

1 Titel und Verantwortliche

Projekttitle: Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland

Förderkennzeichen:

Leitung: Prof. Dr. Ludwig Kraus

Mitarbeiter: Dr. Nicki-Nils Seitz
Bernd Schulte
Dr. Peter Cremer-Schaeffer
Dr. Barbara Braun
Dr. Elena Gomes de Matos
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel

Kontaktdaten: IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstr. 175
80804 München
Tel.: 089-360804-30
Fax: 089-360804-19
Mail: kraus@ift.de

Laufzeit: 1.4.2017 bis 31.1.2018

Fördersumme 44.284,00 €

Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche.....	1
	Inhaltsverzeichnis.....	3
	Tabellenverzeichnis.....	5
2	Zusammenfassung.....	7
3	Einleitung.....	9
3.1	Ausgangslage des Projekts.....	9
3.2	Ziele des Projekts.....	11
4	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	13
4.1	Erfassung des Hellfelds.....	13
4.2	Erfassung des Dunkelfelds.....	16
4.3	Anzahl Opioidabhängiger nach Bundesland.....	16
5	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	19
6	Ergebnisse.....	21
6.1	Schätzung des Hellfelds.....	21
6.2	Schätzung des Dunkelfelds.....	21
6.3	Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland.....	24
6.4	Schätzung Opioidabhängiger nach Bundesland.....	25
7	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....	27
	Danksagung.....	33
8	Gender Mainstreaming Aspekte.....	35
9	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	37
10	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential).....	39
11	Publikationsverzeichnis.....	41
12	Referenzen.....	43
	Anhang I: Interviewbogen „Anbindung an das Suchthilfesystem“.....	47
	Anhang II: Teilnehmende Einrichtungen.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5-1:	Arbeits- und Zeitplan.....	19
Tabelle 6-1:	Befragungszeitraum, Anzahl und Anteil Interviewbögen (gesamt, verweigert, auswertbar) und auswertbare Interviewbögen von Opioidkonsumenten nach Standort	21
Tabelle 6-2:	Anzahl befragter Personen mit Opioidkonsum nach Standort und Geschlecht.....	22
Tabelle 6-3:	Anzahl befragter Personen mit Opioidkonsum nach Standort, Art der Einrichtung und Geschlecht.....	23
Tabelle 6-4:	Anzahl befragter Personen mit Opioidkonsum, die nur niederschwellige Einrichtungen ohne Falldokumentation oder andere suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen haben, nach Standort.....	23
Tabelle 6-5:	Schätzung Opioidabhängiger nach Status (Substituierte, Nicht-Substituierte, Dunkelfeld)	24
Tabelle 6-6:	Anzahl gemeldeter Substituierter zum Stichtag 01.07.2016 (N), Anteil an Gesamtdeutschland (%), Schätzung der Anzahl Substituierter, Schätzung der Anzahl Nicht-Substituierter (Nicht-S), Schätzung des Dunkelfelds und Schätzung der oberen und unteren Gesamtzahl Opioidabhängiger je Bundesland.....	26
Tabelle 7-1:	Übersicht der Schätzungen Opioidabhängiger in Ländern der Europäischen Union (2010-2016) (http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/pdu)	28

2 Zusammenfassung

Die Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger in Deutschland für das Jahr 2016 basiert (1) auf einer Vollerhebung von Opioidabhängigen, die gemäß § 5b BtMVV im Substitutionsregister am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet waren, (2) einer Zählung der in der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe gemeldeten Klientinnen und Klienten/Patientinnen und Patienten ohne Substitutionsbehandlung und einer Hochrechnung auf alle Einrichtungen Deutschlands auf der Grundlage der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), der Berliner Suchthilfestatistik und des Einrichtungsregisters der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), und (3) einer Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger, die keine der unter (1) und (2) genannten Suchthilfeinrichtungen in Anspruch genommen haben. Das „Dunkelfeld“ wurde mit Hilfe einer Befragung von Opioidkonsumenten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe geschätzt, in denen keine Dokumentation von Klientinnen und Klienten erfolgt.

Es ergibt sich eine Gesamtschätzung von 166.294 (164.794; 167.794) Opioidabhängigen in Deutschland mit einer Rate von 3,08 (3,05-3,11) pro Tausend Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Anzahl weiblicher Opioidabhängiger wird auf 42.307 (41.826; 42.787) und die männlicher Opioidabhängiger auf 123.988 (122.968; 125.007) geschätzt. Die Schätzungen für die Bundesländer schwanken zwischen 53.851 (53.366; 54.337) Opioidabhängigen in Nordrhein-Westfalen und 248 (245; 250) Opioidabhängigen in Brandenburg.

Im internationalen Vergleich nimmt die Rate Opioidabhängiger pro 1.000 Einwohner (15-64 Jahre) in Deutschland (Vereinigtes Königreich 8,06; Ungarn: 0,48) einen mittleren Rang ein. Im Vergleich zu den früheren Schätzungen aus dem Jahr 1995 von 150.000 (97.000-204.000) i.v. Drogenkonsumierenden für Westdeutschland und Berlin (Kirschner & Kunert, 1997) und dem Jahr 2000 von 127.000–190.000 Opiatkonsumentinnen und -konsumenten für Gesamtdeutschland (Kraus et al., 2003) kommt die aktuelle Schätzung trotz Unterschieden in den Schätzmethode, den zugrundeliegenden Daten (Behandlungs-, Polizei und Mortalitätsdaten) sowie der Definition der Population (i.v. Konsum, Opiate) auf einen ähnlichen mittleren Wert. Auch wenn sich das Spektrum der Opioide in den letzten 20 Jahren deutlich erweitert hat und sich die Konsummuster diversifiziert haben, liegt auf der Grundlage der aktuellen Schätzung und dem Vergleich mit früheren Schätzungen der Schluss nahe, dass sich die Anzahl der Konsumentinnen und Konsumenten, die Opioide mit einem hohen Mortalitätsrisiko konsumieren, in den letzten 20 Jahren kaum verändert hat.

Bei den Schätzungen für die Bundesländer handelt es sich mit Ausnahme der Anzahl Substituierter um keine direkten Schätzungen unter Verwendung regionaler Daten. Sie beruhen vielmehr auf der Annahme, dass die Anzahl nicht substituierter und nicht registrierter Opioidabhängiger in den Bundesländern proportional zur Anzahl Substituierter verteilt ist. Die regionale Anzahl nicht substituierter und nicht registrierter Opioidabhängiger kann aber auch unsystematischen Einflüssen unterliegen, so dass es sich bei den vorliegenden Schätzungen für die Bundesländer nur um Näherungswerte handelt, die von der tatsächlichen Anzahl Opioidabhängiger mehr oder weniger abweicht.

Trotz verschiedener methodischer Einschränkungen, insbesondere der Zuhilfenahme der personenbezogenen Daten der Suchthilfestatistik Berlin, beruht die vorliegende Schätzung zum Großteil auf Routinedaten, bei denen es sich (nahezu) um Vollerhebungen handelt

(Substitutionsregister, Deutsche Suchthilfestatistik), so dass insgesamt von einer hohen Genauigkeit der Schätzung ausgegangen werden kann.

3 Einleitung

Die Anzahl von Personen, die im letzten Jahr Opioide gebraucht bzw. verschriebene Opioide missbraucht hatten, wird weltweit auf 35,1 Millionen geschätzt. Von diesen haben etwa 17,7 Million Personen Opioide (Heroin oder Opium) konsumiert (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2017). Der Missbrauch von pharmazeutischen Opioiden stellt gegenwärtig in vielen Ländern, insbesondere in den USA, eine Herausforderung dar. Die Abhängigkeit von Opioiden zählt weltweit zu den häufigsten Substanzstörungen und ist für den größten Teil der durch Drogen verursachten Bevölkerungsbelastung durch Morbidität und Mortalität verantwortlich (Degenhardt et al., 2013).

Die Abschätzung der Populationsgröße von Abhängigen von Opioiden stellt daher eine wichtige Voraussetzung für gesellschaftliche, gesundheitliche und politische Erwägungen dar (Babor et al., 2010). Gründe dafür sind, dass Opioide starke körperliche und pharmakologisch ableitbare Abhängigkeitsrisiken aufweisen (Schäfer, 2011). Zudem geht von diesen Substanzen ein nicht unerhebliches Risiko aus, durch übertragbare Infektionen im Zusammenhang mit intravenösem Konsum zu erkranken (Strathdee et al., 2010), an einer Überdosis oder den langfristigen Folgen des Konsums zu versterben (Arendt, Munk-Jorgensen, Sher & Jensen, 2011). Vor allem der Konsum von Opioiden scheint, zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung, mit einem erhöhten Risiko der „Verelendung“, d. h. des Abdriftens in prekäre Lebensumstände assoziiert zu sein (Bernard, 2013). Zudem besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für kriminelle Handlungen im Sinne der „Beschaffungskriminalität“ (Groenemeyer, 2012).

3.1 Ausgangslage des Projekts

Im Kontext illegaler Drogen ist der Konsum von Opioiden in Deutschland zum überwiegenden Teil identisch mit dem Konsum von Heroin oder Substanzen, die im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Verwendung finden (Polamidon, Methadon, Buprenorphin). Aktuelle Berechnungen für das Jahr 2015 auf der Basis der Anzahl von Todesfällen im Zusammenhang mit Heroin und anderen Opioiden, der Anzahl Opioidabhängiger in Behandlung und der Anzahl polizeilich erstauffälliger Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin sowie einem Faktor bestehend aus der Mortalitätsrate, der Behandlungsrate bzw. der Rate der als Erstkonsumenten bekannten Drogentoten schätzen die Zahl riskanter Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin und anderen Opioiden auf zwischen 56.000 und 164.000 Personen. Dies entspricht einer Rate von 1 bis 3 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Piontek et al., 2017). Bei dem unteren Wert handelt es sich allerdings um eine rein rechnerische Angabe, da allein im bundesweiten Substitutionsregister des BfArM am Stichtag 1. Juli 2015 77.200 Personen im Rahmen einer substitutionsgestützten Behandlung registriert waren.

Insgesamt hat die Bedeutung des Konsums von Heroin und anderen Opioiden laut verschiedener Datenquellen zum Drogenkonsum in Deutschland in den letzten Jahren abgenommen. Insbesondere für jüngere Menschen scheint der Konsum von Opioiden – im Gegensatz z. B. zum Konsum von Stimulanzien – nicht mehr attraktiv zu sein, so dass die in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in Erscheinung tretende Klientel eine alternde Kohorte repräsentiert. Dazu passen auch Indikatoren wie das seit Jahren steigende Durchschnittsalter unter den Opfern drogeninduzierter Todesfälle und auch die aus den Strafverfolgungsstatistiken vorliegenden Daten weisen auf eine nachlassende Bedeutung des Konsums und Handels mit

Heroin hin (Piontek et al., 2017). Die Gesamtzahl der Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin und anderen Opioiden scheint sich aber insgesamt in den letzten Jahren nicht dramatisch verändert zu haben, da aufgrund der guten Versorgungslage für die Betroffenen das Überleben über größere Zeiträume als früher gewährleistet werden kann (Piontek et al., 2017).

Während in den 1970er und 1980er Jahren Heroin die Droge der Wahl war, hat sich der Drogenkonsum in den letzten 20 bis 25 Jahren insbesondere in den Großstädten Europas weitgehend diversifiziert. Neben Heroin haben sich Kokain, Crack und insbesondere Stimulanzien auf dem Drogenmarkt etabliert. Darüber hinaus wird meist nicht nur eine Substanz konsumiert, sondern polyvalenter Konsum stellt bei Drogenkonsumentinnen und -konsumenten die Regel und nicht die Ausnahme dar (Coffin et al., 2003; Darke & Hall, 1995; Leri, Bruneau & Stewart, 2003). Dies wird durch eine aktuelle Studie auch für Berlin bestätigt (Kraus, Steppan & Piontek, 2015).

Erste Schätzungen zum Umfang der Opiatabhängigkeit in Deutschland stammen aus dem Jahr 1931. Pohlisch (1931) analysierte die Verschreibung von Opiaten im Jahr 1928. Problematischer Opiatkonsum wurde als eine durchschnittliche Einnahme von mehr als 0,1 Gramm Morphium Hydrochloricum oder einer äquivalenten Menge eines anderen Opiats definiert. Der Autor kam zu dem Schluss, dass es aufgrund der Nicht-Existenz eines illegalen Marktes so gut wie keine verborgene bzw. unbekannte Population (Dunkelfeld) von Opiatkonsumenten gab. Auf der Grundlage dieser Definition wurde die Anzahl problematischer Opiatkonsumenten auf 3.500 geschätzt, was einer Rate von 0,056 pro 1.000 Einwohner oder 0,07 pro 1.000 Einwohner im Alter von 20 Jahren oder älter entspricht.

