

# Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung

Workbook Harms and Harm Reduction

## DEUTSCHLAND

Bericht 2025 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EUDA

(Datenjahr 2024/2025)

Esther Neumeier, Heiko Bergmann, Krystallia Karachaliou & Franziska  
Schneider

IFT Institut für Therapieforschung

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Eine Kooperation von



Bundesinstitut für  
Öffentliche Gesundheit



DHS  
Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.



IFT  
Mental Health &  
Addiction Research

## INHALT

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL</b> .....	<b>6</b>
1.1	Drogenbezogene Todesfälle .....	6
1.1.1	Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen .....	6
1.1.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle.....	8
1.1.3	Trends drogenbezogener Todesfälle.....	11
1.2	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	13
1.2.1	Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle.....	13
1.2.2	Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	14
1.2.3	Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle .....	15
1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	20
1.3.1	HIV, Hepatitis B und Hepatitis C .....	20
1.3.2	Informationen zu Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten aus zusätzlichen Datenquellen .....	25
1.3.3	Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	29
1.4	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	30
1.4.1	Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen .....	30
1.5	Maßnahmen zur Schadensminderung .....	31
1.5.1	Drogenpolitische Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung.....	31
1.5.2	Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung .....	32
1.5.3	Bereitstellung von Maßnahmen zur Schadensminderung .....	33
1.5.4	Trends von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	37
1.6	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	38
1.6.1	Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung.....	38
<b>2</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN</b> .....	<b>38</b>
2.1	Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht- tödlichen Notfällen .....	38
2.2	Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	38

---

2.3	Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung.....	38
<b>3</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK .....</b>	<b>40</b>
3.1	Quellen .....	40
3.2	Methodik .....	43
3.2.1	Erfassung von Drogentoten.....	43
3.2.2	Meldungen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	45
<b>4</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>47</b>

## 0 ZUSAMMENFASSUNG

### **Drogenbezogene Todesfälle**

Im Jahr 2024 kamen laut Bundeskriminalamt (BKA) insgesamt 2.137 Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dieser Wert ist nur etwas geringer als die Zahl der Todesfälle vom Vorjahr 2023 (2.227 Personen), dem höchsten erfassten Wert seit der systematischen Erfassung der drogenbedingten Todesfälle durch die Polizei. Lediglich in den Jahren 1991, 1992 und 2000 lag die Anzahl der Fälle über 2.000. 81,8 % der Verstorbenen (1.747 Personen) waren männlich. Das Durchschnittsalter lag 2024 bei 40,7 Jahren. Nachdem es viele Jahre gestiegen war, steigt es seit einigen Jahren nicht mehr an. Dabei wachsen in den letzten Jahren sowohl die Anteile der jüngsten Verstorbenen wie auch die der ältesten Verstorbenen (der Zeitverlauf wird ausführlicher in Abschnitt 1.1.3 dargestellt).

Insgesamt wurden im Jahr 2024 zwar etwas weniger Todesfälle, aber insgesamt mehr beteiligte Substanzen registriert. In 79,8 % der Fälle wurden zwei oder mehr beteiligte Substanzen gemeldet („polyvalent“), bei nur 379 Personen bzw. 17,7 % eine Substanz („monovalent“). Der deutliche Anstieg polyvalenter Fälle innerhalb der letzten zwei Jahre dürfte zumindest teilweise methodisch bedingt sein, entspricht aber gleichzeitig dem beobachteten Trend zu polyvalenten Konsummustern. Entsprechend der insgesamt gestiegenen Anzahl an registrierten Substanzen stieg sowohl der Anteil der Fälle, an denen mindestens ein Opioid beteiligt war (60,2 %) als auch der Anteil der Fälle, an denen mindestens ein Nicht-Opioid beteiligt war (87,4 % aller Fälle). In 28,0 % aller Fälle wurden gesundheitliche Langzeitschäden aufgrund langjährigen Rauschgiftkonsums gemeldet, weit überwiegend in Kombination mit der akuten Substanzeinnahme.

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

Die Anzahl der Krankenhausaufnahmen aufgrund drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle lag im Jahr 2023 bei 19.899 Fällen. Nach einem kontinuierlichen Anstieg über zehn Jahre bis 2015 sind die Zahlen seitdem gesunken und 2023 (neuestes vorliegendes Datenjahr) erstmalig wieder leicht angestiegen.

Über die Hälfte aller Fälle wird durch die Kodierung „Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)“ ausgemacht (2023: 10.500 Fälle). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür waren über zehn Jahre steil angestiegen und haben sich seit 2015/2016 auf hohem Niveau stabilisiert. Da unklar ist, welche Einzelsubstanzen und/oder Substanzkombinationen hinter dieser Kodierung stehen, können darauf basierend keine näheren Aussagen über das Konsumverhalten getroffen werden.

## Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Deutschlandweit werden alle Daten zu Infektionskrankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz der Meldepflicht unterliegen, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt und dort analysiert, somit auch Meldungen zu HIV- und Hepatitis-Infektionen.

**HIV:** Für das Jahr 2024 wurden dem RKI bis zum 1.4.2025 insgesamt 3.259 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet. Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, in dem 3.332 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden. Von diesen entfielen 276 Fälle bzw. 8 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg auf Übertragungen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum. Damit ging die absolute Anzahl der HIV-Neudiagnosen aufgrund von i.v.-Konsum leicht zurück (2023: 276 Fälle). Dabei stiegen die Fälle deutscher Herkunft von 55 im Jahr 2023 auf 80 (+45 %), wohingegen die Fälle mit ausländischer Herkunft von 197 auf 159 sanken (-19 %). Die Zahl der HIV-Neudiagnosen durch i.v.-Konsum schwankt etwas, blieb aber in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ stabilen Niveau. Zudem werden immer wieder transiente lokale Anstiege von HIV-Neudiagnosen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum (people who inject drugs – PWID) beobachtet. Molekularepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass diese lokalen Anstiege oft auf zusammenhängenden frischen Infektions-Clustern beruhen, bei denen sich ein bestimmtes Virus innerhalb weniger Monate rasch über Injektions- und teilweise auch sexuelle Netzwerke in einer suszeptiblen und vulnerablen Personengruppe ausbreitet. Die bisherigen Präventionsbemühungen in dieser Personengruppe scheinen nicht ausreichend, um das Infektionsgeschehen nachhaltig zu reduzieren.

**Hepatitis B:** Im Jahr 2024 wurden insgesamt 22.126 Hepatitis-B-Infektionen (HBV-Fälle) an das RKI übermittelt. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Fallzahl um 5 % (n = 1.264). Trotz des leichten Rückgangs im Vergleich zum Vorjahr ist seit 2015 eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen. Diese Zunahme ist zum Teil durch die Erweiterung der Referenzdefinition und der Meldepflicht zu erklären. Nur bei 701 (3,2 %) der 22.126 übermittelten HBV-Infektionen wurden Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Intravenöser Drogenkonsum war mit 164 Infektionen (23 %) der zweithäufigste Infektionsweg, darunter 8 Infektionen während eines Haftaufenthaltes.

**Hepatitis C:** Für das Jahr 2024 wurden insgesamt 9.624 Hepatitis-C-Infektionen (HCV-Fälle) übermittelt. Die Anzahl der Fälle ist im Vergleich zum Vorjahr (n = 10.515) um 8 % gesunken, nachdem sie zuvor zwei Jahre lang stark angestiegen war (2023 wurden erstmalig mehr als 10.000 Infektionen gemeldet). Eine Angabe zum wahrscheinlichen Übertragungsweg lag bei 1.781 übermittelten Infektionen (19 %) vor. Injizierender Drogengebrauch, der mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der festgestellten Hepatitis C stand, bleibt wie in den Vorjahren der mit Abstand wahrscheinlichste Übertragungsweg. Er wurde bei 1.087 Infektionen bzw. in 61 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg angegeben. Von diesen lag bei 47 Infektionen (4,3 %) die nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ vor. Nach einem starken Anstieg bis 2023 sind die Zahlen damit 2024 leicht zurückgegangen.

## Maßnahmen zur Schadensminderung

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

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

Für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumierenden spielen nach wie vor Drogenkonsumräume (DRK) eine entscheidende Rolle. 2024 existierten in 19 Städten in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Saarland) insgesamt 33 Drogenkonsumräume oder -mobile (30 stationäre und 3 mobile Einrichtungen) mit rund 350 Konsumplätzen.

Zur Vergabe von Spritzen und Nadeln in der niedrigschwelligen Drogenhilfe liegen keine neuen bundesweiten Zahlen vor. Eine erstmalige Erhebung unter Apotheken ergab, dass 83 % der antwortenden Apotheken Spritzen/Nadeln verkaufen oder abgeben (siehe 1.5.3). Neue Entwicklungen in Bezug auf Drug Checking werden unter 2.3 berichtet.

## 1 NATIONALES PROFIL

### 1.1 Drogenbezogene Todesfälle

#### 1.1.1 Drogenbezogene Todesfälle: Überdosierungen und Vergiftungen

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

Die Daten des BKA weisen der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die „Todesursachenstatistik“ bzw. das allgemeine Sterberegister des Statistischen Bundesamtes erfasst hingegen alle Todesfälle im Bundesgebiet. Als Grundlage für die Extraktion der Drogentodesfälle aus diesem Register dienen die entsprechenden Kodierungen der ICD-10 (Eggl, 2009). Der Todesursachenstatistik liegt eine „monokausale Aufbereitung“ zugrunde. Das bedeutet, dass nur ein „Grundleiden“, das alle anderen vorhandenen Krankheiten bedingt, kodiert wird<sup>1</sup>. Dies kann dazu beitragen, dass weniger Fälle mit den für Drogentodesfälle relevanten ICD-Kodierungen erfasst werden. Es liegt jedoch keine systematische Schätzung dazu vor, welche Auswirkungen diese Aufbereitung für den Bereich illegaler Substanzen hat.

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

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

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Eine gewisse Anzahl relevanter Fälle wird jeweils nicht erkannt, nicht gemeldet oder falsch zugeordnet. Über viele Jahre hinweg zeigten sich in beiden Registern ähnliche Verläufe und Trends. In den letzten Jahren gehen diese jedoch weiter auseinander (siehe Abbildung 1). Die Gründe sind unklar.

---

<sup>1</sup> Siehe <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Methoden/todesursachenstatistik.html> [letzter Zugriff: 21.08.2025].

In diesem Jahr werden im Workbook nur die Fälle aus der polizeilichen Statistik vertieft dargestellt. Eine empirische Untersuchung der Frage, inwieweit die beiden Systeme die gleichen Fälle erfassen, steht aus.

### **Aktuelle polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen**

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und, noch wichtiger, toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung darüber, ob ein Drogentod vorliegt, herangezogen wurden. Die Obduktionsrate aller durch das BKA gemeldeten drogenbezogenen Todesfälle lag im Datenjahr 2024 bei 54,0 % (2023: 52,4 %, 2022: 53,1 %, 2021: 51,2 %). Nachdem sie zuvor mehrere Jahre lang kontinuierlich gesunken war (2015 lag sie noch bei 60,9 %), scheint sich diese Quote aktuell bei ca. 50 % einzupendeln. Toxikologische Gutachten wurden im Jahr 2024 in 40,4 % der Fälle erstellt, und somit wieder etwas häufiger als im Vorjahr (39,6 %), nach wie vor aber nur geringfügig häufiger als bei ihrem Tiefstwert von 35,4 % im Jahr 2021. Hierbei unterscheiden sich die Raten zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. In manchen Bundesländern erreichen sie knapp 100 %, in anderen Bundesländern werden die Untersuchungen nur vereinzelt durchgeführt (Datenlieferung BKA, 2025).

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

2024 kamen insgesamt 2.137 Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dieser Wert ist nur etwas geringer als die Zahl der Todesfälle vom Vorjahr 2023 (2.227 Personen), dem höchsten erfassten Wert seit der systematischen Erfassung der drogenbedingten Todesfälle durch die Polizei. Lediglich in den Jahren 1991, 1992 und 2000 lag die Anzahl der Fälle über 2.000. Der Zeitverlauf wird im Abschnitt 1.1.3 ausführlicher dargestellt.

Seit 2021 werden nach einer mehrjährigen Pause aufgrund der Umstellung auf ein neues polizeiliches Datensystem und der Erfassung bzw. Erhebung rauschgiftbezogener Sachverhalte wieder Alter und Geschlecht der Verstorbenen dokumentiert.

Unter den 2.137 Verstorbenen waren 81,8 % (1.747 Personen) männlich. Das Durchschnittsalter lag 2024 bei 40,7 Jahren. Ein Verlauf der Verteilung der Altersgruppen wird im Abschnitt Trends gezeigt (Abbildung 2).

### 1.1.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener Todesfälle

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der toxikologischen Angaben zu den Drogentodesfällen. Seit dem Datenjahr 2021 werden unter den „polyvalenten Fällen“ aufgrund der Veränderung der polizeilichen Datenerhebung alle registrierten Stoffe in der Tabelle aufgeführt. Bis inklusive 2020 wurde hingegen bei Mehrfachnennungen nur die als wichtigste eingestufte Substanz genannt; bei Opioidvorkommen war dies immer ein Opioid. Durch die nun vollständige Darstellung ergeben sich wesentlich häufigere Nennungen einzelner Substanzen in den „polyvalenten“ Kategorien und ein Vergleich der Häufigkeit der Beteiligung einzelner Substanzen mit den Jahren vor 2021 ist nicht möglich. Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass Aussagen zur Todesursächlichkeit einzelner Substanzen aufgrund fehlender toxikologischer Gutachten nicht möglich sind; die Häufigkeiten beziehen sich also nur auf das Vorhandensein der Substanz im Zusammenhang mit dem Todesfall.

Insgesamt wurden im Jahr 2024 2.137 Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen gemeldet. Von diesen wurden bei 1.706 Personen bzw. 79,8 % der Fälle zwei oder mehr beteiligte Substanzen gemeldet („polyvalent“), bei 379 Personen bzw. 17,7 % nur eine Substanz („monovalent“). Der Anstieg der Anzahl der polyvalenten Fälle im Vergleich zum Vorjahr 2023 (66,4 %) entspricht 15,3 %. Insgesamt wurden damit im Jahr 2024 zwar etwas weniger Todesfälle, aber insgesamt mehr beteiligte Substanzen registriert. Trotz des Anstiegs der beteiligten Substanzen ist weiterhin davon auszugehen, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen die Anzahl an beteiligten Stoffen noch unterschätzt wird.

Die einzelnen Substanzbeteiligungen sind Tabelle 1 zu entnehmen. Von allen Drogentodesfällen wurden bei 1.286 Personen (60,2 % aller Fälle) mindestens ein Opioid als beteiligte Substanz registriert. Im Vergleich zum Vorjahr (56,1 %) stieg sowohl dieser Anteil als auch die Anzahl (1.867 Fälle) und der Anteil der Beteiligung von Nicht-Opioiden (87,4 %) im Jahr 2024. Die häufigste benannte Einzelkategorie ist nach wie vor Heroin/Morphin mit 72 monovalenten Fällen und einer Beteiligung an 640 polyvalenten Fällen. Opioid-Substitutionsmittel waren an 61 monovalenten Fällen und 604 polyvalenten Fällen beteiligt.

Unter den Nicht-Opioiden wurden Kokain/Crack (monovalent: 61 Fälle, Beteiligung an polyvalenten Fällen: 637) und Amphetamin (monovalent: 45 Fälle, Beteiligung an polyvalenten Fällen: 459) sowie psychoaktive Medikamente (monovalent: 14 Fälle, Beteiligung an polyvalenten Fällen: 619) am häufigsten registriert.

In 28,0 % aller Fälle wurden gesundheitliche Langzeitschäden aufgrund langjährigen Rauschgiftkonsums gemeldet, weit überwiegend in Kombination mit der akuten Substanzeinnahme.

Im Datenjahr 2024 wurden zum zweiten Mal die Substanzen Alkohol, Cannabis und Ketamin standardisiert erhoben. Vor dem Jahr 2023 konnten die Landeskriminalämter diese Substanzen lediglich händisch in einer separaten Spalte eintragen, sodass in früheren Berichtsjahren von einer Untererfassung dieser drei Substanzen auszugehen ist. So wurde

Alkohol im Jahr 2024 in 608 Fällen angegeben (2023: 621), Cannabis in 674 Fällen (2023: 476) und Ketamin in 56 Fällen (2023: 47).

