 %	3,4 %	2.655

¹⁾ Mehrfachnennungen möglich.

Braun et al. 2016

Aus der DRUCK-Studie (Beschreibung siehe 6.2.3) liegen behaviorale Daten zu Risikoverhaltensweisen und Wissen über Risiken bzw. Schutzmöglichkeiten vor. Die meisten (80 %) der Teilnehmer hatten in den letzten 30 Tagen Drogen injiziert, von diesen ein Drittel täglich. Ein Großteil hatte suchtherapeutische Erfahrung, zwischen 57 und 89 % je nach Stadt waren jemals in Opioidsubstitutionstherapie (OST), 31 – 66 % waren aktuell in OST.

Die Anti HBs-Seroprävalenz als Marker einer Impfung lag zwischen 15 und 52 %. Zwischen 16 und 69 % wiesen keine HBV-Marker auf und waren vor einer Infektion nicht geschützt. Den stärksten Effekt auf den Impfstatus hatte das lokale Setting in der Studienstadt. Diese lokalen Faktoren bedürfen weiterer Untersuchungen. Von den HIV-Infizierten kannten 80 % bereits ihre Diagnose, nur 55 % waren aktuell in antiretroviraler Therapie. Von den HCV-Infizierten mit Behandlungsindikation hatten 85 % mindestens schon einmal einen positiven HCV-Antikörpertest gehabt und 19 % waren nach eigener Auskunft erfolgreich mit Interferon-basierter Therapie behandelt worden. Nicht nur die Kenntnis des eigenen Infektionsstatus war verbesserungsbedürftig, es zeigten sich auch deutliche Wissenslücken im Bereich Präventionsmöglichkeiten von HBV durch eine Impfung und der HIV-Übertragung durch effektive Therapie und Postexpositionsprophylaxe. Verglichen mit anderen Gruppen in Deutschland sind insbesondere die HCV-, aber auch die HIV-Therapieraten der Teilnehmenden unbefriedigend.

Von allen Teilnehmenden mit injizierendem Konsum in den letzten 30 Tagen berichteten 9 %, von anderen gebrauchte Spritzen und Nadeln benutzt zu haben, 10 % hatten selbst benutzte Spritzen/Nadeln an andere weitergegeben, 19 % hatten gebrauchte Filter/Löffel benutzt, und 21 % selbst benutzte Filter/Löffel weitergegeben. Wassergefäße hatten in den

letzten 30 Tagen 22 % geteilt. Das Teilen von Spritzen und Nadeln wurde durch eine ungenügende Versorgung mit sterilen Nadeln und Spritzen je Konsumvorgang beeinflusst. Das Teilen von Löffeln, Filter und Wasser wurde hingegen insbesondere beeinflusst durch ein ungenügendes Wissen der Möglichkeit einer HCV-Übertragung durch dieses Verhalten. Personen mit besserem Wissen praktizierten das Verhalten seltener. Insgesamt waren zwischen 46 % und 52 % der Teilnehmenden nicht ausreichend mit sterilen Nadeln und Spritzen für die in den letzten 30 Tagen berechneten injizierenden Konsumvorgänge versorgt. Ein Fünftel der Teilnehmenden wusste nicht, dass HCV durch das Teilen von Filtern, Löffeln und Wasser übertragen werden kann, fast die Hälfte kannte nicht das Risiko des Teilens von Snief Röhrchen. Erhebliche Wissenslücken zeigten sich bei der HBV-Impfung, noch größere bei der HIV-Postexpositionsprophylaxe. Sexuelle Aktivität im letzten Jahr wurde von 83 % der Frauen und 73 % der Männer angegeben. Sexuelle Risiken in Form von wechselnden Sexpartner/innen (mindestens 2 in den letzten 12 Monaten) gingen 30 % der Frauen und 41 % der Männer ein, sexuelle Kontakten zwischen Männern berichteten 3 % der Männer. 32 % der Frauen und 14 % der Männer berichteten Sex im Tausch gegen Geld oder Drogen.

Hafterschaft wurde mit einer mittleren Gesamthaftdauer von 3 Jahren und 6 Monaten von 81 % berichtet. 30 % der jemals Inhaftierten gaben i.v.-Drogenkonsum in Haft an. Inhaftierung stellte sich als unabhängiger Risikofaktor für eine HCV-Infektion heraus. Je häufiger und je länger Personen insgesamt inhaftiert waren, umso höher war die Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion.

Je nach Studienstadt wünschten zwischen 1 und 46 % der Teilnehmenden die Durchführung eines anonymen HIV-Schnelltestes. 30 – 80 % nahmen eine kostenlose und freiwillige Kurzberatung zum HIV-Schnelltest und/oder zur Schließung von Wissenslücken wahr.

1.3.5 Andere drogenbezogene Infektionskrankheiten (T1.3.5)

Im Sommer 2016 wurden drei bestätigte Fälle von Wundbotulismus bei injizierenden Drogengebranchern in zwei deutschen Städten gemeldet⁵; alle wiesen den gleichen Serotypen auf. Ein Zusammenhang, der wahrscheinlich darauf beruht, dass alle drei Erkrankten Heroin aus einer kontaminierten Charge erworben und konsumiert haben, ist zu vermuten. Auch bei vorangegangenen Fällen von Wundbotulismus bei injizierenden Drogenkonsumierenden (z.B. in Deutschland ein Fall 2015, im Frühling 2016 vier Fälle im Vereinigten Königreich) wurde kontaminiertes Heroin als wahrscheinlichste Infektionsquelle ausgemacht. Wie die Sporen (eine Dauerform der Bakterien) in das Heroin gelangten, lässt sich meist nicht ermitteln. Da es zu weiteren Fällen in Deutschland kommen kann, herrscht zurzeit eine erhöhte Aufmerksamkeit in allen Einrichtungen, die mit Drogengebranchern in

⁵ Dies ist der Stand vom 26.08.2016. Da es sich um eine aktuelle Entwicklung handelt, können bis zur Veröffentlichung des Workbooks bereits weitere Fälle gemeldet worden sein. Aktuelle Informationen können bei der DBDD oder direkt beim RKI erfragt werden.

Kontakt sind. Klinische Verdachtsfälle müssen unverzüglich an das lokale Gesundheitsamt gemeldet werden.

1.3.6 Zusätzliche Informationen zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T1.3.6)

Es liegen aktuell keine zusätzlichen Informationen vor.

1.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.4)

1.4.1 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.4.1)

Somatische und psychische Komorbidität bei Drogenkonsumenten

Neben der Belastung durch die oben beschriebenen Infektionskrankheiten sind Drogengebraucher 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.

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2014 finden sich jedoch sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Martens & Neumann-Runde 2015):

Die 4.475 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 Kokain (67 %), Cannabis (63 %), Alkohol (58 %), Crack (44 %) und Sedativa (43 %). Die Anteile der männlichen Betreuten waren zumeist höher als die der weiblichen. Dies traf insbesondere auf Cannabis (66 % vs. 53 %) und Alkohol (60 % vs. 52 %) zu, während bei den Sedativa und besonders bei den Essstörungen anteilig mehr Frauen betroffen waren (14 % vs. 3 %).

25 % der Personen in der Gruppe der Opiatkonsumenten wurden von den Betreuern als erheblich oder extrem körperlich-gesundheitlich belastet eingeschätzt, weitere 32 % wurden als mittel gesundheitlich belastet eingestuft, bei 13 % ist ein anerkannter Behindertenstatus dokumentiert. Darüber hinaus wurden 37 % der Klienten als psychisch erheblich oder extrem belastet eingestuft, Frauen (43 %) dabei deutlich öfter als Männer (35 %). 31% der Klienten berichteten von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Frauen 42 %, Männer 27 %), 14 % von mehr als einem (Frauen 21 %, Männer 12 %). Die am häufigsten

genannten Symptome waren depressive Stimmung (21 % der Klienten), Unruhezustände (19 %) und Ängste/Phobien (16 %). Etwas seltener wurden überhöhte Selbsteinschätzung (11 %), mangelnde Impuls-/Affektkontrolle (10 %) 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 24 %), wobei 23 % Antidepressiva einnehmen, 12 % Sedativa und 7 % Neuroleptika.

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

Auswirkungen nicht-medizinischen Cannabiskonsums

Effertz und Kollegen (2016) schätzen in einem aktuellen Artikel die durch schädlichen Cannabiskonsum verursachten ökonomischen Kosten auf 975 Mio. € pro Jahr bei 400.000 angenommenen Konsumenten mit schädlichem Konsum (entspricht 2.438 € pro Kopf und Jahr). Diese Summe setzt sich zusammen aus direkten Kosten für Behandlung und Rehabilitation (entnommen den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und einer Kostenpauschale für dokumentierte Reha-Maßnahmen) sowie indirekten Kosten etwa durch Arbeitslosigkeit und Frühberentung. Die Autoren selbst bezeichnen ihre Schätzung eher als Unterschätzung und schlussfolgern, dass durch die direkte medizinische Behandlung von Cannabiskonsumern mit schädlichem Konsum wie auch durch deren gesunkene Produktivität hohe volkswirtschaftliche Verluste entstehen.

Schneider (2016) führte eine Befragung zu den erlebten Belastungen von 198 Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen mit einer primären Cannabisproblematik durch. Die Hälfte der Befragten (50,5 %) nannte juristische Probleme, 16 % gaben mehrfache Verurteilungen an. Außerdem benannten gut die Hälfte der Befragten Probleme in der Schule oder Familie (53,4 % bzw. 52,9 %) und etwa ein Drittel Probleme im Freundeskreis, im Beruf oder der Partnerschaft.

Tabelle 5 Nebenwirkungen des Cannabis-Konsums

Symptome	%	N
Zunehmende Vergesslichkeit	70,0	131
Konzentrationsschwierigkeiten	61,6	115
Vernachlässigung früherer Aktivitäten	56,8	106
Antriebslosigkeit	40,5	75
Gefühl von Beobachtung	38,9	74
Panik/diffuse Ängste	27,9	52
Verfolgungsängste	23,7	44
Optische Halluzinationen	17,4	33
Stimmen hören	8,9	17
Sonstiges	17,6	33
Keine	5,8	11

Schneider 2016

Bei den von den Konsumenten berichteten Nebenwirkungen dominieren zunehmende Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und die Vernachlässigung früherer Aktivitäten. Sie sind in Tabelle 5 aufgeführt. Die am häufigsten angestrebte Wirkung war die Sedierung / Entspannung (76,4 %). Ebenfalls häufig genannt wurde das Motiv „Linderung psychischer Beschwerden“ mit 45,3 %, was die Autoren als Hinweis darauf werten, dass der Cannabiskonsum in diesen Fällen direkt zur Selbstmedikation eingesetzt wird. 44,7 % gaben an, eine „Auflockerung“ erreichen zu wollen. Es folgen die Konsumziele „Geselligkeit“ (30,6 %) und „Linderung körperlicher Beschwerden“ (17,4 %).

Die Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) hat in Kooperation mit mehreren anderen Fachverbänden aus ihrem Bereich sowie den Bereichen der Arbeitsmedizin, Sucht, Psychiatrie, Pädiatrie und Kardiologie ein Positionspapier zu den Risiken von Cannabiskonsum veröffentlicht (Kreuter et al. 2016), in dem sie fordern, die bekannten gesundheitlichen Risiken von Cannabis insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie Risikogruppen stärker in die öffentliche Debatte mit einfließen zu lassen. Sie fordern zudem mehr kontrollierte Studien, um gesicherte Erkenntnisse zu der Vielzahl noch offener Forschungsfragen zu erlangen, sowohl was schädliche Nebenwirkungen als auch den möglichen medizinischen Nutzen von Cannabis betrifft.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) lässt zudem aktuell eine „Cannabis-Expertise“ erstellen, die sich mit den Themenbereichen "Risiken des Cannabiskonsums zum Freizeitgebrauch" sowie dem "Potential von Cannabisarzneimitteln" auseinandersetzt (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe Cannabis 2016, persönliche Mitteilung).

Nebenwirkungen bei Neuen Psychoaktiven Substanzen

Die Auswirkungen Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) sind nach wie vor Gegenstand der Fachdebatte. Hierbei herrscht allgemein eine große Unsicherheit über das Gefährdungspotenzial, welche Nebenwirkungen überhaupt auftreten können und den besten Umgang mit diesen Stoffen. Für Desoxypipradol (2-DPMP) liegt seit Kurzem eine Fallserie über sechs Notfallpatienten vor, die in Krankenhäuser eingeliefert wurden und bei denen der Stoff nachgewiesen wurde (Müller et al. 2016). 2-DPMP fällt in die Gruppe der Stimulanzien und ist in den 1950er Jahren als Arzneimittel erforscht worden, wurde aber nicht weiter entwickelt⁶. Es fällt unter die Anlage II des BtMG, somit ist der Handel illegal; trotzdem wird es immer wieder in NPS gefunden. Seine Wirkung gilt als stärker und länger andauernd als die von Amphetamin und es wird durch herkömmliche Drogentests nicht entdeckt. Da 2-DPMP häufig in Kombination mit anderen serotonerg wirkenden Drogen vorgefunden wurde, besteht die Gefahr eines Serotoninsyndroms, zudem wurden in der Fallserie mehrere Rhabdomyolysen (Auflösung quergestreifter Muskelfasern) beobachtet, die zu einem Nierenversagen führen können. Einer der sechs Patienten wurde tatsächlich wegen Nierenversagen eingeliefert. Außerdem wurden auch eher unspezifische Symptome wie Agitiertheit bzw. Unruhe und Verwirrtheit genannt. Die Autoren diskutieren als besonders problematisch, dass bei allen Patienten mehrere Substanzen nachgewiesen wurden und auf Grund der Art des Verkaufs weder die Dosierung noch die tatsächlichen Inhaltsstoffe der Substanzen den Konsumenten bekannt sind, was häufig zu Vergiftungen führt.

1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5)

1.5.1 Drogenpolitik und Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.1)

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 Übergangsmagements nach Haftentlassungen (siehe Workbook Gefängnis),
- Bereitstellung von Drogenkonsumräumen,

⁶ Wie bei vielen NPS müsste also auch hier diskutiert werden, was eigentlich „neu“ an den Neuen Psychoaktiven Substanzen ist. Nichtsdestotrotz sind die Nebenwirkungen schlecht erforscht und bis vor kurzem spielte die Substanz – soweit bekannt – als Droge keine Rolle.

- Verbesserung der Reaktion Umstehender im Falle eines Drogennotfalls (Erste-Hilfe-Trainings, Naloxon-Programme).

Nähere Informationen zur Nationalen Strategie finden sich im Workbook Drogenpolitik; die Nationale Strategie ist zudem online zugänglich⁷.

1.5.2 Organisation der Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.2)

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumenten als auch als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung behandelt. Informationen über Umfang und Art dieser Maßnahmen stehen nur für einen Teil der spezifischen Maßnahmen zur Verfügung, da diese von spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden oder im Rahmen besonderer Programme stattfinden.

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.

1.5.3 Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.3)

Safer-Use-Angebote

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

Daten zum Spritzenaustausch werden in Deutschland zumeist nur von einzelnen Einrichtungen in ihren jeweiligen Jahresberichten dokumentiert. Eine bundesweite Zusammenstellung der vorhandenen Daten findet nicht statt. Eine Übersicht über die Standorte der aktuell 167 in 9 Bundesländern verfügbaren Spritzenautomaten findet sich auf einer von der Deutschen Aidshilfe (DAH) bereitgestellten Internetseite⁸. Von den 167 von der Aidshilfe gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in Nordrhein-Westfalen und 19 in Berlin, wohingegen in sieben Bundesländern kein einziger Spritzenautomat dokumentiert ist. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor 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

⁷ http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf [letzter Zugriff: 11.08.2016].