Aufgrund des Mangels epidemiologischer Daten war es in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg schwierig, die Anzahl von Opiatkonsumentinnen und -konsumenten in Westdeutschland zu schätzen. Erste Schätzungen des Umfangs Heroinabhängiger bzw. intravenös drogenkonsumierender Männer und Frauen liegen für Berlin aus den Jahren 1979 (Skarabis & Patzak, 1981) und 1992 (Kirschner, Kunert, Grünbeck, Markert & Tiemann, 1994) vor. Während erstere Schätzung auf der Capture-recapture (CRC) Methode basiert (Cormack, 1992), wurde für letztere Schätzung ein anonymes Monitoring in Praxen niedergelassener Ärzte durchgeführt (Kirschner et al., 1994). Eine erste nationale Schätzung des Jahres 1989 für Gesamtdeutschland auf Grundlage von Behandlungsdaten berichtete eine Anzahl von 60.000–80.000 Problemkonsumentinnen und -konsumenten von Opiaten, Kokain, Stimulanzien und Halluzinogenen (Klingemann, Goos, Hartnoll, Jablensky & Rehm, 1991). Eine deutsche Expertengruppe schätzte die Anzahl von Heroinkonsumentinnen und -konsumenten in West- und Ostdeutschland für das Jahr 1995 auf 127.000-152.000 (Bühringer et al., 1997) und eine Schätzung auf der Basis einer Befragung niedergelassener Ärzte ermittelte im selben Jahr für die Population i.v. Drogenkonsumierender in Westdeutschland und Berlin einen Mittelwert von 150.000 (97.000-204.000) Personen (Kirschner & Kunert, 1997). Im Kontext einer Schätzung problematischer Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in den Ländern der Europäischen Union unter Verwendung verschiedener Methoden wurde für Deutschland für das Jahr 2000 eine Schätzung von 127.000–190.000 Opiatkonsumentinnen und -konsumenten ermittelt. Datenbasis für diese Schätzung waren Behandlungs-, Polizei- und Mortalitätsdaten (Kraus et al., 2003). Unter Verwendung dieser methodischen Ansätze wiesen vergleichende Schätzungen für die Jahre 1990, 1995 und 2000 auf einen moderaten Zuwachs der Population von Opiatkonsumentinnen und -konsumenten hin (Augustin & Kraus, 2004).

Seit diesen Schätzungen haben mit Ausnahme einer Capture-Recapture Studie in Berlin (Kraus et al., 2015) und der Fortschreibung des Multiplikatoren-Ansatzes (Drogentodesfälle, Behandlungsfälle und Polizeikontakte) in den Berichten der Deutschen Drogenbeobachtungsstelle (zuletzt Piontek et al., 2017) keine methodischen Neuerungen Eingang in die Schätzung der Anzahl problematischer Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in Deutschland gefunden. Während Schätzungen auf der Grundlage des Capture-Recapture Ansatzes international die Methode der Wahl ist (vgl. Datenbank der European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/pdu>) haben sich unseres Wissens auf der nationalen Ebene keine methodischen Standards durchgesetzt.

Zur Schätzung problematischer Drogenkonsumentinnen und -konsumenten stehen in Deutschland verschiedene Daten zur Verfügung, die neben Capture-Recapture Studien (CRC) auf lokaler Ebene einen Zugang auf nationaler Ebene ermöglichen. Mit diesem Projekt wird ein Ansatz zur Schätzung von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten mit Schwerpunkt auf Heroin und andere Opioide in Deutschland vorgestellt und eine Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger in Deutschland vorgenommen.

3.2 Ziele des Projekts

Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren zunehmenden Akzeptanz und Ausbreitung der medikamentösen Substitutionstherapie wurde in Deutschland von der Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag der Bundesländer ein Register mit Daten über die Verschreibung von Substitutionsmitteln eingeführt (§ 5b der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)). In diesem Register wurden beispielsweise zum Stichtag 1. Juli 2016 78.500 Patienten gezählt (Bundesopiumstelle, 2017). Damit dürfte unter Berücksichtigung der Jahresprävalenz, die wegen An- und Abmeldungen deutlich höher ist, die Mehrheit der problematischen Opioidkonsumentinnen und -konsumenten dem Hilfesystem bekannt sein. Nimmt man die Personen hinzu, die ohne Substitutionstherapie das Suchthilfesystem in Form einer ambulanten oder stationären Beratung/Behandlung in Anspruch nehmen, erhöht sich die Anzahl bekannter Opioidkonsumentinnen und -konsumenten. Auf der Basis einer Schätzung der dem Hilfesystem bekannten Opioidkonsumentinnen und -konsumenten (Hellfeld) auf der Grundlage des Substitutionsregisters und der Daten der Deutschen Suchthilfestatistik und einer Schätzung der dem Hilfesystem nicht bekannten Opioidkonsumentinnen und -konsumenten (Dunkelfeld) lässt sich eine Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger in Deutschland vornehmen.

Das Ziel des Projekts ist daher die Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger in Deutschland und in den 16 Bundesländern. Die Schätzung der Opioidabhängigen basiert auf verfügbaren Daten über Personen, die das Hilfesystem (Substitution, ambulante oder stationäre Einrichtungen) in Anspruch nehmen und in irgendeiner Form statistisch erfasst werden (Hellfeld) sowie einer Schätzung des Anteils Opioidabhängiger, die derartige Hilfen nicht in Anspruch nehmen (Dunkelfeld). Das Jahr der Schätzung ist das Kalenderjahr 2016.

4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Im Folgenden wird der Begriff Opioidabhängigkeit als Oberbegriff für eine Abhängigkeit von Opioiden (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl) als synthetisch gewonnene Substanzen und von Opiaten (Codein, Morphin) als pflanzlich gewonnene Substanzen verwendet. In der klinischen Diagnostik gibt es keine Differenzierung (F11.x) nach Opioiden und Opiaten. Aufgrund des datenbasierten Vorgehens der Schätzung (Substitutionsregister, ambulante oder stationäre Beratung/Behandlung) spielt die Unterscheidung nach der Art der Substanz keine Rolle. In der Regel handelt es sich um Abhängigkeit von Heroin. Im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlung, ambulanter und stationärer Beratung/Behandlung wird von einer „Abhängigkeit“ ausgegangen. Bei Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen wird von einem berichteten Opioidkonsum auf eine Abhängigkeit geschlossen. In der Einleitung und der Diskussion halten wir uns bei der Darstellung der in der Literatur berichteten Ergebnisse an die dort verwendeten Begriffe.

4.1 Erfassung des Hellfelds

Das Design der Studie sieht eine weitgehende Vollerhebung der Personen vor, die im Hilfesystem bekannt sind. Für die Erfassung des Hellfelds wurden Daten aus dem Substitutionsregister (Bundesopiumstelle, 2017) und der ambulanten und stationären Suchthilfestatistik (DSHS) (Thaller, Specht, Künzel & Braun, 2017) herangezogen. Hieraus ergibt sich die Anzahl der im Jahr 2016 substituierten Patientinnen und Patienten und die Anzahl der im Jahr 2016 in der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe gemeldeten Klientinnen und Klienten/Patientinnen und Patienten ohne Substitutionsbehandlung. Eine Validierung der Überlappung zwischen Substitution und der ambulanten und stationären Suchthilfe erfolgte mit personenbezogenen Daten der Berliner Suchthilfestatistik (Specht, Künzel & Braun, 2018), u.a. für den Anteil der im Jahr 2016 in der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe gemeldeten Klientinnen und Klienten/Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose Opioide/Substitutionsbehandlung. Da es sich bei der Deutschen Suchthilfestatistik um keine Vollerhebung handelt, erfolgte die Hochrechnung auf die Gesamtzahl Opioidabhängiger in der ambulanten und stationären Suchthilfe mit Hilfe des Einrichtungsregisters (Süss & Pfeiffer-Gerschel, 2011).

Substitutionsregister

Nach § 5b BtMVV hat jeder Arzt, der ein Substitutionsmittel für einen Patienten verschreibt, dem BfArM codierte Patientendaten zu melden, die dort in kryptierter Form in die Datenbank überführt werden. Die Meldung der Daten dient u. a. der frühestmöglichen Unterbindung von Mehrfachbehandlungen eines Patienten durch mehrere Ärzte. Sobald in der Datenbank ein Patientencode neu aufgenommen wird, der dort bereits vorliegt, erscheint eine Meldung, die auf den doppelt vorhandenen Patientencode hinweist. Im Anschluss erfolgt eine Prüfung auf Doppelbehandlung durch Abfrage bei den an den beiden Meldungen beteiligten Ärztinnen und Ärzten. In seltenen Fällen sind Patientencodes zufällig identisch. In der Datenbank ist für den Zeitraum eines Jahres (Anfang Juli bis Ende Juni des Folgejahres) u. a. recherchierbar, wie viele Patienten zu einem Stichtag gemeldet waren, wie viele An- und Abmeldungen in einem Jahr erfolgt sind und wie viele Codes doppelt oder mehrfach gemeldet wurden.

Die Datenschutzbestimmungen des Substitutionsregisters sind sehr eng gefasst und erlauben lediglich eine Punktprävalenz der im Register gemeldeten Patienten zum 1. Juli jedes Jahres sowie die Darstellung der An- und Abmeldungen innerhalb der vorhergehenden 12 Monate. Die Patientinnen und Patienten werden mit einem Code gemeldet. Der Code wird bei Eintreffen auf den Datenbanken des BfArM kryptiert und im System „verschlossen“ aufbewahrt. Nach einer vorgegebenen Zeit werden diese verschlossen aufbewahrten Kryptogramme gelöscht. Ein Zugriff auf Codes und Kryptogramme ist aus Datenschutzgründen nicht gestattet.

Für das Projekt wurden die innerhalb eines Kalenderjahres erzeugten Kryptogramme vor dem Löschen gezählt. Alle doppelt (oder auch mehrfach) vorhandenen Kryptogramme wurden nur einmal gezählt, da sie in der Regel von Patientinnen und Patienten stammen, die in diesem Zeitraum mehrfach (z. B. wegen Arztwechsel, Umzug oder Unterbrechung der Therapie) angemeldet wurden. Die Anzahl der unterschiedlichen Kryptogramme entspricht annähernd der Anzahl der verschiedenen Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Kalenderjahres substituiert wurden. Allerdings kann es in Einzelfällen auch zu einer zufälligen Dopplung eines Patientencodes kommen, der aus Teilen des Vor- und Nachnamens, des Geschlechts und Teilen des Geburtsdatums gebildet wird. Das betrifft etwa 1 % der jährlichen Anmeldungen und wird bei der Berechnung der Anzahl Substituierter berücksichtigt.

Die Ermittlung der Jahresprävalenz der im Substitutionsregister gemeldeten Opioidabhängigen erlaubt keine Aufteilung nach Geschlecht. Als Schätzung wurde die Baselineerhebung (2014/15) der ECHO-Studie herangezogen, die n=2.176 Substitutionspatienten in mehr als 60 niedergelassenen Praxen in ganz Deutschland untersucht hat (Strada et al., 2018). In der Studie wird ein Anteil von 72,2 % männlicher Substituierter berichtet.

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

Aus der deutschen Suchthilfestatistik wurden durch Kreuztabellierung diejenigen Klientinnen und Klienten/Patientinnen und Patienten identifiziert, die während eines Jahres in einer Einrichtung der ambulanten oder stationären Suchthilfe wegen einer Opioidabhängigkeit behandelt bzw. registriert wurden, ohne in diesem Jahr eine Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen zu haben. Für den ambulanten Bereich wurden die Daten dem Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4) (Braun, Specht, Thaller & Künzel, 2017a). und dem Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen (Notschlafstellen, Konsumräume, etc. mit Falldokumentation; Typ 2) (Braun, Specht, Thaller & Künzel, 2017b) jeweils unter Berücksichtigung aller Daten (100 %) und aller Betreuungen mit Einmalkontakten (Bezugsgruppe 3) entnommen. Für den stationären Bereich stammen die Daten aus dem Tabellenband für teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 8) (Braun, Specht, Thaller & Künzel, 2017d) und dem Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 9 und 10) (Braun, Specht, Thaller & Künzel, 2017c) unter Berücksichtigung aller Daten (100 %) und alle Beender mit Einmalkontakten (Bezugsgruppe 4). Aus den Tabellenbänden wurden die geschlechterspezifischen Daten für Hauptdiagnosen (HD) inklusive weiterer Suchtdiagnosen den Tabellen 4.08m (Männer) und 4.08w (Frauen) entnommen. Es wurden alle Fälle mit HD F11 berücksichtigt, sowie alle Fälle mit HD (F10, F12-F19, F50, F63) oder ohne dokumentierte HD bei gleichzeitigem Vorliegen opioidbezogener Nebendiagnosen aufgrund des Konsums von Heroin, Methadon, Buprenorphin oder anderen opiathaltigen Mitteln. Diese Daten bilden die Grundlage der Schätzung für die in der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe erfassten Klientinnen und Klienten/Patientinnen und Patienten ohne Substitutionsbehandlung.

