

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

Untersuchung / Research Study

Diskrepante Angaben zur Bedeutung der Opioide für Drogentodesfälle
Replik zur Studie „Analyse drogeninduzierter Todesfälle“ von Kraus et al. (2018)

Different information on the significance of opioids in case of drug-related deaths

Reply to the expertise “Analysis of drug-induced deaths” of Kraus et al. (2018)

HELMUT SCHEIMANN (Dipl.-Päd. / MA)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2019;16:1-16**, URL: <https://indro-online.de/wp-content/uploads/2019/08/Scheimann2019.pdf>

Zusammenfassung

Hintergrund: In ihrer „Analyse drogeninduzierter Todesfälle“ von 2018 nehmen Kraus et al. eine Revision der vom Bundeskriminalamt (BKA) erstellten deutschen Drogentodesfallstatistik vor und gelangen zu dem Ergebnis, dass zwei Drittel der tödlichen Überdosierungen auf opioidhaltige Substanzen zurückzuführen seien. Nach den Daten des BKA betrug dieser Anteil in den Jahren 2012–2015 dagegen 82–83 %. Methode: Zur Ermittlung der Ursache dieser diskrepanten Angaben werden die vom BKA und von Kraus et al. publizierten Zahlen im Detail verglichen und eine Text- und Quellenanalyse vorgenommen. Ergebnisse: Die fragliche Diskrepanz beruht auf einem von Kraus et al. neu erdachten Kategoriensystem, das vom bisherigen der Kriminalämter abweicht. So ordnen die Autoren zahlreiche Todesfälle von Opioidabhängigen als durch nicht-opioidhaltige Medikamente verursacht ein. Zudem lässt sich aufzeigen, dass Todesfälle von Opioidabhängigen in erheblichem Maße unter Vergiftungen durch die übrigen nicht-opioidhaltigen Substanzen (z. B. Kokain, Amphetamine) kategorisiert werden. Somit dürften deutlich mehr als 82–83 % der BtM-Vergiftungen auf das Konto von Opioidabhängigen gegangen sein. Schlussfolgerung: Bei einer Überarbeitung der amtlichen Drogentodesfallstatistik nach den Vorschlägen von Kraus et al. würde sich die Berichterstattung des BKA noch weiter von der Realität entfernen.

Schlüsselwörter: Drogentodesfallstatistik, Drogentodesfälle, Überdosierungen, Opioide, Suchtkranke

Abstract

Background: In their "Analysis of drug-induced deaths" of 2018, Kraus et al. make a revision to the German drug death statistics compiled by the Federal Criminal Police Office (BKA) and come to the conclusion that two thirds of the fatal overdoses can be ascribed to opioid-containing substances. Contrary to that, this rate amounted to 82-83% during the years of 2012-2015, according to the BKA data. Method: To determine the cause of this different information, the figures published

by the BKA and Kraus et al. are compared in detail, and an analysis of texts and references is performed. Results: The discrepancy in question is based on a new system of categories devised by Kraus et al., which deviates from the previous system of the criminal investigation offices. Thus, the authors refer to numerous deaths of opioid addicts as caused by non-opioid drugs. It can also be shown that deaths of opioid addicts are significantly categorised as poisonings by the other non-opioid substances (e.g. cocaine, amphetamines). Thus, significantly more than 82-83% of the BtM poisonings could be ascribed to opioid addicts. Conclusion: If the official drug death statistics would be revised according to the proposals of Kraus et al. the BKA report will even further drift apart from reality.

Keywords: Drug death statistics, drug deaths, overdoses, opioids, addicts

1. Einleitung und Fragestellung

Die in mehrfacher Hinsicht negativen Folgen des Drogengebrauchs, sowohl für die Konsumierenden als auch für die Allgemeinheit, wurden bereits häufig beschrieben (vgl. Kraus, Pfeiffer-Gerschel, Seitz & Kurz, 2018, S. 11 f.). Vor allem auch ist ein Anstieg der Sterbewahrscheinlichkeit der Konsumierenden zu beobachten. Drogentodesfälle (DTF) werden nicht nach einheitlichen Kriterien erfasst. Teilweise werden nur Todesfälle infolge von Überdosierungen berücksichtigt (ebd.). In Deutschland werden zusätzlich Fälle erfasst, die in Zusammenhang mit Langzeitschäden, Selbsttötungen und tödlichen Unfällen stehen (ausführlich: ebd., S. 18), dies bereits seit 1979 (vgl. Heckmann et al., 1993, S. 15 f.).

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht berichtet über 9 461 tödliche Überdosierungen im Jahr 2017 in den EU-Mitgliedsstaaten sowie in Norwegen und der Türkei, „bei denen mindestens eine illegale Droge nachgewiesen wurde“ (2019, S. 81). 85 % dieser Todesfälle standen in Verbindung mit Opioiden (ebd., S. 15). In Deutschland wurde für die Jahre 2012–2015 eine nahezu ähnlich hohe Bedeutung der Opioide für Vergiftungen mit Drogen festgestellt. Bei 82–83 % der Fälle wurden Opioide als Ursache ermittelt. 2016 sank dieser Anteil auf 76 % und 2017 auf 75 % (siehe *Tabelle 3* und Bundeskriminalamt [BKA], 2018, *Tabelle 3.3*).

Die amtliche Drogentodesfallstatistik wird in Deutschland vom BKA erstellt. Das BKA wertet die ermittelten Angaben zu DTF aus und publiziert die Daten in seinen Jahresberichten „Bundeslagebild Rauschgift“. Nach Einschätzung von Kraus et al. (2018) sei es auf dieser Grundlage jedoch „nicht möglich, eine genaue Charakterisierung der gefährdeten Gruppe(n) und der Todesursachen vorzunehmen, die nötig wäre, um zugeschnittene Interventionen zu entwickeln“ (S. 18). So unterzogen die Autoren, teilweise leitende Mitarbeiter des IFT Institut für Therapieforchung, die vorliegenden Angaben zu allen 5 557 DTF der Jahre 2012–2016 (mit zahlreichen zusätzlichen Details; S. 21), einer erneuten Auswertung und veröffentlichten die Ergebnisse in ihrer „Analyse drogeninduzierter Todesfälle“ von 2018.

In dieser Studie untersuchen Kraus et al. das breite Spektrum der in Zusammenhang mit dem Todesfallgeschehen relevanten Aspekte – und dies letztlich auch unter dem Gesichtspunkt zeitlicher Veränderungen. Dabei wenden sie ein eigenes, neu erdachtes Kategoriensystem an, das vom bisherigen der Kriminalämter abweicht. So kommen sie zu dem Ergebnis, dass es sich lediglich „bei etwa zwei Drittel der tödlichen Überdosierungen [. . .] um opioidhaltige Substanzen und bei einem Drittel um nicht-opioidhaltige Substanzen“ (S. 47) gehandelt habe. Die vorgenommenen Änderungen bei der Datenauswertung empfehlen die Autoren als Vorlage für eine „Weiterentwicklung und Vereinheitlichung der Dokumentation der Konsumsituation und der Todesumstände“ (S. 51), um eine verbesserte Datenlage zu erreichen.

Ob zwei Drittel oder mehr als 80 % der Überdosierungen auf opioidhaltige Substanzen zurückzuführen sind, unterscheidet sich substantiell. Im Folgenden soll untersucht werden, wie Kraus et al. zu ihren Ergebnissen gelangt und wie diese Resultate zu bewerten sind.