⁸ <http://www.spritzenautomaten.de/> [letzter Zugriff: 12.08.2016].

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 Nordrhein-Westfalen. Für das Jahr 2015 berichtet die AIDS-Hilfe NRW von 2.056.202 in Einrichtungen abgegebenen Spritzen sowie von 131.352 an Automaten abgegebenen Spritzen (AIDS Hilfe NRW e.V. 2016).

In Berlin wurden im Jahr 2015 etwa 840.500 Nadeln und 541.000 Spritzen vergeben, davon entfallen etwa 564.000 Nadeln und 342.000 Spritzen auf 4 Kontaktstellen sowie 5 Mobil-Standorten. Auf die 19 Spritzenautomaten entfallen ca. 156.000 Schachteln (2014: 144.000), das entspricht etwa 276.500 Nadeln und 199.000 Spritzen (Fixpunkt e.V. 2016, persönliche Mitteilung). Beachtenswert ist hier, dass zum Standardsortiment der Spritzenautomaten zehn verschiedene Materialkombinationen zählen, die Automaten also nicht nur für „klassische“ Opiat- und Kokainkonsumierende ausgelegt sind, sondern auch Angebote für andere gefährdete Konsumenten-Gruppen enthalten. So werden an einzelnen Standorten sozialraum- und zielgruppenspezifisch Sonder-Sortimente angeboten, z. B.

- GHB-Dosierhilfen (Spritzen der Marke „Primo“, da die Markierungsfarbe relativ säurefest ist) seit Ende 2014
- Folienpacks (um Alternativen zum Spritzen zu thematisieren und leichter zugänglich zu machen) seit Ende 2014
- Slampacks⁹ seit 2016

Diese Entwicklung hin zu einer zielgruppenspezifischen, bedarfsorientierten Versorgung entspricht der aktuellen Initiative zur Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Drogenhilfe, die bei den Neuen Entwicklungen unter 3.3.4 näher beschrieben wird.

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 183 deutschen Gefängnissen (Statistisches Bundesamt 2016) existiert ein Spritzenautomat. Vor diesem Hintergrund hat die DAH bereits 2013 eine Kampagne gestartet, um die Situation inhaftierter Drogengebrauchender zu verbessern (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 nun vor (DAH 2015) und ist online abrufbar unter <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/7376> (letzter Zugriff: 29.08.2016).

⁹ „Slamming“ bezeichnet den intravenösen Konsum verschiedener Drogen (üblicherweise z.B. Methamphetamin oder Mephedron) auf Sexpartys von Männern die Sex mit Männern (MSM) haben.

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 23 Drogenkonsumräume, sowie ein Drogenkonsummobil in Berlin¹⁰. Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen nur für einzelne Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Im Folgenden werden Daten aus Frankfurt und Berlin berichtet:

In den vier Frankfurter Konsumräumen wurden im Jahr 2014 insgesamt 194.383 Konsumvorgänge dokumentiert. Bei 4.515 Konsumraumnutzern, darunter 977 Neuzugänge 2014, entspricht dies einem Durchschnitt von 43 Konsumvorgängen pro Nutzer pro Jahr. Dabei gab es 487 Personen, die den Konsumraum mehrfach die Woche nutzten und so auf über 100 Konsumvorgänge im Jahr kamen („Intensivnutzer 100“).

Während die Konsumvorgänge aller vier Konsumräume gezählt wurden, fehlen auf Grund eines Datenverlustes fast alle näheren Angaben aus einem der vier Räume. Die folgenden Angaben beziehen sich nur auf die vollständig dokumentierten Vorgänge, dies sind 178.469. In diesen wurden 245.378 Konsumeinheiten konsumiert (bringt ein Klient mehr als eine Substanz mit, wird jede Substanz einzeln als Konsumeinheit gerechnet).

Wie in den Vorjahren dominieren bei den in den Konsumräumen intravenös injizierten (i.v.) Drogen Heroin und Crack. Bereits in den letzten Jahren zeichnete sich ab, dass der Konsum von Heroin als alleiniger Droge seltener wird und dafür der Mischkonsum mit Crack bzw. der alleinige Konsum von Crack ansteigt. In diesem Jahr wird nun erstmalig die Kombination von Crack und Heroin am häufigsten konsumiert (2014: 40,3 %, 2013: 37,2 %), während in allen Jahren zuvor der alleinige Konsum von Heroin an erster Stelle der injizierten Substanzen stand (2014: 37,0 %, 2013: 38,7 %). An dritter Stelle mit 21,3 % (2013: 22,5 %) steht der alleinige Konsum von Crack. Kokain ohne weitere Drogen wurde mit 0,5 % auf einem ähnlich niedrigen Niveau wie im Vorjahr intravenös konsumiert. Nur noch 0,1 % der Konsumraumnutzer konsumieren i.v. Benzodiazepine (2013: 0,2 %, 2012: 2 %; 2011: 14 %). Seit November 2011 fällt das Benzodiazepin Flunitrazepam (Rohypnol) ausnahmslos unter

¹⁰ Siehe auch www.drogenkonsumraum.net [letzter Zugriff: 08.08.2016].

das Betäubungsmittelgesetz, was eine naheliegende Erklärung für den starken Rückgang der Zahl der Konsumvorgänge mit Benzodiazepinen ist. Alle anderen psychotropen Substanzen werden eher selten genannt (0,9 %).

Der Anteil nicht intravenöser Konsumvorgänge (v.a. rauchen/inhalieren der Substanz), der in den letzten Jahren insgesamt gestiegen ist, stieg erneut auf 5,8 % (2013: 4,9 %, 2012: 5,1 %, 2011 und 2010 ca. 3 %). Dieser Anstieg könnte sich als Erfolg verschiedener Maßnahmen interpretieren lassen, die die Klientel dazu bewegen sollten, zu rauchen statt zu spritzen (z.B. Veränderung logistischer Gegebenheiten wie die Installation einer Lüftungsanlage, Projekt „SMOKE IT!“) (Förster & Stöver 2015).

Aus der Evaluation der Drogenkonsumräume Berlin liegen in diesem Jahr Erkenntnisse für die Entwicklungen in den drei Berliner Drogenkonsumräumen von 2012 bis 2014 vor (Stöver et al. 2015). Die Anzahl der Konsumvorgänge hat sich innerhalb dieser drei Jahren verdoppelt: 2012 wurden 10.566 Konsumvorgänge gezählt, 2013 waren es 13.355 und im Jahr 2014 waren es bereits 21.310. Mit dieser Entwicklung geht eine Zunahme an Klientinnen und Klienten einher: 2012 wurden 861 verschiedene Klientinnen und Klienten registriert, 2013 waren es 927 Klienten, 2014 waren es 1.297. Schließlich stieg auch die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit – von 12,3 Konsumvorgängen pro Person (2012) auf 16,4 Konsumvorgänge pro Person (2014). Insgesamt belegen die Entwicklungen einen Trend zu mehr Konsumvorgängen, mehr Klienten und einer gelungenen Anbindung an die Einrichtungen. Jeder der drei Drogenkonsumräume hat seine eigene Stammklientel, die immer wieder auf das Angebot im jeweiligen Stadtteil zurückkommt.

Im Jahr 2014 entfielen von 20.916 Konsumvorgängen 75,4 % auf Heroin, 15,2 % auf einen Cocktail aus Heroin und Kokain und 6,2 % auf Kokain. Weitere Drogen, unter ihnen auch Crack, spielen eine eher untergeordnete Rolle. Betrachtet man die Entwicklungen von 2012 bis 2014, so hat der Kokainkonsum an Bedeutung verloren, wohingegen der Cocktailkonsum häufiger geworden ist. Die häufigste Applikationsform in den Jahren 2012 bis 2014 ist der i.v.-Konsum mit 63 % aller Konsumvorgänge. Der inhalative Konsum macht 36 % aus; nasaler Konsum macht etwas mehr als 1 % aus. Bei fast allen inhalativen Konsumvorgängen (96,4 %) wurde Heroin konsumiert. Da der i.v.-Konsum besonders riskant ist (Infektionsrisiken, Abszesse, Überdosierungen), ist der verhältnismäßig hohe Anteil an anderen Konsumvorgängen im Sinne der Schadensreduktion als sehr positiv zu bewerten.

200 Personen wurden zusätzlich ausführlicher zu ihrem Nutzungsverhalten befragt; 100 von ihnen waren aktive Nutzer der Drogenkonsumräume, 100 waren nicht- oder nicht-mehr-Nutzer. Ein Vergleich der Konsummuster von Nutzern und nicht-Nutzern ist in der ausführlichen Evaluation zu finden (Stöver et al. 2015). Die überwiegende Anzahl der Klienten nimmt zusätzlich zum Drogenkonsumraum noch eines oder mehrere andere Angebote des Suchtkrankenhilfesystems in Anspruch; weiterführende Angebote sind also bekannt und werden auch genutzt. Die Konsumraumnutzer wurden darüber hinaus gefragt, von welchen Angeboten des Drogenkonsumraums sie Gebrauch machen. Noch häufiger als die Vergabe von Konsumutensilien (84 %), nennen die Konsumenten, dass sie die Einrichtungen besuchen, um etwas zu trinken (93 %), ebenfalls sehr häufig, um etwas zu

essen (80 %). 76 % der befragten Nutzer besuchen die Einrichtungen auch zum „persönlichen Gespräch“. „Informationen oder konkrete Hilfen“ seitens der Mitarbeiter wurden von 67 % der Personen genannt, über die Möglichkeit einer Therapie haben sich 39 %, über safer-use-Regeln 38 %, über safer-sex-Regeln 31 % der Befragten informiert. Außerdem spielt die medizinische Versorgung eine wesentliche Rolle und wurde von 46 % der Befragten genannt. Gut ein Viertel der Nutzer kamen außerdem, um Wäsche zu waschen oder zu duschen. Nur eine Person gab an, dass sie den Drogenkonsumraum ausschließlich besuche, um Drogen zu gebrauchen. Die Einrichtung stellt daher neben dem Angebot des Drogengebrauchs für viele Nutzer auch eine Art Schutzraum dar, in der wesentliche Grundbedürfnisse befriedigt werden können.

Bei vielen Befragten konnten durch die Drogenkonsumraumnutzung Verhaltensänderungen festgestellt werden: Mehr als die Hälfte aller Befragten gab an, weniger in der Öffentlichkeit zu konsumieren. Jeweils 38% der Befragten finden, dass sie durch die Ansprache der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mehr auf ihre Hygiene achten und mehr Zeit zum Ausruhen zur Verfügung haben. 18% der Befragten gaben an, weniger Drogen zu konsumieren, seit sie den Drogenkonsumraum (DKR) nutzen. 17% der Drogenkonsumraumnutzer haben schon einmal Hilfe bei einem Drogennotfall im Konsumraum erhalten.

In der Evaluation wurden auch die Mitarbeiter der Drogenkonsumräume nach ihren Erfahrungen und Empfehlungen befragt. Die Autoren der Studie fassen aus diesen Aussagen wie auch denen der Nutzer folgende Empfehlungen für eine weitere Verbesserung der Drogenkonsumräume zusammen:

- Verlängerte Öffnungszeiten
- Zugang auch für Menschen in Substitutionsbehandlungen
- Verbesserung der Angebote mit stärkeren personellen Kapazitäten und finanziellen Ressourcen
- Rotation und intensive Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Sozialarbeitskräften
- Veränderung von mobilen zu stationären DKRs (Beispiel „Stuttgarter Platz“)
- Dezentralisierung bzw. Ausdehnung des DKR Angebots
- Drogenkonsumraum inkl. Injektions- als auch Rauchraum von Frauen für Frauen
- Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen zum DKR durch anonyme Nutzung
- Förderung des Konsummusters von intravenös zu inhalativ
- Einführung von Drug-Checking – Modellen auch für DKRs
- Verbesserte und aussagekräftigere Dokumentations-Software

Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen

Die tatsächliche Zahl der Hepatitis-Kranken in Deutschland ist auf Grund eines Defizits im Bereich der Diagnostik unbekannt, obwohl Schätzungen aus verschiedenen Datenquellen vorliegen (Wedemeyer 2013). Für aktuelle Inzidenzen siehe 1.3 . Die Deutsche Leberstiftung und ihre Partner fordern daher ein systematisches Screening auf Hepatitis. Vor allem sollen die Empfehlungen für eine Testung einfacher werden und die Erfassung von Risikogruppen wie Migranten, Gefängnisinsassen und Drogengebrauchern verbessert werden. Das 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 Berlin¹¹ fortgeführt (DAH 2010). Ca. 10 % der in Berlin festgestellten HIV-Infektionen waren im Rahmen des Schnelltestprojekts diagnostiziert worden (aerzteblatt.de 2013). Im Rahmen der kürzlich abgeschlossenen DRUCK-Studie des RKI wurde Studienteilnehmern ein HIV-Schnelltest angeboten. Dieses Angebot wurde je nach Studienstadt von 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 (RKI 2015).

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). Für aktuelle Entwicklungen in der Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten siehe 3.3.5.

Naloxon-Take-Home-Programme

Der Opiatantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien sicher angewendet werden und Leben retten. Während Naloxon-Programme noch nicht als großflächig etablierter Bestandteil der Schadensminderung in Deutschland bezeichnet werden können, finden aktuell einige Entwicklungen in diesem Bereich statt, die unter 3.3.1 berichtet werden.

¹¹ www.testit.fixpunkt-berlin.de [letzter Zugriff: 26.08.2016].

1.5.4 Kontextinformationen zur Routineevaluation von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.4)

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 Evaluationen einzelner Projekte siehe 1.5.3.

1.5.5 Zusätzliche Informationen zu Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.5.5)

Es liegen zurzeit keine zusätzlichen Informationen zu diesem Themenbereich vor.

1.6 Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.6)

1.6.1 Spezielle Maßnahmen für andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen (T1.6.1)

Es liegen zurzeit keine Informationen zu diesem Themenbereich vor.

1.7 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.7)

1.7.1 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung (T1.7.1)

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.

2 Trends (T2)

2.1 Kurzzeit-Trends von gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums und Angeboten zur Schadensminderung (T2.1)

2.1.1 Trends bei Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen

Die Langzeitverläufe der Gesamtanzahlen der Drogentoten in Deutschland sind für beide Erfassungssysteme in den letzten 10 Jahren sehr ähnlich. Zwischen 2008 und 2012 sank in beiden Systemen die Zahl der Drogentoten deutlich; seit 2012 steigen die Zahlen hingegen wieder an. Es fällt auf, dass die Trends der letzten Jahre in den polizeilichen Daten steiler ausfallen als in den Daten des allgemeinen Sterberegisters (siehe Abbildung 1). Für letzteres liegen die Daten für 2015 jedoch noch nicht vor, sodass abzuwarten bleibt, ob hier ein ähnlich heftiger Anstieg wie in den BKA-Daten (+ 15,8 % im Vergleich zum Vorjahr) registriert werden wird.