Mit der DSHS können nicht alle Einrichtungen erfasst werden. Über die Beteiligungsquote der an der DSHS Dokumentation teilnehmenden Einrichtungen an allen Einrichtungen (ermittelt über das nicht öffentliche DBDD-Einrichtungsregister; Süss & Pfeiffer-Gerschel, 2011) wurden die aggregierten Daten auf alle Einrichtungen hochgerechnet. Die Beteiligungsquote im Jahr 2016 für ambulante Einrichtungen (ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen; Typ 3 und 4) betrug 73,8 % und für stationäre Einrichtungen (teilstationäre und stationäre Rehabilitationseinrichtungen; Typ 8, 9 und 10) 61,6 % (Thaller et al., 2017).

Eine personenbezogene Auswertung der DSHS war aufgrund der Verwendung aggregierter Daten nicht möglich. Darüber hinaus konnte keine Kontrolle von Doppelnennungen vorgenommen werden, die über die Einrichtungsebene hinausgeht, d. h. eine Person kann in zwei verschiedenen Einrichtungen betreut werden und taucht dann in der Statistik auch zweimal auf, ohne dass dies erkennbar wäre. Zudem können auch Doppelnennungen bei Nebendiagnosen, z. B. bei opioidbezogenen Nebendiagnosen, entstehen, da Personen nicht eindeutig einer Nebendiagnose zugeordnet werden müssen, z. B. kann eine Person mit einer Heroinabhängigkeit und einer Methadonabhängigkeit, also mit zwei Nebendiagnosen, und somit doppelt erfasst werden. Die Umrechnung von fallbezogenen Daten auf personenbezogene Daten wie auch die Berücksichtigung von Doppelnennungen wurde mit Hilfe von Schätzern auf Basis der Berliner Suchthilfestatistik durchgeführt.

Berliner Suchthilfestatistik

Im Gegensatz zur DSHS, die lediglich über aggregiert Daten der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe verfügt, konnten die Daten der Suchthilfe Berlin personenbezogen ausgewertet werden (Specht, Künzel & Braun, 2018). Damit ließen sich die Überschneidungen von Personen in ambulanten und stationären Einrichtungen wie auch Doppelungen bei Nebendiagnosen abschätzen.

Die personenbezogenen Daten wurden unter Berücksichtigung der Faktoren Geschlecht, Hauptdiagnosen (F10-F19, F50, F63, ohne HD) inklusive der Nebendiagnosen F11 und Typ der Einrichtung (ambulant: Typ 2, 3 und 4; stationär: Typ 8, 9 und 10) analysiert. Bei der Erfassung der Nebendiagnosen F11 sind Mehrfachnennungen möglich. Deswegen wurde ein Skalierungsfaktor für die Überschneidungen in den Nebendiagnosen F11 berechnet und mit den auf alle Einrichtungen hochgerechnet DSHS-Daten multipliziert. Zur Umrechnung der aggregierten DSHS-Daten auf personenbezogene Daten wurde schließlich auf Basis der Anzahl von Betreuungsepisoden ein Skalierungsfaktor errechnet und angewandt. Im Anschluss wurde der Anteil an Nicht-Substituierten geschätzt. Es wurden dabei Personen ausgeschlossen, bei denen im Jahr 2016 mindestens einmal eine Behandlungsepisode mit Substitution¹ dokumentiert wurde. Weitere Anpassungen wurden mit Hilfe von Skalierungsfaktoren im Hinblick auf (1) mögliche Mehrfachnennungen von Betreuungsepisoden im ambulanten Bereich (Typ 2 versus Typ 3 und 4) und Mehrfachnennungen durch Betreuungsepisoden von ambulanten und stationären Einrichtungen (Typ 2, 3 und 4 versus Typ 8, 9 und 10) durchgeführt. Die Analysen der Daten der Berliner Suchthilfestatistik wurde mit dem Statistikprogramm Stata 14.1 durchgeführt.

¹ Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe) oder psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution.

Der Prozess der Schätzung opioidabhängiger Personen ohne Substitutionsbehandlung in der ambulanten und stationären Suchthilfe auf Basis der Deutschen Suchthilfestatistik und der Berliner Suchthilfestatistik ist in Abbildung 1 dargestellt.

4.2 Erfassung des Dunkelfelds

Zur Kalkulation des Umfangs der Gesamtpopulation Opioidabhängiger wird zusätzlich eine Schätzung des Anteils Opioidabhängiger benötigt, die in keinem Kontakt zu Substitutionseinrichtungen sowie zu Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe mit Falldokumentation oder der stationären Suchthilfe standen (Dunkelfeld). Dieser Anteil wurde mit Hilfe einer Befragung von Opioidkonsumentinnen und -konsumenten in niedrighschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe geschätzt. Hieraus ergab sich der Anteil der Opiatabhängigen, die eine niedrighschwellige Einrichtung ohne Falldokumentation aufsuchten und weder eine Substitution noch eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe mit Falldokumentation oder der stationären Suchthilfe in Anspruch genommen haben.

Befragung in niedrighschwelligen Einrichtungen

Zur Schätzung des Dunkelfelds wurden in niedrighschwelligen Einrichtungen ohne Falldokumentation von Juli bis September 2017 die Klientinnen und Klienten nach ihrem Status und ihren Kontakten mit der Suchthilfe mit Hilfe eines standardisierten Interviewbogens „Anbindung an das Suchthilfesystem“ befragt (vgl. Anhang I). Als Kontakt mit dem Suchthilfesystem wurde definiert, wenn Opioidkonsumentinnen und -konsumenten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in Substitutionsbehandlung waren oder eine Einrichtung der ambulanten Suchthilfe mit Falldokumentation oder der stationären Suchthilfe in Anspruch genommen haben. Wegen der Durchführung der Befragung im Sommer 2017 war der Referenzzeitraum daher nicht das Jahr 2016, sondern aus Gründen der Memorierbarkeit die letzten 12 Monate, d.h. das letzte halbe Jahr 2016 und das erste halbe Jahre 2017. Die Einrichtungen, in denen eine Befragung durchgeführt wurden, waren Drob Inn Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg (Hamburg), Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e.V. (Berlin), JJ Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (Frankfurt a. M.), Mudra – Drogenhilfe e.V. (Nürnberg) und Prop e. V. Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie (München). Dies umfasst im Wesentlichen Streetwork, Spritzentausch, Kontaktcafé und mobile medizinische Versorgung (Drogennotdienst). Eine detaillierte Beschreibung der jeweiligen Einrichtung und ihrer Arbeitsweise findet sich in Anhang II. Die Analysen der Daten der Befragung wurde mit dem Statistikprogramm Stata 14.1 (StataCorp LP., 2016) durchgeführt.

4.3 Anzahl Opioidabhängiger nach Bundesland

Zur Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger je Bundesland wurde die Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten zum Stichtag 01.07.2016 je Bundesland genutzt (Bundesopiumstelle, 2017). Mit Hilfe dieser Zahlen wurde aus der geschätzten Gesamtzahl Opioidabhängiger ein Anteil je Bundesland berechnet.

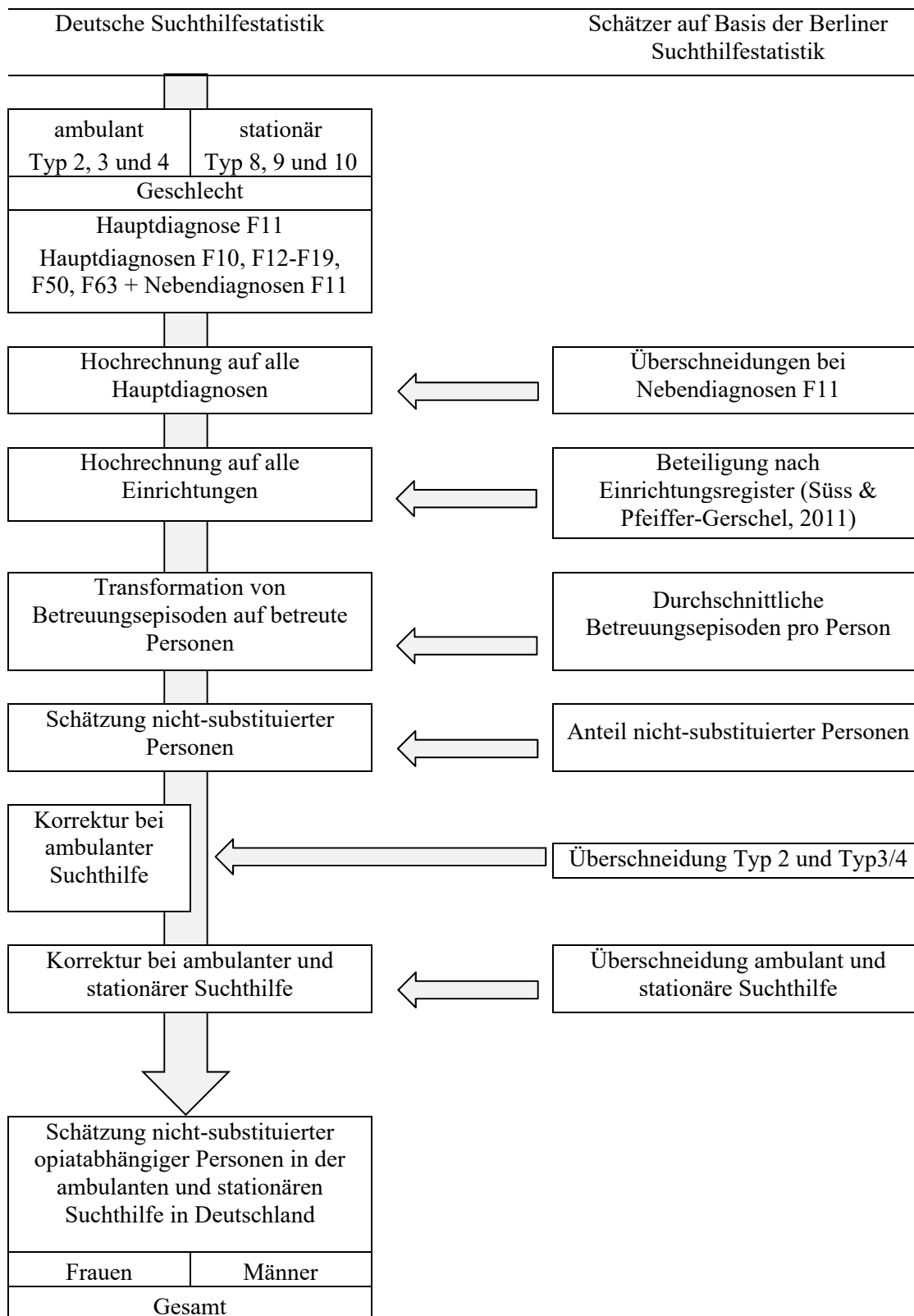


Abbildung 1: Ablaufschema der Schätzung nicht-substituierter opioidabhängiger Personen in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe mit Falldokumentation und der stationären Suchthilfe auf Basis der Deutschen Suchthilfestatistik und der Berliner Suchthilfestatistik

5 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der ursprüngliche Arbeitsplan (Tabelle 5-1) konnte eingehalten werden, so dass es zu keinen Abweichungen kam und die Ziele erreicht wurden.