2. Methodik und Datengrundlage

Um die Ursache der diskrepanten Daten zur Relevanz der Opioide für BtM-Vergiftungen zu ermitteln, sollen die vom BKA publizierten Angaben mit den entsprechenden Zahlen von *Kraus et al.* im Detail verglichen und eine Text- und Quellenanalyse vorgenommen werden.

2.1 Statistische Erfassung der Drogentodesfälle durch das BKA

Die örtlichen Polizeidienststellen melden ihre Ermittlungsergebnisse zu DTF an die Landeskriminalämter. Diese geben relevante Daten in ein elektronisches Informationssystem der Polizei (INPOL) ein. Hierbei handelt es sich um ein Verbundsystem von Bund und Ländern (Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, 2011). Die Deliktdaten werden in die Falldatei Rauschgift (FDR) eingestellt. Die Personendaten werden gesondert erfasst. Bei letzteren beträgt die Lösungsfrist aus datenschutzrechtlichen Gründen 2 Jahre (BKA, 2002, S. 53). Das BKA nimmt die Auswertung der DTF vor und publiziert die Ergebnisse in den Tabellenanhängen o. g. Rauschgiftberichte, u. a. in der Übersicht „Rauschgifttote nach Todesursachen“. Bei König und Kreuzer (1998), die das Zustandekommen der Drogentodesfallstatistiken auf den verschiedenen Ebenen untersucht haben, lassen sich zu diesen Vorgängen detaillierte Angaben finden.

2.2 Auswertung der Drogentodesfälle durch Kraus et al.

Sämtliche in der FDR in anonymisierter Form gespeicherte Daten zu den 5 557 DTF der Jahre 2012–2016 konnten von *Kraus et al.* ausgewertet werden (2018, S. 21 ff.). Allerdings waren infolge der 2-jährigen Lösungsfrist Alters- und Geschlechtsangaben nur für die Jahre 2015 und 2016 verfügbar. Drei Mitarbeiterinnen des IFT nahmen die Einordnung der Informationen jedes einzelnen Falls in das von *Kraus et al.* neu erdachte Kategoriensystem vor. Zu den DTF aus Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz lagen Daten nur in Tabellenform vor. Diese wurden nach Möglichkeit in die Kategorien übertragen. Eine Eingruppierung nach Todesursachen erfolgte auch bei entsprechendem Verdacht. Bei fehlendem Hinweis auf die Ursache wurde die Kategorie „Fehlend“ gewählt (S. 22). ***Nachfolgende Quellenangaben zu Kraus et al. beziehen sich jeweils auf ihren Beitrag von 2018.***

3. Datenvergleich

3.1 Drogentodesfälle nach Ursachen

Die zunehmend differenzierten Angaben des BKA zu den Todesursachen (2012: 37 und 2016: 44 Kategorien und Unterkategorien) sind in *Tabelle 1* so zusammengefasst, dass ein Vergleich mit den Daten von *Kraus et al.* erleichtert wird. Beim BKA fallen unter die Ursache Vergiftungen neben mono- und polyvalenten Überdosierungen durch Opioide und Nicht-Opioide zwei weitere Kategorien. Zum einen handelt es sich um „Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i. V. m. Alkohol)“. Zum anderen wurde die Kategorie „Nicht spezifizierter/unbekannter Vergiftungen“ im Jahr 2013 neu eingeführt (siehe *Tabelle 3*).

Bez. der Selbsttötungen gibt das BKA in Unterkategorien an, wie viele Fälle einerseits durch Intoxikationen und andererseits durch andere Mittel verursacht worden sind. Suizide in Folge von Intoxikationen zählt das BKA bei den Vergiftungen mit (Minimum 2013: 31 Fälle, Maximum 2016: 43 Fälle). Um Doppelzählungen zu vermeiden, sind in *Tabelle 1* unter „Suizide“ nur die durch andere Mittel verursachten Fälle aufgelistet. Bei *Kraus et al.* sind dagegen offenbar beide genannten Unterkategorien ausschließlich unter „Suizid“ erfasst (siehe *Tabelle 2*), sodass sich dadurch geringe Verschiebungen im Vergleich mit den Daten des BKA ergeben.

Tabelle 1: Drogentodesfälle (DTF) nach Ursachen, 2012–2016, laut BKA

Ursachen	2012		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vergiftungen	770	84	847	85	843	82	1 026	85	1 095	83
Langzeitschädigungen	110	12	94	9	119	12	134	11	154	12
Suizide (ohne Intoxikationen)	16	2	28	3	38	4	25	2	43	3
Unfälle	18	2	28	3	29	3	28	2	33	2
Gesamt	914		997		1 029		1 213		1 325	
Sonstige Fälle	30	3	5	0,5	3	0,3	13	1	8	1
Gesamtzahl der DTF	944		1 002		1 032		1 226		1 333	

Datenbasis: BKA, 2013–2015, 2016b, 2017, jeweils Tabelle „Rauschgifttote nach Todesursachen“

Tabelle 2: Drogentodesfälle (DTF) nach Ursachen, 2012–2016, laut Kraus et al.

Ursachen	2012		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Überdosierung ^a	593	82	635	83	635	79	804	83	898	84
Langzeitfolgen ^a	63	9	60	8	77	10	79	8	69	6
Suizid ^a	52	7	53	7	67	8	59	6	75	7
Unfall	14	2	19	2	22	3	28	3	33	3
Gesamt	722		767		801		970		1 075	
Fehlend	228	24	237	24	232	22	266	22	259	19
Gesamtzahl der DTF	950		1 004		1 033		1 236		1 334	

Datenbasis: Kraus et al., 2018, Anlage II, Tabelle A-3

^a Jeweils inkl. Verdacht auf die genannte Ursache

Die jährlichen Gesamtzahlen der DTF liegen bei *Kraus et al.* jeweils geringfügig über denjenigen der Drogentodesfallstatistik des BKA. Ursache dürften verspätete Fallmeldungen sein. Unter der Kategorie „Sonstige Fälle“ sind beim BKA nur geringe Fallzahlen eingetragen (Min. 2014: 3 Fälle, Max. 2012: 30 Fälle). Bei *Kraus et al.* sind dagegen unter „Fehlend“ nahezu ein Viertel aller DTF verbucht. Dies lässt darauf schließen, dass die Autoren bei der Zuordnung der Fälle zu den vier Ursachenkategorien strengere Kriterien zugrunde gelegt haben als das BKA.

Vor diesem Hintergrund ist bemerkenswert, dass sich die Fallanteile der vier Ursachen in beiden Statistiken weitgehend in der gleichen Größenordnung bewegen (die Prozentangaben in *Tabelle 1* und *2* beziehen sich auf „Gesamt“). Der mögliche Grund für die unterschiedlichen Anteile bei der Kategorie „Suizid“ wurde bereits genannt.

Während das BKA bei seiner Berichterstattung eher den Begriff *Vergiftungen* verwendet, nutzen *Kraus et al.* in ihrer Studie meist die Bezeichnung *Überdosierungen* – bei synonyme Bedeutung. Auf diese Todesart entfallen die bei weitem größten Anteile, ca. 80 % und mehr. Als Ursache hierfür kommen u. a. folgende Risikofaktoren in Betracht: schwankende Reinheitsgehalte der Wirkstoffe, polyvalente Konsumformen, geminderte Toleranzen gegenüber den Wirkstoffen nach Zeiten der Abstinenz und Mangel an sozialer Unterstützung (vgl. *Kraus et al.*, S. 14 ff.).