Tabelle 1 Drogentodesfälle 2024, beteiligte Substanzen, polizeiliche Daten

	%	Anzahl
<b>Monovalente Fälle mit Opioiden/Opiaten</b>		
Heroin / Morphin	3,4	72
Opioid-Substitutionsmittel	2,9	61
– davon: Methadon	2,8	60
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex)	0,0	0
– davon: Sonstige	0,0	1
Fentanyl	1,0	22
Sonstige opiat-basierte Arzneimittel	0,4	9
Synthetische Opioide (u. a. Fentanylderivate)	0,0	0
<b>Monovalente Fälle mit anderen Substanzen als Opioiden/Opiaten</b>		
Kokain / Crack	2,9	61
Amphetamin / Methamphetamin	2,7	57
– davon: Amphetamin	2,1	45
– davon: Methamphetamin	0,6	12
Amphetaminderivate (Ecstasy)	0,5	10
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	0,3	6
– davon: synthetische Cannabinoide	0,0	1
– davon: Ketamin	0,0	1
– davon: sonstige NPS	0,2	4
Lachgas	0,2	5
Cannabis	0,6	13
Alkohol	0,1	2
GHB / GBL	0,2	4
Psychoaktive Medikamente	0,7	14
Sonstige (mit Ausnahme von psychoaktiven Medikamenten)	2,0	43
<b>Polyvalente Fälle<sup>1</sup></b>		
Heroin / Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	29,9	640
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	28,3	604
– davon: Methadon i.V.m.a.S.	25,6	548

	%	Anzahl
– davon: Buprenorphin (u. a. Subutex) i.V.m.a.S.	2,1	44
– davon: Sonstige i.V.m.a.S.	1,5	32
Fentanyl i.V.m.a.S.	3,6	76
Sonstige opiat-basierte Arzneimittel i.V.m.a.S.	11,7	249
Synthetische Opiode (u. a. Fentanyl-derivate) i.V.m.a.S.	1,5	32
Kokain / Crack i.V.m.a.S.	29,8	637
Amphetamin / Methamphetamin i.V.m.a.S.	24,6	526
– davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	21,5	459
– davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	6,4	136
Amphetaminderivate (Ecstasy) i.V.m.a.S.	5,8	124
Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) i.V.m.a.S.	6,0	129
– davon: synthetische Cannabinoide i.V.m.a.S.	1,1	24
– davon: Ketamin i.V.m.a.S.	2,6	56
– davon: sonstige NPS i.V.m.a.S.	2,4	51
Lachgas	0,8	18
GHB / GBL i.V.m.a.S.	1,3	27
Alkohol	28,5	608
Cannabis	31,5	674
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	29,0	619
<b>Sonstige Todesursachen</b>		
Suizide	7,4	158
– davon: Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	2,8	60
– davon: Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	4,6	98
Langzeitschäden	28,0	599
– davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	26,7	570
Unfälle	3,1	66
Sonstige Fälle	0,9	19
<b>Gesamt (N)<sup>2</sup></b>	<b>100</b>	<b>2137</b>

<sup>1</sup> In den Unterkategorien sind Mehrfachnennungen möglich.

<sup>2</sup> Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Summe aller mono- und polyvalenten Vergiftungen sowie der nicht durch Intoxikationen bedingten Suizide, der Langzeitschädigungen, Unfälle und sonstigen Fälle.

### 1.1.3 Trends drogenbezogener Todesfälle

Im Vergleich der beiden Erfassungssysteme für Drogentodesfälle zeigen sich bis zum Jahr 2019 insgesamt ähnliche Verläufe, wobei die polizeilichen Daten zu Drogentodesfällen ausgeprägtere Unterschiede aufweisen (Abbildung 1). Seit dem Jahr 2020 sind die BKA-Zahlen steil angestiegen, haben im Jahr 2023 mit 2.227 Fällen einen (bis dato) historischen Höhepunkt erreicht und liegen im Jahr 2024 mit 2.137 Fällen nach wie vor höher als in allen Jahren außer 2023. Die Destatis-Daten zeigen erst im Jahr 2023 einen leichten Anstieg auf 1.355 Fälle und sind ansonsten in den letzten Jahren mit Schwankungen stabil. Da kein systematischer Vergleich beider Erfassungssysteme vorliegt, ist die inzwischen sehr große Diskrepanz zurzeit nicht interpretierbar. Die Destatis-Daten unterschätzen möglicherweise die Anzahl aufgrund der monokausalen Aufbereitung der Todesursachenstatistik, bei der nur ein Grundleiden kodiert wird und alle anderen möglichen Todesursachen wegfallen. Weshalb diese mögliche Unterschätzung seit 2019 wesentlich größer ausfallen sollte als vorher, wird dadurch aber nicht erklärt. Da die ICD-Kodierung der Destatis-Daten im Bereich illegale Substanzen ohnehin nur eine sehr geringe Aussagekraft hat, werden diese Daten nicht vertieft betrachtet.

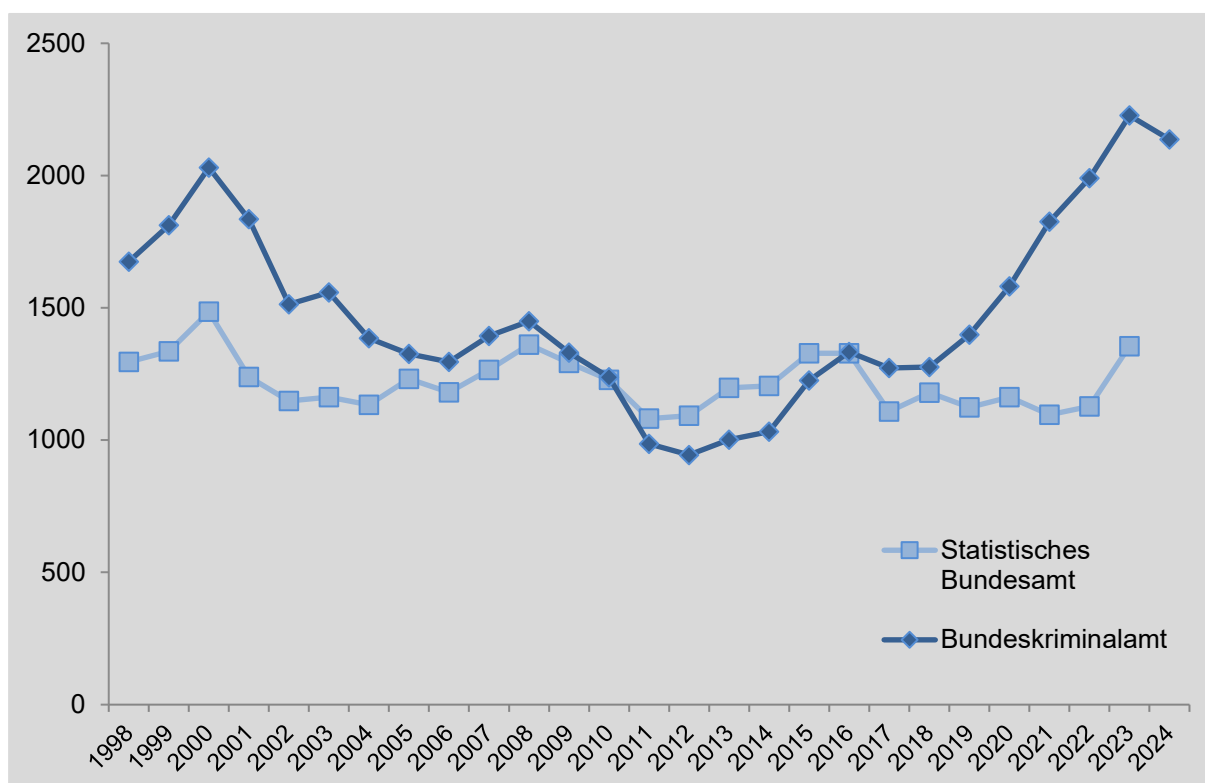


Abbildung 1 Langzeittrends Gesamtzahl Drogentodesfälle in beiden Erfassungssystemen

#### Polizeiliche Daten zu Drogentodesfällen

Im Jahr 2012 wurde die Datenerfassung des BKA geändert, daher werden bzgl. Alter und Substanzbeteiligungen nur Trends seit diesem Zeitpunkt beschrieben. Für den diesjährigen Bericht liegen die BKA-Daten zum vierten Mal in der neuen Form vor. Die Erfassung der

polyvalenten Fälle hat sich wesentlich geändert; seit dem Datenjahr 2021 werden alle an den polyvalenten Fällen beteiligten Substanzen berichtet, während zuvor nur die als wichtigste angesehene Substanz registriert wurde.

Im Jahr 2024 kamen insgesamt 2.137 Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen ums Leben. Der Wert war jahrelang kontinuierlich angestiegen und hat sich nun nach einem historischen Höchststand im Jahr 2023 (2.227 Personen) erstmalig nicht weiter erhöht. Es bleibt abzuwarten, ob es sich um eine längerfristige Stabilisierung auf diesem sehr hohen Niveau handelt.

Aufgrund der Änderung in der Datenerfassung können keine Langzeittrendanalysen zu Drogentodesfällen mit mehr als einer beteiligten Substanz vor dem Jahr 2021 durchgeführt werden. Aber auch bei einer Kurzzeitbetrachtung fällt der rasante Anstieg des prozentualen Anteils an polyvalenten Fällen in den letzten zwei Jahren auf: von 55,3 % (2022) und 66,4 % (2023) auf 79,8 % im Jahr 2024. Dieser ist zum Teil durch die verbesserte Erhebungsmethodik (standardisierte Erfassung von Alkohol, Cannabis und Ketamin) erklärbar. Er steht aber auch im Einklang mit dem Trend zu polyvalentem Substanzkonsum.

Das mittlere Alter der Verstorbenen lag 2024 bei 40,7 Jahren. Es war über viele Jahre angestiegen, was häufig auf die Erfolge der Substitutionstherapie und schadensmindernder Maßnahmen zurückgeführt wurde. In den letzten Jahren steigt das durchschnittliche Alter aber nicht mehr. Aufgrund der neuen Datenerfassung ist seit dem Jahr 2021 eine Betrachtung der Altersgruppen möglich (Abbildung 2). Diese zeigt Rückgänge in den mittleren Altersgruppen, auch wenn diese nach wie vor den größten Anteil an allen Verstorbenen ausmachen. Hingegen sind sowohl in der Gruppe der jüngsten Verstorbenen (bis 19 Jahre) sowie den beiden folgenden Altersgruppen (20-24 und 25-29 Jahre) Anstiege zu verzeichnen. Ebenso wächst auch die Gruppe der ältesten Verstorbenen (ab 60 Jahre). Letztere passt zur langjährigen Hypothese, dass die alternde, multimorbide Kohorte von Opioidkonsumierenden zum Gesamtanstieg der Drogentodesfälle beiträgt.

In den beiden jüngsten Altersgruppen fällt auf, dass der Anteil an polyvalenten Fällen mit jeweils ca. 87 % nochmals höher ist als in den übrigen Altersgruppen (79 %), und in den beiden jüngsten Altersgruppen im Durchschnitt auch mehr Substanzen genannt werden (4,02 Substanzen) als in den übrigen Gruppen (2,98). Auch in Bezug auf die beteiligten Substanzen gibt es zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen: So wurden in den beiden jüngsten Altersgruppen in jeweils etwas mehr als 30 % der Todesfälle opioidhaltige Medikamente (außer Fentanyl) festgestellt, in den übrigen Altersgruppen im Schnitt allerdings nur in etwa 9 %. Auch die übrigen psychoaktiven Medikamente weisen eine deutlich höhere Prävalenz bei den unter 25-Jährigen (ca. 54 %) auf als bei den übrigen Altersgruppen (ca. 26 %). Dabei ist nicht unterscheidbar, zu welchem Anteil es sich um verordnungsgemäß eingenommene Medikamente handelte, und zu welchem Anteil ein ggf. missbräuchlicher Gebrauch außerhalb der ärztlichen Verschreibung vorlag.

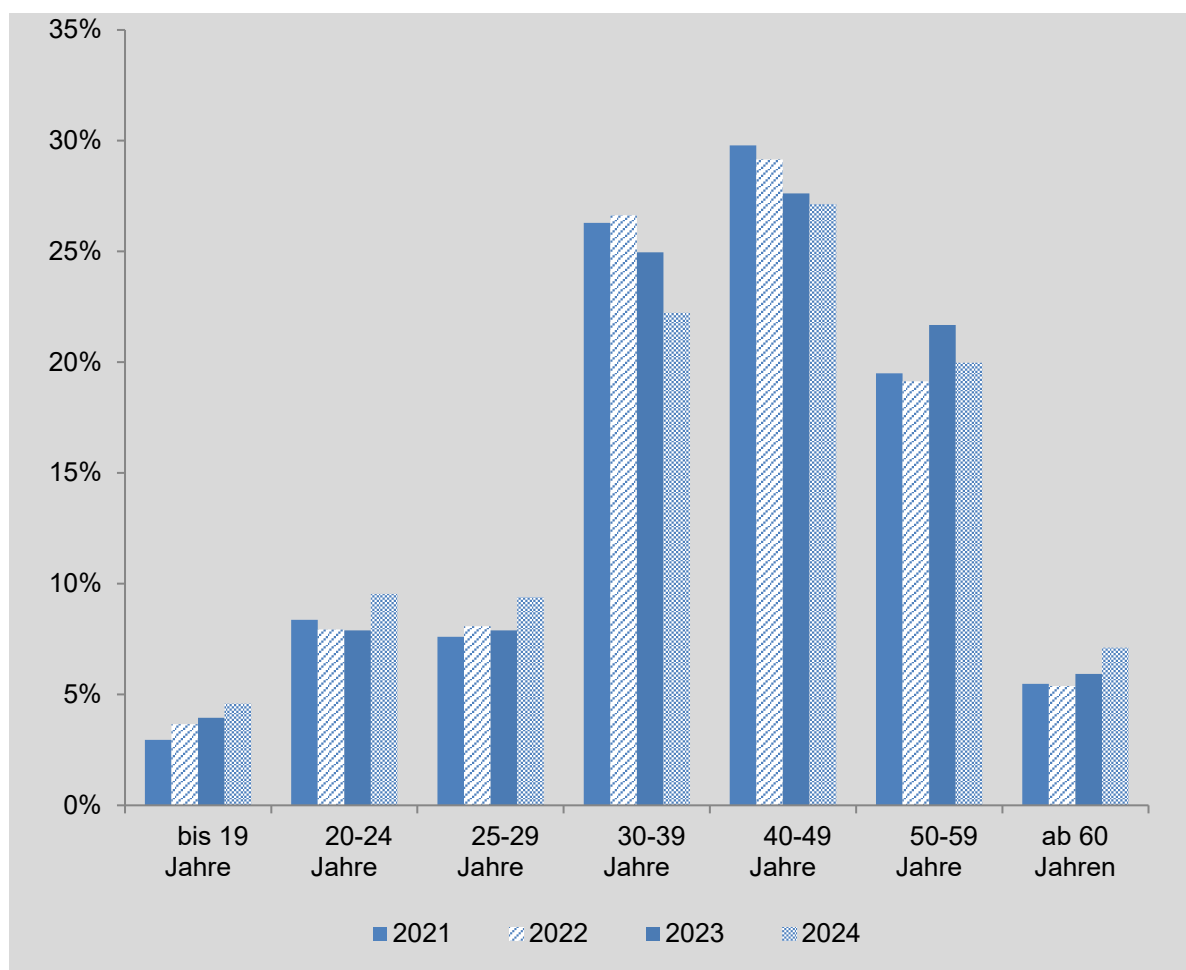


Abbildung 2 Trend Altersgruppen BKA-Todesfälle

## 1.2 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

### 1.2.1 Drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle

Als Näherung für die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10-Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik bzw. speziellen Berechnungen des Statistischen Bundesamts zur Verfügung (siehe Tabelle 2). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 Kodierungen T40.X) sowohl um eine Überdosierung einer absichtlich eingenommen Substanz, als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opiode auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung verschriebener opioidhaltiger Medikamente, statt um den Konsum illegaler Drogen handeln. Darüber hinaus kann mit diesen Daten nur eine Aussage über im Krankenhaus stationär aufgenommene drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle getroffen werden. Notfälle, die entweder gar nicht oder durch andere Anlaufstellen behandelt werden, sind hier nicht mit abgedeckt. Dies betrifft etwa Giftinformationszentren, aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder notärztliche Behandlungen ohne

folgenden stationären Aufenthalt. Aus den Daten geht zudem nicht hervor, wie schwer ausgeprägt oder gefährlich die Symptomatik war und wie lange die jeweilige Behandlung andauerte; Stundenfälle werden ebenfalls miteingeschlossen. Die Daten sind also nur mit Vorsicht zu interpretieren.