Tabelle 5-1: Arbeits- und Zeitplan

Arbeiten	Monate April 2017 bis Januar 2018										
	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	
Erfassung des Hellfelds											
Schätzung substituierter Opioidabhängiger											
Schätzung Patienten/Klienten in ambulanten/stationären Einrichtungen ohne Substitutionsbehandlung											
Validierung von Überschneidungen (Behandlung)											
Erfassung des Dunkelfelds											
Schätzung Anteil Opioidabhängiger ohne Substitution, ambulante Beratung oder stationäre Reha											
Analyse der gesammelten Daten											
Berichterstellung											
Meilenstein 1	Anzahl substituierter Opioidabhängiger										
Meilenstein 2	Anzahl Patienten/Klienten in ambulanten/stationären Einrichtungen ohne Substitutionsbehandlung										
Meilenstein 3	Anzahl der Überschneidungen im ambulanten/stationären Setting										
Meilenstein 4	Anteil Opioidabhängiger ohne Substitution, ambulante Beratung oder stationäre Reha										
Meilenstein 5	Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland										
Meilenstein 6	Abschlussbericht										

6 Ergebnisse

6.1 Schätzung des Hellfelds

Substitutionsregister

Zwischen dem 01.07.16 und dem 30.06.17 waren in der Datenbank 123.387 kryptographisch verschlüsselte Codes erfasst. Nach Abzug der doppelt oder mehrfach vorhandenen Codes blieben 93.939 unterschiedliche Codes übrig. Bei den 29.448 doppelt oder mehrfach vorhandenen Codes handelte es sich in der Regel um Codes von Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Kalenderjahres zweimal oder mehrfach angemeldet wurden, da sie die Therapie zwischenzeitlich unterbrochen oder den Arzt gewechselt hatten.

Die Anzahl von n=93.939 ist ein erster Näherungswert zur Bestimmung der Patientenzahl. Allerdings müssen noch weitere Faktoren berücksichtigt werden. Zum Stichtag 1.7.2016 (Startpunkt der Datenerfassung) waren 78.500 Patientinnen und Patienten in der Datenbank erfasst. Da am 30.06.2017 genau 123.387 Codes erfasst waren, wurden innerhalb des Untersuchungsjahres 44.887 (123.387 minus 78.500) Patientinnen und Patienten neu gemeldet. Eine Prüfung der doppelt vorhandenen Codes ergab, dass diese bei 0,99 % der vorgenommenen Anmeldungen zufällig identisch waren und nicht hätten von der Gesamtmenge der Codes abgezogen werden dürfen. Dem Zwischenergebnis von n=93.939 wurden daher 442 (0,99 % von 44.887) Fälle hinzugefügt. Damit waren im Substitutionsregister im Jahr 2016 n=94.381 Substituierte gemeldet.

Deutsche Suchthilfestatistik

Unter Berücksichtigung der Faktoren Geschlecht, Hauptdiagnosen inklusive Nebendiagnosen F11 und Typ der Einrichtung sowie der Anpassung hinsichtlich möglicher Mehrfachnennungen (Suchtdiagnose, Typ der Einrichtung) ergab sich eine Schätzung von 66.220 nicht-substituierter opioidabhängiger Personen (50.953 Männer, 15.267 Frauen).

6.2 Schätzung des Dunkelfelds

In den fünf Standorten wurden im Zeitraum Juli bis Anfang September 2017 insgesamt n=1.056 Interviews durchgeführt (Tabelle 6-1). Die Anzahl der Interviewbögen aus den Standorten belief sich von 81 Interviewbögen (Nürnberg) bis 333 Interviewbögen (Hamburg).

Tabelle 6-1: Befragungszeitraum, Anzahl und Anteil Interviewbögen (gesamt, verweigert, auswertbar) und auswertbare Interviewbögen von Opioidkonsumenten nach Standort

Standort	Befragungszeitraum	Gesamt		Verweigert		Auswertbar		Opioidkonsum	
		n	%	N	%	n	%	n	%
München	12.07.17-18.08.17	222	21%	22	10%	200	90%	184	83%
Nürnberg	11.07.17-25.08.17	81	8%	0	0%	81	100%	72	89%
Hamburg	26.07.17-28.08.17	333	32%	23	7%	310	93%	291	87%
Frankfurt	19.07.17-09.09.17	199	19%	9	5%	190	95%	178	89%
Berlin	11.07.17-18.08.17	221	21%	32	14%	189	86%	159	72%
Total		1056	100%	86	8%	970	92%	884	84%

Eine Verweigerungsrate von 8 % (0 %-14 %) führte zu einer Reduzierung von auswertbaren Interviewbögen auf 970 Interviewbögen, davon waren 884 Interviewbögen, bei denen eine Einnahme von Opioiden im Zeitraum zweite Hälfte des Jahres 2016 und erstes halbes Jahr 2017 berichtet wurde. Die weiteren Analysen basieren auf diesen 884 Interviewbögen. Von den befragten Opioidkonsumentinnen und -konsumenten waren der Großteil Männer (n = 706, 80 %). Es wurde eine Person mit Geschlecht Transgender befragt. Bei insgesamt 10 Interviewbögen fehlte die Angabe des Geschlechts (Tabelle 6-2).

Tabelle 6-2: Anzahl befragter Personen mit Opioidkonsum nach Standort und Geschlecht

Standort	Männer	Frauen	Transgender	Fehlend
München	133	50	0	1
Nürnberg	67	5	0	0
Hamburg	235	53	1	2
Frankfurt	144	33	0	1
Berlin	127	26	0	6
Total	706	167	1	10

Die Anzahl befragter Personen mit Opioidkonsum und deren Nutzung einer Einrichtung nach Standort, Art der Einrichtung und Geschlecht ist in Tabelle 6-3 dargestellt. Über die Hälfte der Personen gab an (Mehrfachnennungen möglich), in den letzten 12 Monaten von einem Arzt verschreibungspflichtig substituiert worden zu sein (388 Männer, 116 Frauen). Ein vergleichbar hoher Anteil besuchte ambulante Einrichtungen. Wesentlich weniger Befragte hatten auch stationäre Einrichtungen besucht (111 Männer, 34 Frauen). Der Besuch von Notschlafstellen, Konsumräumen etc. mit Falldokumentation oder die Nutzung anderer suchtbezogener Hilfen wurde ungefähr gleich oft berichtet. Der Großteil der Befragten hatten auch niederschwellige Einrichtungen ohne Falldokumentation besucht (578 Männer, 143 Frauen). Davon hatte aber nur ein geringer Anteil an Personen ausschließlich entweder niederschwellige Einrichtungen ohne Falldokumentation (74 Männer, 10 Frauen) oder anderen suchtbezogene Hilfen (4 Männer, 0 Frauen) in Anspruch genommen (Tabelle 6-4). Von allen befragten Opioidkonsumentinnen und -konsumenten besuchten 10,5 % der Männer und 6,0 % der Frauen ausschließlich niederschwellige Einrichtungen ohne Falldokumentation und 0,6 % der Männer hatten ausschließlich anderen suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen.

Auf Basis einer logistischen Regression wurden die Anteile für Männer auf 9,6 % (95 %-KI: 7,6 %; 11,6 %) und bei Frauen auf 5,2 % (95 %-KI: 2,1 %; 8,4 %) geschätzt.

Tabelle 6-3: Anzahl befragter Personen mit Opioidkonsum nach Standort, Art der Einrichtung und Geschlecht

Standort	Substitution		Beratungs- /Behandlungsstelle, Institutsambulanz		Notschlafstelle, Konsumraum etc. mit Falldokumentation ^{a)}		Stationäre Einrichtung ^{a)}		Niederschwellige Einrichtungen ohne Falldokumentation ^{a)}		Andere suchtbezogene Hilfen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
München	73	38	33	17	17	9	34	15	132	50	72	23
Nürnberg	22	1	40	4	24	3	11	0	64	5	29	3
Hamburg	128	36	151	43	66	22	29	8	218	51	82	26
Frankfurt	90	22	101	24	95	25	21	8	100	26	44	9
Berlin	75	19	36	10	22	5	16	3	64	11	24	6
Total	388	116	361	98	224	64	111	34	578	143	251	67

^{a)} eine Person mit Geschlecht Transgender hat diese Einrichtung im Zeitraum zweite Hälfte 2016 und erste Hälfte 2017 besucht

Tabelle 6-4: Anzahl befragter Personen mit Opioidkonsum, die nur niederschwellige Einrichtungen ohne Falldokumentation oder andere suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen haben, nach Standort

Standort	Niederschwellige Einrichtungen ohne Falldokumentation		Andere suchtbezogene Hilfen		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
München	18	5	0	0	18	5
Nürnberg	14	0	2	0	16	0
Hamburg	32	3	0	0	32	3
Frankfurt	1	0	0	0	1	0
Berlin	9	2	2	0	11	2
Total	74	10	4	0	78	10

6.3 Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland

Die Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland wurde mit Hilfe der Formel

$$OA = S + SH + (SH \cdot DF)$$

vorgenommen, wobei

OA= Anzahl Opioidabhängige

S = Anzahl Opioidsubstituierte

SH= Anzahl Klienten/Patienten mit Opioidabhängigkeit in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe mit Falldokumentation oder der stationären Suchthilfe ohne Substitution

DF= Anteil Klienten in niedrigschwelligen Einrichtungen ohne Falldokumentation und ohne Kontakt zur Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe mit Falldokumentation oder der stationären Suchthilfe (SH).

Hieraus ergibt sich eine Gesamtschätzung von 166.294 (164.794-167.794) Opioidabhängigen in Deutschland. Bezogen auf die in Deutschland im Jahr 2016 gemeldeten Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahre (N=53.963.400, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2016) ergibt sich eine Rate von 3.08 (3.05-3.11) pro 1.000 Einwohner.

Tabelle 6-5: Schätzung Opioidabhängiger nach Status (Substituierte, Nicht-Substituierte, Dunkelfeld)

Status	Quelle	Frauen	Männer	Gesamt
Substituierte (S)	Substitutionsregister	26.238	68.143 ¹⁾	94.381
Nicht-Substituierte in Suchthilfe (SH)	DSHS	15.267	50.953	66.220
Dunkelfeld (DF); 95% KI	Befragung ²⁾			
Untere Grenze		2.1%	7.6%	
Obere Grenze		8.4%	11.6%	
Schätzung (SH + SH·DF)				
Untere Grenze		15.588	54.825	70.413
Obere Grenze		16.549	56.864	73.413
Gesamt ³⁾		42.307	123.988	166.294
Untere Grenze		41.826	122.968	164.794
Obere Grenze		42.787	125.007	167.794

¹⁾ 72,2 % (Strada et al., 2018) der Schätzung aus dem Substitutionsregister

²⁾ Befragung von Konsumenten in niedrigschwelligen Einrichtungen ohne Falldokumentation

³⁾ Mittelwert aus oberer und untere Grenze

6.4 Schätzung Opioidabhängiger nach Bundesland

Für die einzelnen Bundesländer ergibt sich auf der Grundlage der in den Bundesländern registrierten Substituierten, der Schätzung Nicht-Substituierter und der Schätzung des Dunkelfelds die in Tabelle 6-6 dargestellten unteren und oberen Schätzungen Opioidabhängiger. Die Schätzungen für die Bundesländer schwanken zwischen 53.851 (53.366; 54.337) Opioidabhängigen in Nordrhein-Westfalen und 248 (245; 250) Opioidabhängigen in Brandenburg.

Tabelle 6-6: Anzahl gemeldeter Substituierter zum Stichtag 01.07.2016 (N), Anteil an Gesamtdeutschland (%), Schätzung der Anzahl Substituierter, Schätzung der Anzahl Nicht-Substituierter (Nicht-S), Schätzung des Dunkelfelds und Schätzung der oberen und unteren Gesamtzahl Opioidabhängiger je Bundesland

	Männer												Frauen											
	N	%	Substituierte	Nicht-S	Dunkelfeld-KI		Nicht-S	Dunkelfeld-KI		Gesamt	Schätzung													
					Untere Grenze	Obere Grenze		Untere Grenze	Obere Grenze		Untere Grenze	Obere Grenze												
Baden-Württemberg	10.313	13,1%	12.391	6.689	508	776	2.004	42	168	21.832	21.635	22.029												
Bayern	7.895	10,1%	9.486	5.121	389	594	1.534	32	129	16.713	16.563	16.864												
Berlin	5.169	6,6%	6.211	3.353	255	389	1.005	21	84	10.943	10.844	11.041												
Brandenburg	117	0,1%	141	76	6	9	23	0	2	248	245	250												
Bremen	1.769	2,3%	2.125	1.147	87	133	344	7	29	3.745	3711	3.779												
Hamburg	4.179	5,3%	5.021	2.711	206	314	812	17	68	8.847	8767	8.927												
Hessen	7.578	9,6%	9.105	4.915	374	570	1.473	31	124	16.042	15.898	16.187												
Mecklenburg-Vorpommern	254	0,3%	305	165	13	19	49	1	4	538	533	543												
Niedersachsen	7.933	10,1%	9.531	5.146	391	597	1.542	32	130	16.794	16.642	16.945												
Nordrhein-Westfalen	25.438	32,4%	30.564	16.500	1.254	1.914	4.944	104	415	53.851	53.366	54.337												
Rheinland-Pfalz	2.207	2,8%	2.652	1.432	109	166	429	9	36	4.672	4.630	4.714												
Saarland	699	0,9%	840	453	34	53	136	3	11	1.480	1.466	1.493												
Sachsen-Anhalt	634	0,8%	762	411	31	48	123	3	10	1.342	1.330	1.354												
Sachsen-Anhalt	693	0,9%	833	450	34	52	135	3	11	1.467	1.454	1.480												
Schleswig-Holstein	3.288	4,2%	3.951	2.133	162	247	639	13	54	6.961	6.898	7.023												
Thüringen	387	0,5%	465	251	19	29	75	2	6	819	812	827												

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger in Deutschland für das Jahr 2016 basiert (1) auf einer Vollerhebung von Opioidabhängigen, die gemäß § 5b BtMVV im Substitutionsregister am BfArM gemeldet waren, (2) einer Zählung der in der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe gemeldeten Klientinnen und Klienten/Patientinnen und Patienten ohne Substitutionsbehandlung und einer Hochrechnung auf alle Einrichtungen Deutschlands auf der Grundlage der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), der Berliner Suchthilfestatistik und des Einrichtungsregisters der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), und (3) einer Schätzung der Anzahl Opioidabhängiger, die keine der unter (1) und (2) genannten Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch genommen haben. Die Schätzung des „Dunkelfelds“ wurde mit Hilfe einer Befragung von Opioidkonsumentinnen und -konsumenten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe geschätzt, in denen keine Dokumentation der Klientel erfolgt.