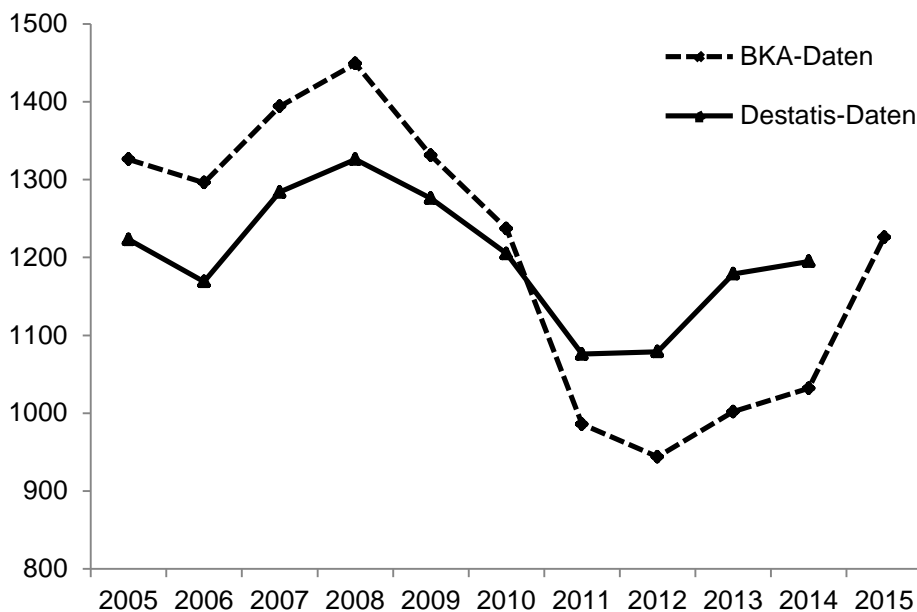
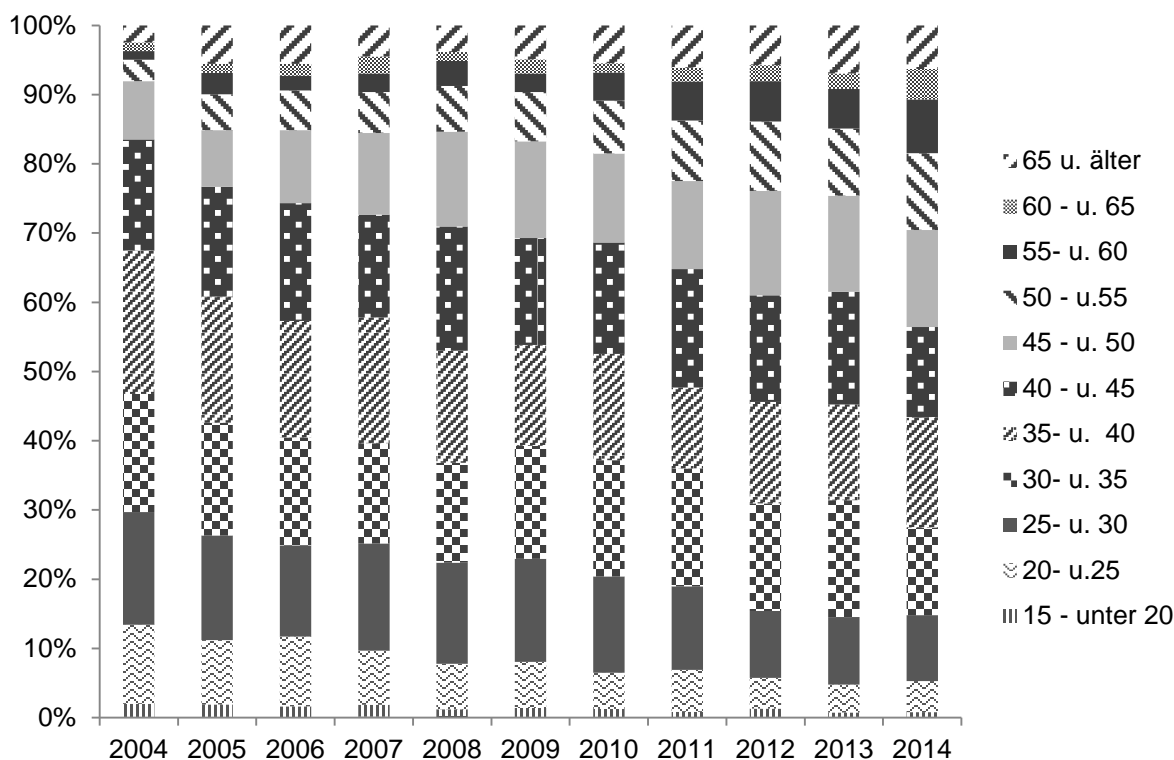


Abbildung 1 Trends der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis-Daten

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister



Fälle unter 15 Jahre lagen nicht vor.

Abbildung 2 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen DeStatis 2004 bis 2014

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 3 Jahren nicht bzw. nicht mehr so deutlich wie in den vergangenen Jahren (siehe Abbildung 2). Beachtlich ist der weiter erheblich steigende Anteil der Drogentodesfälle, bei denen das Sterbealter über 50 Jahre beträgt, diese Altersgruppe machte 2013 noch 24,6 % aus, 2014 sind es 29,6 %. Es kann allerdings 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 miterfassen. Es gibt im Todesursachenregister des Statistischen Bundesamtes nach wie vor keinen Hinweis auf einen neuen Trend tödlicher Drogenintoxikationen bei den jüngsten Konsumenten harter Drogen - das Alterssegment der unter 25-jährigen zeigte 2014 mit 5,3% nur einen geringen Anstieg gegenüber dem in 2013 (4,7%) beobachteten niedrigsten Wert seit 1998.

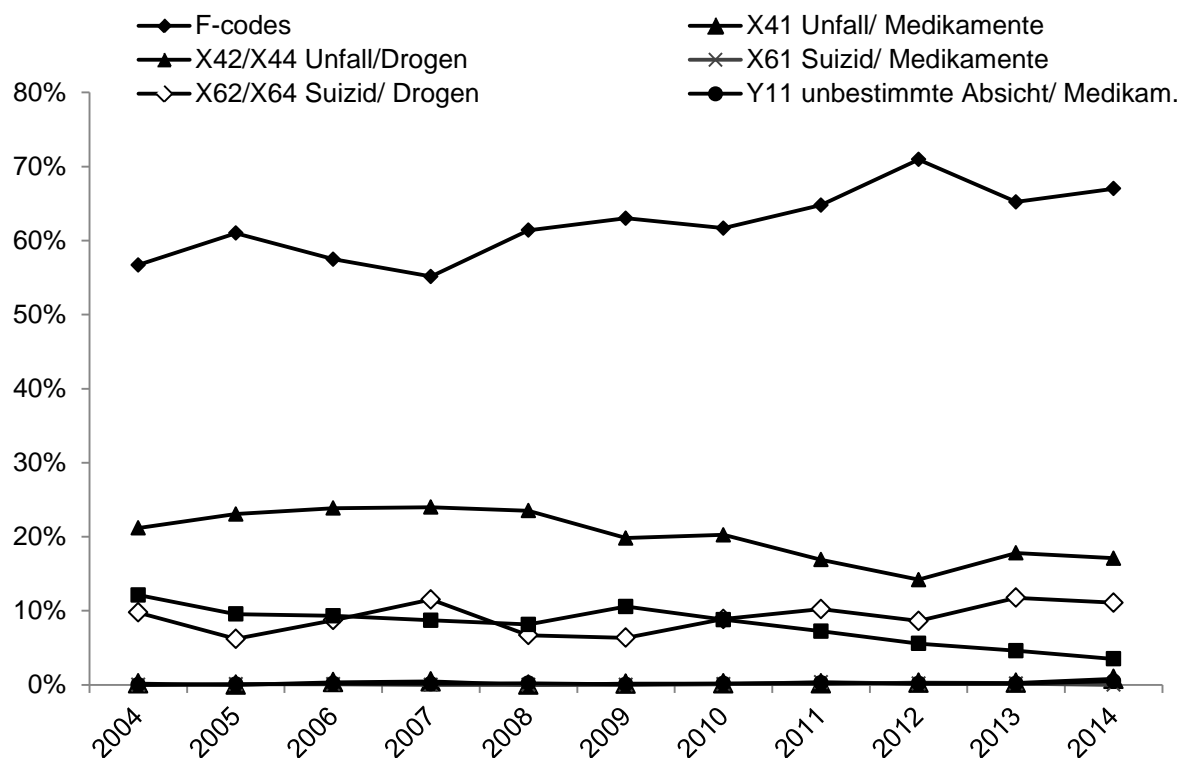


Abbildung 3 Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2004 bis 2013

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 Haupttodesursachen dar. 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 jedoch seit Jahren ansteigt und mittlerweile bei 22,3 % liegt (siehe Abbildung 4). 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.

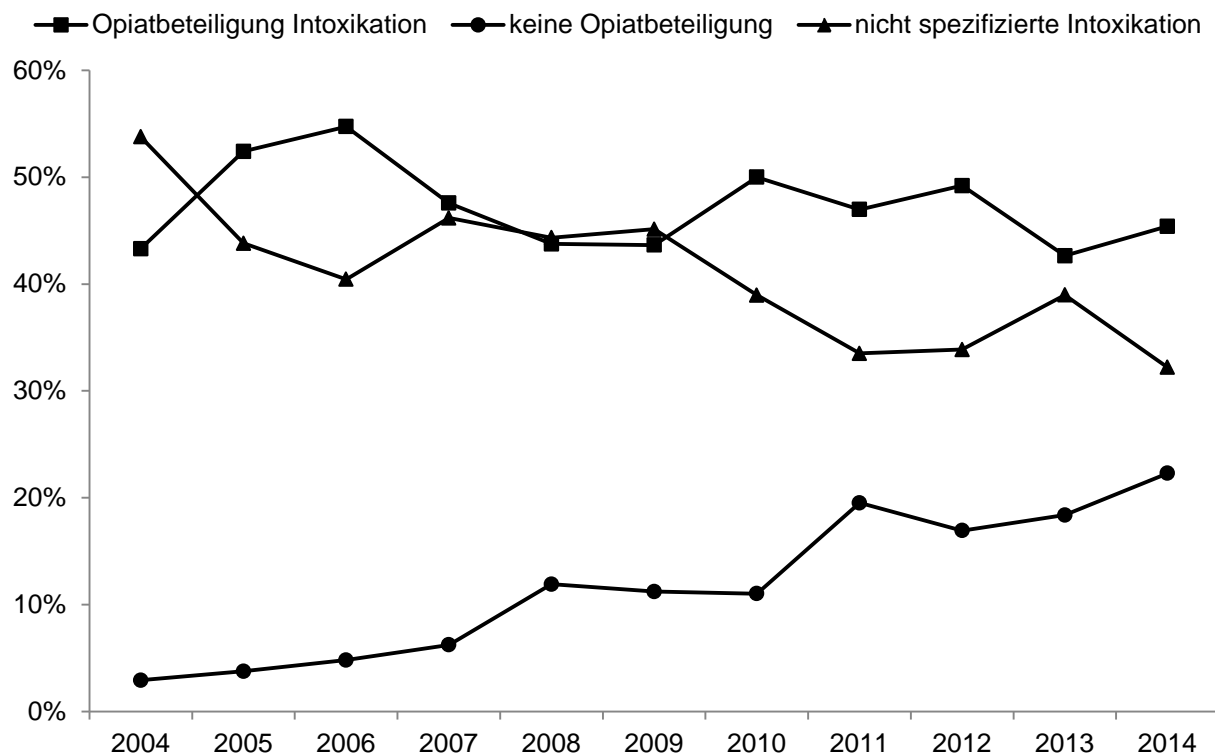
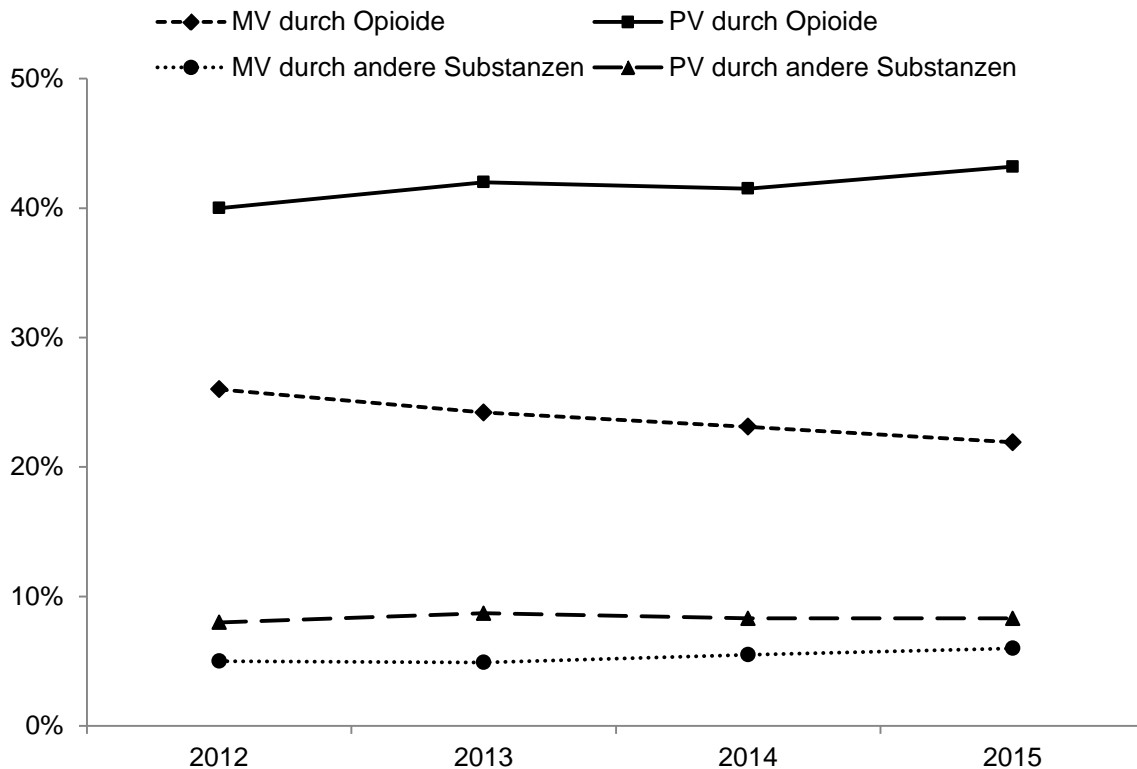


Abbildung 4 Opiatbezogene Intoxikationen bei DeStatis-Drogentodesfällen 2004 bis 2014 (ICD X/Y-Kodierung)

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. Insgesamt zeigt sich in den polizeilichen Daten seit 2012 ein recht stabiler Verlauf (siehe Abbildung 5). Polyvalente Vergiftungen durch Opioide sind in den letzten vier Jahren von 40 % auf 43 % leicht, aber kontinuierlich angestiegen, der Anteil monovalenter Opioidvergiftungen ist hingegen minimal aber ebenfalls kontinuierlich von 26 % auf 22 % gesunken. Mono- wie auch polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen machen in den letzten vier Jahren stabil 5 – 6 % bzw. 8 – 9 % aus; hier ist aktuell kein Trend hin zu häufigeren Vergiftungen durch diese Substanzen erkennbar.



MV = monovalente Vergiftung, PV = polyvalente Vergiftung

Abbildung 5 Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2015

2.1.2 Trends in den Prävalenzen und Meldungen von Infektionen

Übermittelte HIV-Neudiagnosen bei Drogenkonsumenten

Im Jahr 2015 wurden dem RKI 3.674 HIV-Infektionen gemeldet. Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen ist damit gegenüber dem Jahr 2014 (3.500) um 5,0 % angestiegen. Die Zahl der in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen ist dabei leicht zurückgegangen, während die Zahl der wahrscheinlich im Ausland erworbenen HIV-Infektionen zugenommen hat.

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 kontinuierlich angestiegen (von 80 auf 134 im Jahr 2015). Die Zunahme erfolgte vor allem in der Altersgruppe 30-39 Jahre (von 32 in 2012 auf 63 im Jahr 2015 – siehe Abbildung 6).

