

Sozialpsychiatrischer Dienst

Drogentodesfälle in Dortmund

1990–2013

2014

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



Impressum

Herausgeber: Stadt Dortmund, Gesundheitsamt

V.i.S.d.P.: Dr. Annette Düsterhaus

Redaktion: Dr. Ulrike Ullrich, Dr. Thomas Lenders

Unterstützung der Redaktion: Ivonne Allweyer

Gestaltung, Satz und Produktion: Dortmund-Agentur 10/2014

Inhalt

Einleitung	3
Zusammenfassung der Ergebnisse 1990–2013	4
Fortschreibung der Untersuchung seit 2001	
Drogentodesfälle 1990–2013	6
Belastungszahlen	7
Auffindeorte	10
Geschlecht/Alter	12
Familienstand	14
Wohnsituation	15
Migrationshintergrund	16
Polizeilicher Bekanntheitsgrad	17
Sterbetag/Sterbemonat	19
Ergebnisse der Rechtsmedizin	20
Kontakt zur Drogenhilfe	23
Ausbau der Drogenhilfe seit 1990	25
Anlage 1 Erhebungsbogen Polizei	28/29
Anlage 2 Frau Prof. Dr. Alexa Franke, Drogentodesfälle 1990–2000 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	30

Einleitung

Seit Ende der 1980er Jahre findet das Thema „Drogenabhängigkeit“ ein starkes öffentliches Interesse.

- /// Die große offene Drogenszene auf dem Platz von Leeds und
- /// der Anstieg der Drogentodesfälle 1989/1990

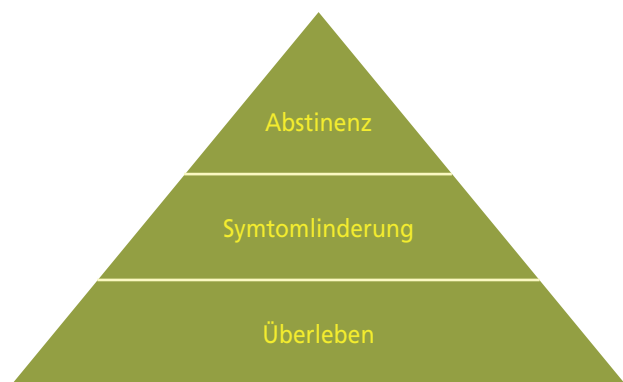
veranlasste die Politik und das Gesundheitsamt, hier Wege zur Verbesserung der Situation zu entwickeln.

Zur Vermeidung sozialunverträglicher offener Drogenszenen wurde der „Dortmunder Weg“ entwickelt, d. h.

- /// einerseits verstärkte repressive Maßnahmen zur Auflösung offener Szenen
- /// andererseits Ausbau der Drogenhilfe.

Bis Mitte der 1980er Jahre war das einzige Ziel der Suchthilfe die Herstellung der Abstinenz.

Angesichts der Verelendung der Drogenabhängigen wurde das Oberziel „Abstinenz“ erweitert um die Ziele „Symptomlinderung“ und „Überleben“.



Hilfepyramide

Im Rahmen dieser Entwicklung wurde das Hilfesystem erweitert um niedrigschwellige Angebote und die Substitutionsbehandlung.

Die Untersuchung der Drogentodesfälle wurde erforderlich, um Erkenntnisse zu gewinnen zur Verhinderung von Todesfällen und zur Verbesserung der Hilfsangebote.

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales untersuchte Frau Prof. Dr. Alexa Franke, Universität Dortmund, in enger Kooperation mit der Polizei, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Drogenberatungsstelle und dem Institut für Rechtsmedizin die Drogennotfälle und Drogentodesfälle im Zeitraum von 1990 bis 1993.

Die Untersuchung wurde am 07.10.1993 durch Stadtdirektor Wolfgang Schäfer in einem Expertengespräch vorgestellt.

Ein Ergebnis der Studie war die Vereinbarung, dass die Polizei auf einem speziellen Erhebungsbogen (Anlage 1) den Sozialpsychiatrischen Dienst über die Drogentodesfälle informiert und fortlaufend eine Auswertung erfolgt. Eine erneute wissenschaftliche Auswertung der Ergebnisse für den Zeitraum 1990 bis 2000 erfolgte im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen durch Frau Prof. Dr. Alexa Franke, Universität Dortmund. Die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse wird in Anlage 2 wiedergegeben.