Unter Verwendung der Ergebnisse für (1)-(3) ergibt sich eine Gesamtschätzung von 166.294 (164.794-167.794) Opioidabhängigen in Deutschland. Die Anzahl weiblicher Opioidabhängiger wird auf 42.307 (41.826; 42.787) und die männlicher Opioidabhängiger auf 123.988 (122.968; 125.007) geschätzt. Die Schätzungen für die Bundesländer schwanken zwischen 53.851 (53.366; 54.337) Opioidabhängigen in Nordrhein-Westfalen und 248 (245; 250) Opioidabhängigen in Brandenburg. Die Schätzungen für die Bundesländer beruhen auf der Annahme, dass die Anzahl von nicht substituierten und nicht registrierten Opioidabhängigen proportional ist zur Anzahl der in einem Bundesland registrierten substituierten Opioidabhängigen.

Vergleich mit nationalen und internationalen Prävalenzschätzungen

Die für Europäische Länder geschätzte Rate Opioidabhängiger pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren schwankt zwischen 0,05 in Ungarn und 8,06 im Vereinigten Königreich, wobei sich die Schätzungen nach Methode und Jahr unterscheiden (Tabelle 7-1). Die für Deutschland ermittelte aktuelle geschätzte Rate von 3,08 Opioidabhängigen pro 1.000 Einwohner ist somit niedriger als im Vereinigten Königreich, Malta, Österreich, Italien, Frankreich, Portugal, Lettland, Finnland und Slowenien. Die aktuelle Schätzung für Deutschland ist jedoch höher als für Kroatien, Norwegen, Zypern, Griechenland, Spanien, Tschechische Republik, Niederlande, Polen und Ungarn. Deutschland nimmt somit bezüglich der Rate Opioidabhängiger pro 1.000 Personen der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung eine mittlere Position ein.

Außerhalb Europas liegen aktuelle Schätzungen für Australien vor. Larney und Kollegen (2017) schätzen die Population von i.v. Drogenkonsumenten in Australien auf 6,0 (Range: 4,3 – 7,6) pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Tabelle 7-1: Übersicht der Schätzungen Opioidabhängiger in Ländern der Europäischen Union (2010-2016) (<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/pdu>)

Land	Population	Jahr	Mittlere Schätzung/1.000 (15-64 Jahre)	Untere Schätzung/1.000 (15-64 Jahre)	Obere Schätzung/1.000 (15-64 Jahre)	Methode ^{a)}	Referenz
Ungarn	Heroin	2010/11	0.48	0.43	0.53	CR	1
Polen	Opioide	2014	0.55	0.41	0.69	CM	2
Niederlande	Opioide	2012	1.26	1.14	1.47	TM	3,4
Tschechische Republik	Opioide	2015	1.81	1.75	1.88	TM	5,6,7
Spanien	Heroin	2014	2.11	1.58	2.63	OT	8
Griechenland	Opioide	2015	2.38	2.05	2.81	CR	9
Zypern	Opioide	2015	2.46	1.93	3.24	TP	10
Norwegen	Opioide	2013	2.68	1.99	4.15	TM	11,12
Kroatien		2015	3.09	2.51	4.02	TM	13
Deutschland ^{b)}	Opioide	2016	3.08	3.05	3.11		
Slowenien	Opioide	2015	3.73	3.38	4.14	CM	14
Finnland	–	2012	4.12	3.78	4.49	CR	15
Litauen	–	2014	4.68	3.37	7.5	TM	16
Portugal	–	2012	4.86	4.19	5.54	CR	17
Frankreich	Opioide	2013/14	5.19	4.43	7.38	CR	18
Italien	Heroin	2015	5.24	4.59	5.87	TM	19
Österreich	Opioide	2015	5.45	5.26	5.64	CR	20
Malta	Opioide	2015	5.99	5.55	6.53	CR	21
Vereinigtes Königreich	Opioide	2010/11	8.06	7.91	8.36	CM	22,23

^{a)} CR=Capture-Recapture; TM=Treatment multiplier; TP=Truncated Poisson; CM=Combined Method; OT=Other

^{b)} Schätzung der vorliegenden Studie

- 1 National Focal Point Hungary, unpublished data.
- 2 Sieroslawski, J. (2015). Oszacowanie liczby problemowych uzytkownikow narkotykow. In Oszacowanie Rozpowszechnienia Wybranych Uzaleznien Behawioralnych Oraz Analiza Korelacji Pomiedzy Wystepowaniem Uzaleznien Behawiora Lnych A Uzywaniem Substancji Psychoaktywnych (Survey report CBOS, S. 265-271). Warszawa, Poland: Available at: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=928538.
- 3 Cruts, G., van Laar, M., & Buster, M. (2013). *Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland*. Utrecht, The Netherlands: Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.
- 4 Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., and Mol, A. (2013). Kerncijfers Verslavingszorg 2012: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)[Key Figures Addiction Care 2012: National Alcohol and Drugs Information System (LADIS)]. Houten, The Netherlands: Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ).
- 5 National Focal Point Czech Republic, unpublished data.
- 6 Czech national monitoring centre for drugs and addictions (2016). Analysis of the final reports of the projects financed by the Government council for drug policy coordination.
- 7 Czech national monitoring centre for drugs and addictions (2016). The Survey Multiplier 2016.
- 8 National Focal Point Spain, unpublished data.
- 9 National Focal Point Greece, unpublished data.
- 10 National Focal Point Cyprus.

- 11 National Focal Point Norway, unpublished data.
- 12 Gjersing & Sandøy, Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer, SIRUS report 2/2014.
- 13 National Focal Point Croatia, unpublished data.
- 14 National Focal Point Slovenia, unpublished data.
- 15 Jukka Ollgren, Martta Forsell, Vili Varjonen, Hannu Alho, Henrikki Brummer-Korvenkontio, Heini Kainulainen, Karoliina Karjalainen, Elina Kotovirta, Airi Partanen, Sanna Rönkä, Timo Seppälä, Ari Virtanen. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka*79; 5/2014.
- 16 National Focal Point Latvia, unpublished data.
- 17 SICAD (2013). Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências; Ribeiro, C., Carapinha, L., Guerreiro, C. Lavado, E. & SICAD (2014). Estimativa do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas Portugal Continental 2012.
- 18 National Focal Point France, unpublished data.
- 19 Relazione al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze 2016.
- 20 Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I. et al. (2017). *Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
https://jasmin.goeg.at/29/1/epidemiologieberichtsucht2016_0fehler.pdf.
- 21 National Focal Point Malta, unpublished data.
- 22 Hay, G., Rael dos Santos, A. and Millar, T. (2013). Estimates of the prevalence of opiate use and/or crack cocaine use, 2010/11: Sweep 7 report. <http://www.population-health.manchester.ac.uk/epidemiology/NDEC/factsandfigures/Prevalenceestimates1011.pdf>
- 23 Hay, G., Rael dos Santos, A. and Millar, T. (2013) National and regional estimates of the prevalence of opiate use and/or crack cocaine use, 2010/11: a summary of key findings. National Treatment Agency, London.

Im Vergleich zu den früheren Schätzungen aus dem Jahr 1995 von 150.000 (97.000-204.000) i.v. Drogenkonsumierenden in Westdeutschland und Berlin (Kirschner & Kunert, 1997) und dem Jahr 2000 von 127.000–190.000 Opiatkonsumentinnen und -konsumenten in Gesamtdeutschland (Kraus et al., 2003) kommt die aktuelle Schätzung auf einen ähnlichen mittleren Wert. Die Schätzung des Jahres 1995 bezieht sich zwar auf Westdeutschland und Berlin und zielt auf i.v. Konsumenten ab, jedoch war Opioidkonsum nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern in den 1990er Jahren kaum vorhanden und i.v. Konsum die Methode der Wahl in Westeuropa. Trotz der Unterschiede in den Schätzverfahren (Monitoring niedergelassener Ärzte; Multiplikation mit einer Schätzung des Dunkelfelds) und den für die Schätzungen herangezogenen Daten (Behandlungs-, Polizei und Mortalitätsdaten) sowie der Definition der Population (i.v. Konsum, Opiate) zeigen die Schätzwerte eine hohe Übereinstimmung.

Vergleiche mit früheren Schätzungen Opioidabhängiger in Berlin sind dadurch eingeschränkt, dass die vorliegende Schätzung mit Ausnahme der Anzahl Substituierter keine direkte Schätzung unter Verwendung regionaler Daten darstellt. So kommt die aktuelle Schätzung mit 10.844 bis 11.041 Opioidabhängigen auf eine etwas geringere Anzahl in Berlin als eine Capture-Recapture Schätzung aus dem Jahr 2010, die eine Anzahl von 11.300 bis 16.700 Opioidabhängigen schätzte (Kraus et al., 2015). Vorausgesetzt, dass es sich bei der CRC-Schätzung um keine Überschätzung handelt und sich die Anzahl Opioidabhängiger in Berlin zwischen 2010 und 2016 nicht wesentlich geändert hat, ist davon auszugehen, dass die Gleichverteilungsannahme nicht substituierter und nicht registrierter Opioidabhängiger proportional zur Anzahl Substituierter nicht zutrifft. In Stadtstaaten sowie in Bundesländern mit Großstädten und einer ausgeprägten

Drogenszene wäre die Anzahl nicht substituierter und nicht registrierter Opioidabhängiger dann höher. Umgekehrt würde es sich bei den Schätzungen in den anderen Bundesländern um leichte Überschätzungen handeln. Die regionale Anzahl nicht substituierter und nicht registrierter Opioidabhängiger kann aber auch anderen Einflüssen als den hier angenommen unterliegen, so dass es sich bei den vorliegenden Schätzungen für die Bundesländer nur um Näherungswerte handelt, die von der tatsächlichen Anzahl Opioidabhängiger mehr oder weniger abweicht.

In unserer Studie beträgt der Anteil aktuell substituierter Opioidkonsumentinnen und -konsumenten an der Gesamtschätzung 56,8 % (Range: 56,2 %; 57,3 %). Die Ergebnisse der DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland; (Robert Koch Institut (RKI), 2016) weisen in einer Stichprobe von 2.077 i.v. Drogenkonsumenten je nach Stadt auf einen Anteil von 57-89 % der Konsumenten hin, die jemals in Opioidsubstitutionstherapie waren und zwischen 31-66 % waren aktuell in Substitutionsbehandlung. In Hamburg weisen Behandlungsdaten zur Nutzung von Substitutionsbehandlung der Basisdokumentation (BADO) darauf hin, dass im Jahr 2016 75 % der Klientinnen und Klienten mit der Hauptproblemsubstanz Opioide in Substitutionsbehandlung waren (Lindemann, Neumann-Runde & Martens, 2017, S. 30).