3.2 Vergiftungen bzw. Überdosierungen nach Substanzklassen

Die Angaben des BKA zu den todesursächlichen Substanzklassen „Opioide“ und „Nicht-Opioide“ sind differenziert nach mono- sowie polyvalenten Konsumformen, mit jeweils zahlreichen Unterkategorien. Hier soll der Fokus zunächst auf einen Datenvergleich der übergeordneten Kategorien gelegt werden.

Tabelle 3: Tödliche Vergiftungen nach Substanzklassen, 2012–2016, laut BKA

Substanzklassen	2012		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opioide	616	83	663	83	666	82	798	82	789	76
Nicht-Opioide	130	17	136	17	143	18	175	18	254	24
Gesamt	746		799		809		973		1 043	
Psychoaktive Medikamente ^a	24		16		13		19		18	
Nicht spezifiziert ^b			32		21		34		34	
Vergiftungen insgesamt	770		847		843		1 026		1 095	

Datenbasis: BKA, 2013–2015, 2016b, 2017, jeweils Tabelle „Rauschgifttote nach Todesursachen“

^a Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i. V. m. Alkohol)

^b Nicht spezifizierte/unbekannte Vergiftungen

Tabelle 4: Tödliche Überdosierungen nach Substanzklassen, 2012–2016, laut Kraus et al.

Substanzklassen	2012		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opioide	374	68	407	73	418	68	502	70	506	65
Nicht-Opioide	179	32	152	27	197	32	214	30	270	35
Gesamt	553		559		615		716		776	
Fehlend	40		76		20		88		122	
Überdosierungen insgesamt	593		635		635		804		898	

Datenbasis: Kraus et al., 2018, Anlage II, Tabelle A-8

Auch bei den tödlichen Überdosierungen haben *Kraus et al.* zahlreiche Fälle unter „Fehlend“ eingeordnet. Dennoch sind bei ihnen unter der Kategorie „Nicht-Opioide“ regelmäßig mehr Fälle als beim BKA erfasst. So liegen die prozentualen Anteile dieser Kategorie bei *Kraus et al.* in Relation signifikant höher: im Jahr 2012 fast doppelt so hoch, nämlich bei 32 % im Vergleich zu 17 % beim BKA (siehe *Tabelle 3* und *4*).

Einige Anmerkungen zur Dateninterpretation des BKA: Bez. der 798 Vergiftungen durch Opioide im Jahr 2015 resümiert das BKA im redaktionellen Teil seines Jahresberichtes: „Damit stellen opiatbedingte Todesfälle mit einem Anteil von rund 65 % weiterhin die häufigste Todesursache dar“ (BKA, 2016a, S. 18). Diese Darstellung ist falsch. Das BKA bezieht bei seiner Aussage die Anzahl der Opioid-Vergiftungen auf die Gesamtzahl der DTF im Jahr 2015 in Höhe von 1 226 (siehe *Tabelle 1*). Dies ist unzulässig, denn DTF von Opioidabhängigen werden auch unter den Kategorien „Nicht spezifizierte/unbekannte Vergiftungen“, „Suizide“, „Langzeitschädigungen“, „Unfälle“ und „Sonstige Fälle“ erfasst, bei denen keine Zuordnung nach Drogen erfolgt (vgl. BKA, 2016b, *Tabelle 4.3*).

Die Aussage des BKA wird der Bedeutung der Opioide für das Drogentodesfallgeschehen nicht gerecht. Eine Umsetzung der Vorschläge von Kraus *et al.* (zur Überarbeitung der amtlichen Drogentodesfallstatistik) würde bemerkenswerterweise die Darstellung des BKA – Anteil der Opioid-Todesfälle: 65 % – als korrekt erscheinen lassen.

4. Überdosierungen durch Nicht-Opioide nach Substanzen

Bei tödlichen Überdosierungen durch Nicht-Opioide haben laut Kraus *et al.* nicht-opioidhaltige Medikamente die größte Bedeutung (siehe *Tabelle 5*). Im gegebenen Kontext dürfte davon auszugehen sein, dass es sich um Todesfälle von Personen handelt, die nicht lediglich Medikamentenmissbrauch begangen, sondern vor allem illegale Drogen konsumiert haben, dass jedoch letztlich Medikamente todesursächlich gewesen sind.

Tabelle 5: Tödliche Überdosierungen durch Nicht-Opioide nach Substanzen, 2012–2016, laut Kraus *et al.* (Mehrfachzählungen möglich)

Substanzen	2012		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nicht-Opioide	179		152		197		214		270	
Nicht-opioidhaltige Medikamente	88	49	100	66	202	103	148	69	176	65
Kokain, Crack	70	39	79	52	67	34	71	33	99	37
Neue psychoaktive Stoffe	6	3	4	3	23	12	35	16	60	22
Amph., Amph.-Deriva., Methamph. ^a	62	35	69	45	103	52	119	56	137	51

Datenbasis: Kraus *et al.*, 2018, Anlage II, Tabelle A-8, A-12

^a Amphetamine, Amphetamin-Derivate, Methamphetamine

Beim BKA gibt es zwei vergleichbare Kategorien mit deutlich geringeren Fallzahlen. Zum einen sind dies: „Psychoaktive Medikamente i. V. m. anderen Substanzen“ (Min. 2012: 6 Fälle, Max. 2016: 34 Fälle; BKA, 2013–2015, 2016b, 2017). Die Kategorie „Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i. V. m. Alkohol)“ wurde unter 3.1 bereits genannt (Min. 2014: 13 Fälle, Max. 2012: 24 Fälle; siehe *Tabelle 3*).

Kraus *et al.* informieren nicht, welche nicht-opioidhaltigen Medikamente ihrer Erkenntnis nach derart zahlreiche Todesfälle verursachen. In ihrem unter Anlage I abgedruckten Kategoriensystem wird nur ein indirekter Hinweis gegeben: „Medikamente (nicht-opioidhaltig, z.B. Benzodiazepine)“ (S. 69). Die Autoren klären auch nicht darüber auf, welche illegalen Drogen die Verstorbenen, deren Todesfälle hier erfasst sind, zu Lebzeiten konsumiert haben.

Auffällige Daten: Im Jahr 2014 wurden angeblich 202 tödliche Überdosierungen durch nicht-opioidhaltige Medikamente verursacht. In diesem Jahr wurden jedoch insgesamt nur 197 tödliche Überdosierungen durch Nicht-Opioide registriert (jeweils laut Kraus *et al.*; siehe *Tabelle 5*). Dies ist nicht möglich.

5. Zusätzlich festgestellte Substanzen bei Überdosierungen durch nicht-opioidhaltige Medikamente

In *Tabelle 6* sind Substanzen aufgelistet, die bei polyvalenten Überdosierungen durch nicht-opioidhaltige Medikamente zusätzlich festgestellt worden sind. Allerdings geben Kraus *et al.* nur die drei am häufigsten

zusätzlich erfassten Substanzen an (S. 33). Somit können, was opioidhaltige Substanzen angeht, noch weitere festgestellt worden sein: z. B. Fentanyl, andere opioidhaltige Medikamente oder synthetische Opioide. Bei den zusätzlich ermittelten Substanzen sind Mehrfachzählungen möglich.