## 1.2.2 Toxikologische Analysen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Tabelle 2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2023

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		<15	15 - 24	25 - 44	45 - 65	65+
<b>akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)</b>	<b>18.992</b>	<b>419</b>	<b>5.126</b>	<b>8.110</b>	<b>3.438</b>	<b>772</b>
durch Opioide (F11.0)	1.395	19	220	574	390	192
durch Cannabinoide (F12.0)	1.945	201	1.003	575	125	41
durch Sedativa / Hypnotika (F13.0)	1.804	42	503	585	424	250
durch Kokain (F14.0)	1.145	14	301	663	155	12
durch andere Stimulanzien (F15.0)	1.877	84	685	960	139	9
durch Halluzinogene (F16.0)	276	10	158	102	5	1
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	50	4	15	24	4	3
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	10.500	135	2 874	5 040	2 166	285
<b>Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)</b>	<b>907</b>	<b>60</b>	<b>160</b>	<b>217</b>	<b>175</b>	<b>295</b>
durch Opium (T40.0)	84	4	15	18	23	24
durch Heroin (T40.1)	24	0	5	13	6	
durch sonstige Opioide (T40.2)	543	27	61	83	114	258
durch Methadon (T40.3)	41	2	6	14	15	4
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	15	1	6	4	2	2
durch Kokain (T40.5)	54	3	11	33	7	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	26	4	6	9	3	4
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	91	18	35	31	4	3
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	16	1	10	5	0	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	13	0	5	7	1	0

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2025

### 1.2.3 Trends drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

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

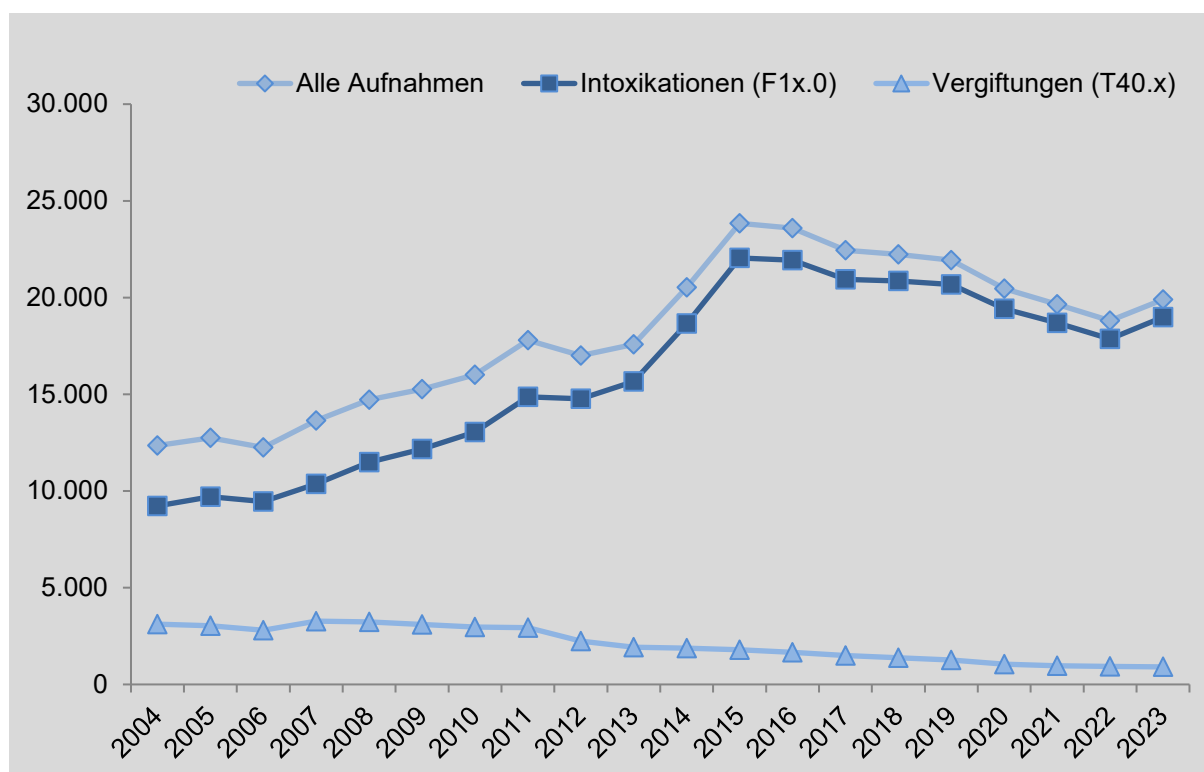


Abbildung 3 20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Bis 2015 stieg die Zahl der stationär aufgenommenen drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfälle auf 23.839 Aufnahmen an (siehe Abbildung 3). Seitdem sank sie bis 2022 (18.800 Fälle) kontinuierlich. Inwieweit die Corona-Pandemie die Fallzahl beeinflusst hat, ist nicht bekannt. Es liegen hierzu keine bundesweiten Daten vor; in einer kleinen Studie aus einem Krankenhaus in Essen im Jahr 2020 wurde keine relevante Veränderung in der Anzahl der Notaufnahmen aufgrund illegaler Substanzen gefunden (Sobetzko et al., 2021). Im Jahr 2023 ist die Gesamtzahl insgesamt erstmalig leicht angestiegen auf 19.899 Fälle.

In der Kodierung überwiegen bei weitem die akuten Intoxikationsfälle (F-Kodierungen), die 2023 18.992 Fälle ausmachten. Die Anzahl der kodierten Vergiftungsfälle, die bereits 2004 auf viel niedrigerem Niveau kodiert wurden, ist in den letzten zwanzig Jahren weiter gesunken und lag 2023 bei 907 Fällen. Es bleibt unklar, ob dies durch die Kodiergewohnheiten erklärbar ist,

oder ob tatsächlich weniger Vergiftungsfälle und mehr Intoxikationsfälle aufgenommen werden.

Betrachtet man Vergiftungen und Intoxikationen getrennt, so überwiegt bei den seltener kodierten stationär aufgenommenen Vergiftungen (T40.x-Codes, siehe Abbildung 4) in den letzten zehn Jahren die Vergiftung durch „sonstige Opiode“ (T40.2). Nach einem deutlichen Anstieg bis 2011 (1.660 Fälle) ist ihre Zahl jedoch in den letzten zehn Jahren gesunken (2023: 543 Fälle). Aufgrund der insgesamt sinkenden Kodierung der T-Codes liegen im Jahr 2023 alle anderen Substanzen, inklusive der sonstigen/nicht näher bezeichneten Betäubungsmittel, bei unter 100 gemeldeten Fällen. Noch am häufigsten gemeldet wurden Cannabinoide (91 Fälle).

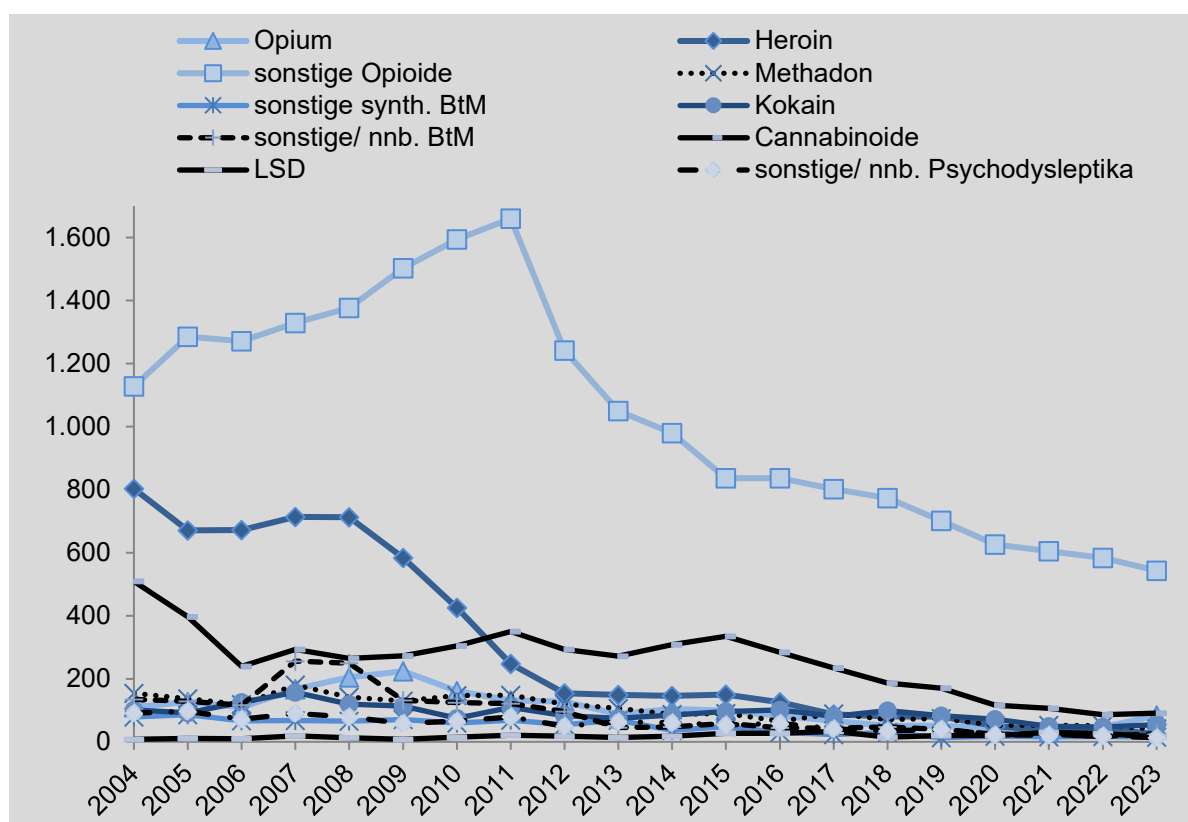


Abbildung 4 20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes)

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

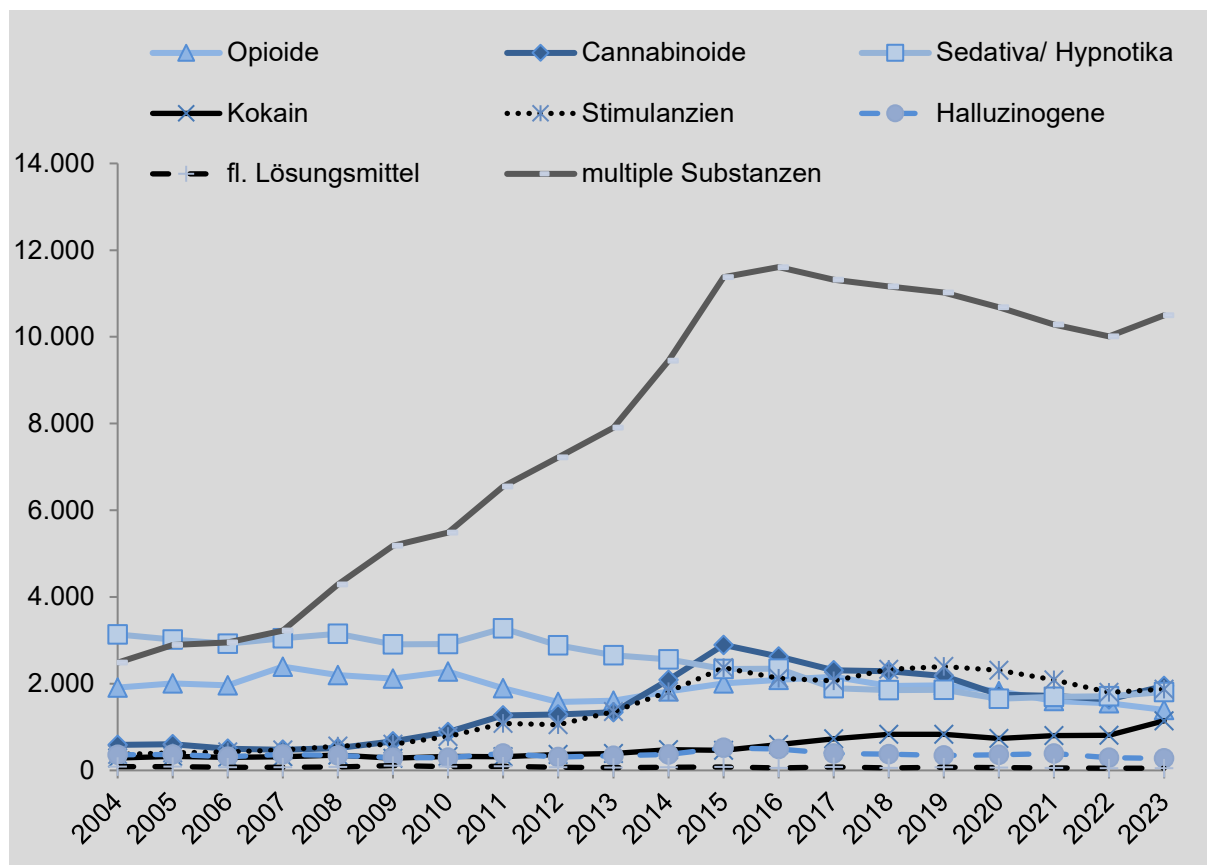


Abbildung 5 20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes)

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

In der Gruppe der häufiger kodierten akuten Intoxikationen machte die Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0) mit

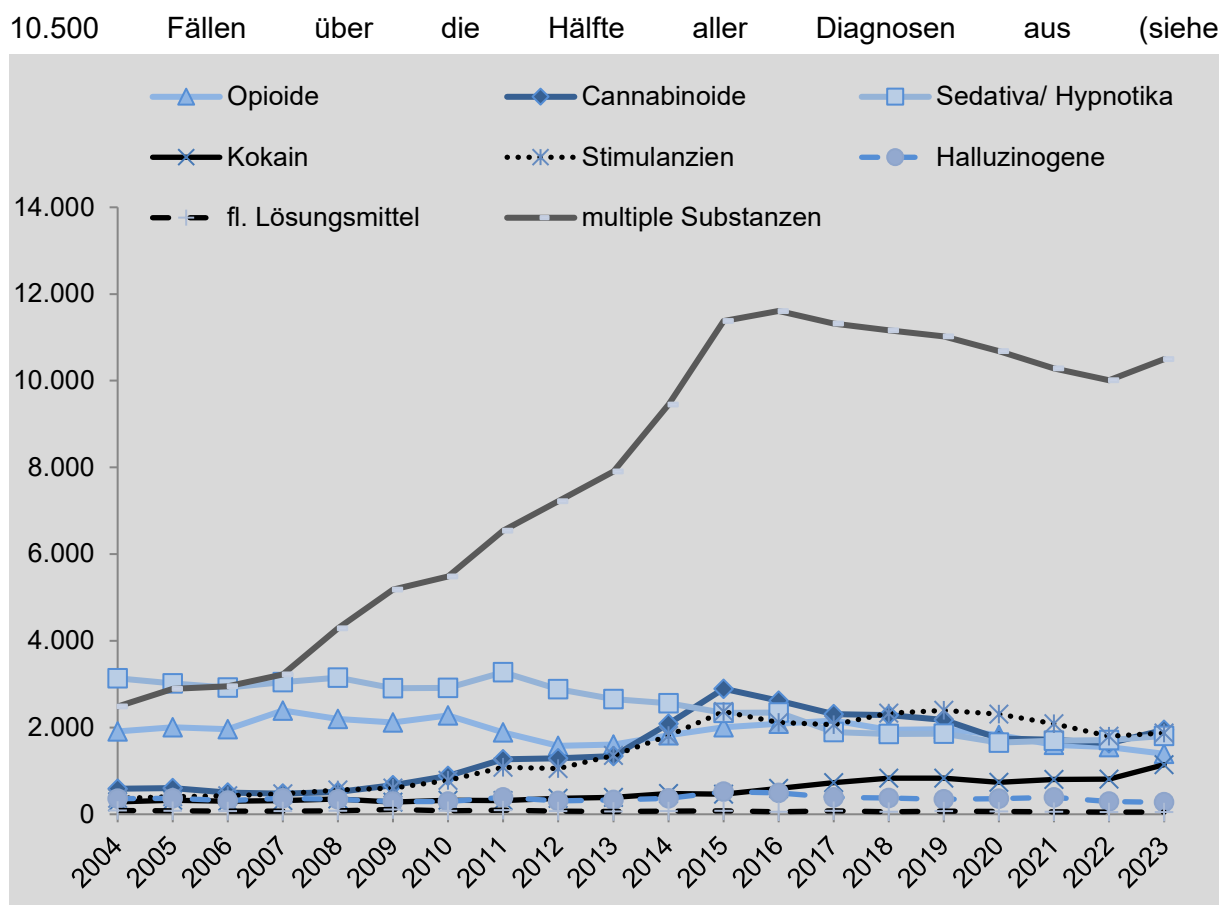


Abbildung 5 20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes). Die Fallzahlen der stationären Aufnahme hierfür waren bis 2016 über zehn Jahren steil angestiegen und haben sich seitdem auf hohem Niveau stabilisiert. Sie bedingen einen großen Teil des Gesamtanstiegs aller stationärer Krankenhausaufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle bis 2015. Angaben zu den einzelnen Substanzen, die unter „multipler Gebrauch“ bzw. „andere psychotrope Substanzen“ kodiert werden, liegen nicht vor, sodass keine genaueren Rückschlüsse auf das Konsumverhalten gezogen werden können.

Entfernt man diese Gruppe aus der Betrachtung, können die anderen Substanzverläufe wesentlich besser erkannt werden. Daher enthält Abbildung 6 die gleichen Daten ohne die Diagnose F19.0 – zu beachten ist hier die andere Skalierung, durch die Ausschläge wesentlich größer erscheinen.