Zusammenfassung der Ergebnisse 1990–2013

1. Die jährliche Zahl der Drogentodesfälle seit 1990 zeigt einen sehr schwankenden Verlauf. Seit 2007 zeichnet sich ein **deutlicher Rückgang** ab. Dortmund liegt zwar noch über den Belastungszahlen (Verstorbene pro 100.000 Einwohner) des Bundes und des Landes, der Abstand hat sich aber sehr deutlich verringert und der Verlauf ist günstiger als in vergleichbaren Großstädten.
2. Der Anteil der weiblichen Drogentoten ist seit 1990 weiter gesunken und liegt damit deutlich unter dem Anteil der Frauen an den Drogenkonsumenten.
3. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen ist im Berichtszeitraum stetig angestiegen von 29,5 Jahre (1990) auf 35,3 Jahre (2013). Dieses entspricht dem Bundestrend.
4. Der Anteil der Verstorbenen, die über eine eigene Wohnung verfügten, ist von 2001–2013 um 10% gestiegen im Vergleich zur Voruntersuchung.
5. Der Anteil der ledigen Verstorbenen ist im Vergleich zu 1990–2000 um 10% gesunken, dafür findet sich ein Anstieg bei den Verheirateten und Geschiedenen.
6. Im Zeitraum 2001–2013 ist der Anteil der Verstorbenen mit Migrationshintergrund gestiegen von 6% (1990–2000) auf 18,5% (2001–2013). Trotz der Zunahme liegt der Anteil immer noch **deutlich unter dem Migrationsanteil der Gesamtbevölkerung** von 30,5% in Dortmund.
7. Von 2001–2013 verstarben mehr als 50% in der eigenen Wohnung, hier ist eine Steigerung von 20% im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum eingetreten. 31 Verstorbene waren offensichtlich sozial hochgradig isoliert und wurden erst Tage nach dem Eintreten des Todes aufgefunden.
8. Seit 1990 sind Wochentage mit besonderer Gefährdung für das Todesgeschehen nicht ersichtlich. Von

- 1990–2000 war zwar der Sonntag am wenigsten betroffenen, von 2001–2013 war der Sonntag stärker als die anderen Wochentage belastet.
9. Von 1990–2000 starben in den Sommermonaten die meisten Drogenabhängigen. Hier ist es von 2001–2013 zu einer „Umkehr“ gekommen. Die Sommermonate waren am wenigsten belastet, im Monat Juli kam es zu keinem Todesfall.
 10. Auf Anordnung der Staatsanwaltschaft durchgeführte Obduktionen und toxikologische Untersuchungen waren rückläufig, seit 2001 liegt nur bei 1/3 der Verstorbenen ein toxikologisches Ergebnis vor.
 11. Seit 1990 hatten alle Verstorbenen, die toxikologisch untersucht wurden, Heroin konsumiert. **Heroinkonsum** stellt, insbesondere bei schwankendem Reinheitsgehalt ein besonders **hohes Risiko** für eine Überdosis dar.
 12. Die seit 1990 beschriebene Tendenz zum **Mehrfachkonsum** setzte sich fort. Von 2001–2013 konsumierten 70% drei und mehr Substanzen.
 13. Der Bekanntheitsgrad bei der Polizei stieg von 82% auf 87,6%. Diese Tatsache dürfte dem gestiegenen Lebensalter zuzuordnen sein.
 14. Die Gefährdung nach Haftentlassung hat sich verringert von 7,1% auf 3,7%. Wesentlicher Wirkfaktor dürfte die **Substitutionsbehandlung in Justizvollzugsanstalten** seit 2010 sein.
 15. Im Rahmen der durchgeführten Obduktionen wiesen 70% der Verstorbenen pathologische Organbefunde auf, die als **Suchtfolgeerkrankungen** gewertet werden müssen.
 16. In der Drogenhilfe waren 83,5% der Verstorbenen jeweils bekannt geworden. Davon hatten
 - 12% Kontakt zum niedrigschwelligen System der Drogenhilfe in der Woche vor ihrem Tod
 - 2% verstarben an einer Überdosis nach Therapieabbruch/-ende.
 - bei 30% der Verstorbenen war eine Substitutionsbehandlung bekannt.
 17. Bei der Einordnung durch die Polizei handelte es sich bei 2–3% der Todesfälle um Suizid. Hier dürfte nach Annahme der Drogenhilfe die Dunkelziffer deutlich höher liegen.
 18. In der Drogenhilfe wurden von 2000–2013 123 Drogenabhängige bekannt, die an **Suchtfolgeerkrankungen** verstorben sind. Wegen der Angabe im Totenschein „natürliche Todesursache“ wurden die Betroffenen bei der Polizei nicht bekannt.
 19. Seit 1991 erfolgte ein fachgerechter Ausbau der Drogenhilfe. Es wird versucht, für den einzelnen Drogenabhängigen passgenaue Hilfen zu entwickeln. Seit 2001 kam es zu einer Zunahme von Klienten in der Substitutionsbehandlung und im ambulant betreuten Wohnen. Im Drogenkonsumraum wurden seit 2003 in 1.031 Fällen **Notfälle durch Überdosierungen** medizinisch versorgt und damit Drogentodesfälle verhindert. Die Heranführung an **risikoärmere Konsumgewohnheiten** – Förderung des inhalativen Konsums – wurde von 60% der Klienten akzeptiert.
 20. Der seit Beginn der 90er Jahre eingeschlagene Dortmunder Weg mit Kombination von repressiven, szeneeerstreuenden Maßnahmen bei gleichzeitigem Ausbau des Hilfesystems mit Entwicklung niedrigschwelliger risikosenkender und überlebenssichernder Instrumente hat dazu beigetragen, dass in den vergangenen zwei Jahrzehnten ein Rückgang der Drogentodesfälle zu verzeichnen war.
 21. Drogenabhängige **werden älter. Schwere Suchtfolgeerkrankungen**, an denen langjährig Drogenabhängige versterben, **nehmen zu**. Die Versorgung und Betreuung dieser Klienten stellt eine belastende Herausforderung für das Hilfesystem dar.