Die vorgenommene Schätzung von Opioidabhängigen in Deutschland lässt keine Rückschlüsse auf den Anteil von i.v. Opioidkonsumierenden zu, die wegen der hohen Infektionsgefahr mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV), Hepatitis C (HCV) und Hepatitis B (HBV) eine Hochrisikogruppe darstellen (Robert Koch Institut (RKI), 2016). Eine Studie in der offenen Drogenszene in Frankfurt berichtet für das Jahr 2016 einen Anteil von 52 % der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten, die Heroin vorzugsweise intravenös konsumierten (Werse, Sarvari, Egger & Feilberg, 2017). Dieser Wert ist seit dem Jahr 2008 rückläufig. Laut den Autoren sind in der Straßen-Drogenszene Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen. Mit diesen hatten nahezu alle Befragten Konsumerfahrung. Insgesamt gaben zwei Drittel an, in den letzten 24 Stunden Heroin konsumiert zu haben, und 84 % hatten Crack konsumiert.

Limitationen

Aufgrund der gesetzlich festgelegten Kryptierung der Codes im Substitutionsregister lassen sich fehlerhafte Meldungen im System nicht sicher auffinden. Sofern bei einer Code-Abmeldung keine dazu passende Anmeldung gefunden wird, können „Datenleichen“ in der Datenbank entstehen. Dies tritt beispielsweise auf, wenn die betreffende Anmeldung mit abweichendem Code gemeldet oder erfasst wurde. Die Anzahl lässt sich nicht recherchieren, sie wird naturgemäß von Jahr zu Jahr größer. Die fehlerhaft gemeldeten oder erfassten Codes verbleiben dann solange in der Datenbank, bis es zu einer Arzt-bezogenen Bereinigung der Datensätze (ärztliche „Inventur-Meldung“) kommt. Prinzipiell führen Fehlermeldungen zu einer Überzählung, die aber bezogen auf die Gesamtzahl zu vernachlässigen ist.

Die Validität der Daten im Substitutionsregister hängt zudem von der Vollständigkeit und der Qualität der Meldungen der Ärztinnen und Ärzte ab. Durch Stichproben und die Aufklärung von mutmaßlichen Doppelbehandlungen ist bekannt, dass es sowohl Einzelfälle gibt, in denen Patientinnen und Patienten nicht ordnungsgemäß abgemeldet, als auch Fälle, in denen sie nicht ordnungsgemäß angemeldet werden. Die Zahl der versäumten Abmeldungen dürfte dabei größer sein als die Zahl der versäumten Anmeldungen. Eine Schätzung des Ausmaßes ist anhand der vorliegenden Daten nicht möglich. Jedoch wird durch die oben bereits erwähnte Arzt-

bezogene Bereinigung der Datensätze sichergestellt, dass dieser Fehler im Promillebereich anzusiedeln ist. Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Zahl von 94.381 Behandlungsfällen pro Jahr einen Höchstwert darstellt, der nur unwesentlich von der tatsächlichen Zahl nach oben abweichen dürfte.

Als methodische Einschränkungen der Schätzungen sind weiterhin zu nennen: (1) das Fehlen altersspezifischer Daten bei der Erfassung substituierter Opioidkonsumentinnen und -konsumenten (Substitutionsregister) erlaubte keine entsprechende Stratifizierung, so dass die Schätzungen nur für die Gesamtpopulation vorgenommen werden konnten. (2) Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) erfassen Behandlungsepisoden. Die Anzahl von Behandlungsfällen, d. h. Personen in Betreuung, wurde über Berechnungen der durchschnittlichen Anzahl von Betreuungsepisoden je Person aus personenbezogenen Daten der Suchthilfe Berlin geschätzt. Diese Schätzung basiert somit auf regionalen Daten, die die Merkmale der Drogenszene, des Drogenhilfesystems sowie des Inanspruchnahmeverhaltens in der größten Stadt Deutschlands widerspiegeln. Diese Besonderheit, d. h. die durchschnittliche Anzahl von Betreuungsepisoden, beeinflusst die Schätzung der Personen, die nicht substituiert werden und in der Suchthilfestatistik erfasst sind. Höhere „Wiedervorstellungsraten“ (d. h. mehr Betreuungsepisoden pro betreuter Person) in Berlin im Vergleich zum Durchschnitt in Deutschlands Drogenhilfeeinrichtungen haben eine Unterschätzung der Behandlungsfälle zur Folge. (3) Zur Schätzung der Opioidkonsumentinnen und -konsumenten, die in der Suchthilfestatistik erfasst sind, aber nicht substituiert werden, müssen die Zahlen der in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten Personen auf alle Einrichtungen hochgerechnet werden. Dieser Faktor wird über die Beteiligung ambulanter und stationärer Suchthilfeeinrichtungen in der DSHS an allen Suchthilfeeinrichtungen hochgerechnet. Die Gesamtzahl ambulanter und stationärer Suchthilfeeinrichtungen wird im Einrichtungsregister der DBDD erfasst, das seit 2007 jährlich aktualisiert wird. Die Beteiligungsquote an der DSHS wird auf Basis dieses Registers geschätzt. Für den Fall, dass die Beteiligungsquote überschätzt, d. h. fälschlicherweise angenommen wird, dass sich mehr Einrichtungen an der DSHS beteiligen als dies tatsächlich der Fall ist, wird die Anzahl der Opioidkonsumentinnen und -konsumenten, die in der Suchthilfestatistik erfasst sind, aber nicht substituiert werden, unterschätzt. (4) Doppelnennungen stellen bei Zählungen über verschiedene Auswertungstabellen aggregierter Daten in der Regel ein unvermeidbares Problem dar. Bei der Zählung von Behandlungsepisoden nach Haupt- und Nebendiagnosen in den Daten der DSHS wurden Doppelnennungen mit Hilfe von Schätzungen entsprechender Doppelnennungen in den Daten der Berliner Suchthilfestatistik korrigiert, da hier personenbezogene Daten vorliegen. Die dabei ermittelten Korrekturfaktoren sind wiederum von der Repräsentativität der Situation in Berlin für die Situation in Gesamtdeutschland abhängig. (5) Weitere methodische Einschränkung der DSHS Schätzungen können die Dokumentation in den Einrichtungen betreffen. Falls beispielsweise Nebendiagnosen unterreportiert werden, würde sich tendenziell eine Unterschätzung der Opioidkonsumentinnen und -konsumenten ergeben.

Bei der Schätzung des Dunkelfelds wird davon ausgegangen, dass nahezu jede Opioidkonsumentin und jeder Opioidkonsument, die weder in Substitution sind noch Suchthilfeeinrichtungen mit Falldokumentation in Anspruch nehmen, in irgendeiner Form in Kontakt mit einer niedrigschwelligen Einrichtung steht oder sich in der offenen Drogenszene bewegt, sei es um sich Drogen zu besorgen, soziale Kontakte zu suchen oder Dienstleistungen in Form von neuen Spritzen oder einer Tasse Kaffee in Anspruch zu nehmen. Bestätigung findet diese Annahme einerseits indirekt durch Berichte der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den

befragten niedrigschwelligen Einrichtungen und die Notwendigkeit, Kommunikation in mehr als fünf Sprachen bereitstellen zu müssen. Dies zeigt die Nähe zumindest nicht integrierter Opioidkonsumentinnen und -konsumenten zur offenen Drogenszene bzw. zu entsprechenden Hilfeeinrichtungen. Zum anderen weisen Studien in der offenen Drogenszene darauf hin, dass insgesamt 93% der Befragten (2002: 97 %; 2003: 99 %; 2004: 100 %, 2006: 99 %, 2008: 100 %, 2010: 99 %, 2012: 98 %, 2014: 96 %) mindestens einmal in den vergangenen drei Monaten ein Angebot des bestehenden Drogenhilfesystems in Anspruch genommen haben, wobei der Hauptanteil des Angebots in den Bereichen der „Harm Reduction“ Angebote entfällt (Essensangeboten, Unterkünfte, Druckräume, Rauchräume, mobile soziale Arbeit wie Streetwork, Spritzentausch oder medizinische Behandlung, Arbeits- und Rechtsberatung) (Werse et al., 2017). Larney und Kollegen (2017) greifen bei ihrem aktuellen Ansatz, die Anzahl intravenös Opioidkonsumierender in Australien zu schätzen, zur Erfassung des Dunkelfelds ebenfalls auf die Inanspruchnahme von „Harm Reduction“ Angebote zurück. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass der Anteil der in Australien über Apotheken ausgegebenen Spritzen minimal ist und somit der Hauptanteil über Spritzenaustauschprogramme erfolgt.

Dies schließt die Möglichkeit aber nicht aus, dass es eine Population von Opioidkonsumentinnen und -konsumenten gibt, die mit dem Ansatz der „Dunkelfelderfassung“ über „Harm Reduction“ Angebote nicht erfasst wird, weil sie sich außerhalb des Drogenhilfesystems bewegt. Dies könnten beispielsweise Personen sein, die gesellschaftlich integriert über Mittel der Beschaffung von Opioiden und der entsprechenden Hilfsmittel verfügen und die Opioide in einer Form konsumieren, die der üblichen Verwahrlosung und dem gesellschaftlichen Abstieg entgegenwirkt. Aus Mangel des Zugangs zu dieser möglichen Population und ihre demographischen Profildaten ist bei den vorgenommenen Schätzungen für Deutschland und die Bundesländer von einer konservativen Schätzung auszugehen.

Schlussfolgerungen

Auf der Grundlage epidemiologischer Beobachtungen sind die erstmalige Nachfrage nach Beratung/Behandlung, die Zahl erstauffälliger Konsumentinnen und Konsumenten und die Anzahl von Verstößen gegen das BtMG aufgrund des Konsums von Heroin und anderen Opioiden seit Jahren rückläufig. Beispielsweise nahm die Zahl der polizeilich erstauffälligen Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin bis zum Jahr 2014 durchgehend ab. Erst ab dem Jahr 2015 ist erstmalig wieder ein Anstieg zu beobachten. Weiterhin liegen Hinweise vor, dass sich das Drogenspektrum in den letzten 20 Jahren deutlich erweitert hat und sich die Konsummuster diversifiziert haben (Piontek et al., 2017). Laut den Autoren hat auch die Bedeutung des Konsums von Heroin und anderen Opioiden in den letzten Jahren insgesamt abgenommen. Der Konsum von Opioiden scheint für jüngere Menschen im Gegensatz z. B. zum Konsum von Stimulanzien nicht mehr attraktiv zu sein. Die zunehmend älteren Klientinnen und Klienten, die in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen um Hilfe im Zusammenhang mit Opioidkonsum nachsuchen, weisen ebenfalls in diese Richtung. Dennoch liegt auf der Grundlage der aktuellen Schätzung und dem Vergleich mit früheren Schätzungen der Schluss nahe, dass sich die Anzahl der Konsumentinnen und Konsumenten, die Opioide mit einem hohen Mortalitätsrisiko konsumieren, in den letzten 20 Jahren kaum verändert hat.

Danksagung

Für die Teilnahme an der Befragung möchten wir uns recht herzlich bei den Besucherinnen und Besuchern der jeweiligen Einrichtung bedanken, ohne die unsere Studie nicht möglich gewesen wäre. Für die Koordination und Durchführung der Befragung gilt unser Dank Frau Christine Tügel (Jugendhilfe e.V., Hamburg), Frau Astrid Leicht (Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e.V., Berlin), Herrn Dieter Kunz und Herrn Wolfgang Barth (JJ Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Frankfurt), Herrn Bertram Wehner (Mudra – Drogenhilfe e.V., Nürnberg) sowie Frau Regina Radke und Herrn Andreas Czerny (Prop e. V. Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie, München). Für ihr unschätzbare Engagement bedanken wir uns insbesondere bei den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie bei allen anderen Beteiligten, die die Befragungen vor Ort durchgeführt haben.

8 Gender Mainstreaming Aspekte

Das Geschlecht ist einer der wichtigsten soziodemographischen Einflussfaktoren auf den Konsum von Opioiden und damit verbundenen Problemen. Im Projekt wurde dies insofern berücksichtigt, dass im Rahmen der verwendeten Primär- und Sekundärdaten das Geschlecht berücksichtigt wurde. Bei allen Zwischenschritten der Hochrechnung wurde nach Geschlecht stratifiziert.

9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Ein Beitrag auf dem Suchtkongress 2018 in Hamburg wurde eingereicht und angenommen.

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Schätzungen des Umfangs Opioidabhängiger sind für die Planung der Versorgung dieses Personenkreises von hoher Bedeutung. Der hohe Anteil von Opioidkonsumentinnen und -konsumenten, die Suchthilfeeinrichtungen in Form von Substitution, ambulanter und stationärer Suchtberatung bzw. Suchtbehandlung aufsuchen, weist auf eine insgesamt hohe Anbindung dieser Klientel an die suchtspezifische medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung hin. Lediglich 3,4 % der geschätzten Anzahl Opioidabhängiger ist dem Dunkelfeld zuzurechnen. Dieser Personenkreis wird aber größtenteils in Form akzeptierender Sozialarbeit mit unterschiedlicher Intensität vom Hilfesystem erreicht.