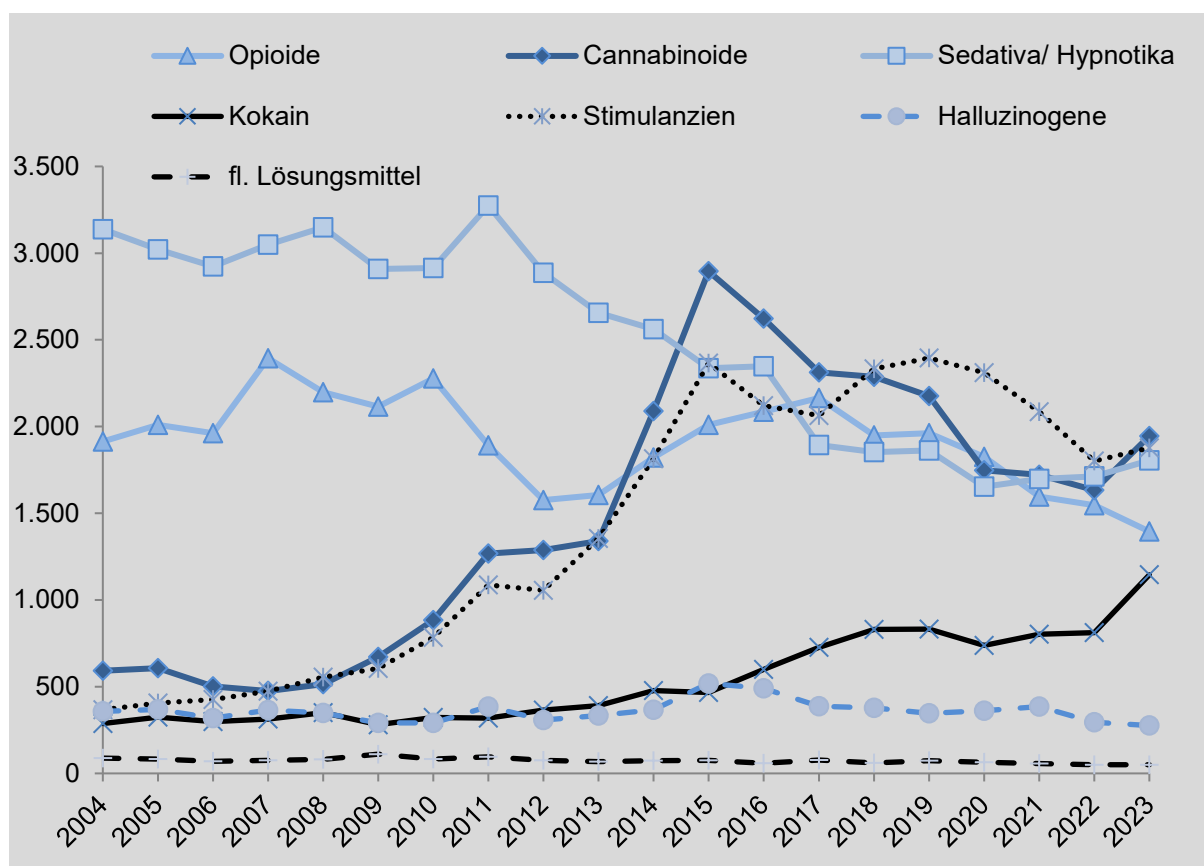


Abbildung 6 20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) ohne F19.0

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Die drei Stoffgruppen Cannabinoide (inkl. synthetischer Cannabinoide), Sedativa/Hypnotika und Stimulanzien (exkl. Kokain) machen 2023 wie bereits in den Vorjahren ähnlich große Anteile aus. Im längeren Zeitverlauf zeigen sich Verschiebungen in der relativen Bedeutung der einzelnen Stoffgruppen. Die Verläufe der Aufnahmezahlen von Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) und mit Stimulanzien (exkl. Kokain) ähneln sich: nach einem steilen Anstieg bis 2015 waren sie seitdem für Cannabinoide rückläufig (2015: 2.895 Fälle, 2023: 1.945 Fälle), sind 2023 allerdings erstmals wieder angestiegen. Stimulanzien zeigten nach 2015 einige Jahre einen mit Schwankungen insgesamt stabilen Trend, waren 2021 und 2022 ebenfalls leicht rückläufig und sind nun ebenfalls wieder leicht angestiegen (2015: 2.366 Fälle, 2023: 1.877 Fälle).

Die Anzahl der Intoxikationen durch die Stoffgruppe der Sedativa/Hypnotika ist über viele Jahre mit leichten Schwankungen insgesamt zurückgegangen. Seit 2020 steigt sie aber leicht an (2023: 1.804 Fälle). Intoxikationen durch Opioiden schwankten bis 2020, ohne dass sich ein eindeutiger Trend zeigen würde. Seit 2020 sinken die Zahlen; 2023 ist erstmals ein Abstand zu den drei häufigeren Gruppen erkennbar (2023: 1.395 Fälle). Dabei ist zu bedenken, dass die sehr häufig kodierte Fälle von multiplem Substanzgebrauch (F19.0) mit hoher Wahrscheinlichkeit auch häufig Opioiden enthalten. Auffällig ist der Anstieg kokainbedingter Aufnahmen in den letzten Jahren. Zwar liegen die Zahlen 2023 mit 1.145 Fällen unter dem

Niveau der zuvor genannten Substanzgruppen. Aber der kontinuierliche Zuwachs passt zu dem in den letzten Jahren zunehmenden Kokaingebrauch in der Bevölkerung und der hohen Verfügbarkeit am Markt.

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

### **1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten**

Deutschlandweit werden alle Daten zu Infektionskrankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz der Meldepflicht unterliegen, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt und dort analysiert, somit auch Meldungen zu HIV- und Hepatitis-Infektionen. Zusätzlich liegen seit Einführung des neuen Kerndatensatzes (KDS 3.0) im Jahr 2017 Daten zu Teststatus und Testergebnis behandelter Personen aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) vor, die im Abschnitt 1.3.2 berichtet werden, sowie Daten zu Risikoverhaltensweisen, die unter 1.3.3 berichtet werden. Daten aus anderen Quellen, beispielsweise Erhebungen in Drogenkonsumräumen und ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, geben zusätzlich Einblick in die Belastung von spezifischen, häufig regionalen, Populationen von Drogenkonsumierenden mit HIV und Hepatitis. Bisher gibt es kein regelmäßig durchgeführtes, deutschlandweites Monitoring von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumierenden. Die Studie DRUCK-Surv (Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten) läuft aktuell erstmalig; Methoden werden unter 1.3.2 dargestellt.

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

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

Dieser Abschnitt entstammt dem Epidemiologischen Bulletin des RKI (Hermanns et al., 2025) sowie dem HIV-Jahresbericht des RKI (Koppe et al., 2024) (redaktionelle Änderungen durch die DBDD).

##### **HIV-Meldedaten**

Als HIV-Neudiagnosen werden die Meldungen gezählt, bei denen es sich entweder nach Kenntnis der Laboreinrichtung oder der diagnostizierenden Einrichtung um eine Erstdiagnose in Deutschland handelt oder aber ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Jahr 2001 angegeben wurde und bei denen nach einem Abgleich mit allen an das RKI gemeldeten Fällen keine frühere Meldung identifizierbar ist. Für das Jahr 2024 wurden dem RKI bis zum 1.4.2025 insgesamt 3.259 gesicherte HIV-Neudiagnosen als direkter und indirekter Erstnachweis gemeldet. Dies stellt keine wesentliche Änderung zum Vorjahr dar, in dem 3.332 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden.

Für 2024 ist zu berücksichtigen, dass auch in diesem Meldejahr noch in erheblichem Umfang HIV-Meldungen von aus der Ukraine nach Deutschland geflüchteten Personen erfolgten und anzunehmen ist, dass bei den meisten dieser Fälle die HIV-Diagnose und der Behandlungsbeginn bereits in der Ukraine erfolgten. Folglich handelt es sich hier meistens

nicht um tatsächliche Neudiagnosen, sondern um den erstmaligen Nachweis der HIV-Infektion in Deutschland.

Die im Workbook berichteten HIV-Melddaten unterscheiden sich von denen der jährlich vom RKI vorgenommenen Schätzung, da zwischen Infektion und Diagnose einer HIV-Infektion mehrere Monate bis Jahre liegen können. Die Schätzung wurde im letzten Workbook berichtet; ihre Methodik ist im Epidemiologischen Bulletin 47/2018 beschrieben (an der Heiden et al., 2018). Die hier berichteten Melddaten bilden nur die gemeldeten Neudiagnosen von HIV-Infektionen ab, während in der Schätzung auch der Infektionszeitpunkt modelliert wird. In die Schätzung fließen darüber hinaus weitere Daten ein, die in den Melddaten nicht berücksichtigt sind oder durch multiple Imputation erzeugt werden.

Von den 3.259 HIV-Neudiagnosen im Jahr 2024 entfielen 1.134 (35 %) auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), 958 (29 %) auf Menschen mit heterosexueller Übertragung (HET), 248 (8 %) auf Übertragungen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum (people who inject drugs – PWID) und 23 (1 %) auf von Mutter zu Kind übertragene Infektionen (prä-/perinatale Infektionen – PPI). Zu 896 (27 %) Neudiagnosen war der wahrscheinliche Übertragungsweg nicht ermittelbar.

Bei den Übertragungen im Rahmen von PWID ging die absolute Anzahl der HIV-Neudiagnosen von 276 im Jahr 2023 leicht zurück auf 248 im Jahr 2024. Dabei ist anzumerken, dass die Fälle deutscher Herkunft von 55 im Jahr 2023 auf 80 stiegen (+45 %), wohingegen die Fälle mit ausländischer Herkunft von 197 auf 159 sanken (-19 %). Die Zahl der Fälle ohne Herkunftsangabe sank von 24 im Jahr 2023 auf 9 im Jahr 2024.

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei PWID schwankt immer etwas von Jahr zu Jahr, blieb aber in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ stabilen Niveau. Zudem werden immer wieder transiente lokale Anstiege von HIV-Neudiagnosen bei PWID beobachtet. Molekularepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass diese lokalen Anstiege oft auf zusammenhängenden frischen Infektions-Clustern beruhen, bei denen sich ein bestimmtes Virus innerhalb weniger Monate rasch über Injektions- und teilweise auch sexuelle Netzwerke in einer suszeptiblen und vulnerablen Personengruppe ausbreitet (Hanke et al., 2020). Die bisherigen Präventionsbemühungen in dieser Personengruppe scheinen nicht ausreichend, um das Infektionsgeschehen nachhaltig zu reduzieren (Hommes et al., 2023). Die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung von Menschen, die Drogen injizieren mit sterilen Injektionsutensilien und Opioidsubstitution, der Ausbau regelmäßiger niedrigschwelliger Testangebote in Drogenhilfeeinrichtungen, durch aufsuchende mobile Angebote, auch in Haft, sowie die antiretrovirale Therapie sind die empfohlenen Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Neuinfektionen bzw. zur frühen Diagnosestellung und Prävention von Übertragungen in dieser Personengruppe. Diese Maßnahmen haben darüber hinaus einen erheblichen Effekt auf den Rückgang von Hepatitis-B- und -C-Infektionen. Insbesondere Menschen, die erst kürzlich begonnen haben, Drogen zu injizieren, sollte Wissen zu Übertragungswegen und Präventionsmaßnahmen vermittelt werden. So wird Personen mit injizierendem Drogengebrauch beispielsweise die PrEP („Prä-Expositions-Prophylaxe“) als

HIV-Präventionsmaßnahme derzeit kaum angeboten und selten aktiv nachgefragt, obwohl bei fortgesetztem Risikoverhalten eine Indikation besteht.

Die Projekte PrEP-Evaluation und PrEP-Surveillance des RKI haben bereits konkrete Vorschläge zum Abbau von Zugangsbarrieren zur PrEP und deren Ausweitung auf Menschen mit Bedarf erarbeitet und veröffentlicht (Deutsche Aidshilfe e.V., 2023, Schmidt et al., 2023). Sowohl für Personen mit heterosexuellem Risiko einer HIV-Infektion als auch für PWID wäre es sinnvoll, zielgruppenspezifische Informationsangebote einzurichten. Damit sollen Informationen zur HIV-PrEP denjenigen, die davon profitieren könnten, zur Verfügung gestellt und der Zugang zur PrEP erleichtert werden.

### **Hepatitis B Meldedaten**

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 22.126 HBV-Fälle an das RKI übermittelt. Diese setzten sich aus 1.030 akuten Fällen, 10.061 chronischen Fällen und 11.035 Fällen mit unbekanntem Infektionsstadium zusammen. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Fallzahl um 5 % (n = 1.264).

Trotz des leichten Rückgangs im Vergleich zum Vorjahr, ist seit 2015 ist eine starke Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen. Diese Zunahme ist zum Teil durch die Erweiterung der Referenzdefinition zu erklären, auf Fälle ohne, mit unklarer oder unbekannter Symptomatik, sowie auch durch vermehrtes Testen von Asylsuchenden in den Jahren 2015 bis 2017. Seit Juli 2017 sind alle Nachweise unabhängig vom Stadium der Hepatitis-B-Virus-Infektion meldepflichtig. Dies könnte eine weitere Erklärung für den Anstieg der Fallzahlen sein, besonders bei den Fällen mit unbekannter Symptomatik.

Während die Anzahl an übermittelten Infektionen für alle drei Infektionsstadien im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um 23 % (n = 2.080) sank, nahm die Zahl der übermittelten Infektionen seit 2022 im Vergleich zu den Vorjahren stark zu. Im Jahr 2023 wurde erneut ein Anstieg der übermittelten Hepatitis-B-Fälle verzeichnet (Anstieg um 36 % im Vergleich zu 2022). 2024 sind die Fallzahlen zum ersten Mal seit 2020 im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen (um 5 %, n = 1.264), wobei die Fallzahlen in 2024 dennoch 250 % höher sind, als die 8.924 Fälle, die 2021 gemeldet wurden. Der Anteil akuter Infektionen an allen übermittelten Fällen lag in den Jahren 2019 – 2024 konstant bei 5 – 6 %. Die Anteile an chronischen Infektionen sowie an Infektionen mit unbekanntem Infektionsstadium blieben 2024 im Vergleich zum Vorjahr auf einem ähnlichen Niveau (51 % versus 52 % bzw. 39 % versus 38 %).

Nur bei 701 (3,2 %) der 22.126 übermittelten HBV-Infektionen wurden Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg gemacht. Mehrfachnennungen wurden bei der Auswertung auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Der am häufigsten übermittelte wahrscheinlichste Übertragungsweg im Jahr 2024 war die Wohngemeinschaft mit einem HBV-Träger (n = 323 Fälle, 46 %). Als zweithäufigster wahrscheinlicher Übertragungsweg wurde intravenöser (i.v.) Drogenkonsum bei 164 Infektionen (23 %) angegeben, darunter 8 Infektionen während eines Haftaufenthaltes.

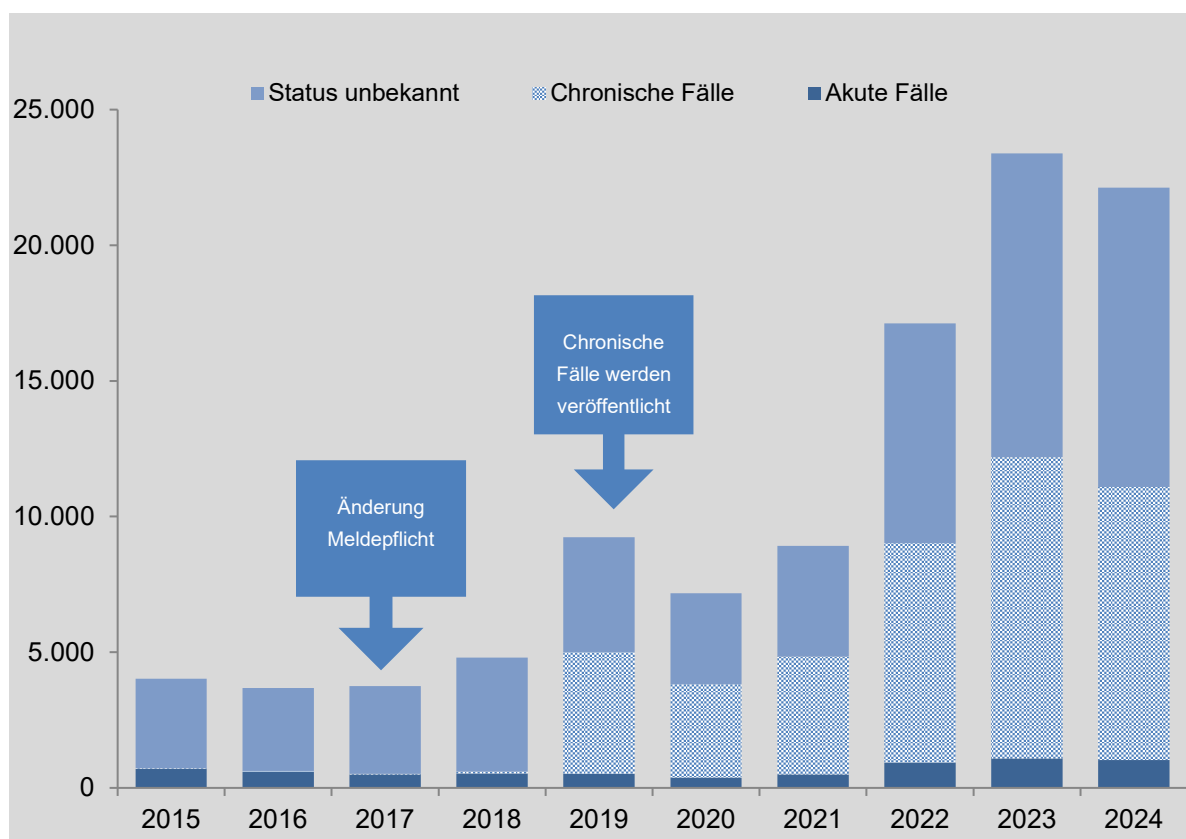


Abbildung 7 Trends HBV Diagnosen 2015 – 2024

(Hermanns et al., 2025)

### Hepatitis C Meldedaten

Für das Jahr 2024 wurden insgesamt 9.624 Hepatitis-C-Infektionen übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 11,4 übermittelten Infektionen pro 100.000 Einwohner. Damit ist die Inzidenz im Vergleich zum Vorjahr (12,4) gesunken. Die Anzahl der Fälle ist im Vergleich zum Vorjahr (n = 10.515) um 8 % gesunken.