Tabelle 6: Polyvalente Überdosierungen durch (A) Nicht-Opioide insgesamt sowie durch (B) nicht-opioidhaltige Medikamente und zusätzlich festgestellte Substanzen (bez. B), 2012–2016, laut Kraus et al. (Mehrfachzählungen möglich)

Substanzen	2012		2013		2014		2015		2016	
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a
Nicht-Opioide (poly)	98		81		97		120		132	
Nicht-opioidh. Medikamente (poly) ^b	86		94		195		142		170	
Zusätzlich festgestellte Substanzen										
Heroin, Morphin	41	48	41	44	109	56	69	49	90	53
Opiathaltige Substitutionsmittel	44	51	44	47	59	30	54	38	71	42
Alkohol			27	29	46	24	48	34	51	30
Kokain, Crack	15	17								

Datenbasis: Kraus et al., 2018, Tabelle 6-2, Anlage II, Tabelle A-9, A-12, A-13

^a Bez. Überdosierungen durch nicht-opioidhaltige Medikamente

^b Differenz der gesamten und monovalenten Überdosierungen; Tabelle A-12, A-13

Zunächst zwei Hinweise zu den Daten der *Tabelle 6*:

- Für das Verhältnis der zusätzlich festgestellten Substanzen zu den nicht-opioidhaltigen Medikamenten sind jeweils geringfügig höhere Prozentsätze angegeben als bei *Kraus et al.* (Tabelle 6-2). Der Grund wird unter 7. angeführt.
- Nach Angaben von *Kraus et al.* wurden bei den DTF der Jahre 2013–2016 regelmäßig mehr – teilweise sogar doppelt so viele – polyvalente Überdosierungen durch nicht-opioidhaltige Medikamente festgestellt (Tabelle A-12, A-13), als insgesamt polyvalente Überdosierungen durch Nicht-Opioide erfasst worden sind (Tabelle A-9), obwohl die Datengrundlage dieselbe war. Da jegliche Hintergrundinformationen fehlen, lässt sich über die Ursache dieser gravierenden Diskrepanz nur spekulieren. Deshalb können zunächst sowohl die Ergebnisse von *Kraus et al.* als auch diejenigen der vorliegenden Arbeit nur unter dem Vorbehalt einer noch ausstehenden und dringend notwendigen Klärung stehen.

Bei den zusätzlich festgestellten Substanzen handelt es sich weit überwiegend um Opioide. Dass Betroffene die zusätzlich erfassten Opioide lediglich probiert haben, ohne abhängig zu werden, dürfte – gerade angesichts des hohen Suchtpotentials dieser Stoffe – nur in Einzelfällen der Fall gewesen sein. Somit ist offensichtlich, dass unter den polyvalenten Überdosierungen durch nicht-opioidhaltige Medikamente weit überwiegend Todesfälle von Opioidabhängigen erfasst sind. Diese paradoxe Situation wird von *Kraus et al.* nicht thematisiert.

Bei der vergleichbaren Kategorie „Psychoaktive Medikamente i. V. m. anderen Substanzen“ des BKA sind die Fallzahlen gering (siehe unter 4.). Somit können beim BKA Todesfälle von Opioidabhängigen – zumindest was diesen Aspekt anbelangt – nur in geringem Maße anderen BtM-Konsumierenden zugeordnet werden. Es wäre auch möglich, dass das BKA Medikamenten-Todesfälle generell als Opioid-Todesfälle registriert, wenn Erkenntnisse vorliegen, dass die Verstorbenen in der Vergangenheit Opioide konsumiert haben. Die Kategorie „Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch

i. V. m. Alkohol)“ nimmt beim BKA einen Sonderstatus ein. Sie ist nicht den Substanzklassen „Opioide“ und „Nicht-Opioide“ zugeordnet (siehe *Tabelle 3*).

Durch das neue Verfahren von *Kraus et al.* – in erheblichem Ausmaß Todesfälle von Opioidabhängigen als nicht-opioidbedingt zu kategorisieren – erklärt sich offensichtlich die eingangs aufgezeigte Diskrepanz bei den Angaben (einerseits des BKA und andererseits von *Kraus et al.*) zur Bedeutung der Opioide für Vergiftungen mit Drogen.

6. Bedeutung nicht-opioidhaltiger Medikamente für die Drogenmortalität

Dass nicht-opioidhaltige Medikamente wesentlich zum Sterberisiko der Opioidabhängigen beitragen, ist eine wertvolle neue Erkenntnis. Rein formal mag die dargestellte Verfahrensweise von *Kraus et al.* nicht zu beanstanden sein. Es ist jedoch zu kritisieren, dass die Autoren nicht darüber informieren, welche Situationen zu Todesfällen infolge nicht-opioidhaltiger Medikamente führen. Deshalb müssen entsprechende Erklärungsversuche zunächst hypothetisch bleiben. Es erscheint naheliegend, u. a. von folgenden Reaktionsmustern auszugehen:

- Suchtkranke könnten in Ermangelung adäquater Wirkstoffe Zuflucht zu Medikamenten suchen, um Entzugserscheinungen leichter ertragen zu können.
- Abgebrochene Substitutionsbehandlungen (bspw. von ärztlicher Seite wegen Beikonsums) könnten zu unsachgemäßer Selbstmedikation führen.

Sollte sich bestätigen, dass solche Szenarien zu derart zahlreichen Todesfällen führen, wie die Daten von *Kraus et al.* als wahrscheinlich erscheinen lassen, wären diese Situationen in Hinblick auf ihr lebensgefährliches Potential für die Betroffenen besonders hervorzuheben und zu problematisieren. Zugleich wären sie als offensichtliche Folge der Drogenprohibition zu identifizieren.

Wie eingangs mitgeteilt, kritisieren *Kraus et al.*, dass es auf Basis der amtlichen Drogentodesfallstatistik nicht möglich sei: „eine genaue Charakterisierung der gefährdeten Gruppe(n) und der Todesursachen vorzunehmen“ (S. 18). Gerade deshalb wäre zu erwarten gewesen, dass sie selbst bei ihrem Forschungsprojekt vor allem die gefährdeten Gruppen charakterisiert hätten. Jedoch haben sie nicht im Ansatz den Versuch unternommen, zu eruieren bzw. zu erklären, welche Gruppen durch die fraglichen Medikamente besonders gefährdet sind.

Stattdessen erwecken sie mittels ihres eigenen Kategoriensystems den Anschein, dass Opioidabhängige in erheblich geringerem Maße von DTF betroffen seien, als dies tatsächlich der Fall ist. Zugleich schreiben sie den übrigen BtM eine Bedeutung für das Drogentodesfallgeschehen zu, die sachlich nicht zu rechtfertigen ist.

7. Weitere nicht-opioidhaltige Stoffe und zusätzlich festgestellte Substanzen

Die Bedeutung der Opioide für die Drogenmortalität soll am Beispiel des Jahrgangs 2015 weiter geklärt werden. In *Tabelle 7* sind Nicht-Opioide aufgelistet, die laut *Kraus et al.* bei polyvalenten Überdosierungen todesursächlich gewesen sind. Daneben sind Substanzen angeführt, die zusätzlich festgestellt worden sind. Auch hier gilt, dass die Autoren lediglich drei zusätzlich erfasste Substanzen angeben (siehe unter 5.). Sowohl bei den Stoffgruppen als auch bei den zusätzlich ermittelten Substanzen sind Mehrfachzählungen möglich.