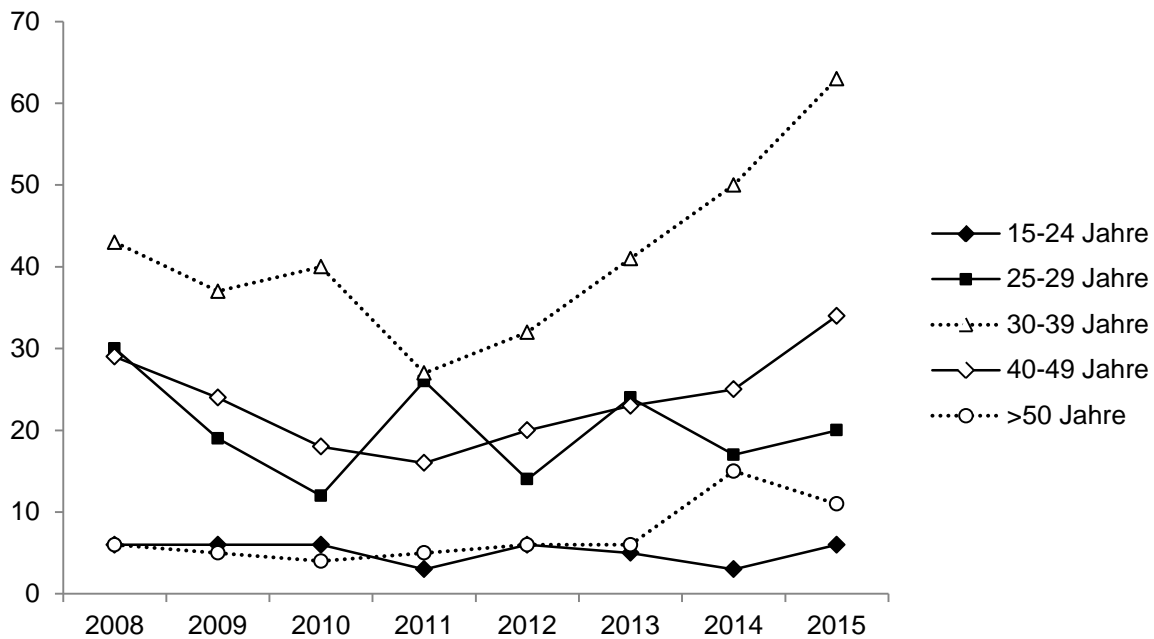


Abbildung 6 HIV-Neudiagnosen bei IVD nach Altersgruppen 2008 bis 2015

Schlüsselt man die durch i.v.-Drogenkonsum erworbenen Infektionen nach angegebener Infektionsregion auf, steigt die Zahl der in Deutschland erworbenen Infektionen seit 2012 wieder an (von 44 auf 73), nachdem die Zahl in den Jahren davor kontinuierlich zurückgegangen war. Im selben Zeitraum (2012 / 2013) gibt es auch kleine Peaks bei den in Osteuropa und Zentraleuropa (Ausbruchsgeschehen in Rumänien / Bulgarien) erworbenen Infektionen (siehe Abbildung 7). Ob das Infektionsgeschehen bei Drogengebrauchenden in Deutschland durch frisch importierte Infektionen angeheizt wird, was bedeuten würde, dass sich neue Subtypen stärker ausbreiten, oder ob es unabhängig vom Migrationsgeschehen durch andere Faktoren (neue Drogen, häufigere Injektionen) zu einem Anstieg von Neuinfektionen kommt, was sich auf die Subtypenverteilung eher weniger auswirken würde, kann derzeit noch nicht beurteilt werden. Wenn man sich die Entwicklung nach Bundesländern betrachtet, scheint es Indizien für beide Erklärungsvarianten zu geben, wobei die Zahlen allerdings so klein werden, dass keine gesicherten Aussagen möglich sind.

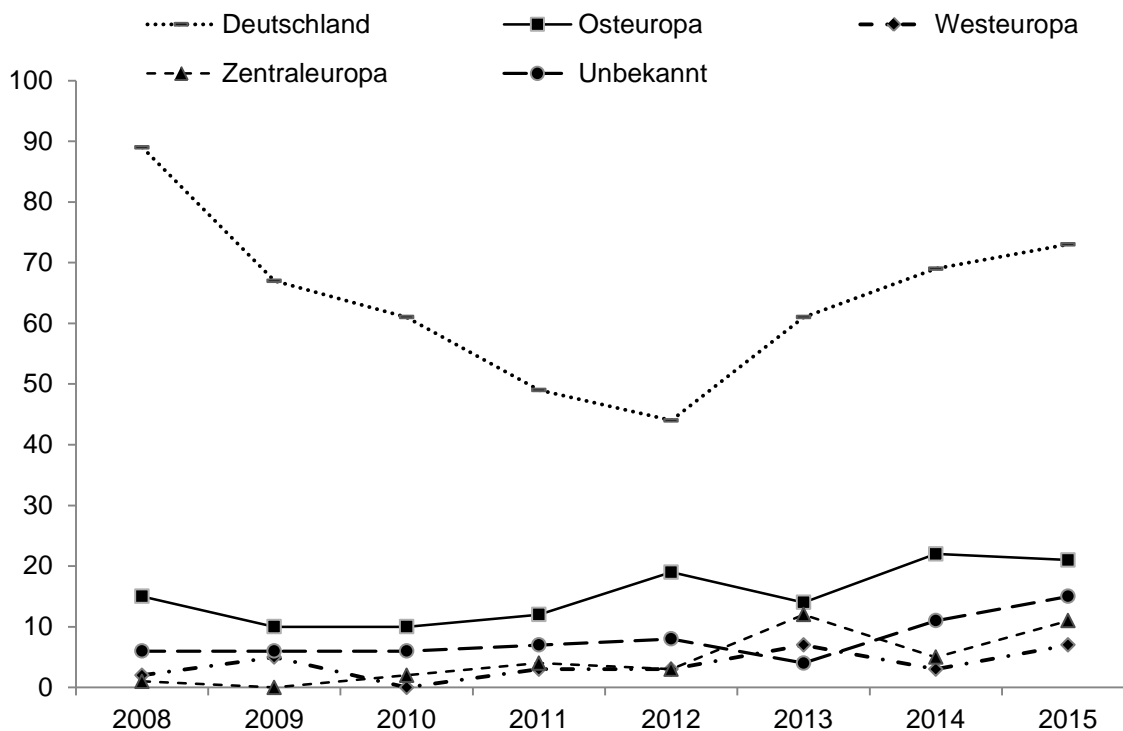


Abbildung 7 HIV-Neudiagnosen bei IVD nach Infektionsregion

Übermittelte HBV-Neudiagnosen

Zwischen 2001 und 2009 wurde ein Rückgang der übermittelten akuten 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 stagniert mit geringen Schwankungen seit 2009.

Mit Änderung der Fall- und Referenzdefinition im Jahr 2015 (siehe 6.2.2) ist eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 3.783 Hepatitis-B-Virus-Infektionen übermittelt, und damit 1.395 Fälle mehr als im Vorjahr. Von den übermittelten Fällen entsprachen 1.907 Fälle (50%), 1.152 mehr als im Vorjahr, der Referenzdefinition.

Dabei ist in Bundesländern mit besonders hoher Inzidenz eine frühzeitige Umsetzung der neuen Falldefinition erfolgt. Wenngleich ein Anstieg durch zusätzliche Zählung von Infizierten ohne oder mit unklarer klinischer Symptomatik vorab antizipiert wurde, sind weitere Einflussgrößen in die Überlegungen einzubeziehen. Es ist nicht genau quantifizierbar, in welchem Umfang der Anstieg der Änderung der Falldefinition dem vermehrten Testen von z.B. Asylsuchenden, die häufig aus Regionen mit hoher Hepatitis-B-Prävalenz migrieren, oder einem tatsächlichen Anstieg zuzuschreiben ist. Insbesondere in der Subgruppe der Asylsuchenden ist auf Grund des fehlenden festen Wohnorts mit Doppelmeldungen zu rechnen. Es ist möglich, dass zudem nicht nur akute Fälle, sondern auch chronische Fälle in die Statistik mit einfließen, da die Labordiagnostik eine solche Differenzierung nicht immer

zulässt. Der zeitliche Verlauf der nächsten Jahre wird die Interpretierbarkeit der Meldedaten erhöhen, da die Vergleichbarkeit bei einheitlichen Kriterien von Fall- und Referenzdefinitionen dann wiederhergestellt ist.

Ähnlich den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen, mit jeweiligem Inzidenzgipfel im jüngeren Erwachsenenalter, wobei sich die Altersverteilung der Männer im Vergleich zum Vorjahr hin zu noch jüngeren Erwachsenen und Jugendlichen deutlich verschob. Demgegenüber blieb die Altersverteilung der Frauen ähnlich. Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der veränderten Erfassung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen nur mit den 4 Vorjahren vergleichbar. Die Inzidenzgipfel und angegebenen Expositionen deuten an, dass die sexuelle Übertragung wie in den Vorjahren den bedeutsamsten Transmissionsweg darstellt. Der aktuelle Häufigkeitsgipfel bei den 15- bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen weist zudem auf eine unzureichende Umsetzung der Hepatitis-B-Impfempfehlung für Säuglinge samt Nachholimpfung für Jugendliche bis 18 Jahren hin.

Übermittelte HCV-Neudiagnosen

Die Inzidenz übermittelter Hepatitis-C-Erstdiagnosen ist 2015 im Vergleich zum Vorjahr deutlich abgefallen. Dabei muss jedoch der Wegfall der bisher übermittlungspflichtigen Fälle mit indirektem Erregernachweis im Rahmen der Änderung der Falldefinition zum 01.01.2015 (siehe auch 6.2.2) sowie der Anteil von Fällen mit fehlenden Angaben zum Labornachweis in den Vorjahren berücksichtigt werden.

Die absolute Zahl von Fällen, die am wahrscheinlichsten durch injizierenden Drogengebrauch übertragen wurden, sank von 2004 bis 2011 kontinuierlich und steigt seitdem wieder geringfügig an bzw. schwankt (siehe Abbildung 8). Im Jahr 2015 wurde erstmals ein Abfall der Fallzahlen für diesen Übertragungsweg sowie auch der Inzidenz übermittelter Erstdiagnosen im Vergleich zum Vorjahr beobachtet. Ein Grund dafür kann sein, dass nach alter Falldefinition häufig auch bereits ausgeheilte Infektionen übermittelt wurden, die die neue Falldefinition nicht erfüllen. Andererseits kann es sein, dass Drogengebrauchende zwar regelmäßig auf HCV-Antikörper gescreent werden, jedoch möglicherweise nicht einer weiterführenden Diagnostik zugeführt werden.

Seit 2003 ist Berlin das Bundesland mit der höchsten Inzidenz von erstdiagnostizierten Fällen. Mögliche Ursachen sind neben der vollständigeren Meldung und Übermittlung erstdiagnostizierter, teilweise bereits seit längerer Zeit infizierter (chronischer) Fälle, vor allem der in großstädtischen Ballungszentren überdurchschnittlich hohe Anteil von Personen, die Risikogruppen angehören, wie i.v.-Drogenkonsumierenden und Männer die Sex mit Männern haben. Injizierende Drogengebrauchende sind wie in den vergangenen Jahren 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 höchste Priorität zukommen.

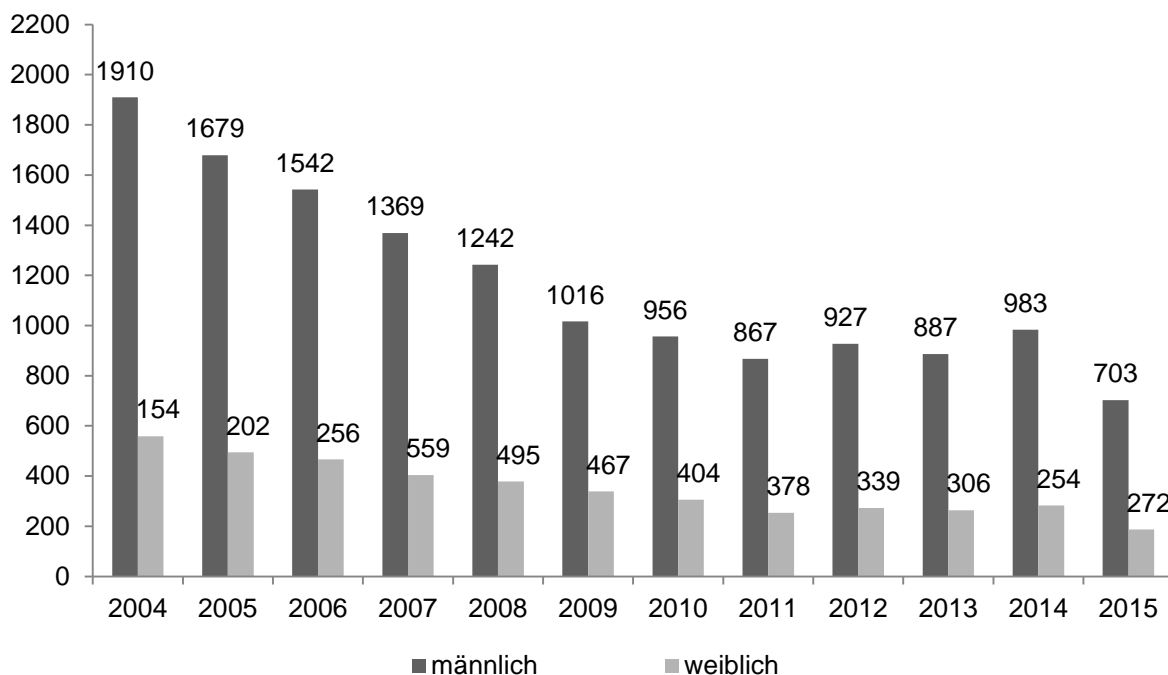
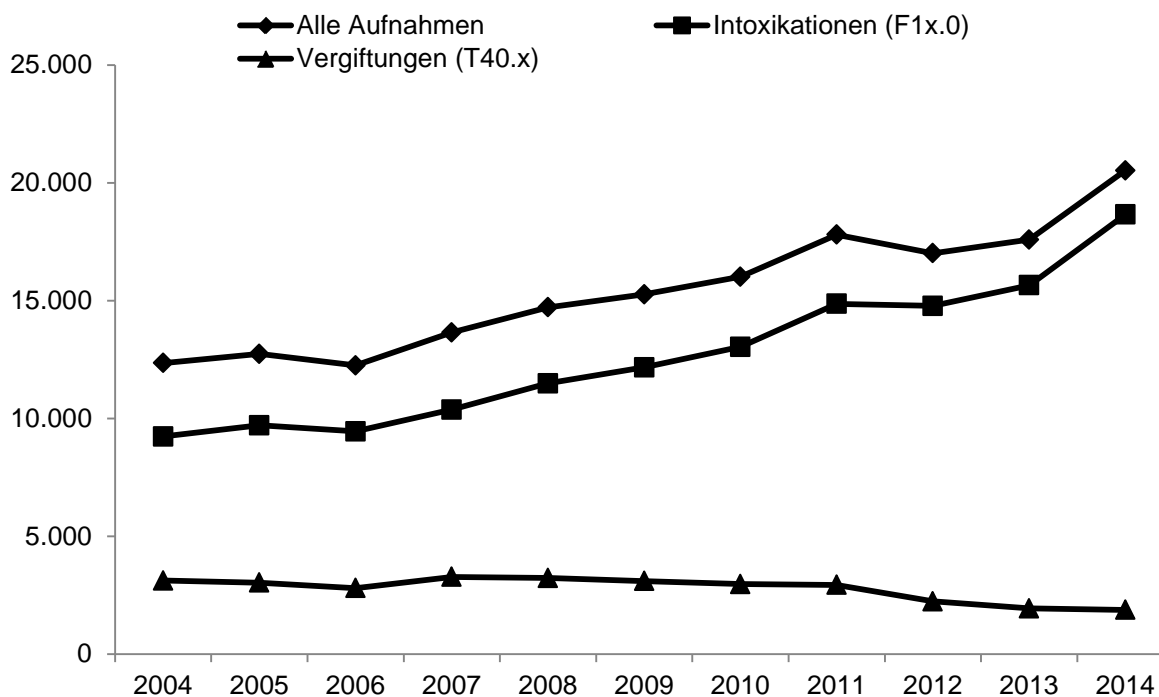