Von 2005 bis 2012 war ein abnehmender Trend der übermittelten Fallzahlen von Hepatitis C zu verzeichnen. In den Folgejahren kam es zu Schwankungen der Fallzahlen, u. a. nach Änderungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG). In den Jahren 2020 und 2021, während der COVID-19-Pandemie, fielen die Fallzahlen deutlich ab. Ein starker Anstieg wurde in den Jahren 2022 und 2023 verzeichnet, im Jahr 2023 wurden erstmalig mehr als 10.000 Hepatitis-C-Infektionen gemeldet.

Für die Auswertung des wahrscheinlichsten Übertragungswegs wurden Mehrfachangaben auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. Eine Angabe zum wahrscheinlichen Übertragungsweg lag bei 1.781 übermittelten Infektionen (19 %) vor. Injizierender Drogengebrauch, der mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der festgestellten Hepatitis C stand, bleibt wie in den Vorjahren der mit Abstand wahrscheinlichste Übertragungsweg (Abbildung 8). Er wurde bei 1.087 Infektionen bzw. in 61 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg angegeben. Von diesen lag bei 47 Infektionen (4,3 %) die

nähere Spezifizierung „i.v.-Drogenkonsum in Haft“ vor. Nach einem starken Anstieg bis 2023 sind die Zahlen damit 2024 leicht zurückgegangen (Abbildung 9).

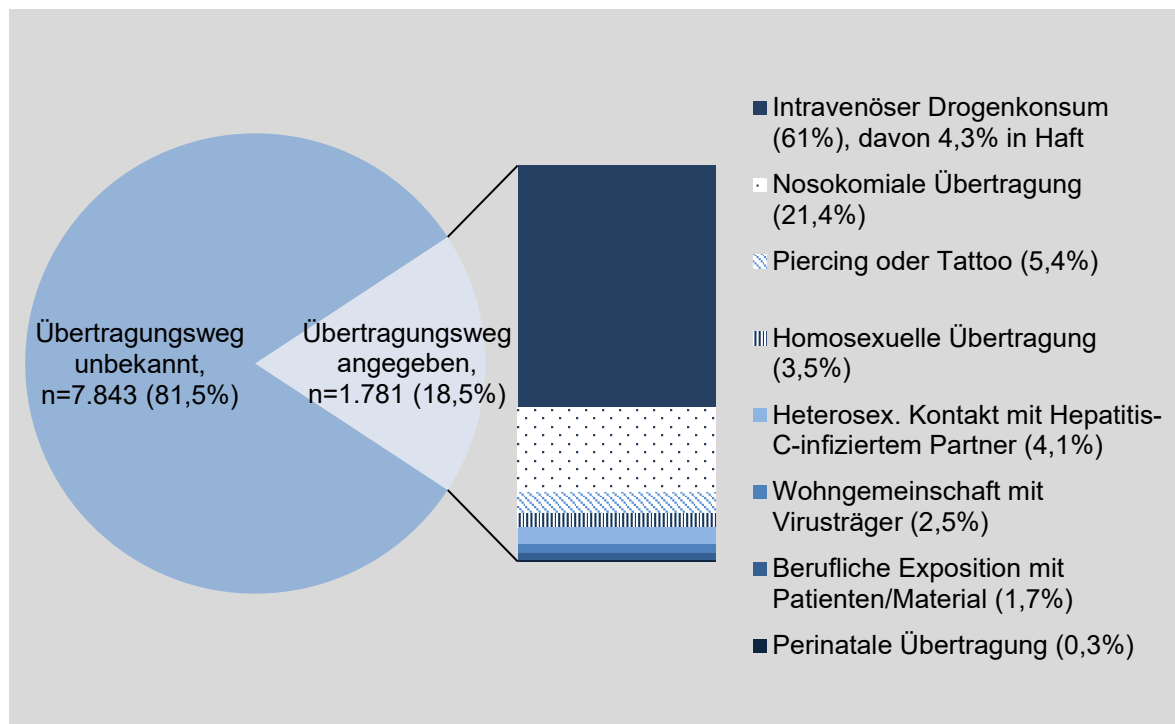


Abbildung 8 Übertragungswege HCV-Diagnosen 2024

(Hermanns et al., 2025)

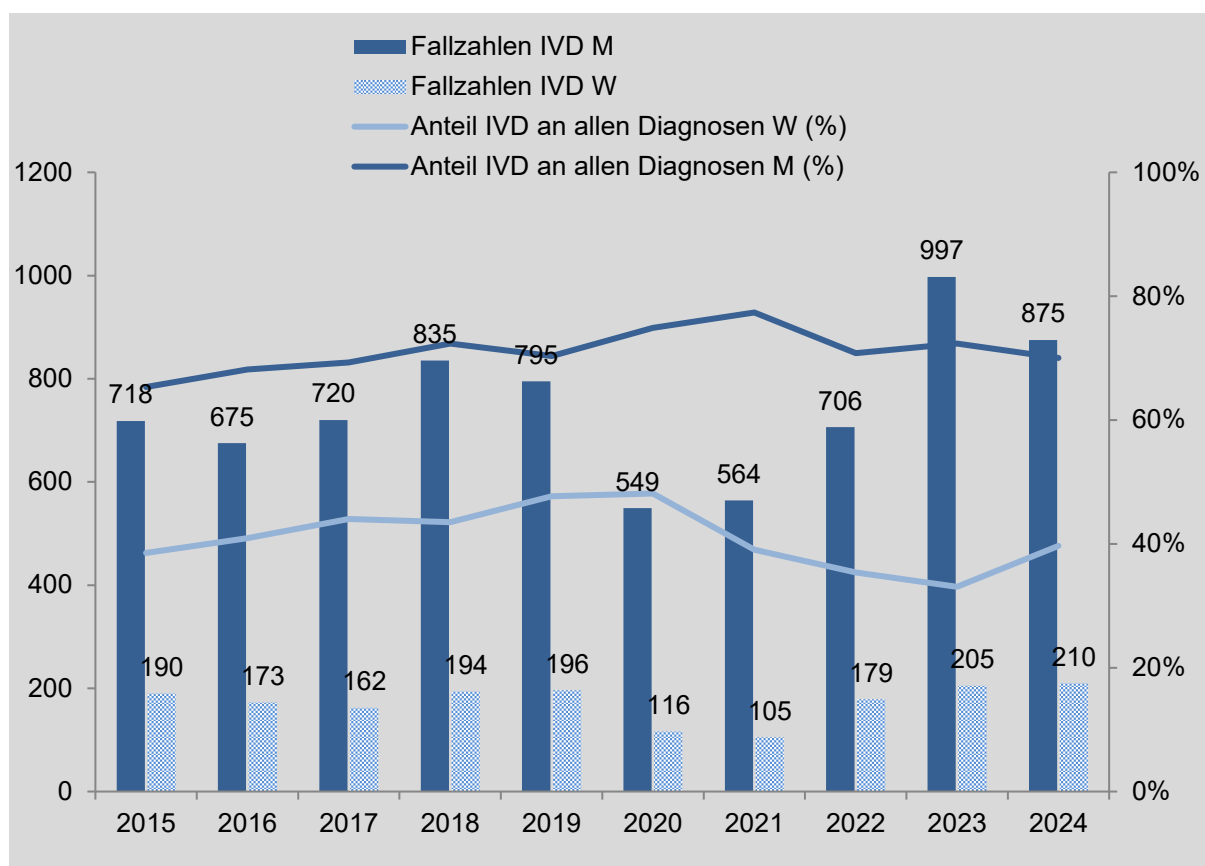


Abbildung 9 Trend HCV-Infektionen aufgrund von intravenösem Drogenkonsum

Datenlieferung Robert-Koch-Institut, 2025

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

#### DRUCK-Surv (Beitrag des Robert Koch-Instituts)

Deutschland hat sich der Agenda 2030 für die Ziele der nachhaltigen Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDG) und den globalen Zielen der Eliminierung von HIV, viralen Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bis 2030 angeschlossen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016, World Health Organization (WHO), 2016). Menschen, die Drogen injizieren, sind besonders hohen Infektionsrisiken ausgesetzt und weisen in Deutschland im Vergleich zu anderen Gruppen die höchsten Prävalenzen dieser Infektionen auf. Daher gilt es, Drogengebrauchende mit verstärkten Anstrengungen der zielgruppenspezifischen Prävention und Versorgung zu erreichen. Um die Eliminierungsfortschritte zu messen und kurzfristig Präventions- und Versorgungsangebote bedarfsgerecht anpassen zu können, braucht es eine solide Datengrundlage auf der Basis von regelmäßig erhobenen, validierten Indikatoren auf nationaler und regionaler Ebene.

Zehn Jahre nach der ersten Datenerhebung zu Drogen und chronischen Infektionen (DRUCK-Studie) (Haussig et al., 2018, Robert Koch-Institut, 2016, Wenz et al., 2016) hat die

DRUCK 2.0 Pilotstudie 2020–2022 Methoden evaluiert, die eine Erhebung dieser Daten mit möglichst geringem Aufwand und größtmöglicher Akzeptanz seitens der durchführenden Einrichtungen und der Zielpopulation ermöglichen. Die Datenerhebung in Berlin und Bayern über niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe sowie Substitutionspraxen, hat neben neuen regionalen Daten zu Prävalenz und Verhalten wichtige Erkenntnisse für eine geplante bundesweite Ausrollung ermöglicht (Krings et al., 2024, Zimmermann et al., 2023). Die Ergebnisse wurden u. a. im letzten Workbook dargestellt.

Ziele: Ziel des Projekts „DRUCK-Surv - Surveillance von Drogen und chronischen Infektionskrankheiten“ sind der Aufbau einer wiederkehrenden bundesweiten Datenerhebung zu Hepatitis C, B (HCV, HBV) und HIV im Kontext von injizierendem Drogenkonsum in Studien-Städten und -Regionen unter Beachtung der Erkenntnisse aus DRUCK 2.0 sowie die Durchführung der ersten Erhebungswelle. DRUCK-Surv läuft von April 2024 bis März 2026 und ist in 3 Arbeitspakete unterteilt.

Methoden: Die Datenerhebung wird in 15 Studien-Städten und -Regionen in Deutschland unter Personen, die jemals Drogen injiziert haben oder derzeit injizieren (in den letzten 12 Monaten) und mindestens 16 Jahre alt sind, durchgeführt. Die Studien-Städte und -Regionen werden anhand von verschiedenen Kriterien ausgewählt (gleichmäßige Verteilung nach Gesamteinwohnerzahl der Regionen Nord, Ost, Süd, Südwest und West; Stadtgröße; Vorhandensein von Drogenkonsumräumen, anderen Einrichtungen der Drogenhilfe und Substitutionspraxen; Vorhandensein von mindestens 6–7 teilnahmebereiten Einrichtungen der Drogenhilfe und Substitution, die insgesamt mindestens 200 Teilnehmende rekrutieren können). Relevante Einrichtungen, die an der Studie teilnehmen können, sind niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe (einschließlich Outreach-Projekten), DKR, und Substitutionseinrichtungen. Mehrere Städte einer Region können sich als Studien-Region zusammenschließen, um die Mindest-Teilnehmendenzahl zu erreichen.

Im Jahr 2024 fanden die Netzwerkbildung, die Vertragsabschließung mit den Einrichtungen sowie die logistischen, ethik- und datenschutzrechtlichen Vorbereitungen statt. Das Netzwerk umfasst 13 Sentinelregionen, bestehend aus 27 Studienstädten. In jeder Studienstadt sind mehrere Einrichtungen an der Datenerhebung beteiligt. Schulungsmaterial für virtuelle Schulungen als auch Schulungen vor Ort wurden vorbereitet und erste Schulungen von Einrichtungspersonal durchgeführt.

Seit Februar 2025 läuft die Datenerhebung, die Ende Juli 2025 abgeschlossen sein soll. In einem von jeder teilnehmenden Einrichtung selbst ausgewählten Zeitraum, sollen je Einrichtung mindestens 30 Personen, die in den letzten 12 Monaten oder jemals Drogen injiziert haben, zur Teilnahme gewonnen werden. Das Personal lädt potenzielle Teilnehmende ein, informiert diese über die Studie und holt ihre Einwilligung ein, unterstützt beim Ausfüllen eines pseudonymisierten Fragebogens zu Risiko- und Präventionsverhalten, Zugang zu Schadensminderung sowie HCV-, HBV- und HIV-Testung und -Behandlung, und entnimmt eine venöse oder kapilläre Blutprobe, die auf Filterpapier getropft wird. Die Fragebögen werden an das RKI geschickt, wo die Daten laufend eingegeben und validiert werden. Die Proben werden in einem zentralen Labor auf HCV, HBV und HIV untersucht. Im Nationalen

Referenzzentrum für HCV der Universitätsklinik Düsseldorf erfolgen molekulare Analysen und die Genotypisierung der HCV positiv getesteten Proben. Die Ergebnisse werden vom Labor an das RKI geschickt, wo sie mit den Befragungsdaten über das erstellte Pseudonym zusammengeführt werden. Außerdem werden die individuellen Testergebnisse den Teilnehmenden von geschultem Personal in den Einrichtungen mitgeteilt. Die Teilnehmenden erhalten ein Incentive von 15 Euro. Alle Studienunterlagen werden in relevanten Sprachen zur Verfügung gestellt; die Sprachmittlung, falls nötig, wird von den Einrichtungen übernommen.

Die Ergebnisse der ersten Datenerhebungsrunde werden ab dem letzten Quartal 2025 analysiert und mit dem aufgebauten Einrichtungs- und Städte-Netzwerk im Rahmen eines Präsenz-Treffens Anfang 2026 diskutiert. Es werden Berichte für jede Studien-Stadt und -Region sowie ein nationaler Gesamtbericht erstellt. Beim Abschlusstreffen wird auch die nächste Datenerhebungsrunde für 2028–2029 geplant.

Zusätzlich werden im Ableger DRUCK-Haft<sup>2</sup> Daten zu Prävalenzen von Infektionskrankheiten in einem Gefängnis erhoben. Dieser Studienarm wird im diesjährigen Workbook „Gefängnis“ näher beschrieben.

### Daten zu HIV, HBV und HCV aus der Deutschen Suchthilfestatistik

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden Daten zu durchgeführten Tests sowie Testergebnissen von HIV, HBV und HCV erhoben. Die Testraten werden in Tabelle 3 dargestellt. Sie unterscheiden sich nur gering zwischen den einzelnen Infektionen: nur jeweils knapp ein Drittel der Klientel gibt eine Testung in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn an. Ein weiteres knappes Viertel bejaht eine Testung, die mehr als 12 Monate vor Betreuungsbeginn stattfand. Die restlichen Klientinnen und Klienten (jeweils über 40 %) berichten, noch nie getestet worden zu sein. Der Anteil an noch nie getesteten Klientinnen und Klienten im Jahr 2024 ist im Vergleich zum den beiden Vorjahren für alle drei Infektionen leicht angestiegen.

Tabelle 3 Selbstberichtete Testraten Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2024

	Noch nie getestet	Mehr als 12 Monate vor Betreuungsbeginn getestet	In den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn getestet
<b>HIV (n = 6.354)</b>	45,7 %	23,5 %	30,8 %
<b>HBV (n = 6.145)</b>	46,6 %	23,2 %	30,2 %
<b>HCV (n = 6.391)</b>	43,8 %	24,8 %	31,4 %

Darstellung basiert auf der Deutschen Suchthilfestatistik 2024 (IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025)

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

<sup>2</sup> [www.rki.de/DRUCK-Haft](http://www.rki.de/DRUCK-Haft) [letzter Zugriff: 21.08.2025].