Tabelle 7: Zusätzlich festgestellte opioidhaltige Substanzen bei polyvalenten Überdosierungen durch Nicht-Opioide, 2015, laut Kraus et al. (Mehrfachzählungen möglich)

Stoffgruppe	Nicht-Opioide			Hoch-rechn. N ^b	Zusätzlich festgest. Substanzen			
	mono + poly N	mono N	poly N ^a		Heroin, Morphin N % ^c		Opiathaltige Substitutionsm. N % ^c	
Amphetamin ^d				75	21	28		
Amphetaminderivat ^d	119	19	100	29				
Methamphetamin ^d				40	12	30		
Cannabinoid				89	49	55		
Kokain, Crack	71	10	61	71/71	29	41	15	21
Nicht-opioidh. Medikam.	148	6	142	147/150	69	47	54	36
Neue psychoaktive Stoffe	35	17	18	35				
Gesamt		52	321		180		69	

Datenbasis: Kraus et al., 2018, Tabelle 6-2, Anlage II, Tabelle A-12, A-13

^a Differenz der gesamten und monovalenten Überdosierungen; Tabelle A-12, A-13

^b Hochrechnungen auf Basis zusätzlich festgestellter (ggf. nicht-opiathaltiger) Substanzen und Prozentsätzen; Tabelle 6-2

^c Laut Kraus et al.: „bezogen auf die Anzahl polyvalenter Vergiftungen der jeweiligen Stoffgruppe bei Überdosierung“; Tabelle 6-2, Fußnote

^d Stoffgruppe in der Regel mit verwandten Gruppen zusammengefasst

Einige Hinweise zu den Daten der und den Angaben zur *Tabelle 7*:

- *Kraus et al.* erklären, die Prozentangaben der zusätzlich festgestellten Substanzen bezögen sich auf die Anzahl polyvalenter Vergiftungen der Stoffgruppen (Angabe ^c). Die Hochrechnungen auf Basis der Daten von Tabelle 6-2 belegen jedoch ausnahmslos, dass sich die Prozentangaben auf die Gesamtzahlen der mono- und polyvalenten Vergiftungen beziehen (Tabelle A-12). Deshalb wurden in *Tabelle 6* der vorliegenden Arbeit die entsprechenden Daten neu berechnet.
- Bei den Stoffgruppen sind 321 Nennungen zu polyvalenten Überdosierungen mit Nicht-Opioiden verzeichnet, jedoch nur 52 zu monovalenten Überdosierungen (Tabelle A-12, A-13). An anderer Stelle der fraglichen Studie sind dagegen folgende Daten gelistet: Überdosierungen im Jahr 2015 mit Nicht-Opioiden, polyvalent: 120 Fälle, monovalent: 94 Fälle (Tabelle A-8, A-9). Ursache dieser gravierenden Diskrepanz können keine Mehrfachzählungen bei polyvalenten Überdosierungen sein, denn bspw. wurden entweder 52 oder 94 monovalente Vergiftungen erfasst. Auch scheidet eine unterschiedliche Datenbasis aus, da bei den angeführten Tabellen jeweils 716 „gültige Fälle mit Vergiftungen durch Überdosierung“ als Datengrundlage angegeben sind (inkl. Vergiftungen mit Opioiden). Folglich sind entweder die einen oder die anderen Daten falsch.
- Aufgelistet sind zahlreiche Überdosierungen infolge von Cannabinoid (Tabelle 6-2). Die mittels Hochrechnung ermittelte Gesamtzahl fällt höher aus als bei der Stoffgruppe „Kokain, Crack“ (89 im Vergleich zu 71 Fällen). In der fraglichen Studie von *Kraus et al.* sucht man jedoch bei allen anderen Tabellen und Abbildungen zur Bedeutung der Nicht-Opioide die Stoffgruppe „Cannabinoid“ vergebens (Abbildung 6-12, 6-13, Tabelle A-12, A-13). Diese Tabellen und Abbildungen beinhalten lediglich die vier Kategorien, die in *Tabelle 5* des vorliegenden Beitrags angeführt sind. Auch in den BKA-Tabellen zu den Drogentodesursachen kommt die Kategorie „Cannabinoid“ nicht vor. Somit stellt

sich die Frage, welchen Hintergrund die genannten Daten bei *Kraus et al.* haben bzw. ob es dazu überhaupt eine reale Basis gibt.

- Auch wenn bei Überdosierungen durch neue psychoaktive Stoffe (NpS) keine zusätzlich ermittelten opioidhaltigen Substanzen angegeben sind, sind unter dieser Kategorie zahlreiche Todesfälle von Opioidabhängigen erfasst (abgesehen von der genannten Limitierung auf drei zusätzlich festgestellte Substanzen). Denn bei *Kraus et al.* fallen unter die NpS auch synthetische Opioiden (S. 49). Im Gegensatz hierzu hat das BKA die Kategorie „Synthetische Opioiden (u.a. Fentanyl-derivate)“ im Jahr 2016 neu eingeführt und den Vergiftungen durch Opioiden bzw. Opiate zugeordnet, Fallanzahl: 22 (2017, Tabelle 4.3). Dennoch ordnen *Kraus et al.* derartige Todesfälle als nicht-opioidbedingt ein.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Auffälligkeiten kann eine inhaltliche Einordnung der sich abzeichnenden Zusammenhänge nur unter Vorbehalt erfolgen: Es ist zu konstatieren, dass *Kraus et al.* Todesfälle von Opioidabhängigen nicht nur bei Medikamenten-Todesfällen, sondern in bemerkenswertem Umfang auch bei Überdosierungen durch die übrigen nicht-opioidhaltigen Stoffe registriert haben.

In diesem Zusammenhang ist Folgendes von Bedeutung: Durch den falschen Hinweis von *Kraus et al.*, dass sich die Prozentangaben zu den zusätzlich festgestellten Substanzen auf polyvalente Überdosierungen bezögen (siehe vorstehende Hinweise, erster Punkt), entsteht der Eindruck, dass sich in Relation zu den Vergiftungen insgesamt geringere Anteile ergeben müssten. Dies ist jedoch nicht der Fall. Somit sollten etwa ein Drittel der Überdosierungen, bei denen nicht-opioidhaltige Substanzen als Ursache angegeben sind, auf das Konto von Opioidabhängigen gegangen sein.

Offenbar kann davon ausgegangen werden, dass in etwa der gleichen Größenordnung derartige Zuordnungen auch bei der Auswertung der DTF durch das BKA vorgekommen sind. Schließlich war die Datengrundlage dieselbe. Somit dürfte feststehen, dass die eingangs genannten Angaben des BKA zum Anteil der auf Opioiden zurückzuführenden Vergiftungen deutlich nach oben zu korrigieren sind. Die fraglichen Quoten müssten somit signifikant höher als mit 82–83 % zu veranschlagen sein – möglicherweise mit annähernd 90 %.