Fortschreibung der Untersuchung seit 2001

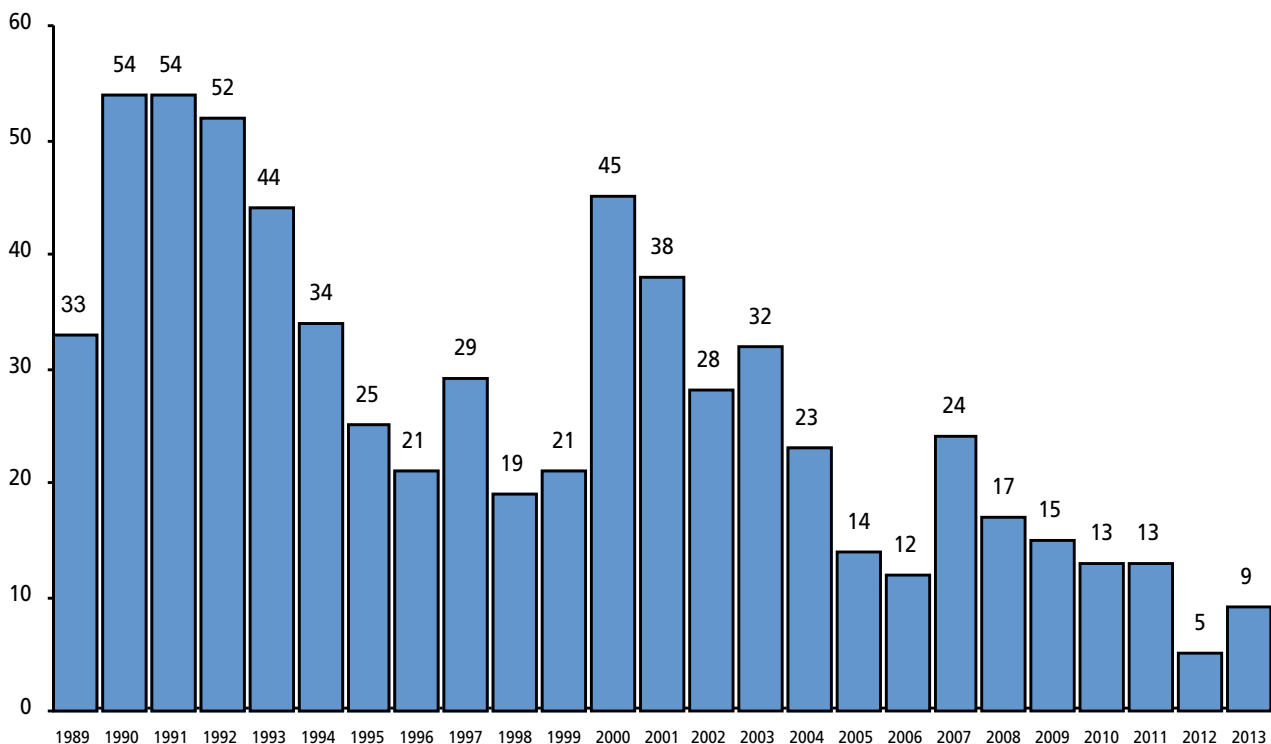
Auf der Grundlage der Kooperationsvereinbarung von 1993 erfolgt die Meldung durch die Polizei fortlaufend an den Sozialpsychiatrischen Dienst.

Durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgt

- eine Erhebung beim Institut für Rechtsmedizin sowie
- eine Erhebung bei allen Institutionen der Drogenhilfe zum Bekanntheitsgrad der Verstorbenen im Hilfesystem.

Im Folgenden wird das Ergebnis der Erhebungen 2001 bis 2013 dargestellt und mit den Ergebnissen der Untersuchung 1990 bis 2000 verglichen.

Drogentodesfälle 1989–2013



Betrachtet man die Anzahl der Verstorbenen von

1994 bis 2003 = 292

und

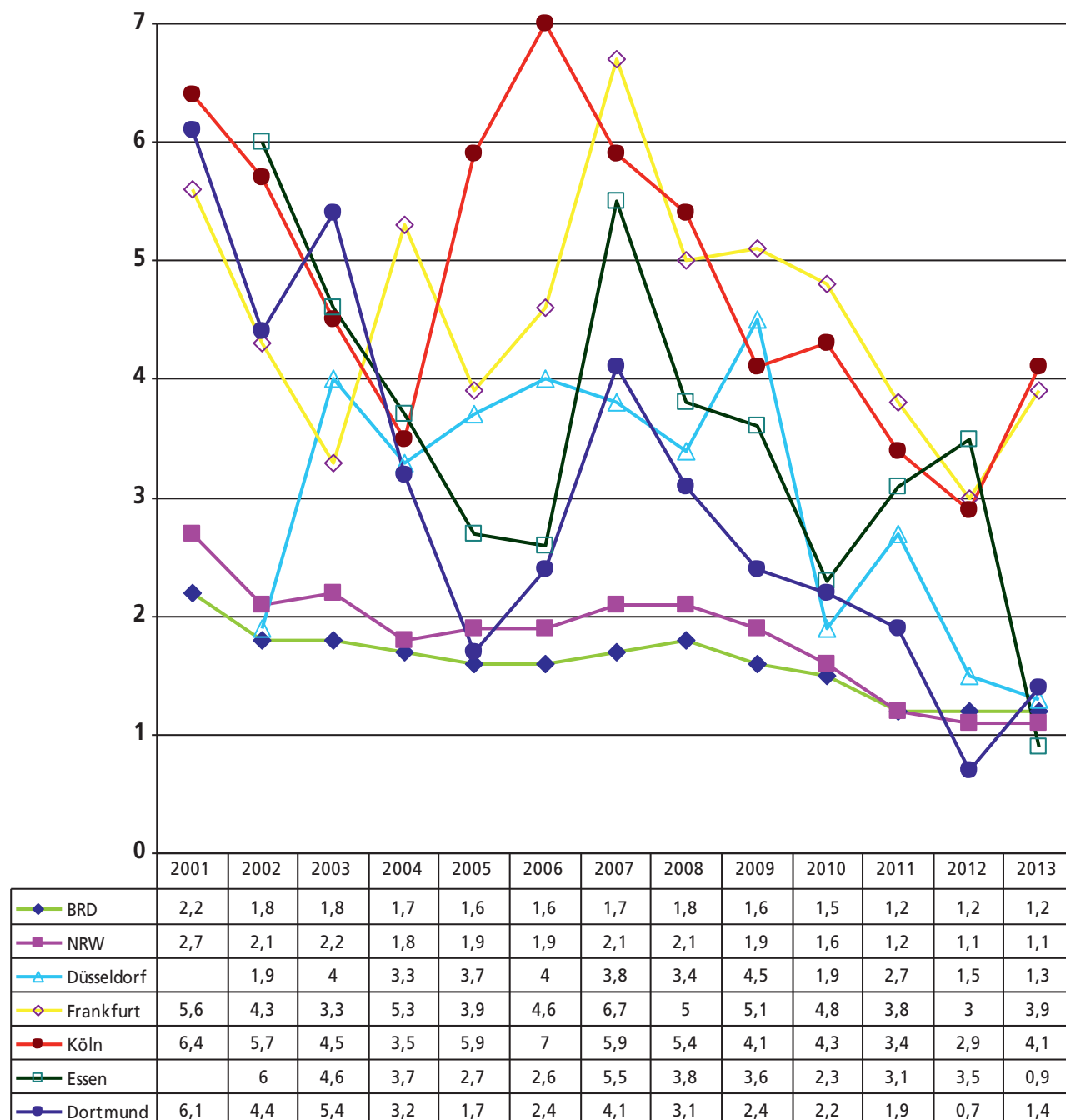
2004 bis 2013 = 145

sind von 2004 bis 2013 **50% weniger** Drogentodesfälle in Dortmund zu verzeichnen.

Vergleicht man die Dortmunder Entwicklung mit der Entwicklung in der Bundesrepublik ist zunächst hervorzuheben, dass die Belastungszahl (Drogentote/100.000 Einwohner) bundesweit stark schwankt. Die „neuen“ Bundesländer liegen seit 20 Jahren deutlich niedriger als die „alten“ Bundesländer (z. B. 2013: Hamburg 3,6, Berlin 3,5, NRW 1,1, Brandenburg 0,2, Mecklenburg-Vorpommern 0,1).

Belastungszahl

(Anzahl Drogentoter pro 100.000 Einwohner)



Quelle BKA Rauschgiftberichte