Abbildung 8 Zahl der übermittelten HCV-Erstdiagnosen mit Angabe von IVD nach Geschlecht, Deutschland, 2004 bis 2015

2.1.3 Drogenbezogene nicht-tödliche 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).

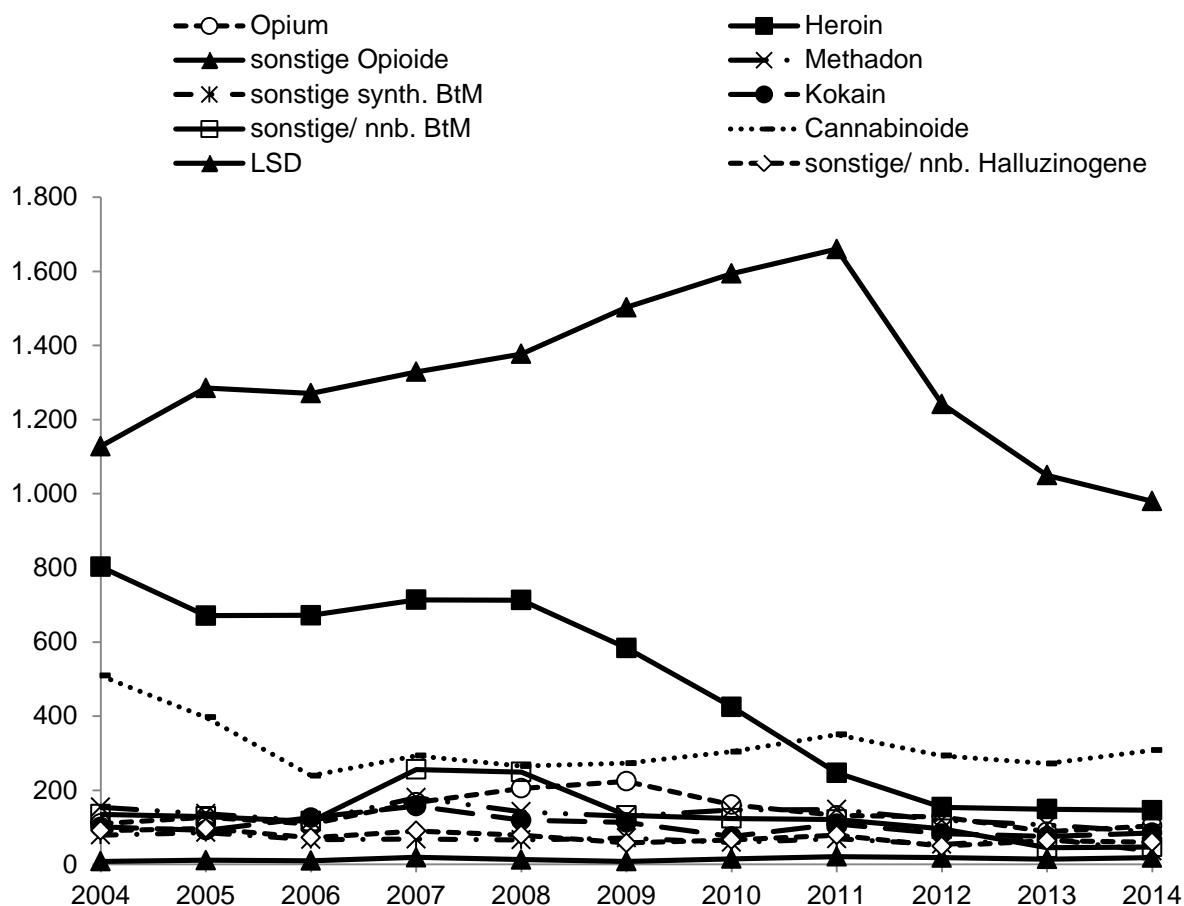


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 9 Trend stationär aufgenommenen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Insgesamt zeigt sich zwischen 2004 und 2014 ein kontinuierlicher Anstieg der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle von 12.348 Aufnahmen 2004 zu 20.525 Aufnahmen 2014. Dieser Anstieg wird durch den Anstieg der kodierten akuten Intoxikationsfälle bedingt. Die Anzahl der Vergiftungsfälle, die bereits 2004 schon auf deutlich niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten 11 Jahren weiter gesunken. Es bleibt unklar, ob dies durch die Kodiergewohnheiten erklärbar ist, oder ob tatsächlich weniger Vergiftungsfälle und mehr Intoxikationsfälle aufgenommen wurden (siehe Abbildung 9).

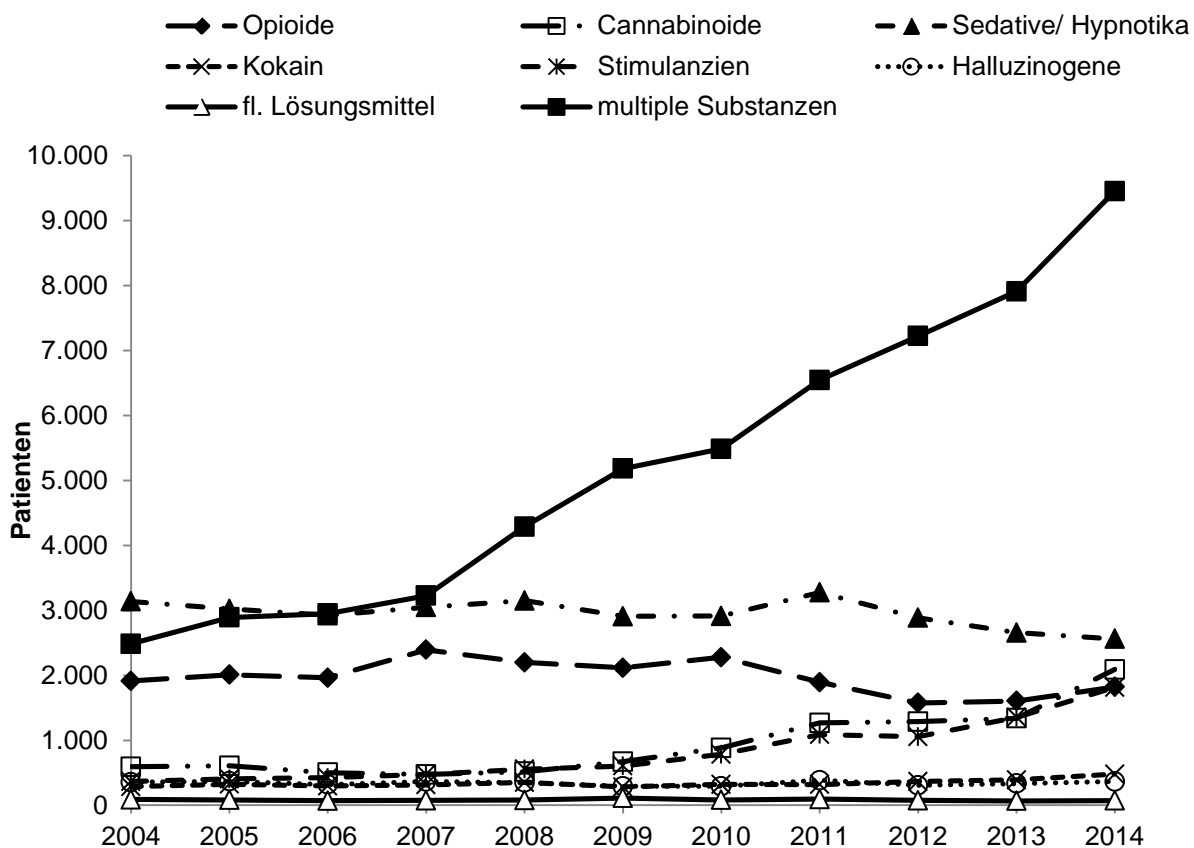
Innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen überwiegt bei den stationär aufgenommenen Vergiftungen in den letzten 11 Jahren deutlich die Vergiftung durch „andere Opioide“ (T40.2) (siehe Abbildung 10). Nach einem deutlichen Anstieg zwischen 2004 (1.128 Fälle) und 2011 (1.660 Fälle) gingen die Zahlen seitdem wieder deutlich zurück (2014: 980 Fälle). Vergiftungen durch Heroin (T40.1) waren lange Zeit die zweithäufigste Diagnose in dieser Gruppe, sind aber seit 2004 fast konstant gesunken und machen nur noch einen relativ geringen Anteil der Vergiftungen aus (2014: 146 Fälle). Seit 2011 sind Vergiftungen durch Cannabinoide (T40.7) damit nach Vergiftungen durch Opioide die zweithäufigste kodierte Ursache für Aufnahmen in Krankenhäusern. Allerdings stellt sich der Trend nach einem deutlichen Rückgang zwischen 2004 und 2006 in den letzten Jahren recht stabil dar und befindet sich mit 308 Fällen im Jahr 2014 auf wesentlich niedrigerem Niveau als Vergiftungen durch Opioide. Alle anderen Substanzen spielen nur eine untergeordnete Rolle.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 10 Trend der Kodierung stationär aufgenommener 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) (s. Abbildung 11). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür haben sich zwischen 2004 (2.485 Fälle) und 2014 (9.451 Fälle) fast vervierfacht. Die zweithäufigste Kodierung ist die akute Intoxikation durch Sedativa / Hypnotika. Über die letzten Jahre ist hier insgesamt ein leichter Rückgang der Zahlen erkennbar (2004: 3.138 Fälle, 2014: 2.561 Fälle). Intoxikationen durch Opiode befinden sich nach einem kurzfristigen Anstieg Mitte der 2000er inzwischen wieder unter dem Niveau von 2004, sind jedoch von 2013 auf 2014 leicht angestiegen. Kritischer ist die Entwicklung bei Intoxikationen durch Cannabinoide, die sich zwischen 2004 und 2014 mehr als verdreifacht haben (2004: 592 Fälle, 2014: 2.089 Fälle). Allein zwischen 2013 und 2014 ist hier ein Zuwachs von 56 % zu verzeichnen; Cannabinoide werden inzwischen häufiger als Ursache für akute Intoxikationen bei Krankenhausaufnahme diagnostiziert als Opiode. Auch die Intoxikationen durch Stimulanzien (exkl. Kokain), die sich seit 2004 fast verfünffacht haben (2004: 367 Fälle, 2014: 1.814) geben Anlass zur Besorgnis und sind inzwischen ebenso häufig wie Opiode der Grund für stationär aufgenommene Intoxikationen.

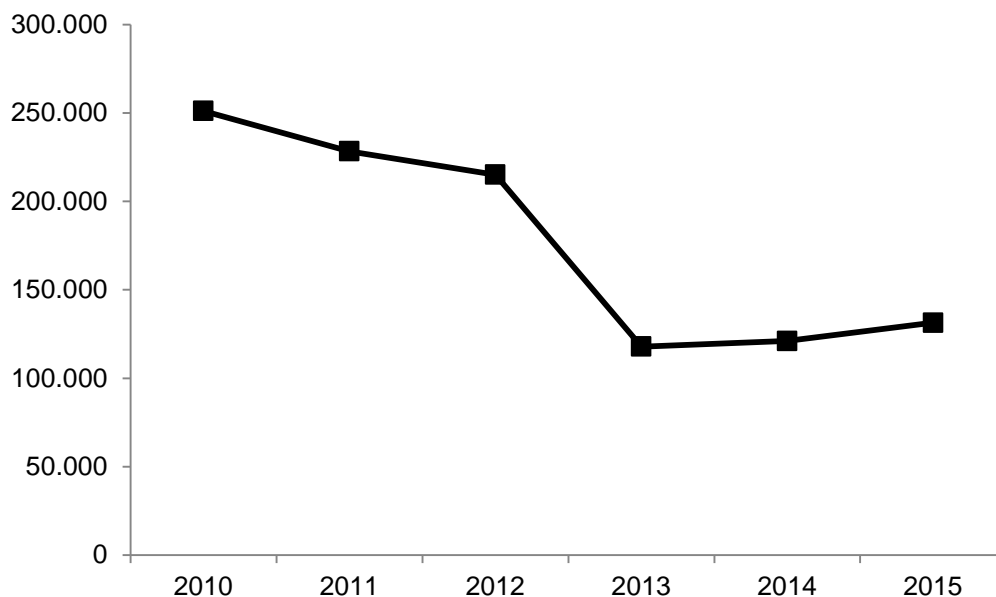


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 11 Trend der Kodierung stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)

2.1.4 Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: 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.

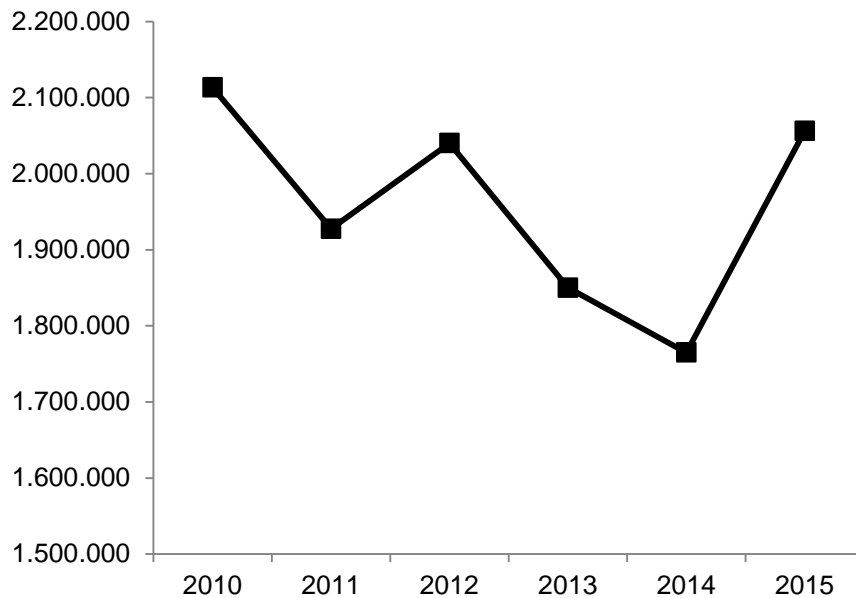


AIDS Hilfe NRW e.V. 2016

Abbildung 12 Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2015

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 12 und Abbildung 13). Dieser ist jedoch nicht durch eine starke Minderung des Bedarfs zu erklären, sondern damit, dass seit November 2012 ein abgegebenes Päckchen statt wie zuvor 2 Einmalspritzen und 2 Kanülen nur noch 1 Spritze, 1 Kanüle, 1 Filter und 1 Alkoholtupfer enthält. Darüber hinaus werden verstärkt Smoke-it-Sets abgegeben, ebenso berichten Drogenkonsumräumen 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 den Daten für NRW kann keine Aussage für bundesweite Trends in der Spritzenvergabe abgeleitet werden.

Für den aktuellen Stand von Angeboten zur Schadensminderung siehe 1.5.3, für neue Entwicklungen siehe 3.3.



AIDS Hilfe NRW e.V. 2016

Abbildung 13 Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2015

2.2 Langzeit-Trends gesundheitlicher Aspekte des Drogenkonsums und von Angeboten zur Schadensminderung (T2.2)

2.2.1 Drogenbezogene Todesfälle bei Erwachsenen

Siehe 2.1.1.