Angaben zu HIV-Testergebnissen machten 2.549 der Personen, die in der Vorgeschichte einen Test durchgeführt hatten (die Testung kann mehr als 12 Monate zurückliegen). Von diesen gaben 4,9 % an, jemals ein HIV-positives Testergebnis erhalten zu haben. 84,9 % gaben ein negatives Testergebnis an; 10,2 % gaben an, das Testergebnis (noch) nicht zu kennen.

Die Selbstangaben zu HBV- und HCV-Testergebnissen sind Tabelle 4 zu entnehmen. Auch hier ist zu beachten, dass die Testung mehr als 12 Monate zurückliegen kann. Der Anteil aktiver HCV-Infektionen zum Zeitpunkt der Testung lag bei 15,2 %, der für HBV-Infektionen bei 1,7 %.

Tabelle 4 Selbstberichtete HBV- und HCV-Testergebnisse Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2024

	Nicht aktiv, Antikörper negativ	Nicht aktiv: Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	Aktiv, Virusnachweis positiv	(Noch) nicht bekannt
<b>HBV (n = 3.262)</b>	75,6 %	6,0 %	2,7 %	15,7 %
<b>HCV (n = 3.436)</b>	52,0 %	17,5 %	16,4 %	14,1 %

Darstellung basiert auf der Deutschen Suchthilfestatistik 2024 (IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025)

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

### Daten zu HIV und Hepatitis B aus der Szenestudie NRW

In der Szenestudie NRW (Beschreibung siehe Abschnitt 1.4.1) wurden Selbstangaben zum Teststatus bzgl. HIV und Hepatitis C unter Personen in der offenen Drogenszene NRW erhoben. Dabei kann nicht zwischen einer chronischen oder akuten Hepatitis C unterschieden werden.

Tabelle 5 Testraten Szenestudie NRW

	Noch nie getestet	Vor mehr als 12 Monaten getestet	In den letzten 12 Monaten getestet	Ich weiß es nicht
<b>HIV (n = 516)</b>	10,5 %	29,5 %	59,3 %	0,8 %
<b>HCV (n = 517)</b>	9,1 %	29,6 %	60,0 %	1,4 %

(Deimel et al., 2025)

Tabelle 6 Selbstberichtete Testergebnisse Szenestudie NRW

	Negativ	Positiv	Unbekannt
<b>HIV (n = 459)</b>	93,7 %	5,4 %	0,9 %
<b>HCV (n = 463)</b>	60,5 %	38,0 %	1,5 %

(Deimel et al., 2025)

### 1.3.3 Behaviorale Daten zu drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die im Projekt DRUCK 2.0 erhobenen Risikoverhaltensweisen wurden im letzten Jahr berichtet.

Aus der Deutschen Suchthilfestatistik liegen Daten zu injizierendem Drogenkonsum sowie dem Teilen von Spritzen/Nadeln vor. 2024 wurden für die Hauptsubstanzen Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und andere Opioide insgesamt in 7.784 Fällen inhaltliche Angaben zu Risikoverhaltensweisen gemacht. 25,5 % gaben i.v.-Konsum mehr als 12 Monate vor Betreuungsbeginn an, weitere 28 % gaben i.v.-Konsum innerhalb des letzten Jahres an, hiervon 18,2 % innerhalb des letzten Monats vor Betreuungsbeginn (siehe Tabelle 7).

Für das Item „gemeinsame Spritzenutzung“ wurden in n = 2.593 Fällen inhaltliche Angaben gemacht. In 53,9 % der Fälle wurde Spritzen teilen verneint. Für 34,9 % wurde Spritzen teilen vor mehr als 12 Monaten angegeben, für 11,2 % innerhalb des letzten Jahres, hiervon 5,5 % innerhalb der letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7 i.v.-Konsum und Spritzen teilen bei Opioidkonsumierenden in der DSHS 2024

	i.v.-Konsum		Spritzen teilen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Nein, nie</b>	3.614	46,4	1.398	53,9
<b>Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Betreuungsbeginn</b>	1.988	25,5	906	34,9
<b>Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn</b>	763	9,8	147	5,7
<b>Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn</b>	1.419	18,2	142	5,5
<b>Gesamt</b>	<b>7.784</b>	<b>100</b>	<b>2.593</b>	<b>100</b>

Darstellung basiert auf der Deutschen Suchthilfestatistik 2024, (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025)

## 1.4 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

### 1.4.1 Andere drogenbezogene gesundheitliche Folgen

Im Jahr 2024 wurde in vier Großstädten in Nordrhein-Westfalen eine Befragung in der offenen Drogenszene durchgeführt, die neben Ergebnissen zur Nutzung von Hilfen und des Drogenkonsums auch umfassende Informationen zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Menschen aus der Szene gibt. Dabei wurden insgesamt 525 Drogenkonsumierende befragt; unter ihnen 362 Personen (69,0 %) im öffentlichen Raum und 163 Personen (31,0 %) in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe. Die Befragten waren zu 76,4 % männlich und zwischen 17 und 78 Jahren alt (MW: 44 Jahre, SD 10,5). Alle Ergebnisse sind im Einzelnen nachzulesen bei Deimel et al. (2025), dort werden auch Ergebnisse der einzelnen Städte benannt, die sich teils erheblich unterscheiden. Hier werden nur einige Kernergebnisse (Gesamtstichprobe) aus dem ausführlichen Bericht herausgegriffen.

- Konsum: Am häufigsten wurde der Konsum von Crack in den letzten 24 Stunden angegeben (55,8 %), weitere 13,1 % geben intravenösen an. Heroinkonsum wurde von 36,2 % angegeben, hiervon 27,6 % Rauchkonsum und 11,2 % i.v.-Konsum. Die Konsumfrequenz von Crack ist dabei deutlich höher als die anderer Substanzen; im Mittel 9,5mal täglich (Heroin inhalativ: 5,8mal täglich). Zudem weist die hohe Standardabweichung von 12,9 Einheiten am Tag bei Crack auf große Ausreißer hin, die zum Binge-Konsum passen. Es wird ein meist polyvalenter Konsum berichtet, mit durchschnittlich 2,7 Substanzen in den letzten 24 Stunden.
- Überdosierungen: 44,6 % der Befragten gaben an, mindestens eine Überdosierung erlebt zu haben (Mittel: 4,2 Überdosierungen, SD 6,1). Häufige Orte waren der öffentliche Raum (62,3 %) und privater Raum (48,1 %).
- Infektionen: Testraten und Ergebnisse werden unter 1.3.2 berichtet.
- Hafterfahrung: 79,6 % der befragten Personen gaben mindestens eine Inhaftierung an. Die Befragten waren im Durchschnitt 3,9-mal inhaftiert, mit einer durchschnittlichen Gesamthaftzeit von 5,9 Jahren.
- Einkommen: 72 % der Befragten erhalten ein Grundeinkommen aus SGB II oder SGB XII Leistungen; 3 % erhalten Arbeitslosengeld I. Nur 2,7 % der Befragten erzielen ein Einkommen aus Erwerbsarbeit, weitere 5,9 % verfügen über ein anderes reguläres Einkommen. 19 % verfügen über kein reguläres Einkommen.
- Obdachlosigkeit: 35,5 % leben in einer eigenen Wohnung. Damit sind fast zwei Drittel wohnungslos. Unter ihnen sind 9,5 % in dauerhaften Wohnprojekten untergebracht, 11,6 % kommen als „verdeckte Wohnungslose“ bei anderen Personen unter. 36,6 %, gelten nach der FEANTSA Klassifikation als obdachlos. Unter ihnen übernachteten 14,5 % überwiegend in Notunterkünften und 22,1 % überwiegend im öffentlichen Raum. Die mittlere Dauer der Wohnungslosigkeit betrug zum Befragungszeitpunkt 3,9 Jahre.

- Krankenversicherung: 16,9 % der Befragten gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, nicht krankenversichert zu sein. Entsprechend eingeschränkt ist ihr Zugang zu medizinischen Maßnahmen, u. a. einer regulären Substitutionstherapie.
- Substitution: 57,9 % der Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Substitution. Sie wiesen geringere Raten an Heroinkonsum auf und wurden von weiteren Hilfsangeboten häufiger erreicht.
- Hilfsangebote: Kontaktläden wurden am häufigsten genannt (70,1 % nutzen diese mindestens einmal im Monat), gefolgt von Essensausgaben (68,8 %), sowie Drogenkonsumräumen (38,3 %) und der Vergabe steriler Konsumutensilien (35,2 %).
- Unterstützungsbedarfe: am häufigsten benannten die Befragten Unterstützungsbedarf in Wohnangelegenheiten (35,6 %), passend zur hohen Wohnungslosigkeit. Die nächsthäufigsten Themen waren Finanzen/Schulden (28,6 %), Behördenangelegenheiten (z. B. Krankenversicherung, Sozialamt, 23,8 %) und Gesundheitliche Probleme (22,5 %).

In einem Vergleich von Personen, die kein Hilfsangebote nutzen („Nicht-Nutzende“) und denen, die mindestens ein Hilfsangebot nutzen, fanden die Autorinnen und Autoren der Studie, dass Nicht-Nutzende eine besonders vulnerable Gruppe sind: sie sind noch häufiger von Obdachlosigkeit betroffen, haben noch seltener ein reguläres Einkommen und eine Krankenversicherung. Zudem berichten sie geringere Testraten und kaum Substitutionsbehandlung.

Die Autorinnen und Autoren berichten von einer Kumulation von Problemlagen bei bestimmten Personen. So finden sich unter den obdachlosen Menschen viermal so viele Personen ohne reguläre Einkünfte wie im Gesamtsample und fünfmal so viele ohne Krankenversicherung. Personen ohne Krankenversicherung sind von der Substitutionsbehandlung praktisch ausgeschlossen (nur 2,3 % von ihnen befanden sich dank lokaler niedrigschwelliger Behandlungsprogramme in zwei Städten überhaupt in Behandlung). Aus den Ergebnissen schlussfolgern Deimel et al. neben Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Suchthilfe, dass zentrale Schritte zur Verbesserung der Problemlagen in offenen Drogenszenen den Zugang zu Wohnraum, Gesundheitsleistungen und sozialer Grundsicherung für alle Personen umfassen. „Eine Bearbeitung von Abhängigkeitserkrankungen ohne Bearbeitung dieser sozialen Ausschlüsse wird nicht erfolgreich sein.“ (Deimel et al., 2025, S. 95).

## 1.5 Maßnahmen zur Schadensminderung

### 1.5.1 Drogenpolitische Ziele der Maßnahmen zur Schadensminderung

Maßnahmen zur Schadensminderung stellen eine der vier Ebenen der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012)<sup>3</sup>; diese

---

<sup>3</sup> Die Strategie ist online verfügbar unter <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/> [Letzter Zugriff: 21.08.2025].

wird im Workbook „Drogenpolitik“ näher beschrieben. Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern:

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

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

Mit Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016 liegt außerdem die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016). Injizierende Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt, für die bedarfsgerechte Angebote geschaffen bzw. ausgebaut werden und integrierte Angebote entwickelt werden sollen<sup>4</sup>.

Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands spielen politische Entscheidungen auf Landes- und kommunaler Ebene eine wichtige Rolle für Maßnahmen zur Schadensminderung. So wird die Möglichkeit, Drogenkonsumräume zu eröffnen, über Landesverordnungen geregelt; seit 2021 ist dies in neun Bundesländern möglich.

### **1.5.2 Organisation und Finanzierung der Maßnahmen zur Schadensminderung**

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

Informationen über Umfang und Art spezifischer Angebote für Drogenkonsumierende stehen nur für einen Teil der Maßnahmen zur Verfügung, da diese von spezialisierten Einrichtungen

---

<sup>4</sup> Die Strategie ist online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf) [Letzter Zugriff: 21.08.2025].

durchgeführt werden oder im Rahmen besonderer Programme stattfinden. Es gibt keine einheitliche Finanzierung. Die meisten Einrichtungen werden von den Kommunen getragen, es gibt aber auch Finanzierungen durch Bund und Länder, Träger mit einem Anteil von Eigenmitteln (etwa durch Spenden finanziert) sowie verschiedene Mischformen.

Die Verfügbarkeit von schadensmindernden Maßnahmen variiert in Deutschland stark. Sie wird von Expertinnen und Experten in Städten und dicht besiedelten Bereichen deutlich besser eingeschätzt als in ländlichen Gegenden. Für die Versorgung mit Konsumutensilien hat sich dies nach den Erkenntnissen einer Erhebung von 2018 bestätigt (ausführlich dargestellt in Neumeier et al., 2019). Besonders schlecht ist die Versorgung in Gefängnissen (siehe Workbook „Gefängnis“). Wie oben aufgeführt, wird die Verfügbarkeit auch stark von landes- und kommunalpolitischen Entscheidungen bestimmt.

### **1.5.3 Bereitstellung von Maßnahmen zur Schadensminderung**

#### **Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen**

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

Manche niedrighschwellige Einrichtungen kooperieren mit Gesundheitsämtern für solche Testungen. In lokalen Quellen, dem Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO) und der Frankfurter Drogenkonsumraum-Dokumentation, geben regelmäßig zwischen 80 % und 90 % der Befragten an, jemals auf diese Infektionen getestet worden zu sein. In der Deutschen Suchthilfestatistik gaben hingegen über 40 % der ambulant betreuten Opioidklientel an, noch nie auf diese Infektionen getestet worden zu sein (siehe Tabelle 3), dieser Wert liegt noch etwas höher als in den Vorjahren. Auch unter den getesteten Klientinnen und Klienten liegen die Tests häufig länger als ein Jahr zurück. Somit kann nicht von einer ausreichenden Testhäufigkeit ausgegangen werden. Bei stationären Aufenthalten besteht häufig die Möglichkeit, sich auf verschiedene Infektionskrankheiten testen zu lassen. Generell kann sich jeder Mensch in Deutschland beim Gesundheitsamt anonym und kostenlos auf HIV testen lassen. Für Hepatitis-Infektionen besteht dieses Angebot jedoch nicht.

#### **Vergabe von Spritzen und anderen Safer-Use-Artikeln**

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

Die Deutsche Aidshilfe (DAH) stellt eine Internetseite<sup>5</sup> zur Verfügung, die eine Übersicht über die Standorte der ihr bekannten Spritzenautomaten bietet (ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Die Ausgabe von Spritzen in niedrigschwelligen und anderen Einrichtungen wird hier nicht dokumentiert. Von den 179 von der DAH gezählten Spritzenautomaten befinden sich über 100 in NRW und 17 in Berlin. Hiermit wird deutlich, dass die Standortverteilung für ganz Deutschland nach wie vor bei Weitem nicht als flächendeckend bezeichnet werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation der Spritzenautomaten in den anderen Bundesländern lückenhaft ist, was eine Verzerrung zu Gunsten von NRW und Berlin mitbedingen könnte. Aktuell existiert keine erschöpfende Zählung aller Spritzenautomaten in der Bundesrepublik.

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

### **Ergebnisse von saferKONSUM 2021**

Die erste deutschlandweite Erhebung zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien in Deutschland in der niedrigschwelligen Drogenhilfe (saferKONSUM), wurde 2018 als Kooperationsprojekt der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der Deutschen Aidshilfe (DAH) und des Robert Koch-Instituts (RKI) durchgeführt. Im Jahr 2021 wurde eine Folgeerhebung für die Anzahl der im Jahr 2021 ausgegebenen Konsumutensilien durchgeführt; die Ergebnisse wurden im letzten Workbook ausführlich dargestellt und sind zudem nachzulesen bei Hommes et al. (2023). Seitdem wurden bislang aufgrund mangelnder Ressourcen keine weiteren Erhebungen in der niedrigschwelligen Drogenhilfe durchgeführt.

### **Durchführung von saferKONSUM Apotheken 2024**

Die saferKONSUM-Erhebung im Jahr 2024 hatte das Ziel, erstmalig für Deutschland zu ermitteln, welcher Anteil der Apotheken in Deutschland Spritzen und Nadeln abgibt, die möglicherweise für den Drogenkonsum verwendet werden<sup>6</sup>.

Die Apotheken in Deutschland wurden im April 2024 eingeladen, einen kurzen Online-Fragebogen zu beantworten. Die Einladung erfolgte mit der freundlichen Unterstützung der Landesapothekerkammern sowie von Apothekerverbänden. Erhoben wurde, ob Spritzen/Nadeln abgegeben werden, die möglicherweise für den Drogenkonsum verwendet

---

<sup>5</sup> <http://www.spritzenautomaten.de> [Letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>6</sup> Siehe auch [www.rki.de/saferkonsum-apotheken](http://www.rki.de/saferkonsum-apotheken) [letzter Zugriff: 21.08.2025].

werden. Unter den Apotheken, die die Abgabe von Spritzen/Nadeln bejahen, wurden in einem zweiten Schritt von einer Stichprobe der Apotheken genauere Daten erhoben. Die teilnehmenden Apotheken erhoben die Anzahl der abgegebenen Spritzen und Nadeln und die Anzahl versorgter Personen über einen Zweimonatszeitraum und erhielten dafür eine Aufwandsentschädigung.