Mit Ausnahme der Dunkelfeldschätzung stehen die Daten des Substitutionsregisters und der Deutschen Suchthilfestatistik für zukünftige Schätzungen Opioidabhängiger in Deutschland und den Bundesländern zur Verfügung. Mit einem überschaubaren Aufwand ließen sich unter der Bedingung einer gleichbleibenden strukturellen Datensituation die Schätzungen in einem Abstand von beispielsweise 5 Jahren wiederholen.

11 Publikationsverzeichnis

Eine Publikation für die Fachöffentlichkeit in einer Fachzeitschrift ist in Vorbereitung.

12 Referenzen

- Arendt, M., Munk-Jorgensen, P., Sher, L., & Jensen, S. O. (2011). Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: a nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 114 (2-3), 134-139.
- Augustin, R., & Kraus, L. (2004). Changes in prevalence of problem opiate use in Germany between 1990 and 2000. *European Addiction Research*, 10 (2), 61-67.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity* (2nd). Oxford: Oxford University Press.
- Bernard, C. (2013). Leben und Alltag in der Frankfurter Straßen-Drogenszene. In C. Bernard (Hrsg.), *Frauen in Drogenszenen. Drogenkonsum, Alltagswelt und Kontrollpolitik in Deutschland und den USA am Beispiel Frankfurt am Main und New York City* (S. 139-265). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R., & Künzel, J. (2017a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 3 Alle Betreuungen mit Einmalkontakte, Prozentsatz Unbekannt =100%*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R., & Künzel, J. (2017b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigrschwellige Einrichtungen. Bezugsgruppe: 3 Alle Betreuungen mit Einmalkontakte, Prozentsatz Unbekannt =100%*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R., & Künzel, J. (2017c). *Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Alle Bundesländer. Tabellenband für T9+10 Bezugsgruppe: 4 Beender mit Einmalkontakte. Prozentsatz Unbekannt = 100%*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R., & Künzel, J. (2017d). *Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Alle Bundesländer. Tabellenband für teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: 4 Beender mit Einmalkontakte. Prozentsatz Unbekannt = 100%*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Bühringer, G., Adelsberger, F., Heinemann, A., Kirschner, W., Knauß, I., Kraus, L. et al. (1997). Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. *Sucht*, 43 (Sonderheft 2), S79-S141.
- Bundesopiumstelle (2017). *Bericht zum Substitutionsregister (84.1 / 12.01.2017)* https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/SubstBericht2017.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- Coffin, P. O., Galea, S., Ahern, J., Leon, A. C., Vlahov, D., & Tardiff, K. (2003). Opiates, cocaine and alcohol combinations in accidental drug overdose deaths in New York City, 1990-98. *Addiction*, 98 (6), 739-747.
- Cormack, R. M. (1992). Interval estimation for mark-recapture studies of closed population. *Biometrics*, 48, 567-576.
- Darke, S., & Hall, W. (1995). Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 39 (3), 231-235.

- Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D. et al. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382 (9904), 1564-1574.
- Groenemeyer, A. (2012). Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme* (S. 433-493). Wiesbaden: Springer VS.
- Kirschner, W., & Kunert, M. (1997). *Umfang und Struktur von i.v. Drogenabhängigen in Deutschland (1995). Anonymes Monitoring in den Praxen niedergelassener Ärzte*. München: Profil.
- Kirschner, W., Kunert, M., Grünbeck, P., Markert, St., & Tiemann, F. (1994). *Umfang und Struktur der Population i. v. Drogenabhängiger in Berlin*. Berlin: AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt.
- Klingemann, H., Goos, C., Hartnoll, R., Jablensky, A., & Rehm, J. (1991). *European summary on drug abuse*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. *Addiction*, 98 (4), 471-485.
- Kraus, L., Steppan, M., & Piontek, D. (2015). *Schätzung der Prävalenz substanzbezogener Störungen in Berlin: Opiode, Kokain und Stimulanzien* (Online verfügbar unter [http://www.ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/Kraus Steppan Piontek 2015 CRC Berlin.pdf](http://www.ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/Kraus_Steppan_Piontek_2015_CRC_Berlin.pdf)). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Larney, S., Hickman, M., Guy, R., Grebely, J., Dore, G. J., Gray, R. T. et al. (2017). Estimating the number of people who inject drugs in Australia. *BMC Public Health*, 17 (1), 757.
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98 (1), 7-22.
- Lindemann, C., Neumann-Runde, E., & Martens, M.-S. (2017). *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2016 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe*. Hamburg: Bado e.V.
- Piontek, D., Dammer, E., Schulte, L., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2017). *Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Deutschland, Workbook Drogen*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Pohlisch, K. (1931). Die Verbreitung des chronischen Opiatmissbrauchs in Deutschland. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 47 (57), 1984-1986.
- Robert Koch Institut (RKI) (2016). *Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie)*. Berlin: Robert Koch Institut. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.2.
- Schäfer, M. (2011). Opiode. In P. H. Tonner & L. Hein (Hrsg.), *Pharmakotherapie in der Anästhesie und Intensivmedizin* (S. 109-130). Berlin: Springer.
- Skarabis, H., & Patzak, M. (1981). *Die Berliner Heroinszene*. Weinheim: Beltz.
- StataCorp LP. (2016). *Stata/SE 14.1 for Windows*. College Station, TX: StataCorp LP.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016). *Bevölkerungsstand. Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis). <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/AltersgruppenFamilienstandZensus.html>.
- Strada, L., Schmidt, C. S., Rosenkranz, M., Verthein, U., Scherbaum, N., Reimer, J. et al. (2018). Factors associated with health-related quality of life in a large national sample of patients receiving opioid substitution treatment in Germany: A cross-sectional study. *submitted*.
- Strathdee, S. A., Hallett, T. B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R. et al. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 376 (9737), 268-284.
- Süss, B., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD- Einrichtungsregisters. *Sucht*, 57 (6), 469-478.
- Thaller, R., Specht, S., Künzel, J., & Braun, B. (2017). *Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* (Online verfügbar unter http://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload/dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2016.pdf). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017). *World drug report 2017. Executive summary, conclusions and policy implications*. Vienna: United Nations Publication. Abgerufen am 17.11.2017 von http://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_1_EXSUM.pdf.
- Werse, B., Sarvari, L., Egger, D., & Feilberg, N. (2017). *MoSyD - Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2016*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research.

Anhang I: Interviewbogen

Interviewbogen „Anbindung an das Suchthilfesystem“

(nur vom InterviewerIn auszufüllen)

Anbindung in den **letzten 12 Monaten: erstes halbe Jahr 2017** und **zweite Hälfte des Jahres 2016**

Datum: _____

Verweigert

Eingangsfrage	
Hat der/die Befragte in diesem Zeitraum Opiode genommen? (z.B. Heroin, Morphin, Methadon, Codein, Fentanyl, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, bitte folgende Fragen beantworten lassen

1. Geschlecht des/der Befragten	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Transgender
2. Hat der/die Befragte in diesem Zeitraum Substitutionsmittel vom Arzt verschrieben bekommen und diese auch eingenommen? - Zum Beispiel mit Methadon, Subutex, Buprenorphin oder einem anderen Substitutionsmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. War der/die Befragte in diesem Zeitraum in einer ambulanten Einrichtung der Suchthilfe ? - Beratungs- und/oder Behandlungsstelle oder Institutsambulanz - Notschlafstelle, Konsumraum, etc. <u>mit Falldokumentation</u> , z.B.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. War der/die Befragte in diesem Zeitraum in einer stationären Einrichtung der Suchthilfe zur Rehabilitation oder Entwöhnung? Zum Beispiel: - Teilstationäre, d.h. ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtung - Stationäre Rehabilitationseinrichtung oder - Adaptionseinrichtung (Nachsorge)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Hat der/die Befragte in diesem Zeitraum andere suchtbetragene Hilfen in	

Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Niederschwellige Einrichtungen, bei denen <u>keine Falldokumentation erfolgt</u> , z.B. Spritzentausch, Streetwork (offene Strassenszene), Kontaktcafés.	
- Andere suchtbezogene Hilfen (siehe Erläuterungen zu Frage 5 auf umliegender Seite)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Erläuterungen zum Interviewbogen (angelehnt an Deutschen Kerndatensatz 3.0)

Frage 2: Verschreibung von Substitutionsmitteln

Es werden hier reguläre Verschreibungen wie auch Verschreibungen mit Privat-Rezept (Selbstzahler) zugelassen.

Frage 3: Ambulante Einrichtung

Unter einer ambulanten Einrichtung werden nur Einrichtungen nach *KDS-E Typ 1* verstanden:

- Beratungs- und/oder Behandlungsstelle
- Institutsambulanzen
- Niedrigschwellige Einrichtung, bei denen eine Falldokumentation durchgeführt wird (z.B. Notschlafstelle, Konsumraum etc.)

Frage 4: Stationäre Einrichtung

Unter einer stationären Einrichtung werden Einrichtungen nach *KDS-E Typ 2* verstanden:

- Teilstationäre, d.h. ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtung
- Stationäre Rehabilitationseinrichtung
- Adaptionseinrichtung (Nachsorge)

Frage 5: Andere suchtbezogene Hilfen, die nicht unter „ambulanten Einrichtungen“ (Frage 3) oder „stationären Einrichtungen“ (Frage 4) fallen.

- Ärztliche und psychotherapeutische Praxen (*KDS-E Typ 4*)
- Sozialtherapeutische Einrichtungen, Eingliederungshilfen, Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, ambulant betreutes Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, teilstationäre/ganztägige ambulante Einrichtungen der Sozialtherapie (*KDS-E Typ 5*)
- Einrichtungen des Strafvollzugs, Interner oder externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug (*KDS-E Typ 6*)
- Krankenhaus/-abteilung (*KDS-E Typ 3*)

Anhang II: Teilnehmende Einrichtungen

Jugendhilfe e.V., Hamburg. In Hamburg wurde die Befragung im Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg (*Drob Inn*) durchgeführt, die in fußläufiger Entfernung zum Hamburger Hauptbahnhof liegt. Das *Drob Inn* ist eine niederschwellige und akzeptierend arbeitende Kontakt- und Beratungsstelle mit integrierten Drogenkonsumräumen. Die Beratungseinrichtung ist für erwachsene Drogenabhängige gedacht und staatlich anerkannt. Das Konzept und die Angebote sind auf die offene Drogenszene in Hamburg – St. Georg ausgerichtet. Das *Drob Inn* steht als zentrale Einrichtung gleichwohl allen in Hamburg lebenden Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten offen. Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen erhalten konkrete Hilfen zum Überleben, zur sozialen Stabilisierung und zum Ausstieg aus der Sucht. Angebote der Überlebenshilfe sind die Voraussetzung dafür, den Kontakt zur Klientel zu finden und zu halten sowie Bedingungen herzustellen, um mit ihnen weiterführend arbeiten zu können. Durch die Kontaktarbeit im offenen Café entsteht ein vertrauensvoller Bezug der Klientinnen und Klienten zur Einrichtung und erleichtert es ihnen, weitere angebotene Hilfen zu nutzen. Die Kombination von Beratung, Ausstiegshilfen und niederschwelligem Zugang ermöglicht das Angebot sofortiger konkreter Hilfen in fast allen relevanten sozialen Bereichen. Die NutzerInnen der Einrichtung wurden im direkten Umfeld der Einrichtung, d.h. auf dem sogenannten Vorplatz, befragt. Die Befragung wurde von den KollegInnen des *Drob Innmobil* (Straßensozial) durchgeführt. Zur Vermeidung von Doppelnennungen von KlientInnen wurde eine Namenliste mit Geburtsdatum geführt. Zur Befragung fremdsprachiger KlientInnen wurde die Befragung teils auf Englisch und Farsi durchgeführt. Für die Befragung auf Farsi wurde eine Dolmetscherin hinzugezogen.

Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e.V., Berlin. In Berlin wurde die Befragung bei Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e.V. mit den drei Einrichtungen *Kontaktstelle Druckausgleich*, *Kottbusser Tor* und *Stuttgarter Platz* durchgeführt.