2.2.2 Prävalenzen und Meldungen von Infektionen

Siehe 2.1.2.

2.2.3 Drogenbezogene nicht-tödliche Todesfälle

Siehe 2.1.3.

2.2.4 Safer-Use-Angebote für i.V.-Drogenkonsumenten: Spritzenvergabe

Es liegen zurzeit keine Langzeitdaten zu Safer-Use-Angeboten vor.

2.3 Zusätzliche Informationen zu anderen gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums (T2.3)

Es liegen zurzeit keine zusätzlichen Informationen vor.

3 Neue Entwicklungen (T3)

3.1 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Todesfällen (T3.1)

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Todesfälle siehe Abschnitt 1.1.

3.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten (T3.2)

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3. Mit der Einführung neuer Medikamente haben sich die Erfolgchancen der Hepatitis-C-Behandlung auch für Drogenkonsumenten wesentlich verbessert; fraglich bleibt jedoch vor allem auf Grund der sehr hohen Medikamentenpreise, wie viele Patienten tatsächlich von den neuen Medikamenten profitieren werden. Für nähere Informationen zu den Entwicklungen der Hepatitis-C-Behandlung siehe 3.3.5.

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

3.3.1 Naloxon Take-Home-Programme

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2015 1.226 drogenbedingte Todesfälle. Von diesen waren wie in den letzten Jahren etwa zwei Drittel durch mono- oder polyvalente Opioidüberdosen bedingt (BKA 2016). Der Opiatantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien sicher angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen WHO, EBDD und BMG, Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioidkonsumenten konsumieren. Dies betrifft Opioidkonsumenten selbst, aber auch Freunde und Familie (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014; EBDD 2015; WHO 2014).

Trotz dieser Empfehlungen ist die Naloxon-Vergabe an Laien in Deutschland nur punktuell vorhanden. Sie wird durch rechtliche Probleme wie auch durch mangelnde Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden. Ungeachtet der schwierigen Rahmenbedingungen werden aktuell Projekte die Naloxon-Schulungen für Laien anbieten, neu implementiert bzw. bereits existente Projekte weiterentwickelt. Darüber hinaus engagieren sich NGOs dafür, die rechtliche Situation für Naloxonprogramme zu klären und zu verbessern, um Hindernisse für eine angemessene Versorgung abzubauen und so in Zukunft eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Berichte zu aktuellen Entwicklungen liegen aus Berlin, Frankfurt, NRW und München vor, zudem ist ein Forschungsprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung in Planung.

Alle Naloxon-Programme 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 Bedarf die Notfallkits ausgegeben, die neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien (Spritzen und Nasalapplikatoren) sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher enthalten.

Das Programm von Fixpunkt e.V. in Berlin ist das älteste Naloxonprogramm Deutschlands, es existiert seit 1998. Bereits im Jahr 2012 wurde hier ein Naloxon-Manual für den internen Gebrauch entwickelt, das neben rechtlichen und medizinischen Grundlagen auch konkrete Informationen für die Projektdurchführung (etwa Standards für Notfalltrainings, Interviewleitfäden, Dokumentation) sowie Beispiele aus der Praxis enthält. Im Jahr 2015 haben 45 Personen an einem Drogennotfalltraining teilgenommen und Naloxon erhalten. Zudem gab es von den Teilnehmern zwei Rückmeldungen, in denen Naloxon verabreicht wurde; in einem der Fälle wurde auch ein Notarzt gerufen. Im Jahr 2015 wurde das Drogennotfalltraining erstmalig als Kurzintervention auf der Szene im Konsumraummobil und in einer Kontaktstelle mit integriertem Drogenkonsumraum angeboten. Diese Trainings dauern nur ca. 15 - 20 Minuten und wurden für Einzelpersonen oder Kleingruppen bis maximal drei Teilnehmer gleichzeitig angeboten. 14 Personen nahmen an drei Einsätzen spontan im Mobil teil, sieben Personen nutzen das Training als Kurzintervention in der Kontaktstelle. Der erste Eindruck der Durchführenden ist positiv: es ist möglich, die wichtigsten Informationen in kurzer Zeit zu vermitteln. Mit diesem niedrigschwelligen und spontanen Angebot können auch Drogengebraucher erreicht werden, die sich für einen umfangreichen Kurs keine Zeit nehmen (können) (Fixpunkt e.V. 2016, persönliche Mitteilung).

In Frankfurt wurde 2014/2015 ein Naloxon-Projekt von der Integrativen Drogenhilfe durchgeführt. Das Projekt wurde wissenschaftlich durch das Institut für Suchtforschung Frankfurt begleitet. Wesentliche Erkenntnisse waren, dass immer noch sehr wenige Akteure (Drogenhilfeeinrichtungen, Ärzte etc.) über die Möglichkeit von Take-Home-Programmen informiert sind, aktuelle Studien zum Thema nicht bekannt sind und sich Mythen bezüglich der Vergabe durch Laien nach wie vor halten. Im Rahmen dieses Projekts wurde deshalb in Zusammenarbeit mit verschiedenen Experten ein Leitfaden für die Implementierung solcher Programme erstellt, der über Akzept e.V. bestellt werden kann (Institut für Suchtforschung Frankfurt 2016, persönliche Mitteilung).

In Köln ist vor kurzem ein weiteres Take-Home-Programm von VISION e.V. gestartet. An den Entwicklungen in Köln können die häufig berichteten Schwierigkeiten mit der Durchführung von Naloxon-Programmen illustriert werden: einen Arzt zu finden, der das Naloxon kontinuierlich und niedrigschwellig verschreibt stellt sich als ebenso problematisch dar wie die Finanzierung des Projekts, in dem weder Sach- noch Personalkosten dauerhaft gesichert sind. Dies behindert die Weiterverbreitung des Ansatzes, Naloxon für Laien abzugeben, erheblich. Nichtsdestotrotz finden die Durchführenden in Köln immer wieder Lösungen, so wurden bis August 2016 bereits etwa 60 Personen geschult und die ersten Anwendungsrückmeldungen sind bereits eingegangen (VISION e.V. 2016, persönliche Mitteilung).

JES NRW e.V. entwickelt außerdem zurzeit ein neues Konzept für niedrigschwellige Informationsveranstaltungen über Naloxon, gefördert durch das Landesministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGPEA). Hier wird – ähnlich wie seit Kurzem auch in Berlin – ein aufsuchender Ansatz verfolgt, d.h. dass die Informationen in

sehr kurzen Einheiten direkt in der offenen Straßenszene vermittelt werden sollen. Sofern ein Arzt anwesend ist, wird das Naloxon vor Ort verschrieben und mit Applikatoren für die nasale Anwendung und weiterem Zubehör in möglichst bruchsfester Verpackung ausgegeben. In Bochum hat die erste Schulung im August 2016 stattgefunden, eine Schulung in Wuppertal wird in Kürze erfolgen. Geplant ist, je Schulung etwa 40 bis 50 Personen zu erreichen. Ein Handbuch für die Schulungen wurde ebenfalls kürzlich erstellt und gedruckt. Neben der Informationsvermittlung und Naloxonvergabe verfolgt das Projekt auch die Zielsetzung, die Möglichkeiten von Selbsthilfeengagement insbesondere im Feld der Schadensminderung und Überlebenshilfe aufzuzeigen und damit bei den Konsumenten Interesse für ein Engagement bei JES zu wecken (JES NRW e.V. 2016, persönliche Mitteilung).

In München hat in diesem Jahr Condrops e.V. ebenfalls ein Naloxon Take-Home-Programm eingeführt. Bis Juli 2016 fanden vier Schulungen in zwei verschiedenen Kontaktläden statt, zwei weitere sind für den Herbst 2016 in Planung. Zukünftig will der Träger noch weitere Einrichtungen einbinden, um die Trainings möglichst niedrigschwellig für ein breites Klientel zugänglich zu machen. In den bisherigen vier Trainings wurden 47 Teilnehmer erreicht, von diesen wurde an 39 das Notfallkit ausgegeben. Für zukünftige Trainings wird eher eine kleinere Gruppengröße von maximal zehn Teilnehmern angestrebt, da sich kleinere Trainings als effektiver erwiesen haben. In München zeigt sich ähnlich wie in Köln, dass es problematisch ist, Ärzte für die Naloxonverschreibung zu gewinnen. Hier wird das Problem aktuell dadurch gelöst, dass zwei bereits berentete, aber nach wie vor approbierte Ärzte die Trainings ehrenamtlich begleiten und die Rezepte ausstellen. Im weiteren Verlauf sollen auch gezielt substituierende Ärzte angesprochen werden (Condrops e.V. 2016).

Auf politischer Ebene wurde in Bayern bereits Anfang 2016 eine Anhörung zur Vergabe von Naloxon an Laien im Gesundheitsausschuss des Landtages durchgeführt; eine weitere Anhörung findet im Oktober 2016 statt. Hier wird auch die Möglichkeit der Einführung eines Modellprojekts erörtert werden¹².

Die Deutsche Aidshilfe plant zurzeit außerdem ein Forschungsprojekt zur Vergabe von Naloxon vor der Haftentlassung. Mit einer modellhaften Intervention Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung soll geprüft werden, ob Schulungen zum Drogennotfall von Drogen gebrauchenden Gefangenen angenommen werden und ob Naloxon im Drogennotfall eingesetzt wird. In England und Schottland existieren Naloxon-Programme in Haft bereits und werden mit einigem Erfolg durchgeführt. Das deutsche Modellprojekt soll zwischen 2016 und 2018 durchgeführt und evaluiert werden, die Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde bereits begonnen (Dettmer & Knorr 2016).

¹² Der Fragenkatalog zur Anhörung ist online abrufbar unter https://www.bayern.landtag.de/fileadmin/Internet_Dokumente/Sonstiges_P/Anhoerung_Naloxon_Fragenkatalog.pdf [letzter Zugriff: 26.08.2016].

3.3.2 Die BIS 2030 Strategie zur Eindämmung von HIV, HBV und HCV

Mit Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016 liegt die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll (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 verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/BMG_BIS_2030_web.pdf (letzter Zugriff: 29.08.2016).

3.3.3 Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Schadensminderung und Bekämpfung von durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden aus der DRUCK-Studie

Aus den Ergebnissen der DRUCK-Studie (Beschreibung unter 6.2.3, Ergebnisse unter 1.3.3 sowie 1.3.4) leiten die Autorinnen und Autoren einige hoch relevante Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Schadensminderung in Deutschland ab (RKI 2016a).

Für die niedrigschwellige Drogenhilfe:

- HIV-Testangebote (z.B. HIV-Schnelltestung) und die Testung auf HCV (Antikörpertest und PCR) sollten als regelmäßiges Angebot implementiert werden.
- Die Testung zu Infektionskrankheiten sollte von qualifizierter Beratung zur Bedeutung des Testergebnisses begleitet werden.
- Es sollte ein regelmäßiges Schulungsangebot zur Qualifizierung von (nicht-medizinischem) Personal als (Test-)beratende in niedrigschwelligen Drogenhilfen implementiert werden.
- Es sollten gezielte Kurzberatungen insbesondere bei Wissenslücken zu Transmissionswegen, insbesondere zu HCV, zur HBV-Impfung und HIV-Behandlung und Postexpositionsprophylaxe implementiert werden.
- Die bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien (wie Spritzen, Nadeln, Filter, Löffel, Wasser zur Injektion) sollte flächendeckend implementiert werden.
- Es sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, HBV-Impfkampagnen oder regelmäßige Impfangebote auch niedrigschwellig zu implementieren, verbunden mit einer Beratung zur Impfung.

- Es sollten je nach lokalen Gegebenheiten Präventions-Angebote speziell für Frauen und ggf. für junge und neue IVD implementiert bzw. ausgebaut werden.

Für Substitutionseinrichtungen und Einrichtungen der Suchthilfe:

- Der regelmäßige Kontakt mit IVD sollte besser zur HBV-Impfung genutzt werden, begleitet von einer Beratung zur Sinnhaftigkeit der Impfung.
- Nach der letzten Boosterimpfung sollte entsprechend der STIKO-Empfehlungen der Impftiter gemessen und dokumentiert werden.
- Personen, die fortgesetzt Infektionsrisiken ausgesetzt sind und einer Testung bedürfen, sollten regelmäßig auf HIV (Antikörpertest) und HCV (Antikörpertest und PCR) getestet werden. Das schließt eine Beratung zur Bedeutung des Testergebnisses ein.
- Alle HIV- und HCV-Positiven sollten zur Prüfung einer Therapieindikation und Behandlung zu infektiologisch oder hepatologisch tätigen Ärzten und HIV-Schwerpunkteinrichtungen überwiesen werden.
- Substituierte sollten gezielt zur HBV-Impfung, zur HIV-PEP und zur Möglichkeit einer HCV-Übertragung durch das Teilen von Filtern, Löffeln, Wassergefäßen und Snief Röhrchen informiert werden.
- Das Suchtmedizinssystem sollte sich auf lokaler Ebene stärker mit niedrigschwelligem Setting und Infektiologie / HIV-Schwerpunkteinrichtungen / Hepatologie vernetzen.

Für Justizvollzugsanstalten und Einrichtungen des Jugend- und Maßregelvollzugs:

- Es sollte in diesen Einrichtungen flächendeckend ein HBV-Impfangebot, begleitet von einer Beratung zur Bedeutung der Impfung, implementiert werden.
- Vertrauliche und freiwillige Testung auf HCV sollte ebenso wie die Testung auf HIV allen Inhaftierten angeboten werden, begleitet von einem Beratungsgespräch zur Erläuterung des Testergebnisses und Möglichkeiten der Behandlung.
- Inhaftierte mit einer HIV- oder HCV-Infektion sollten der Behandlung zugeführt werden.
- Inhaftierten IVD sollte der Zugang zu evidenzbasierten Maßnahmen der Prävention von HBV, HCV und HIV gewährt werden. Dazu sollte der Zugang zu einer ausreichend dosierten Opioidsubstitutionstherapie, zu Kondomen und Konsumutensilien verbessert werden.
- Das Übergangsmanagement sollte hinsichtlich der Prävention von *Unsafe use* verbessert werden.

Für die Ärzteschaft:

- Die Ärzteschaft (Allgemeinärzte, Gynäkologen, Internisten, Infektiologen) insgesamt und die Suchtärzteschaft im Besonderen, sollte darüber informiert werden, dass Ärzte für IVD die wichtigste Informationsquelle zu HBV, HCV und HIV darstellen.
- Die Ärzteschaft sollte über das Ausmaß und Art der Wissenslücken von IVD zu HBV, HCV und HIV informiert werden.
- Die Ärzteschaft sollte die HBV-Indikationsimpfung bei den von der STIKO empfohlenen Gruppen (Drogengebrauchende, Inhaftierte, HIV-Infizierte, HCV-Infizierte) besser umsetzen.
- Alle Ärzte inkl. Suchtärzte, Ärzte in Rettungsstellen und im Krankenhaus, Allgemeinärzte und Hausärzte, die Testungen auf Infektionskrankheiten bei IVD durchführen, sollen dies mit einer ausführlichen Erläuterung des Testergebnisses verknüpfen.
- Die Ärzteschaft sollte über den Verbesserungsbedarf der HCV- und HIV-Therapieraten von IVD informiert werden. Die Indikationsstellung und Durchführung der Therapie beider Infektionen soll leitliniengerecht erfolgen.