Einerseits ist positiv zu bewerten, dass die Daten von *Kraus et al.* diese bislang nicht erkennbaren Zusammenhänge transparent machen. Andererseits ist zu bemängeln, dass die Autoren die Bedeutung dieser Daten nicht nur nicht hervorheben, sondern stattdessen eher verschleiern, und dass sie keinerlei Versuch unternehmen, die betroffenen – offenbar doch besonders gefährdeten – Konsumentengruppen zu identifizieren. Folglich sind die zugrunde liegenden Szenarien nur in Ansätzen nachzuvollziehen und es besteht deshalb lediglich die Möglichkeit, Hypothesen zu formulieren:

- In Ermangelung adäquater Wirkstoffe könnten Opioidabhängige auf andere BtM zurückgreifen.
- Es wäre möglich, dass Suchtkranke es zwar weitgehend vermögen, ihren Opioidkonsum zu beenden, nicht jedoch eine Suchtverlagerung zu vermeiden.

8. Entwicklung von 2015 bis 2016

Wie eingangs mitgeteilt, ermittelte das BKA für den Beobachtungszeitraum 2012–2015 einen auf Opioiden zurückzuführenden Anteil von 82–83 % bei BtM-Vergiftungen (siehe Tabelle 3). 2016 sank dieser Anteil auf 76 % und im Folgejahr auf 75 %. Die Ursache dieses Rückgangs lässt sich anhand der BKA-Daten nicht ermitteln, da Zusatzinformationen fehlen.

Ein entsprechender Rückgang ist bei den Daten von *Kraus et al.* zu beobachten – allerdings, wie bereits festgestellt, infolge ihres eigenen Kategoriensystems auf niedrigerem Niveau. Hier beträgt der fragliche

Anteil von 2012–2015 etwa 70 % (bzw. 68–73 %, also stärker schwankend als beim BKA, ohne ersichtliche Tendenz) und fällt dann im Jahr 2016 auf 65 % ab (siehe *Tabelle 4*). Die Angaben von *Kraus et al.* zu den zusätzlich festgestellten Substanzen bei polyvalenten Überdosierungen ermöglichen, die Ursache dieses Rückgangs zu untersuchen.

Tabelle 8: Zusätzlich festgestellte opioidhaltige Substanzen bei polyvalenten Überdosierungen durch Nicht-Opioide, 2016, laut Kraus et al. (Mehrfachzählungen möglich)

Stoffgruppe	Nicht-Opioide			Zusätzlich festgest. Substanzen				
	mono + poly	mono	poly	Hoch- rechn.	Heroin, Morphin		Opiathaltige Substitutionsm.	
	N	N	N ^a	N ^a	N	% ^a	N	% ^a
Amphetamin ^a				97	34	35		
Amphetaminderivat ^a	137	22	115	40				
Methamphetamin ^a				30	12	40		
Cannabinoid				88	43	49		
Kokain, Crack	99	18	81	100	44	44		
Nicht-opioidh. Medikam.	176	6	170	176/178	90	51	71	40
Neue psychoaktive Stoffe	60	23	37	60	6	10		
Gesamt		69	403		229		71	

Datenbasis: Kraus et al., 2018, Tabelle 6-2, Anlage II, Tabelle A-12, A-13

^a Bedeutung siehe *Tabelle 7*

Die Anzahl der Überdosierungen durch Nicht-Opioide nahm von 2015–2016 um 56 Fälle zu (2015: 214 Fälle, 2016: 270 Fälle), während die Zahl der Vergiftungen durch Opioide weitgehend konstant blieb (siehe *Tabelle 4*). Insgesamt war in diesem Jahr also ein Zuwachs zu verzeichnen, jedoch fast ausschließlich bei Vergiftungen mit Nicht-Opioden, wodurch sich der Anteil dieser Fälle an der Gesamtzahl erhöhte. Zeitgleich stieg bei den Überdosierungen durch nicht-opioidhaltige Stoffe die Zahl der Fälle (um 51), bei denen zusätzlich Opioide festgestellt worden sind (2015: 249 Fälle, 2016: 300 Fälle; siehe *Tabelle 7* und *8*).

Die zuletzt angeführten Daten können lediglich dazu dienen, die Tendenz zu verdeutlichen. Zur exakten Erfassung der realen Zusammenhänge sind diese Daten ungeeignet. Einerseits sind in Hinblick auf Mehrfachzählungen Abzüge vorzunehmen. Andererseits werden von *Kraus et al.* nur die drei am häufigsten zusätzlich festgestellten Substanzen angeführt, sodass noch weitere opioidhaltige Substanzen erfasst worden sein könnten, z. B. Fentanyl, andere opioidhaltige Medikamente oder synthetische Opioide (siehe unter 5.).

Trotz dieser Einschränkungen ist die Tendenz offensichtlich: 2016 wurden signifikant mehr Todesfälle von Opioidabhängigen als nicht opioidbedingt registriert als 2015. Infolgedessen entsteht der falsche Eindruck, dass die Bedeutung der Opioide für das Drogentodesfallgeschehen abgenommen habe. Die fraglichen Daten dürften jedoch weniger eine reale Entwicklung als geänderte Erfassungsmodalitäten widerspiegeln.

Ob und ggf. wie weit dieses Ergebnis auf die vom BKA publizierten Angaben zu Vergiftungen mit Drogen übertragbar ist, ließe sich nur durch eine weitere Auswertung der in der FDR gespeicherten Daten feststellen. Somit verbleibt nur, auf die Möglichkeit von Parallelen hinzuweisen. *Kraus et al.* hatten die Gelegenheit, in diesem Punkt für Aufklärung zu sorgen. Stattdessen trugen sie zu einer falschen Darstellung der Verhältnisse bei.

9. Keine Angaben zur vorherigen Polizeiauffälligkeit der Drogentoten

Im Jahr 1993 führten das BKA und das IFT gemeinsam ein Schätzverfahren auf der Basis von Polizeidaten ein, um die Anzahl der BtM- (bzw. der Opiat-)Konsumierenden zu ermitteln. Hierbei handelt es sich um eine sogenannte Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation. Diese erfolgt in drei Schritten. Zunächst wird annäherungsweise die Anzahl der polizeibekannt Konsumierenden ermittelt. Dann wird anhand der Drogentoten, die zu Lebzeiten der Polizei bekannt waren, ein Dunkelfeldfaktor berechnet. Schließlich wird auf dieser Grundlage die Gesamtzahl der User geschätzt (IFT, Institut für Rechtsmedizin, Universität Hamburg, BKA, 1993, S. 5 ff.). Dieses Verfahren basiert zudem auf der Annahme einer gleich hohen Sterbewahrscheinlichkeit beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld.

Bis zum Berichtsjahr 2002 publizierte das BKA entsprechende Ergebnisse (2003, S. 67 f.), danach weiterhin die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, letztmals für das Jahr 2015 (2017, S. 36, in Verbindung mit 2015, S. 41 f.). Die meisten Jahre ging man von einem Polizeilichen Hellfeld bei den Drogentoten von ca. 40 % aus. Diese Anteile wurden den bereits genannten BKA-Rauschgiftberichten entnommen (vgl. BKA, 2016b, Tabelle 4.2). Diese Zahlen stehen jedoch im Widerspruch zu Daten mehrerer Untersuchungen aus den Bundesländern, die belegen, dass ein deutlich höherer Anteil der Drogentoten zu Lebzeiten polizeibekannt war. Die Angaben schwanken von 77 % in Baden-Württemberg (*Kraus & Ladwig*, 2001, S. 68) bis hin zu 88 % in Bayern (*Kraus, Shaw, Augustin & Ritz*, 2001, S. 91). Wie bereits aufgezeigt, dürften diese Daten noch nach oben zu korrigieren sein (vgl. *Scheimann*, 2011, 59 ff.).