Die Vergabe und die regionale Abdeckung der Versorgung werden deskriptiv ausgewertet. Zusammen mit den Ergebnissen der 1. und 2. saferKONSUM-Erhebungswellen kann so die Erfüllung des WHO-Indikators für das Jahr 2030 zur Vergabe von Spritzen/Nadeln in Deutschland besser beurteilt werden.

Im Online-Fragebogen, den 1.102 von 11.618 (9,5 %) deutschlandweit eingeladenen Apotheken beantworteten, gaben 83 % der Apotheken an, Spritzen/Nadeln zu verkaufen oder abzugeben. Im ländlichen Raum waren es 73 %, im städtischen Raum 89 % der Apotheken. Apotheken, die keine Spritzen/Nadeln abgaben bzw. verkauften, gaben als Grund vor allem die fehlende Nachfrage an. Diese ersten Ergebnisse deuten darauf hin, dass neben den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe auch Apotheken zu der Versorgung mit sterilen Drogenkonsumutensilien beitragen. Die weiteren Auswertungen finden derzeit statt und werden im nächsten Jahr berichtet.

### **Safer-Use-Angebote in Haft**

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

### **Notfalltrainings und Naloxon Take-Home-Programme**

In Deutschland gab es im Berichtsjahr 2024 2.137 drogenbedingte Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen. Von allen Drogentodesfällen wurden bei 1.286 Personen (60,2 % aller Fälle) mindestens ein Opioid als beteiligte Substanz registriert. Nachdem dieser Anteil im Jahr 2023 gesunken war (56,1 %), stieg er nun wieder an.

Der Opioidantagonist Naloxon, der seit über 40 Jahren erfolgreich in der Notfallmedizin bei Opioidüberdosierungen eingesetzt wird, kann auch durch Laien angewendet werden und Leben retten. Deshalb empfehlen die WHO und die Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA<sup>7</sup>), Naloxon an Personen abzugeben, die häufig anwesend sind, wenn Opioide konsumiert werden (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2015, World Health Organization (WHO), 2014). Dies betrifft Opioidkonsumierende selbst, aber auch Freundinnen bzw. Freunde und Familie.

Die Naloxon-Vergabe an Laien war in Deutschland jahrelang nur punktuell vorhanden. In den letzten Jahren wurde sie wesentlich ausgebaut, sowohl durch ein Landesprojekt in Bayern, das bundesweite Modellprojekt „NALtrain“, wie auch das Engagement einzelner Träger. In

---

<sup>7</sup> Bis 2024: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

NALtrain wurden in 38 verschiedenen Städten 851 Personen zu Trainer:innen ausgebildet (Fleißner und Werse, 2024). Dennoch schätzen die Durchführenden von NALtrain, dass von 2018 bis inkl. 2024 in Deutschland nur etwa 2.200 opioidabhängige Personen, bzw. 1,3 % von geschätzt 166.000 opioidabhängigen Menschen (Kraus et al., 2019) geschult wurden (Fleißner et al., 2025).

Die Vergabe wird durch Fragen der Finanzierung erschwert und ist nicht in die Regelversorgung eingebunden. Zudem ist Naloxon aktuell noch verschreibungspflichtig, was eine weitere Hürde für eine breitere Versorgung darstellt. Im Januar 2025 hat der „Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht“ am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einstimmig empfohlen, Naloxon als Notfallmedikament zur nasalen Anwendung aus der Verschreibungspflicht zu entlassen<sup>8</sup>. Eine Umsetzung dieser Empfehlung steht aber noch aus (Stand: 21.08.2025).

Alle Naloxon-Programme in Deutschland bestehen aus Drogennotfallschulungen, in denen beispielsweise Erste-Hilfe-Techniken, Risiken und Anzeichen für eine Überdosierung sowie Informationen über Naloxon vermittelt werden und konkrete Übungen zur Applikation des Medikaments durchgeführt werden. Nach den Schulungen werden, bei Bereitschaft der Teilnehmenden und sofern eine Verschreibung durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt, die Notfallkits ausgegeben. Diese beinhalten neben dem Medikament auch die Verabreichungsutensilien sowie häufig Einmalhandschuhe und Beatmungstücher. Seit September 2018 ist für Deutschland ein Naloxon-Präparat in Form eines Nasensprays auf dem Markt, das in vielen Projekten eingesetzt wird. Für die Implementierung von Naloxon-Projekten stehen zwei Leitfäden online zur Verfügung<sup>9</sup>.

## **Drogenkonsumräume**

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin, Kokain und Crack sowie anderen illegalen Drogen sind Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen wichtige Anlaufstellen für die betroffenen Menschen. In DKR wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot, mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel des Angebotes ist es, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen, dies gilt auch für das sofortige Eingreifen bei Überdosierungen. In vielen DKR wird niedrigschwellige Beratung angeboten, zudem werden Klientinnen und Klienten in weiterführende Hilfen vermittelt (beispielsweise Substitutionsbehandlung, qualifizierter Entzug). Auf der Grundlage von § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung

---

<sup>8</sup> [https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Ausschuesse-und-Gremien/Verschreibungspflicht/Protokolle/90Sitzung/kurzprotokoll\\_90.html?nn=594592](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Ausschuesse-und-Gremien/Verschreibungspflicht/Protokolle/90Sitzung/kurzprotokoll_90.html?nn=594592) [Letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>9</sup> <http://www.akzept.info/uploads2013/NaloxonBroschuere1605.pdf> und <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2021/01/NaloxonLeitfadenWeb100316.pdf> [Letzter Zugriff: 21.08.2025].

einer Erlaubnis für den Betrieb von DKR erlassen. Eine solche Verordnung existiert aktuell in neun Bundesländern.

Im Jahr 2024 gab es in 19 Städten in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Saarland<sup>10</sup>) insgesamt 33 Drogenkonsumräume oder -mobile (30 stationäre und 3 mobile Einrichtungen). Ergebnisse der bundesweiten Drogenkonsumraumerhebung 2023 wurden im letzten REITOX-Bericht vorgestellt und können ausführlich bei Bergmann et al. (2024) nachgelesen werden. Ergebnisse aus dem Jahr 2024 liegen noch nicht vor; die Gesamtzahl von ca. 350 Konsumplätzen dürfte sich aber nicht wesentlich verändert haben.

In NRW und im Saarland ist die Nutzung der DKR auch substituierten Klientinnen und Klienten erlaubt. Eine Untersuchung, die Nutzende und Nicht-/ Nicht-mehr-Nutzende von DKR in Berlin vergleicht, kam zu dem Ergebnis, dass der Ausschluss von substituierten Personen in den Berliner DKR die Reichweite des Angebots einschränkt (Stöver et al., 2020).

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

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

### **1.5.4 Trends von Maßnahmen zur Schadensminderung**

Es liegen noch keine längerfristigen Trends aus der Datenerhebung zur Vergabe von Konsumutensilien vor. Ein erster Vergleich der Ergebnisse von 2021 mit denen von 2018 (saferKONSUM) wurden im Vorjahr berichtet.

Der in offenen Szenen steigende Crack-Konsum (z. B. Kühnl et al., 2023; zuletzt für NRW Deimel et al., 2025) geht mit teils massiven gesundheitlichen und sozialen Problemen sowie Konflikten in der Nutzung des öffentlichen Raums einher. Reaktionen im Sinne von Maßnahmen zur Eingrenzung von Schäden durch den Crack-Konsum werden vor allem aus DKR und anderen niedrigschwelligen Hilfen beschrieben. Der Trend zum inhalativen (statt intravenösen) Konsum von Opioiden ist seit Jahren aktiv gefördert worden, sodass Rauchräume bereits vor dem Anstieg des Crack-Konsums in vielen DKR eingerichtet worden waren. In den letzten etwa fünf Jahren ist der Bedarf an Rauchräumen sowie Konsumutensilien für den Crack-Konsum nach Berichten aus der Praxis weiter angestiegen. Wo dies räumlich der Fall war, wurde entsprechend reagiert. Auch die Vergabe von sauberen

---

<sup>10</sup> In Schleswig-Holstein, dem neunten Bundesland mit der entsprechenden Verordnung, existiert aktuell kein Drogenkonsumraum. Die für 2024 geplante Eröffnung des ersten dortigen Konsumraums musste verschoben werden und ist aktuell nicht absehbar.

Utensilien für den inhalativen Konsum sowie Natron zum Aufkochen von Crack wurde verstärkt. Darüber hinaus wurde kürzlich eine neue Handreichung zur Anpassung der Angebote in AIDS- und Drogenhilfe für Crackkonsumierende von der Bundesarbeitsgemeinschaft DKR veröffentlicht (Deutsche Aidshilfe e.V., 2024). Der Stadtstaat Bremen hat zudem anlässlich der sich ausbreitenden Crack-Problematik eine integrierte Drogenhilfestrategie für die Stadtgemeinde verabschiedet, die verschiedene Maßnahmen aus den Bereichen Harm Reduction, Prävention, Behandlung und öffentliche Sicherheit verbindet<sup>11</sup>; siehe dazu auch Workbook Drogenpolitik.

## **1.6 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung**

### **1.6.1 Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Schadensminderung**

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

## **2 NEUE ENTWICKLUNGEN**

### **2.1 Neue Entwicklungen bei Drogentodesfällen und drogenbezogenen nicht-tödlichen Notfällen**

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

### **2.2 Neue Entwicklungen bei drogenbezogenen Infektionskrankheiten**

Für den aktuellen Stand drogenbezogener Infektionskrankheiten siehe 1.3.

### **2.3 Neue Entwicklungen bei Maßnahmen zur Schadensminderung**

Der aktuelle Stand der Maßnahmen zur Schadensminderung inkl. Pilotprojekte wird unter 1.5.3 berichtet, Entwicklungen in Bezug auf Maßnahmen rund um den Crack-Konsum unter 1.5.4.

---

<sup>11</sup> [https://www.rathaus.bremen.de/sixcms/media.php/13/20250610\\_top%202012\\_Sachstandsbericht\\_Integrierte\\_Drogenhilfestrategie.pdf](https://www.rathaus.bremen.de/sixcms/media.php/13/20250610_top%202012_Sachstandsbericht_Integrierte_Drogenhilfestrategie.pdf) [letzter Zugriff: 21.08.2025].

Am 23. Juni 2023 hatte der Deutsche Bundestag im Rahmen des Gesetzes zur Bekämpfung von Arzneimittel-Lieferengpässen die gesetzlichen Grundlagen für die Durchführung von Drug-Checking-Modellvorhaben in den Bundesländern im Betäubungsmittelgesetz geschaffen<sup>12</sup>. Zudem wurde das Verbot von Drug-Checking in Drogenkonsumräumen aus dem BtMG gestrichen. Dadurch können die Bundesländer mit Hilfe eines Erlaubnisverfahren Modellvorhaben und Pilotprojekte durchführen, wenn mit der Analyse eine Risikobewertung sowie gesundheitliche Aufklärung verbunden ist. Aktuell (Stand 21.08.2025) existieren Drug-Checking-Projekte in Berlin<sup>13</sup>, Thüringen<sup>14</sup> und Mecklenburg-Vorpommern<sup>15</sup>. Von diesen verfügt derzeit nur Mecklenburg-Vorpommern über die entsprechende Landesverordnung<sup>16</sup>. Die Stadtstaaten Hamburg<sup>17</sup> und Bremen<sup>18</sup> haben ebenfalls Verordnungen über die Durchführung von Modellvorhaben erlassen, bisher werden dort aber keine Projekte umgesetzt. Beide Verordnungen enthalten explizit die Möglichkeit, Drug Checking auch in DKR umzusetzen. Weitere Bundesländer, die nach Änderung der Bundesgesetzgebung Drug Checking Verordnungen angekündigt hatten, haben diese Ankündigung bisher nicht in die Tat umgesetzt. Ein Vorschlag für eine Musterverordnung wurde kürzlich vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik vorgelegt (Integrative Drogenhilfe e.V. et al., 2025).

Ein Sonderfall des Drug-Checkings ist das Pilotprojekt „Check dein Cannabis“, das derzeit in Jena umgesetzt wird. Es ist ein stationäres Drug-Checking-Angebot speziell für Cannabis. Da der Besitz von bis zu 50 Gramm Cannabis (bzw. bis 25 Gramm in der Öffentlichkeit) legal ist, wird hierfür keine gesonderte Verordnung benötigt. Ziel ist es, Konsumierende, insbesondere junge Menschen, durch niedrigschwellige Substanzenanalysen und begleitende Kurzintervention zu einer risikoärmeren Konsumpraxis zu befähigen. Die verhaltenspräventive Zielgruppe umfasst derzeit konsumierende junge Erwachsene ab 18 Jahren, insbesondere solche ohne vorrangigen Bedarf an suchtspezifischen Angeboten und/oder wenig Kontakt zu formellen Hilfestrukturen. Perspektivisch wird angestrebt, das Angebot auch für jüngere Konsumierende zu öffnen, um frühzeitig präventiv auf Konsummuster einwirken zu können. Das Angebot soll sich auch an schwer erreichbare Konsumierende richten, die im Rahmen der aufsuchenden Arbeit angesprochen werden.

---

<sup>12</sup> <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/drug-checking-im-bundestag-beschlossen/> [letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>13</sup> <https://drugchecking.berlin/> [letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>14</sup> <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Drug-Checking-in-Thueringen-laeuft-weiter-440816.html> [letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>15</sup> <https://www.med.uni-rostock.de/medien/pressemitteilungen/aktuelles/news/mecklenburg-vorpommern-fuehrt-als-erstes-bundesland-drug-checking-auf-grossen-festivals-ein> [letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>16</sup> <https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Justizministerium/Inhalte/Rechtliches/GVOBI.M-V/GVOBI.%20Nr.%2010%20v.%2023.5.2024.pdf> [letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>17</sup> <https://www.landesrecht-hamburg.de/bsha/document/jlr-DrCheckVHApP1> [letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>18</sup> [https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/bremische-verordnung-ueber-die-durchfuehrung-von-modellvorhaben-zu-substanzenanalysen-bremische-drug-checking-verordnung-bremdrcheckv-vom-15-juli-2025-289143?asl=bremen203\\_tpgesetz.c.55340.de&template=20\\_gp\\_ifg\\_meta\\_detail\\_d](https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/bremische-verordnung-ueber-die-durchfuehrung-von-modellvorhaben-zu-substanzenanalysen-bremische-drug-checking-verordnung-bremdrcheckv-vom-15-juli-2025-289143?asl=bremen203_tpgesetz.c.55340.de&template=20_gp_ifg_meta_detail_d) [letzter Zugriff: 21.08.2025].

Die Durchführung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Firma „Miraculix“, deren Schnelltests zur Cannabissubstanzzanalyse (THC und CBD) genutzt werden. Die Anmeldung verläuft niedrigschwellig und anonym. Die Teilnehmenden erhalten noch vor Ort ein Ergebnis zu ihrer Probe, das unmittelbar in ein Beratungsgespräch eingebettet wird. Diese Gespräche verbinden Risikoinformationen und rechtliche Hinweise mit weiterführenden Unterstützungsangeboten. Beratung und Begleitung erfolgen durch Mitarbeitende der Straßensozialarbeit Jena und des Kontaktcafés Jena. Ziele des Projekts sind

- eine Sensibilisierung der Konsumierenden bzgl. Wirkstoffkonzentrationen und Wirkmechanismen von Cannabis (THC und CBD), die Vermittlung von Safer-Use-Strategien und somit die Stärkung der Konsumkompetenz,
- die Identifikation von gefährlichen Beimengungen und Verunreinigungen, insbesondere von synthetischen Cannabinoiden, die ein potenziell sehr hohes gesundheitliches Risiko bergen, und entsprechende Warnungen, um akute, schwerwiegende gesundheitliche Schäden zu vermeiden,
- die Informationsweitergabe an regionale Hilfestrukturen und Netzwerke zum Austausch und der Weiterentwicklung von bedarfsgerechten und zielgruppenspezifischer Interventionsangeboten, beispielsweise an Notaufnahmen, Sozialpsychiatrische Dienste, die Jugendhilfe etc. (Persönliche Mitteilung).

Der erste Termin des Angebots fand Ende 2024 statt. Das Angebot wurde gut angenommen und ist inzwischen integrierter Bestandteil eines wöchentlich durchgeführten „Safer-Use-Tages“. Eine kontinuierliche Finanzierung über die Pilotphase hinaus ist derzeit jedoch nicht gewährleistet (Persönliche Mitteilung Drudel 11, Projekt „Check dein Cannabis“, 2025).