Für alle Akteure auf lokaler Ebene:

- Insbesondere Frauen, junge Drogengebrauchende unter 25 Jahren und Personen, die erst kürzlich ihren injizierenden Konsum begonnen haben, sollten auf lokaler Ebene gezielt für Maßnahmen der Prävention erreicht werden.
- Insgesamt ist zu empfehlen, dass sich vorhandene Strukturen auf lokaler Ebene (u.a. Drogenhilfe, Suchthilfe, Substitutionseinrichtungen, Infektiologie/ Hepatologie) besser vernetzen und zusammenarbeiten.

3.3.4 Entwicklung bundesweiter Standards zur Konsumutensilienvergabe: Initiativen zur Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Drogenarbeit

Die Empfehlungen der DRUCK-Studie und der BIS 2030-Strategie des BMGs (s.o.) geben dem Anliegen einer bedarfsbezogenen Vergabe von sterilen Drogenkonsumutensilien Rückenwind.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich zurzeit eine Expertengruppe aus Mitarbeitern der niedrigschwelligen Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet unter dem Dach der DAH mit bundesweiten Standards der Konsumutensilienvergabe.

Bei den Experten und Expertinnen besteht Übereinstimmung in folgenden Punkten:

- Notwendigkeit einer freien, bedarfsorientierten Vergabe
- Entkopplung von Vergabe und Entsorgung (Aufgabe des Konzepts „Tausch“)
- Erweitertes Sortiment bei der Vergabe von Drogenkonsumutensilien

- Qualifizierte Beratung der Drogenkonsumenten

Aus Sicht der Expert/innen aus der Praxis hat die Schulung von Mitarbeitern der Drogen- und Aidshilfe höchste Priorität. Diese sollte auf der Grundlage eines Fortbildungskonzepts (analog zu Motivational Interviewing oder Konsumkontrollprogrammen bzw. -reduktionsprogrammen wie KISS) erfolgen, das beispielsweise aus Basiskursen und Zertifikatskursen zur „qualifizierten Konsumutensilienvergabe“ bestehen könnte. Träger sollten proaktiv angesprochen werden, damit eine gute regionale Abdeckung erreicht werden kann. Die nationalen und internationalen Strategien (BIS 2030 und WHO 90-90-90) sollten der Aids- und Drogenhilfe zielgruppenadäquat (nicht-medizinische Fachkräfte und sucht(therapeutisch)-fokussierte Fachkräfte) und handlungsauffordernd bekannt gemacht werden, sodass Prävention, Zugang zur Diagnostik sowie Behandlung der Virushepatitis, HIV und anderer STIs gestärkt werden.

Ein Praxis-Handbuch analog zum „Hepatitis-Handbuch“ soll Standards, Methoden und Sortiments-Informationen zugänglich machen. Die notwendige Palette von Informations- und Interventionsmaterialien, die sich an Fachkräfte der Drogen- und Aidshilfe sowie an Drogengebrauchende richten, soll in einem Materialienkonzept aufgeführt werden. Poster und Flyer müssen dabei kultur- und szenesensibel gestaltet sein und ebenfalls in Fremdsprachen vorliegen. Benötigt werden zudem „Regel-Piktogramme“. Die Expertengruppe sieht darüber hinaus Bedarf für einen in Deutschland angesiedelten Versandhandel für Konsumutensilien in kleineren Mengen. Die erarbeiteten Vorschläge für bundesweite Standards sollen bis Anfang 2017 der breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt werden.

3.3.5 Neue Chancen in der Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

Bereits im REITOX-Bericht 2013 berichtete die DBDD von der Forderung der Deutschen Leberstiftung, des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ sowie der Deutschen Leberhilfe e.V., eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland einzusetzen (Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch" et al. 2013; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013). Die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung (BMG & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2016) kann als eine solche Strategie gelten; eine erfolgreiche Umsetzung würde die Lage von injizierenden Drogengebrauchern wesentlich verbessern. Der jährlich am 28. Juli stattfindende Welt-Hepatitis-Tag soll Aufmerksamkeit für das Thema Virus-Hepatitis erwecken. In diesem Jahr stand der Start der WHO-Kampagne „NOhep“ im Fokus, mit dem Ziel, Hepatitis B und C bis zum Jahr 2030 weltweit zu eliminieren.

Mehrere neu zugelassene Medikamente erhöhen die Heilungschancen einer HCV-Infektion deutlich und zeigen ein wesentlich besseres Nebenwirkungsprofil, sodass die unter Drogenkonsumierenden sehr weit verbreitete Infektion nun deutlich besser behandelbar ist als noch vor wenigen Jahren. Doch obwohl Drogenkonsumierende in Deutschland die größte Gruppe der mit Hepatitis C Infizierten darstellen, werden sie aktuell in sehr viel geringerem Umfang behandelt als Infizierte mit einem anderen Übertragungsweg, was mitunter an einer

in der Ärzteschaft verbreiteten ablehnenden Haltung gegenüber dieser Klientel liegt (Gölz 2014). Auch der extrem hohe Preis der neuen Medikamente ist problematisch und wird von vielen Behandlern und der Fachöffentlichkeit vehement kritisiert. In einer aktuellen 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 noch keine verlässlichen Daten dazu, wie viele Drogen konsumierende oder substituierte Patienten Zugang zu dieser neuen, teuren Therapiemöglichkeit erhalten.

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 erste Studien und Berichte, die belegen, 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).

Die ECHO Studie (Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus-Infektion bei Opioidsubstituierten) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) untersuchte im Zeitraum November 2013 bis Dezember 2015 die Lage zu Hepatitis C unter substituierten Opioidabhängigen; erste Ergebnisse werden in Kürze erwartet. Ziel der Studie ist es, anhand einer repräsentativen Stichprobe von ca. 200 ambulanten Substitutionseinrichtungen mit ca. 2500 Patienten die aktuelle HCV-Prävalenz und Inzidenz in der Opioidsubstitution zu erfassen. Zudem sollen Einflussfaktoren für Therapieinitiierung und Serokonversion beschrieben werden. Dazu sollen sowohl patientenbezogene Daten aus der Regelversorgung als auch aus Patientenfragebögen erfasst werden, um folgende Fragestellungen zu beantworten (ZIS Hamburg 2014):

- Wie ist der aktuelle HCV-Status (Prävalenz) von Opiatabhängigen in Substitutionstherapie?
- Welche Einflussfaktoren sind mit einer Therapieinitiierung verbunden? Welche Faktoren stehen einer Therapieinitiierung entgegen?
- Wie hoch ist die HCV-Inzidenz bei Opiatabhängigen in Substitutionstherapie?
- Welche Einflussfaktoren sind mit einer Serokonversion während der Opioidsubstitution verbunden?

3.3.6 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 des letzten Jahres wird aktuell deutschlandweit besonders das Erreichen von Flüchtlingen diskutiert, das aus sprachlichen, kulturellen, aber auch ganz praktischen Gründen wie dem unklaren Aufenthaltsstatus und Wohnort vieler Flüchtlinge deutlich erschwert ist. Da es viele unterschiedliche Projekte von unterschiedlichsten Trägern gibt, ist eine erschöpfende Aufzählung kaum möglich. Um einen Einblick in die Vielfältigkeit der zu erreichenden Zielgruppen zu geben, werden in diesem Jahr exemplarisch neue Schwerpunkte und Herausforderungen aus der niedrigschwelligen Drogenarbeit von Fixpunkt e.V. (Berlin) berichtet:

- Geflüchtete erreichen. Hier plant Fixpunkt e.V. eine fluchtspezifische Erweiterung bereits vorhandener Programme zur Schadensminderung, um sprach-, kultur- und bildungssensibel aufklären zu können. Als Themen kommt das gesamte Spektrum der Schadensminderung in Frage, da hier häufig extrem wenig Wissen und Kompetenzen vorhanden sind (u. a. zu Konsumtechniken, Hygiene, Entsorgung). In diesem Zusammenhang werden zukünftig auch Informationen über das Auftreten von Ko-Infektionen mit offener Tuberkulose und chronischer HBV eine größere Rolle spielen als bislang, da in dieser Population deutlich mehr Personen mit Tuberkulose zu finden sind. Bereits jetzt sind hier einige konkrete Projekte zu nennen:
 - Gesundheitsbezogene Sozialarbeit und medizinische Basisversorgung überwiegend mit westafrikanischen Männern im Görlitzer Park¹³
 - Die seit Juli 2016 laufende, zunächst auf 2016 befristete fluchtspezifische Erweiterung der Fixpunkt-Projekte „Test it“. Dies ist ein niedrigschwelliges, anonymes HIV/HCV-Testangebot für Geflüchtete mit einem Schwerpunkt bei drogeninjizierenden Geflüchteten und Menschen aus Subsahara-Afrika.
 - Im Projekt „Mobilix“ werden Infektionsschutz und weitere schadensreduzierende Maßnahmen mit Schwerpunkt auf konsumierende Geflüchtete aus Afghanistan, Iran, Irak und Pakistan, aber auch aus arabischsprachigen Regionen und Ländern wie Maghreb und Syrien angeboten.
- Gemeinwesenbezogene Arbeit mit Drogengefährdeten und –konsumierenden im öffentlichen Raum. An besonders stark belasteten öffentlichen Orten wird hier an der Schnittstelle zwischen Drogenaufklärung, Suchtprävention, Schadensminderung (Infektionsschutz, Gesundheitsförderung), Kriminalitätsprävention und Reduzierung von Nutzungskonflikten des öffentlichen Raumes gearbeitet. Das Thema erhält zunehmende Bedeutung auch durch die Zunahme von Geflüchteten, die sich mangels adäquater Integration und schlechter Wohnverhältnisse im öffentlichen Raum aufhalten (müssen).

¹³ Siehe <http://fixpunkt-berlin.de/index.php?id=sani> [letzter Zugriff: 25.08.2016]; mit Bezug auf das „Integrierte Handlungskonzept Görlitzer Park“; veröffentlicht am 18. Juni 2016 (Download über <https://www.berlin.de/ba-friedrichshain-kreuzberg/politik-und-verwaltung/aemter/strassen-und-gruenflaechenamt/artikel.489683.php>; [letzter Zugriff: 25.08.2016].

Als „Drogengefährdete“ zählen nach diesem Ansatz nicht nur Konsumierende, sondern auch Menschen, die in den Drogenhandel einsteigen bzw. darin involviert sind, wenn dies der „Armutbeschaffungskriminalität“ (Lebensgrundlage, Finanzierung des eigenen Konsums) zuzuordnen ist. Auch kommunale Entsorgungskonzepte für Konsumabfall (Spritzen etc.) spielen hier eine zunehmende Rolle; hierunter fallen ganz konkret die Installation von Entsorgungsbehältnissen im öffentlichen Raum und die Aufklärung der Bevölkerung, aber auch ein besser abgestimmtes Handeln verschiedener Verwaltungen, Ordnungsbehörden und der sozialen Arbeit.

- Slam-Praktizierende¹⁴ erreichen. Wichtige Themen sind hier, den Betroffenen den Zugang zu adäquaten Materialien und Informationen zu infektionsschützenden und risikoreduzierenden Konsumtechniken zu erleichtern. Es wird angestrebt, in Zusammenarbeit mit den in der schwulen Szene bereits existenten Organisationen eine größere Sensibilisierung zu erreichen und ideologie- und tabufrei über Maßnahmen der Schadensminderung zu sprechen.

Für die Zielgruppe von Männern die Sex mit Männern haben (MSM) stellt eine aktuelle Übersichtsarbeit große Datenlücken fest. Es existieren keine verlässlichen Zahlen darüber, wie viele behandlungsbedürftige drogenkonsumierende MSM es in Deutschland gibt; die meisten Forschungsergebnisse stammen aus dem europäischen Ausland (Deimel, D. et al. 2016a). In einer qualitativen Studie mit einer relativ kleinen Teilnehmeranzahl (N = 14) in Deutschland nannten die teilnehmenden MSM sehr unterschiedliche Motive für ihren Drogenkonsum und wiesen größtenteils viele Erfahrungen mit einer Vielzahl verschiedener Drogen auf. Elf von ihnen hatten unter dem Einfluss von Drogen Situationen mit erhöhtem Infektionsrisiko für HIV erlebt (Deimel, D. et al. 2016b).

Mit den besonderen Bedürfnissen für die niedrigschwellige Schadensreduktion in der Zielgruppe MSM befasste sich das in den Jahren 2015 und 2016 durchgeführte Modellprojekt „Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern“ (QUADROS). Das von der DAH in Kooperation mit sieben Partnerorganisationen in verschiedenen Städten durchgeführte Projekt verfolgte drei hauptsächliche Ziele: Erhöhung des Wissens zum Gebrauch von legalen wie illegalen Drogen unter MSM im Hinblick auf die Art der konsumierten Drogen und deren (Neben-) Wirkungen sowie die Konsumkontexte und –motivationen; Stärkung der Beratungs- und Verweisungskompetenzen in Schwulenberatungen, Präventionsprojekten sowie Aids- und Drogenhilfen und eine Analyse der aktuellen Versorgungsstrukturen und darauf basierende Identifikation von Leerstellen (Dichtl et al. 2016). Die Ergebnisse der Angebots- und Nachfragemappings führten zur Identifizierung gravierender Angebotslücken in der Unterstützung drogengebrauchender MSM. Nur in Köln und Berlin existieren überhaupt wenige spezifische Angebote in diesem Bereich, diese sind jedoch untereinander noch nicht ausreichend vernetzt um von einem integrierten Angebot zu sprechen. Es wurden

¹⁴ „Slamming“ bezeichnet den intravenösen Konsum verschiedener Drogen (üblicherweise z.B. Methamphetamin oder Mephedron) auf Sexpartys von Männern die Sex mit Männern (MSM) haben.

Empfehlungen erarbeitet, wie die lokalisierten Lücken in der Versorgungsstruktur drogengebrauchender MSM in Zukunft gefüllt werden können.

Zudem wurden zwei 3-tägige Trainings mit den Mitarbeitenden der beteiligten Partnerorganisationen durchgeführt in denen Grundlagen der Substanzkunde (u. a. Wirkungen, Wechselwirkungen, Safer Use) sowie Kenntnisse zu Konsumkontexten und -mustern drogengebrauchender MSM und Beratungskompetenzen vermittelt wurden. Mit diesem Wissen, der erfolgten Identifizierung von Good-Practice-Beispielen und den Ergebnissen des Mappings sollen die teilnehmenden Institutionen eigene Netzwerke und Kooperationen mit im Feld agierenden Akteuren bilden können. Zudem sollen sie erste Präventions-, Beratungs- oder Behandlungsansätze für die eigene Organisation entwickeln können und offensiv in der Zielgruppe schwuler Männer für neue Beratungs- und Informationsangebote werben.

Weiterhin wurden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der zukünftigen Prävention und Beratung von MSM im Kontext von Drogengebrauch und Sexualität erarbeitet, die z. T. im laufenden Haushalt des Fachbereichs HIV-/STI-Prävention MSM der Deutschen AIDS-Hilfe (aber auch auf der regionalen Ebene) umgesetzt werden können. Gewünscht wurde die Konzeptentwicklung und Umsetzung einer spezifischen Webseite, die den Drogenkonsum und Hilfsmöglichkeiten für drogengebrauchende MSM aufgreift. Es ist außerdem wünschenswert, das Beispiel einer angeleiteten Selbsthilfe für drogengebrauchende MSM (Schwulenberatung Berlin) in den Modellregionen anzubieten und wissenschaftlich begleiten zu lassen. Ein Kurzbericht wie auch der ausführliche Abschlussbericht sind online verfügbar¹⁵.

4 Zusatzinformationen (T4)

4.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

Aktuell liegen keine Daten aus zusätzlichen Informationsquellen vor.

4.2 Weitere Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums und Schadensminderung (T.4.2)

Aktuell liegen keine weiteren Informationen zu gesundheitlichen Begleiterscheinungen vor.