U. a. deshalb wurde in den letzten Jahren versucht, die Bedeutung der Strafverfolgung für das Sterberisiko der BtM-Konsumierenden in den Fokus der Suchtforschung zu rücken (vgl. *Scheimann*, 2011, 2012, 2013, 2016), lassen diese Daten doch vermuten, dass die Betroffenen gerade dann besonders gefährdet sind, sobald sie als Konsumenten der Polizei bekannt geworden sind.

Vor diesem Hintergrund teilen *Kraus et al.* in ihrer in Frage stehenden Studie von 2018 mit: „Weitere Kriterien umfassten [. . .] eine mögliche polizeiliche Bekanntheit des/der Verstorbenen“ (S. 22). Die entsprechende Kategorie in ihrem Kategoriensystem lautet: „Polizeilich bekannt“ und die zugehörige Beschreibung: „Ist die Person polizeilich bekannt wg. mind. eines Verstoßes gegen das BtMG?“ (S. 69).

Derartige Angaben gehören zu den personenbezogenen Daten und können somit infolge der unter 2.1 genannten 2-jährigen Lösungsfrist nur für die Jahre 2015 und 2016 vorgelegen haben. Trotz dieser Einschränkung gilt: Drei Mitarbeiterinnen des IFT hatten im Auftrag von und in Absprache mit *Kraus et al.* Zugang zu allen in der FDR verfügbaren Angaben zu den Drogentoten dieser 2 Jahre in Deutschland (siehe unter 2.2). Die Autoren hätten somit zu diesem wesentlichen Aspekt Zahlen mit der bis dahin umfangreichsten Datengrundlage publizieren können. Dennoch haben sie diese Zahlen vorenthalten und diesen Aspekt nicht weiter thematisiert.

Sollten die von *Kraus et al.* erhobenen – jedoch zurückgehaltenen – Daten die bereits aus den Bundesländern vorliegenden Angaben bestätigen, dass es weit überwiegend polizeibekannt BtM-Konsumierende sind, die den Drogentod sterben, wären nicht nur die Ergebnisse des skizzierten Schätzverfahrens nachträglich ad absurdum geführt. Unweigerlich müsste auch der Frage oberste Priorität beigemessen werden, ob ein Kausalzusammenhang zwischen der strafrechtlichen Verfolgung Suchtkranker und deren erhöhter Sterbewahrscheinlichkeit besteht.

10. Publikation der Projektergebnisse

Zur Publikation ihrer Projektergebnisse kündigen *Kraus et al.* an: „Der Bericht wird auf der Website des IFT zugänglich gemacht“ (S. 55). Prädestiniert für eine solche Veröffentlichung wäre bspw. die Reihe der

IFT-Berichte, die eine langjährige Tradition aufweist. Das Manuskript wird jedoch bislang lediglich auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit, das die Arbeit finanziell gefördert hat, zum Download angeboten. Anders als bei einer offiziellen Publikation fehlen eine Angabe zum Erscheinungsjahr, der obligatorische Hinweis zum Copyright sowie eine ISSN- oder ISBN-Nummer. Diese werden nach Einreichung zweier Pflichtexemplare von der Deutschen Nationalbibliothek vergeben.

11. Fazit

Kraus et al. nahmen eine Revision der deutschen, vom BKA erstellten, Drogentodesfallstatistik vor. Sie werteten die in der FDR gespeicherten Angaben – Basis der BKA-Statistik – der Jahre 2012–2016 erneut aus und gelangten zu dem Ergebnis, dass zwei Drittel der tödlichen Überdosierungen auf opioidhaltige Substanzen zurückzuführen seien. Gemäß den Daten des BKA belief sich dagegen dieser Anteil in den Jahren 2012–2015 auf 82–83 %.

Nach dem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung beruht diese Diskrepanz auf dem von *Kraus et al.* neu erdachten Kategoriensystem, das vom bisherigen der Kriminalämter abweicht. So ordneten die Autoren zahlreiche Todesfälle von Opioidabhängigen als durch nicht-opioidhaltige Medikamente verursacht ein.

Anhand der Daten von *Kraus et al.* kann zudem aufgezeigt werden, dass ein weiterer erheblicher Anteil der Todesfälle von Opioidabhängigen unter Vergiftungen durch die übrigen nicht-opioidhaltigen Stoffe, wie bspw. Kokain oder Amphetamin, kategorisiert wurde. Das BKA wertete dieselben Daten aus. Somit müssten deutlich mehr als 82–83 % der BtM-Vergiftungen auf das Konto von Opioidabhängigen gegangen sein – möglicherweise nahezu 90 %.

In den Jahren 2016 und 2017 betrug der fragliche Anteil laut Datenauswertung des BKA 76 und 75 %, also etwa 7 % weniger als zuvor. Die Daten von *Kraus et al.* lassen als wahrscheinlich erscheinen, dass dieser Rückgang keine reale Entwicklung, sondern geänderte Erfassungsmodalitäten widerspiegelt.

Kraus et al. thematisieren weder diese Zusammenhänge, noch charakterisieren sie die betroffenen Gruppen – auch nicht im Ansatz. Dabei handelt es sich um eine wesentliche neue Erkenntnis, dass nicht-opioidhaltigen Medikamenten und den übrigen illegalen Drogen eine erhebliche Bedeutung für die Mortalität der Opioidabhängigen zuzuschreiben ist. Um die zugrunde liegenden Reaktionsmuster nachvollziehen zu können, von denen offensichtlich größere Konsumierendengruppen betroffen sind, bleiben Fragen offen: Suchen Opioidabhängige in Ermangelung adäquater Wirkstoffe Zuflucht zu Medikamenten, um Entzugserscheinungen leichter ertragen zu können? Oder greifen sie in solchen Situationen auf andere BtM zurück? Führen (bspw. von ärztlicher Seite wegen Beikonsums) abgebrochene Substitutionsbehandlungen zu unsachgemäßer Selbstmedikation? Vermögen Teile der Suchtkranken zwar weitgehend, ihren Opioidkonsum zu beenden, nicht jedoch eine Suchtverlagerung zu vermeiden? Es stellt sich die Aufgabe, hier anhand weiterer Untersuchungen für Aufklärung zu sorgen.

Die vorgenannten Ergebnisse müssen unter dem Vorbehalt stehen, dass die Qualität der analysierten Daten von *Kraus et al.* nicht zu beanstanden sei. Dies ist jedoch nicht der Fall. Manche Daten sind fragwürdig, andere sogar offensichtlich falsch. So werden bspw. zu monovalenten Überdosierungen mit Nicht-Opioiden in zwei Tabellen deutlich voneinander abweichende Angaben gemacht, obwohl die jeweilige Datenbasis dieselbe ist. Für die Jahre 2013–2016 werden an einer Stelle erheblich mehr – teilweise sogar doppelt so viele – Überdosierungen mit nicht-opioidhaltigen Medikamenten angegeben, als an anderer Stelle Vergiftungen durch Nicht-Opioide insgesamt angeführt sind. Nach den Daten einer Tabelle wurden 2015 mehr Überdosierungen durch Cannabinoid verursacht als durch Kokain und Crack. In allen anderen Tabellen und Abbildungen zur Bedeutung illegaler Drogen für BtM-Vergiftungen kommt dagegen die Kategorie „Cannabinoid“ nicht vor. Angesichts dieser Diskrepanzen ist eine Klärung dringend erforderlich.