Die „*Kontaktstelle Druckausgleich*“ ist eine kleine niederschwellige Einrichtung für Menschen, die Drogen injizieren bzw. drogenabhängig sind und die Ihren Wohn- bzw. Aufenthaltsort in der Region Neukölln-Treptow-Köpenick haben. Die Kontaktstelle bietet an 25 Stunden pro Woche alltagspraktische Hilfe, Vergabe von Konsumutensilien, Information, Beratung und Weitervermittlung. Zudem wird Nachbarschaftsarbeit und Streetwork im Umfeld der Kontaktstelle geleistet. Der Anteil psychiatrisch Auffälliger am Klientel ist sehr hoch. Die Zahl von Menschen aus dem osteuropäischen Raum, die die Kontaktstelle nutzen, ist seit 2016 stark angestiegen, was unter anderem das Ergebnis zusätzlicher Straßensozialarbeit im Bezirk ist. Diese stellt Personal und BesucherInnen vor neue sprachliche und kulturelle Herausforderungen. Die Kontaktstelle wird pro Öffnungstag von durchschnittlich ca. 25-30 Personen aufgesucht. Bei ca. einem Drittel der BesucherInnen wurden Konsumutensilien vergeben. Dies stellte das meistgenutzte Angebot dar. Der Anteil von MigrantInnen wird – mit steigender Tendenz – auf etwa 25 % geschätzt. Die Befragung wurde problemlos in den Arbeitsablauf integriert.

Der Kreuzberger Platz „*Kottbusser Tor*“ ist international als Hotspot des Drogenhandels, der Straßenkriminalität und des Nachtlebens bekannt. Seit Jahrzehnten halten sich dort Drogen- und Alkoholabhängige auf, darunter viele langjährige Substituierte mit Beikonsum. Der Fixpunkt e.V. ist dreimal pro Woche jeweils 4 Stunden mit zwei Mobilien der sozialarbeiterischen und medizinischen Versorgung auf der Mittelinsel des Kottbusser Tores präsent. Mindestens zwei

SozialarbeiterInnen, eine Pflegefachkraft und ein Arzt/eine Ärztin bieten Konsumutensilien, Information, Beratung, Weitervermittlung und medizinische Basisversorgung an. Die Mobile werden derzeit pro Einsatz von 80-120 Personen aufgesucht. Seit dem Jahr 2016 ist ein starker Anstieg der Benutzerzahlen zu verzeichnen. Der Anteil von MigrantInnen wird auf mindestens ein Drittel bis ein Halb der BesucherInnen geschätzt. Die Befragung konnte problemlos in den Arbeitsablauf integriert werden, da die InterviewerInnen als zusätzliche Kräfte vor Ort waren und sich alleine auf die Befragung konzentrieren konnten. Die InterviewerInnen befanden sich im Normalfall außerhalb des Mobils und „fingen“ Leute beim Spritzentausch ab oder befragten jene, die sich länger vor dem Mobil aufhielten. Personen, die des Deutschen nicht mächtig waren, wurden ebenfalls in die Befragung einbezogen, verweigerten jedoch in der Regel die Teilnahme, wenn keine gemeinsame Sprachbasis gefunden werden konnte. Die Mehrheit stammte aus Tschetschenien bzw. ehemaligen Staaten der Sowjetunion. Einige Interviews erfolgten auf Englisch, einige auf Arabisch, da ein Interviewer arabisch spricht.

Der *Stuttgarter Platz* war noch vor dem *Kottbusser Tor* jahrelang Hauptdrogenhandelsort und Drogenkonsumort. Seit Dezember 2015 zeigten jedoch massive ordnungspolitische Maßnahmen rund um den *Stuttgarter Platz* und entlang der U-Bahnlinie U7 Auswirkungen auf das Szeneleben im Bezirk. Der Drogenhandel und der öffentliche Drogenkonsum wurden zurückgedrängt. So wurden in den Jahren 2016 und 2017 zunehmend öffentlicher Konsum und Handel am *Kottbusser Tor*, in Neukölln und anderen Orten festgestellt. Der Fixpunkt e.V. ist fünfmal pro Woche jeweils 4 Stunden mit zwei Mobilen mit sozialarbeiterischen Angeboten und einer medizinischen Betreuung von Drogenkonsumenten am Platz präsent. Mindestens drei Fachkräfte der Sozialarbeit und der Sozialpflege bieten Konsumutensilien, Informationen, Beratung, Weitervermittlung und die Beaufsichtigung beim Drogenkonsum an. Im Jahr 2015 waren etwa 60 BesucherInnen anzutreffen und im Jahr 2016 halbierte sich die Zahl der BesucherInnen auf etwa 30 Personen. Im Befragungszeitraum waren es im Durchschnitt pro Einsatz etwa 15 BesucherInnen. Der Großteil der NutzerInnen des Angebotes am *Stuttgarter Platz* bezieht neue Konsumutensilien. Die Befragung wurde hauptsächlich in die Routine der Vergabe von Konsumutensilien eingebaut. Die BesucherInnen wurden im Anschluss an die Ausgabe gefragt, ob sie Zeit für eine kurze Befragung hätten. Die meisten der angesprochenen BesucherInnen waren mit der Befragung einverstanden.

Zur Identifizierung von Personen, die im Befragungszeitraum mehr als eine Einrichtung aufsuchten, wurden den Befragten Flaschenöffner ausgehändigt. Dies diente auch zur Vermeidung von Doppelbefragungen. Die InterviewerInnen konnten sich im Normalfall merken, welche Personen sie bereits angesprochen hatten. Zusätzlich wurden Personen im Zweifelsfall befragt, ob sie schon an der Studie teilgenommen hatten. Als weiteres Wiedererkennungsmerkmal diente der nach der Befragung ausgegebene Flaschenöffner. BesucherInnen wurden nach dem Anhänger gefragt. Befragt wurden Personen bei der Vergabe von Konsumutensilien (*Kontaktstelle Druckausgleich*, *Kottbusser Tor* und *Stuttgarter Platz*) und Besucher des Kontaktcafés (*Kontaktstelle Druckausgleich*). Doppelungen bzw. Mehrfachbefragungen wurde darüber kontrolliert, dass die Besucher persönlich gefragt wurden, ob sie schon an der Befragung teilgenommen bzw. schon einen Flaschenöffner erhalten hätten. Polnische wie auch russische Besucher konnten mit Hilfe eines sprachkundigen Kollegen befragt werden. Bei etwa 20 % der Befragten wurde eine Übersetzung bei der Befragung benötigt.

JJ Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Frankfurt. In Frankfurt wurde die Befragung ausschließlich im Drogennotdienst durchgeführt. Der Drogennotdienst befindet sich zentral gelegen im Frankfurter Bahnhofsviertel und ist für DrogenkonsumentInnen der sog. offenen Drogenszene von Montag bis Sonntag rund um die Uhr erreichbar. Konsumraum, Rauchraum, Substitutionsambulanz, Kontaktcafé, Übernachtungseinrichtung, Tagesruhebetten, Beratung und Vermittlung, Streetwork und Spritzentausch in den Nachtstunden bilden die Rahmenbedingungen für Überlebenshilfe und Primärstabilisierung. Zur Vermeidung von Doppelnennungen wurde eine zentrale Namensliste durch eine Mitarbeiterin geführt und am Ende der Befragung von einem weiteren Kollegen kontrolliert. Beiden sind ein Großteil der KlientInnen persönlich bekannt. Die Befragungen fanden in allen Bereichen der Einrichtung statt. Verfügten die Befragten nicht über ausreichende Sprachkenntnisse, wurden Dolmetscher aus dem trägerübergreifenden Projekt Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention (OSSIP) herangezogen. Die am häufigsten vertretenen Gruppen nicht muttersprachlich deutsch sprechender KlientInnen stammten aus Marokko, Iran, Afghanistan, Italien und Bulgarien.

Mudra – Drogenhilfe e.V., Nürnberg. In Nürnberg fand die Befragung bei der mudra Drogenhilfe e.V. im *Kontaktcafé* und im *Streetwork*-Bereich statt. Das *Kontaktcafé* befindet sich in Innenstadtlage am Rande des Rotlichtmilieus Nürnbergs mit guter Verkehrsanbindung und ist fußläufig ca. 15 min. vom Hauptbahnhof entfernt. Es stellt ein niedrigschwelliges Angebot zur ersten Kontaktaufnahme, Information und Beratung dar. Das *Kontaktcafé* bietet Aufenthaltsmöglichkeit, Ruhe- und Rückzugsraum, Mittagessen, Snacks, Getränke, Safer-Use Materialien, Hygieneartikel, Kleidung, Möglichkeiten zum Duschen und Waschen, Internetzugang. Das *Streetwork*-Angebot findet flexibel an aktuellen Szenetreffpunkten Nürnbergs statt, in erster Linie am und um den Hauptbahnhof. Die *StreetworkerInnen* sind ebenfalls MitarbeiterInnen im *Kontaktcafé* und in der Beratungsstelle. Das Angebot umfasst unbürokratische Hilfen, Information und Beratung, Erstkontakt und Weitergabe von Safer-Use-Materialien. Im *Kontaktcafé* wurde eine Namensliste zur Vermeidung von Doppelnennungen genutzt. Ein Großteil der BesucherInnen des *Kontaktcafé*s machen bekannte Stammgäste aus. Beim *Streetwork* wurden ebenfalls die Namen bzw. Pseudonyme der Befragten notiert. Die Befragten waren i.d.R. ebenfalls bekannt. Die am neben Deutsch häufigsten benutzten Sprachen am Standort sind Russisch, Türkisch, Italienisch und Farsi. Für diese standen MitarbeiterInnen mit entsprechenden Sprachkompetenzen zur Verfügung, die regelmäßig im *Kontaktcafé* und bedarfsgerecht im *Streetwork*-Bereich eingesetzt werden. Die Befragung fand in Form eines Interviews statt.

Prop e. V. Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie, München. Für die Befragung von BesucherInnen niedrigschwelliger Einrichtungen stand in München der Drogennotdienst L 43 (DND) zur Verfügung. Der DND ist eine zentrale Anlauf-, Kontakt-, Vermittlungs- und Beratungsstelle für DrogenkonsumentInnen. Die Einrichtung befindet sich im südlichen Bahnhofsviertel in unmittelbarer Nähe zum Münchner Hauptbahnhof. Wie in vielen Großstädten ist auch in München das Bahnhofsviertel mit seiner Durchgangskultur Treffpunkt der Drogenszene. Aus diesem Grund wurde das niedrigschwellige Überlebenshilfeangebot des Drogennotdienstes bewusst im Bahnhofsviertel angesiedelt. Zur Klientel gehören neben KonsumentInnen sog. illegaler Drogen auch Substituierte und Angehörige. Der DND ist rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche zu erreichen und umfasst eine Notschlafstelle für

wohnungslose DrogenkonsumentInnen (32 Betten), einen Kontaktladen mit offenem Cafébetrieb und eine 24-Stundenberatungsstelle. Der Drogennotdienst arbeitet vertraulich, kostenlos und unbürokratisch. Der Arbeitsansatz ist akzeptanzorientiert. Die Befragung von Nutzern des Angebots wurde im Kontaktladen des Drogennotdienstes durchgeführt. Zur Vermeidung von Doppelnennungen wurde eine Namensliste geführt, auf der die Vornamen eingetragen wurden. Diese Namensliste wurde getrennt von den Fragebögen aufbewahrt, so dass Rückschlüsse zu einzelnen Personen nicht möglich waren. Bei häufig vorkommenden Vornamen wurde zusätzlich der erste Buchstabe des Nachnamens oder ein Spitzname notiert. Die ausgefüllten Fragebögen wurden sofort nach dem Ausfüllen von den MitarbeiterInnen in eine verschlossene und nicht zugängliche Sammelbox eingeworfen. Bei KlientInnen mit Migrationshintergrund, die nicht über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügten, wurden, sofern möglich, die Fragen von den MitarbeiterInnen übersetzt. Interviews waren daher in den folgenden Sprachen möglich: Englisch, Italienisch, Spanisch, Polnisch, Russisch und Türkisch.

Vorkehrungen gegen Doppelnennungen und Beurteilung des Auftretens von Doppelnennungen. Vorkehrungen zur Vermeidung von Mehrfachinterviews derselben Personen waren persönliche Bekanntheit, Namenslisten oder Ausgabe von Erkennungsmerkmalen (Flaschenöffner mit Anhänger in Berlin). Zudem gaben die MitarbeiterInnen, die die Befragung durchführten zu Protokoll, dass KlientInnen in der Regel nicht gerne an Befragungen teilnahmen, und sie im Fall eines nochmaligen Ansprechens von den KlientInnen darauf hingewiesen wurden, dass sie die Fragen bereits beantwortet hatten. Es ist daher als eher unwahrscheinlich anzusehen, dass KlientInnen freiwillig bereit waren, mehrmals an der Befragung teilzunehmen.