¹⁵ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/krankheitsvermeidung-und-bekaempfung/drogen-und-sucht/verbesserung-von-beratung-behandlung-und-therapie/quadros.html> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

5 Anmerkungen und Anfragen (T5)

5.1 Nicht-tödliche Notfälle oder Todesfälle in Verbindung mit Stimulanzen (T5.1)

Aus den Zahlen der jährlich erscheinenden Krankenhausdiagnosestatistiken des statistischen Bundesamts ist ein deutlicher Anstieg stationär aufgenommenener nicht-tödlicher Notfälle in Zusammenhang mit Stimulanzen erkennbar. Dabei sind Intoxikationen durch Kokain (F14.0) in den letzten elf Jahren um ca. 200 Fälle gestiegen; Intoxikationen durch andere Stimulanzen (F15.0) sind viel deutlicher um über 1.400 Fälle angestiegen, besonders deutlich in den letzten fünf Jahren (siehe Abbildung 14). Sie sind inzwischen ebenso häufig wie Opioide der Grund für stationär aufgenommene Intoxikationen.

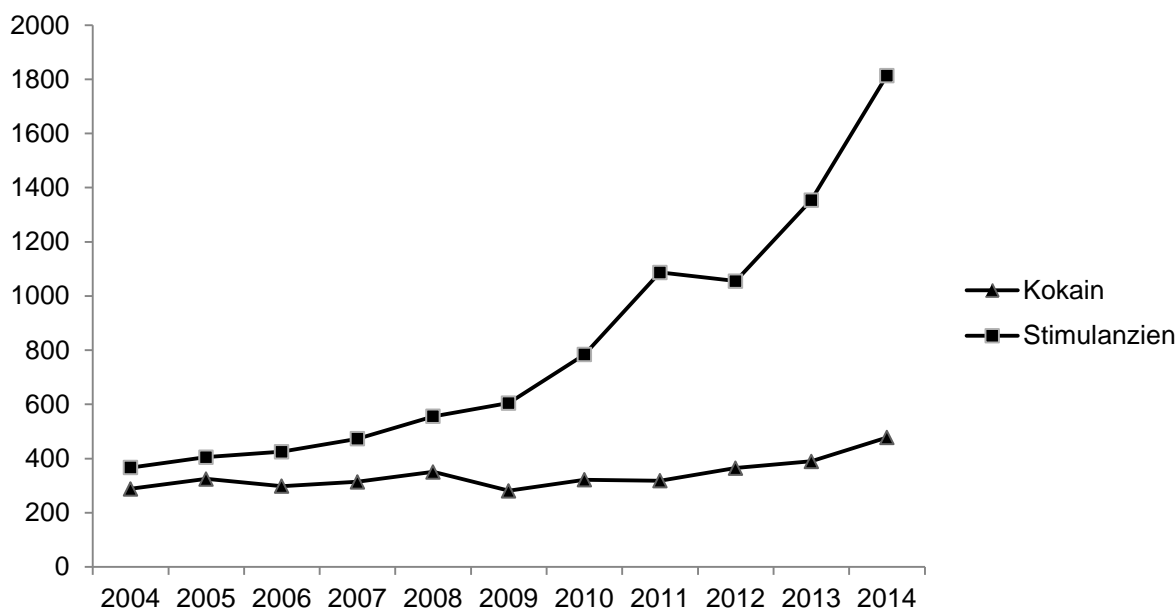


Abbildung 14 Trend stationär aufgenommenener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle wegen Stimulanzenkonsum (F14.0, F15.0)

Bisher ist jedoch kein korrespondierender Anstieg der drogenbezogenen Todesfälle festzustellen: aus den jährlich erscheinenden Bundeslagebildern Rauschgift des BKA lässt sich in den letzten Jahren kein eindeutiger Trend ablesen, der auf eine Zunahme des Anteils von Todesfällen in Verbindung mit Stimulanzen hinweist (siehe 2.1.1). Bei den Daten des statistischen Bundesamtes steigt der Anteil nicht-opiatbezogener Vergiftungen hingegen in den letzten Jahren; es liegt nahe, hier auch einen Anstieg der durch Stimulanzen verursachten Todesfälle anzunehmen. Problematisch ist jedoch die eingeschränkte Aussagefähigkeit der Todesursachenstatistik, u.a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen. Deshalb kann auf Grundlage dieser Daten nicht geschlussfolgert werden, dass der Anteil an durch Stimulanzen verursachte Todesfälle steigt.

Im Zusammenhang mit Stimulanzenkonsum wird häufig befürchtet, dass es zu einem Anstieg jüngerer Drogentoter kommen könnte; diese Vermutung hat sich bisher in

Deutschland als nicht zutreffend erwiesen. Das Alterssegment der unter 25-Jährigen wies 2014 mit 5,3 % den zweitniedrigsten beobachteten Stand seit 1998 auf; nur im Vorjahr war der Stand noch etwas niedriger (2013: 4,7 %, 2012: 5,7 %, siehe auch 2.1.1).

6 Quellen und Methodik (T6)

6.1 Quellen (T6.1)

- 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. (2016). Umfrage zur Abfrage von Einmalspritzen in den Jahren 2013 bis 2015 [online]. Verfügbar unter: http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/downloads/abfrage_spritzen_2013-2015.pdf
- Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V. & Deutsche Leberstiftung (2013). Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland. Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V., Deutsche Leberstiftung, Berlin, Hannover.
- BKA (Bundeskriminalamt) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2016). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2015 - Tabellenanhang. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- BKA (Bundeskriminalamt) & Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016). Presseinformation. Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Präsidenten des Bundeskriminalamtes. Zahl der Drogentoten / Rauschgiftlage 2015. BKA-Pressestelle, Wiesbaden; Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) & 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. BMG, Berlin.
- 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 Therapieforchung, München.
- Condrobs e.V. (2016). Schulungskonzept Naloxon - Take - Home Program München.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2010). Projekt TEST IT. Evaluationsbericht. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dortmund/Berlin 2010.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2013). Saubere Spritzen für Gefangene: Deutsche AIDS-Hilfe startet Unterschriftenaktion [online]. Verfügbar unter:

<http://www.aidshilfe.de/aktuelles/meldungen/saubere-spritzen-fuer-gefangene-deutsche-aidshilfe-startet-unterschriftenaktion>

- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2015). Handbuch: Einführung und Umsetzung von Spritzenvergabeprogrammen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Deimel, D., Gebhardt, V., & Stöver, H. (2016a). Drug use among men, who have sex with men. A systematic review about health behavior and syndemic factors. In: Gender und Rausch: Gendersensible Suchtarbeit, D. Heinzen-Voss & H. Stöver (Hrsg.). Pabst Science, Lengerich.
- Deimel, D., Stöver, H., Höbelbarth, S., Dichtl, A. & Graf, N. (2016b). Between chemsex and club drugs: drug use and health behavior among MSM in Germany. Results of a qualitative study. European ChemSex Forum 6-8 April 2016, Congress Centre, London.
- Dettmer, K. & Knorr, B. (2016). Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung. Eine modellhafte Intervention. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Dichtl, A., Graf, N. & Sander, D. (2016). Quadros. Modellprojekt "Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern (Quadros)". Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien. Antwort auf eine Anfrage der DGS zu Naloxonverordnung und Einsatz durch Laien. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- EBDD (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015). Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Effertz, T., Verheyen, F., & Linder, R. (2016). Ökonomische und intangible Kosten des Cannabiskonsums in Deutschland. Sucht **62** (1) 31-41.
- Förster, S. & Stöver, H. (2015). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2014. Dokumentationszeitraum 01.01. - 31.12.2014. Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt.
- GIZ-Nord (Giftinformationszentrum Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) (2015). Jahresbericht 2014. Universitätsmedizin Göttingen - Georg-August-Universität, Göttingen.
- Gölz, J. (2014). Chronische Virusinfektionen bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie **15** (1) 16-21.
- Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg/Saar (2015). Jahresbericht 2014. Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar.
- Informationszentrale gegen Vergiftungen (2015). Jahresbericht 2014. 47. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn. Universitätsklinikum Bonn, 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.
- Kreuter, M., Nowak, D., Rüter, T., Hoch, E., Thomasius, R., Vogelberg, C., Brockstedt, M., Hellmann, A., Gohlke, H., Jany, B., & Loddenkemper, R. (2016). Cannabis - Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). Pneumologie **70** (2) 87-97.
- Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2015). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2014 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. BADO e.V., Hamburg.
- Müller, D., Angerer, V., Auwärter, V., Neurath, H., Liebetrau, G., Just, S., Kithinji, J., & Hermanns-Clausen, M. (2016). Desoxypipradol - eine neue (alte) Designerdroge. Eine Fallserie. Deutsche Medizinische Wochenschrift **141** (13) 951-953.
- 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., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A. & Rummel, C. (2013). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013. 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.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2015). HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland - Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI, Epidemiologisches Bulletin Nr. 22. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2016a). Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2016b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2015. Datenstand: 1. März 2016. RKI, Berlin.
- Schäfer, B. (2013). Hepatitis-C Therapie: Starten oder Warten? Welche Patienten jetzt therapiert werden sollen! Suchtmedizin in Forschung und Praxis **15** (4) 266-268.
- Schneider, D. (2016). Konsumfolgen und Behandlungsbedarf von Cannabis-Intensivkonsumenten/innen im ambulanten Setting. Sucht **62** (1) 23-30.

- Statistisches Bundesamt (2016). Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Stichtag 31. März 2016, Wiesbaden.
- 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.
- Strada, L., Schulte, B., Schmidt, C. S., Verthein, U., Cremer-Schaeffer, P., Krückeberg, S., & Reimer, J. (2015). Epidemiology of hepatitis C virus infection among people receiving opioid substitution therapy (ECHO): study protocol. BMC Infectious Diseases **15** (563).
- Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik (2015). Jahresbericht 2014. Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München.
- Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg (2015). Jahresbericht 2014. Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Freiburg.
- 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>
- WHO (World Health Organization) (2014). Community management of opioid overdose. WHO, Geneva.
- ZIS Hamburg (2014). ECHO-Studie Epidemiologie der Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten [online]. Verfügbar unter: <http://www.echo-studie.de/index.php?mindex=1>

6.2 Methodik (T6.2)

6.2.1 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 (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 („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

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).

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.

6.2.2 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 „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.

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

Veränderungen in der Falldefinition der Hepatitis-B-Meldungen

Die Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts wurden im Jahr 2015 dahingehend geändert, dass nur noch der direkte Hepatitis-B-Erregernachweis die Kriterien für einen labordiagnostischen Nachweis erfüllt. Als Bestätigungstest für einen HBs-Antigennachweis ist der HBe-Antigennachweis hinzugekommen. Der Anti-HBc-IgM-Antikörpernachweis, der nach den Falldefinitionen bis einschließlich 2014 als alleiniger serologischer Marker ausreichte um die labordiagnostischen Kriterien der Falldefinition zu erfüllen, ist dagegen entfallen und wird nur noch als 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 wird die Zahl der veröffentlichten Hepatitis-B-Fälle deutlich höher ausfallen 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 Robert Koch-Instituts 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) Antikörpernachweis ausreichte, hat nach Einschätzung des RKI in einem unbestimmten Anteil der Fälle zu einer Meldung von bereits spontan ausgeheilten bzw. erfolgreich therapierten Infektionen sowie darüber hinaus zu einer unbekanntem Zahl von Mehrfacherfassungen geführt. Die neue Falldefinition erfüllen nur noch Fälle mit einem direkten Erregernachweis (Nukleinsäure-Nachweis oder HCV-Core-Antigennachweis). In der Berichterstattung des RKI werden damit nur noch aktive HCV-Infektionen analysiert. Die aktuelle Abnahme der Fallzahlen durch diese Änderung wurde erwartet.

6.2.3 DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts

Hintergrund der Studie:

Bei i.v.-konsumierenden Drogengebrauchenden (IVD) sind Infektionen mit HIV, HBC und HCV deutlich stärker als in der Allgemeinbevölkerung verbreitet. Die Ständige Impfkommission am RKI empfiehlt eine HBV-Immunsierung für IVD als Indikationsimpfung. Um Seroprävalenzdaten für HIV, HBV und HCV sowie damit gekoppelte Daten zu Wissen, Risiko- und Präventionsverhalten von IVD in Bezug auf die Infektionen zu erfassen, wurde

2011 vom RKI die DRUCK-Studie („Drogen und chronische Infektionskrkrankheiten“), ein multizentrischer Sero- und Verhaltenssurvey unter IVD, initiiert. Die Ergebnisse sollen in gezielte Präventionsempfehlungen zum Schutz vor HIV und Hepatitiden bei IVD einfließen. In anderen europäischen Ländern hat sich eine erhöhte Prävalenz des Humanen T-Lymphotropen Virus (HTLV) unter IVD gezeigt. Da Daten zur Epidemiologie diesbezüglich für Deutschland fehlen, wurde zusätzlich die HTLV-Prävalenz unter IVD ermittelt.

Methoden:

IVD, die innerhalb der letzten 12 Monate in der jeweiligen Studienstadt Drogen gespritzt hatten und mindestens 16 Jahre alt waren, wurden von 2011 bis 2014 durch ein modifiziertes Schneeballverfahren (*Respondent driven sampling*) rekrutiert und in niedrighschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe in Berlin, Essen, Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover, Köln, Leipzig und München untersucht. Neben einem ausführlichen fragebogengestützten Interview wurden Kapillarblutproben auf Filterpapier getropft und anonym auf Labormarker für HBV, HCV, HIV und HTLV untersucht. Den Teilnehmenden wurde darüber hinaus ein anonymer HIV-Schnelltest mit Beratung und Ergebnismitteilung direkt vor Ort angeboten. Zusätzlich wurde eine gezielte Kurzberatung zu Wissenslücken, die sich im Interview herausstellten, angeboten, sowie die Möglichkeit, die Ergebnisse der Labortestungen auf HCV und HIV in einem ärztlichen Beratungsgespräch im Nachgang zu erfahren.

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2015 nach Substanzen.....	10
Tabelle 2	Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten.....	12
Tabelle 3	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2014.....	14
Tabelle 4	Drogenapplikationsform ambulant behandelter Patienten 2015 in der DSHS.....	23
Tabelle 5	Nebenwirkungen des Cannabis-Konsums.....	27

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Trends der Anzahl der Drogentodesfälle: Vergleich BKA und Destatis- Daten	36
Abbildung 2	Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen DeStatis 2004 bis 2014.....	37
Abbildung 3	Trend der DeStatis-Kodierungen der Ursachen drogenbezogener Todesfälle 2004 bis 2013	38

Abbildung 4	Opiatbezogene Intoxikationen bei DeStatis-Drogentodesfällen 2004 bis 2014 (ICD X/Y-Kodierung).....	39
Abbildung 5	Todesursachen BKA-Daten 2012 bis 2015	40
Abbildung 6	HIV-Neudiagnosen bei IVD nach Altersgruppen 2008 bis 2015	41
Abbildung 7	HIV-Neudiagnosen bei IVD nach Infektionsregion.....	42
Abbildung 8	Zahl der übermittelten HCV-Erstdiagnosen mit Angabe von IVD nach Geschlecht, Deutschland, 2004 bis 2015	44
Abbildung 9	Trend stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle	45
Abbildung 10	Trend der Kodierung stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)	46
Abbildung 11	Trend der Kodierung stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes).....	47
Abbildung 12	Trend Anzahl abgegebener Spritzen an Automaten in NRW 2010 bis 2015.....	48
Abbildung 13	Trend Anzahl abgegebener Spritzen in Projekten in NRW 2010 bis 2015.....	49
Abbildung 14	Trend stationär aufgenommener drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle wegen Stimulanzienkonsum (F14.0, F15.0)	61