In den letzten Jahren wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass polizeibekanntes BtM-Konsumierende offensichtlich eine gravierend höhere Drogenmortalitätsrate aufweisen als diejenigen ohne Polizeikontakte und dass über diesen Zusammenhang in der amtlichen Drogentodesfallstatistik nicht korrekt berichtet wird. *Kraus et al.* teilen mit, dass sie bei ihrer erneuten Auswertung der FDR-Daten zu allen Drogentoten den Aspekt „mögliche polizeiliche Bekanntheit des/der Verstorbenen“ abgefragt hätten. Die ermittelten Daten werden jedoch vorenthalten. Die Wissenschaft, die Politik und die Öffentlichkeit haben ein Anrecht, über diesen Aspekt korrekt informiert zu werden, geht es doch um einen möglichen Zusammenhang zwischen strafrechtlicher Verfolgung Suchtkranker und deren erhöhter Sterbewahrscheinlichkeit.

Eine wesentliche Aufgabe der Wissenschaft besteht darin, die Wirklichkeit mit wissenschaftlichen Methoden möglichst korrekt zu erfassen, damit die Politik in die Lage versetzt wird, auf dieser Grundlage adäquate Entscheidungen treffen zu können. Die fragliche Arbeit von *Kraus et al.* erweckt stattdessen den Eindruck, dass die Autoren von der Intention geleitet worden seien, die Bedeutung der Opioide für die Drogenmortalität geringer erscheinen zu lassen, als dies tatsächlich der Fall ist. Eine Überarbeitung der amtlichen Drogentodesfallstatistik auf dieser Grundlage hätte zur Folge, dass die Berichterstattung des BKA die Realität noch weniger erfasst als zuvor und von dieser lediglich ein zunehmend entstelltes Zerrbild zu zeichnen vermag.

Literatur

- Bundeskriminalamt (BKA) (2018). Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2017 – Tabellenanhang. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildTabellen.html;jsessionid=4E7977B16EE811DF14588A3CBB8193A4.live2291?nn=27972> [15.07.2019]
- Bundeskriminalamt (BKA) (2017). Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2016 – Tabellenanhang. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2016RauschgiftBundeslagebildTabellen.html?nn=27972> [15.07.2019]
- Bundeskriminalamt (BKA) (2016a). Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2015. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2015RauschgiftBundeslagebildZ.html?nn=27972> [15.07.2019]
- Bundeskriminalamt (BKA) (2016b). Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2015 – Tabellenanhang. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2015RauschgiftBundeslagebildTabellen.html?nn=27972> [15.07.2019]
- Bundeskriminalamt (BKA) (2015). Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2014 – Tabellenanhang. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2014RauschgiftBundeslagebildTabellen.html?nn=27972> [15.07.2019]
- Bundeskriminalamt (BKA) (2014). Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2013 – Tabellenanhang. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2013RauschgiftBundeslagebildTabellen.html?nn=27972> [15.07.2019]

- Bundeskriminalamt (BKA) (2013). Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2012 – Tabellenanhang. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2012RauschgiftBundeslagebildTabellen.html;jsessionid=9A7D9757D6C3696DAC3DFB82785B6601.live0601?nn=27972> [15.07.2019]
- Bundeskriminalamt (BKA) (2003). Rauschgiftjahresbericht 2002 Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2002RauschgiftJahresbericht.html;jsessionid=9A7D9757D6C3696DAC3DFB82785B6601.live0601?nn=27972> [15.07.2019]
- Bundeskriminalamt (BKA) (2002). Rauschgiftjahresbericht 2001 Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: BKA
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2001RauschgiftJahresbericht.html;jsessionid=9A7D9757D6C3696DAC3DFB82785B6601.live0601?nn=27972> [15.07.2019]
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017). Drogen. Deutschland.
https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017/WB_03_Drogen_Germany_DE.pdf [15.07.2019]
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Drogen. Deutschland.
https://dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Reitox_Jahresberichte/WB03_Drogen_2015_Germany_DE.pdf [15.07.2019]
- Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2011). Polizeiliche Datenbanken der Bundesländer. Az. WD 3 – 3000 – 153/11
<https://www.bundestag.de/blob/412402/f9747432342012e51606e42e5b726072/wd-3-153-11-pdf-data.pdf> [15.07.2019]
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019). Europäischer Drogenbericht 2019: Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001DEN_PDF.pdf [15.07.2019]
- Heckmann, W., Püschel, K., Schmoldt, A., Schneider, V., Schulz-Schaeffer, W., Soellner, R., Zenker, C. & Zenker, J. (1993). Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg (Band 28 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos
- IFT Institut für Therapieforchung, Institut für Rechtsmedizin, Universität Hamburg, Bundeskriminalamt (1993). Expertise über Schätzverfahren zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland (IFT-Berichte Bd. 71). München: IFT
- König, W. & Kreuzer, A. (1998). Rauschgifttodesfälle. Kriminologische Untersuchung polizeilicher Mortalitätsstatistiken. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg

- Kraus, L. & Ladwig, A. (2001). Analyse der Drogentodesfälle in Baden-Württemberg (IFT-Berichte Bd. 123). München: IFT
- Kraus, L., Pfeifer-Gerschel, T., Seits, N.-N. & Kurz, A. (2018). Analyse drogeninduzierter Todesfälle. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/20180822_Abschlussbericht_Analyse_drogeninduzierter_Todesfaelle.pdf [15.07.2019]
- Kraus, L., Shaw, R., Augustin, R. & Ritz, F. (2001). Analyse der Drogentodesfälle in Bayern (IFT-Berichte Bd. 116). München: IFT
- Scheimann, H. (2016). Hohe Drogenmortalität infolge historischer Weichenstellungen in der Drogenpolitik? Suchtmedizin 18 (2): 73–80
- Scheimann, H. (2013). Falsche Daten und falsche Annahmen zu Drogentodesfällen in Deutschland. Replik zur Studie „Drogennot- und -todesfälle“ von Heckmann et al. (1993). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work, 10: 7–28
<https://www.indro-online.de/dat/Scheimann2013.pdf> [15.07.2019]
- Scheimann, H. (2012). Forcierte Strafverfolgung gegen DrogenkonsumentInnen von 1985 bis 1991 und aktuelle Relevanz. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work, 9: 64–76
<https://www.indro-online.de/dat/Scheimann2012.pdf> [15.07.2019]
- Scheimann, H. (2011). Falsche Angaben zu Drogentodesfällen (4., überarbeitete Fassung).
<https://www.dt-aufklaerung.de/fa111009.pdf> [15.07.2019]

Korrespondenzadresse / Address for correspondence:

Helmut Scheimann
Schiffarter Damm 25
48145 Münster
E-Mail: info@dt-aufklaerung.de
Website: www.dt-aufklaerung.de

Veröffentlicht / Published:
7. August 2019 / August 7, 2019
Eingereicht / Received:
16. Juli 2019 / July 16, 2019
Angenommen / Accepted:
7. August 2019 / August 7, 2019