### 3 QUELLEN UND METHODIK

#### 3.1 Quellen

- an der Heiden, M., Marcus, U., Kollan, C., Schmidt, D., Voß, L., Gunsenheimer-Bartmeyer, B. & Bremer, V. (2018). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2017. Epidemiologisches Bulletin, 47, 509–522 DOI: 10.17886/EpiBull-2018-056.2.
- Bergmann, H., Neumeier, E., Schäffer, D. & Kuban, M. (2024). Drogenkonsumräume in Deutschland 2023 [Online]. München, Berlin: DBDD: München & DAH: Berlin. Available: [https://www.dbdd.de/fileadmin/user\\_upload\\_dbdd/05\\_Publikationen/Diverse/IFT\\_DA\\_H\\_BAG-DKR\\_2024-Drogenkonsumr%C3%A4ume\\_in\\_Deutschland\\_2023.pdf](https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/Diverse/IFT_DA_H_BAG-DKR_2024-Drogenkonsumr%C3%A4ume_in_Deutschland_2023.pdf) [Accessed 21.08.2025].
- Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland, Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend [Online]. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Available: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf) [Accessed 21.08.2025].

- Deimel, D., Ferl, L., Gille, C., Mühlen, A., Rießen, A. v., Schmitz, H. & Scholten, L. (2025). Offene Drogenszenen in NRW 2024. Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster, Pabst Science Publishers, Lengerich / Westfalen DOI: 10.2440/0007.
- Deutsche Aidshilfe e.V. (2024). Handreichung zur Anpassung der Angebote in Aids- und Drogenhilfe für Crack-Konsument\*innen.
- Deutsche Aidshilfe e.V. (2023). HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP): Potentiale entfalten - Versorgung sichern, verbessern und ausweiten. Stellungnahme & Forderungspapier des Community-Beirats im Projekt PrEP-Surv des Robert Koch-Instituts [Online]. Deutsche Aidshilfe e.V., Available: [https://www.aidshilfe.de/system/files/documents/stellungnahme\\_communityboard\\_final.pdf](https://www.aidshilfe.de/system/files/documents/stellungnahme_communityboard_final.pdf) [Accessed 21.08.2025].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Eggl, P. (2009). Arbeit im Spiegel der stationären Suchtbehandlung. Eine themenspezifische Auswertung der Behandlungsstatistik der Forel Klinik. atf Fachtagung 2009 "arbeit macht trocken", Zürich.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fleißner, S., Stöver, H., Schaffer, D., Wodarz-von Essen, H., Deimel, D. & Wodarz, N. (2025). Take-Home Naloxone in Opioid Dependency: An Intervention to Reduce Opioid-Related Deaths. Dtsch Arztebl Int, 122, 240–244 DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0030.
- Fleißner, S. & Wersé, B. (2024). 3 Jahre NALtrain: Erfahrungen, Erfolge, Hindernisse, Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt am Main.
- Hanke, K., Fiedler, S., Grumann, C., Ratmann, O., Hauser, A., Klink, P., Meixenberger, K., Altmann, B., Zimmermann, R., Marcus, U., Bremer, V., Auwärter, V. & Bannert, N. (2020). A Recent Human Immunodeficiency Virus Outbreak Among People Who Inject Drugs in Munich, Germany, Is Associated With Consumption of Synthetic Cathinones. Open Forum Infectious Diseases, 7, ofid1–9 DOI: 10.1093/ofid/ofaa192.
- Haussig, J. M., Nielsen, S., Gassowski, M., Bremer, V., Marcus, U., Wenz, B., Bannert, N., Bock, C. T. & Zimmermann, R. (2018). A large proportion of people who inject drugs are susceptible to hepatitis B: Results from a bio-behavioural study in eight German cities. Int J Infect Dis, 66, 5–13 DOI: 10.1016/j.ijid.2017.10.008.
- Hermanns, S., Friedsam, A., Steffen, G., Biallas, R., Dudareva, S. & Zimmermann, R. (2025). Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2024 – Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz. Epidemiologisches Bulletin, 3–16 DOI: 10.25646/13292.2.
- Hommel, F., Krings, A., Dörre, A., Neumeier, E., Schäffer, D. & Zimmermann, R. (2023). International harm reduction indicators are still not reached: results from a repeated cross-sectional study on drug paraphernalia distribution in Germany, 2021. Harm Reduction Journal, 20 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00870-2>.
- IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1: Ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte - Erstbehandelte. 100% Lauf [unveröffentlichter Tabellenband], IFT Institut für Therapieforchung, München.
- Integrative Drogenhilfe e.V., Bundesverband akzept e.V., Diebel, J. & Teuter, L. (2025). Musterrechtsverordnung (RVO) Drugchecking [Online]. Berlin: Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.),. Available:

- <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2025/07/RVO-Drug-Checking-Stand-Juli-2025.pdf> [Accessed 21.08.2025].
- Koppe, U., Friebe, M., Schön, K., Papke, B., Kollan, C., Hofmann, A., Schmidt, D., Zimmermann, R., an der Heiden, M., Bremer, V. & Gunsenheimer-Bartmeyer, B. (2024). HIV-Jahresbericht 2024. Epidemiologisches Bulletin, 26, 3–18 DOI: 10.25646/13240.
- Kraus, L., Seitz, N.-N., Schulte, B., Cremer-Schaeffer, P., Braun, B., Verthein, U. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Schätzung der Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit. Deutsches Ärzteblatt, 116 (9), 137–143.
- Krings, A., Steffen, G., Zimmermann, R. & group, D. s. (2024). Acceptance and feasibility of a low-threshold and substitution services-based periodical monitoring system for blood-borne and sexually transmitted infections among people who inject drugs in Germany: a mixed-methods analysis. Harm Reduct J, 21, 62 DOI: 10.1186/s12954-024-00977-0.
- Kühnl, R., Bergmann, H., Mathäus, F., Janz, M. & Neumeier, E. (2023). Trendspotter-Update: Crack [Online]. München: IFT Institut für Therapieforschung. Available: <https://mindzone.info/wp-content/uploads/2023/03/Nachbefragung-Crack-Trendspotter.pdf> [Accessed 21.08.2025].
- Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. & Neumeier, E. (2021). Crack - Trendspotter [Online]. München: IFT Institut für Therapieforschung. Available: <https://mindzone.info/wp-content/uploads/2022/03/mindzone-NEWS-Trendspotter-Bericht-Crack-in-Deutschland-2021-12-09.pdf> [Accessed 21.08.2025].
- Landesstelle Sucht NRW & Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW (2020). Harm Reduction: Risiken mindern - Gesundheit fördern. Empfehlung zur Schadensminimierung für Menschen in Nordrhein-Westfalen, die illegale psychoaktive Substanzen konsumieren, Aidshilfe NRW e.V., Köln.
- Leicht, A., Achenbach, S., Beyer, S., Ostermann, O., Köthner, U., Ketzler, S. & Schäffer, D. (2018). Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien. Ein Handlungskonzept der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie und der nationalen Strategie BIS 2030 des Bundesministeriums für Gesundheit, Deutsche AIDS -Hilfe e.V., Berlin.
- Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K., Tönsmeise, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, München.
- Robert Koch-Institut (2016). Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie), Berlin DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.
- Schmidt, D., Kollan, C., Schewe, K., Hanhoff, N., Rösenberg, R., Friebe, M., Schikowski, T., Schink, S. B., Marcus, U., Koppe, U., Jansen, K., Streeck, H., Ottensmeyer, P., An der Heiden, M., Bannert, N., M'Bayo, R., Ceres, M., Weber, L., Sweers, H., Schmidt, A. J., Tietz, H., Danan, E., Bendig, J., Kloep, S., Neumann, A., Valbert, F., Wasem, J., Bartmeyer, B., Bremer, V. & NEPOS Studiengruppe (2023). Evaluation der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE-PrEP). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 66, 1008–1018 DOI: 10.1007/s00103-023-03733-0.
- Sobetzko, A., Janssen-Schauer, G. & Schäfer, M. (2021). Anstieg der Suchtpatienten in der Notfallversorgung während der Corona-Pandemie. Sucht, 67, 3–11 DOI: 10.1024/0939-5911/a000696.
- Stöver, H., O'Reilly, M.-S., Förster, S. & Jurković, L. (2020). Nutzende und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzende Berliner Drogenkonsumräume im Vergleich. Suchttherapie, 21, 32–38 DOI: 10.1055/a-0823-0849.

- Wenz, B., Nielsen, S., Gassowski, M., Santos-Hövenner, C., Cai, W., Ross, R. S., Bock, C.-T., Ratsch, B.-A., Kücherer, C., Bannert, N., Bremer, V., Hamouda, O., Marcus, U. & Zimmermann, R. (2016). High variability of HIV and HCV seroprevalence and risk behaviours among people who inject drugs: results from a cross-sectional study using respondent-driven sampling in eight German cities (2011–14). *BMC Public Health*, 16, 1–14 DOI: 10.1186/s12889-016-3545-4.
- World Health Organization (WHO) (2014). Community management of opioid overdose, WHO, Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2016). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis [Online]. Geneva: World Health Organization. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?sequence=1> [Accessed 21.08.2025].
- Zimmermann, R., Krings, A. & Steffen, G. (2023). DRUCK 2.0-Pilot - DRUCK 2.0 - Pilotierung eines Surveillancesystems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Abschlussbericht, Berlin DOI: 10.25646/11930.

## 3.2 Methodik

### 3.2.1 Erfassung von Drogentoten

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

#### Polizeiliche Erfassung der Drogentodesfälle

Drogenbezogene Todesfälle werden in den einzelnen Bundesländern grundsätzlich durch die Landeskriminalämter erfasst und jährlich an das BKA übermittelt, wo die Informationen zusammengefasst werden. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von drogenbezogenen Todesfällen. Der Anteil an durchgeführten Obduktionen und toxikologischen Gutachten als Maß für die Qualität der Zuordnung von „Drogentodesfällen“ variiert erheblich zwischen den Bundesländern. Die toxikologische Untersuchung von Körperflüssigkeiten und Gewebe spielt bei der Feststellung der Todesursache eine wichtige Rolle, da man erst durch sie Aussagen zur Todesursächlichkeit einzelner Substanzen erhält. Obduktionen und toxikologische Gutachten werden in der Regel durch unterschiedliche Institutionen erstellt. Insbesondere letztere liegen oft erst mit großer Verzögerung vor und werden deshalb bei der Klassifikation der Todesfälle nur in eingeschränktem Maße herangezogen. Aufgrund häufig fehlender toxikologischer Gutachten kann die tatsächliche Todesursächlichkeit einzelner Substanzen im Normalfall nicht eingeschätzt werden. Daher beziehen sich alle Angaben zu beteiligten Einzelsubstanzen lediglich darauf, dass diese im Zusammenhang mit dem Todesfall konsumiert wurden, nicht auf ihre Todesursächlichkeit im medizinischen Sinne.

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

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

### Allgemeines Sterberegister<sup>19</sup>

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personenangaben auch Informationen über die Todesursache enthält. Dieser geht an das Gesundheitsamt und von dort zum Statistischen Landesamt. Die Aggregation und Auswertung auf Bundesebene nimmt das Statistische Bundesamt vor („Todesursachenstatistik“). Auch in dieser Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt. Der Todesursachenstatistik liegt eine „monokausale Aufbereitung“ zugrunde. Das bedeutet, dass nur ein „Grundleiden“, das alle anderen vorhandenen Krankheiten bedingt, kodiert wird<sup>20</sup>. Dies kann dazu beitragen, dass weniger Fälle mit den für Drogentodesfälle relevanten ICD-Kodierungen erfasst werden. Es liegt jedoch keine systematische Schätzung dazu vor, welche Auswirkungen diese Aufbereitung für den Bereich illegaler Substanzen hat.

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) 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 EUDA (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zugrunde liegende Störung (ICD-10-Code F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide werden von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Kodierfehler Einzelfälle dieser Art vermutlich miteingeschlossen werden. 2006 ist eine Änderung der Kodierregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, wenn möglich statt der F1x.x-Codes die akute Todesursache zu kodieren, also die der Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen. Diese hat jedoch bislang in Deutschland keinen

---

<sup>19</sup> Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EUDA. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

<sup>20</sup> Siehe <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Methoden/todesursachenstatistik.html> [letzter Zugriff: 21.08.2025]

Effekt im Hinblick auf die gewünschte Erhöhung der Spezifität gezeigt, sodass nach wie vor sehr viele F-Kodierungen vorliegen.

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

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht<sup>21</sup>. Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung und dem IfSG sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das RKI zu melden. Diese Laborberichte werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Somit enthalten die HIV-Meldungen im Idealfall Angaben zu Alter und Geschlecht, dem Wohnort, dem Übertragungsweg der Infektion sowie Informationen zum Krankheitsstadium und HIV-bezogenen Basis-Laborparametern. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

Informationen zu möglichen Übertragungswegen für Hepatitis B und C (HBV und HCV) werden seit der Einführung des IfSG ebenfalls erhoben. Dies geschieht durch Ermittlungen des Gesundheitsamtes bei den Fallpersonen selbst oder anhand von Angaben der meldenden Labore bzw. Ärztinnen und Ärzte. Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten<sup>22</sup>“ vom RKI publiziert bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI<sup>23</sup> veröffentlicht.

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

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

Die Falldefinitionen des RKI wurden im Jahr 2015 dahingehend geändert, dass nur noch der direkte Hepatitis-B-Erregernachweis die Kriterien für einen labordiagnostischen Nachweis erfüllt. Als Bestätigungstest für einen HBs-Antigennachweis ist der HBe-Antigennachweis hinzugekommen. Der Anti-HBc-IgM-Antikörperrnachweis, der nach den Falldefinitionen bis einschließlich 2014 als alleiniger serologischer Marker ausreichte, um die labordiagnostischen

---

<sup>21</sup> <https://www.rki.de> [Letzter Zugriff: 21.08.2025].

<sup>22</sup> <https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Infektionsepidemiologisches-Jahrbuch/infektionsepidemiologisches-jahrbuch-node.html> [Letzter Zugriff: 11.08.2025].

<sup>23</sup> <https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/epidemiologisches-bulletin-node.html> [Letzter Zugriff: 21.08.2025].

Kriterien der Falldefinition zu erfüllen, ist dagegen entfallen und wird nur noch als Zusatzinformation abgefragt. Unter den Fällen, die nach der neuen Falldefinition erfasst wurden, erfüllen nun nicht nur klinisch-labordiagnostisch bestätigte Fälle, sondern auch labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt oder unbekannt ist, die Referenzdefinition. Die beschriebenen Änderungen dienen nicht nur der Anpassung an die europäischen Falldefinitionen, sondern zielen auch darauf ab, den aktiven, d. h. infektiösen und damit übertragbaren, Hepatitis-B-Infektionen nachzugehen, unabhängig von der Ausprägung ihrer Symptomatik. Mit Einführung der neuen Referenzdefinition ist die Zahl der veröffentlichten Hepatitis-B-Fälle wie erwartet höher ausgefallen als in den Vorjahren.

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

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

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

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

## 4 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Drogentodesfälle 2024, beteiligte Substanzen, polizeiliche Daten.....	9
Tabelle 2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2023.....	14
Tabelle 3	Selbstberichtete Testraten Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2024 .....	27
Tabelle 4	Selbstberichtete HBV- und HCV-Testergebnisse Opioidklientel in der ambulanten Suchthilfe 2024 .....	28
Tabelle 5	Testraten Szenestudie NRW.....	28
Tabelle 6	Selbstberichtete Testergebnisse Szenestudie NRW .....	29
Tabelle 7	i.v.-Konsum und Spritzenteilen bei Opioidkonsumierenden in der DSHS 2024.....	29

## 5 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Langzeittrends Gesamtzahl Drogentodesfälle in beiden Erfassungssystemen.....	11
Abbildung 2	Trend Altersgruppen BKA-Todesfälle.....	13
Abbildung 3	20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle.....	15
Abbildung 4	20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: Vergiftungen (T40.x-Codes).....	16
Abbildung 5	20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes).....	17
Abbildung 6	20-Jahres-Trend der stationären Aufnahmen drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle: akute Intoxikationen (F1x.0-Codes) ohne F19.0 .....	19
Abbildung 7	Trends HBV Diagnosen 2015 – 2024.....	23
Abbildung 8	Übertragungswege HCV-Diagnosen 2024 .....	24
Abbildung 9	Trend HCV-Infektionen aufgrund von intravenösem Drogenkonsum.....	25

### **Zitationsempfehlung**

Neumeier, E., Bergmann, H., Karachaliou, K. & Schneider, F. (2025). Bericht 2025 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2024/2025). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD. IFT Institut für Therapieforschung, München. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17549259>

### **Kontakt**

IFT Institut für Therapieforschung  
c/o Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD  
Leopoldstraße 175  
80804 München  
Tel.: +49 (0)89 360804-0  
E-Mail: [DBDD@ift.de](mailto:DBDD@ift.de)  
Website: <https://www.dbdd.de/>