Von 1990 bis 2000 lag die Belastungszahl in Dortmund noch deutlich über dem bundes- und landesweiten Belastungszahlen (2000: BRD: 2,5, Dortmund: 7,6).

Bei der Bewertung der Belastungszahlen 2001–2013 ist feststellbar, dass Dortmund zwar weiterhin über den Zahlen der Bundesrepublik und des Landes Nordrhein-Westfalen liegt, der Abstand sich aber stark verringert

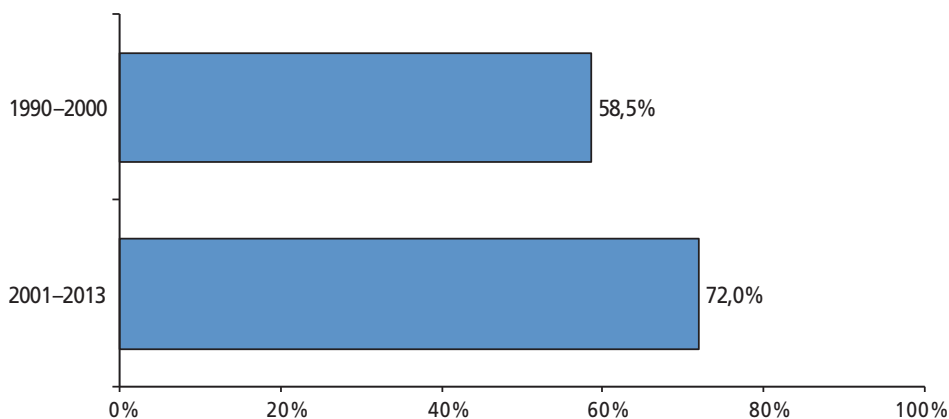
hat. Im Vergleich mit anderen zuvor stark betroffenen Großstädten weist Dortmund eine deutlich günstigere Entwicklung auf.

Eine gesicherte Erklärung für diese Entwicklung liegt nicht vor. Anzunehmen ist als Wirkfaktor der Ausbau des Hilfesystems.

Meldeadresse in Dortmund

Die Dortmunder Polizei ist zuständig für Dortmund und Lünen, somit werden alle Verstorbenen erfasst, die im Zuständigkeitsbereich der Polizeibehörde verstarben. Von den

Verstorbenen wiesen eine Meldeadresse in Dortmund auf:
 1990–2000 (N=400) 234 (58,5%)
 2001–2013 (N=243) 175 (72%)



Die nicht in Dortmund gemeldeten Drogentoten wiesen entweder keine Meldeadresse auf oder waren in 16 Städten im Umkreis von Dortmund gemeldet (Lünen, Schwerte,

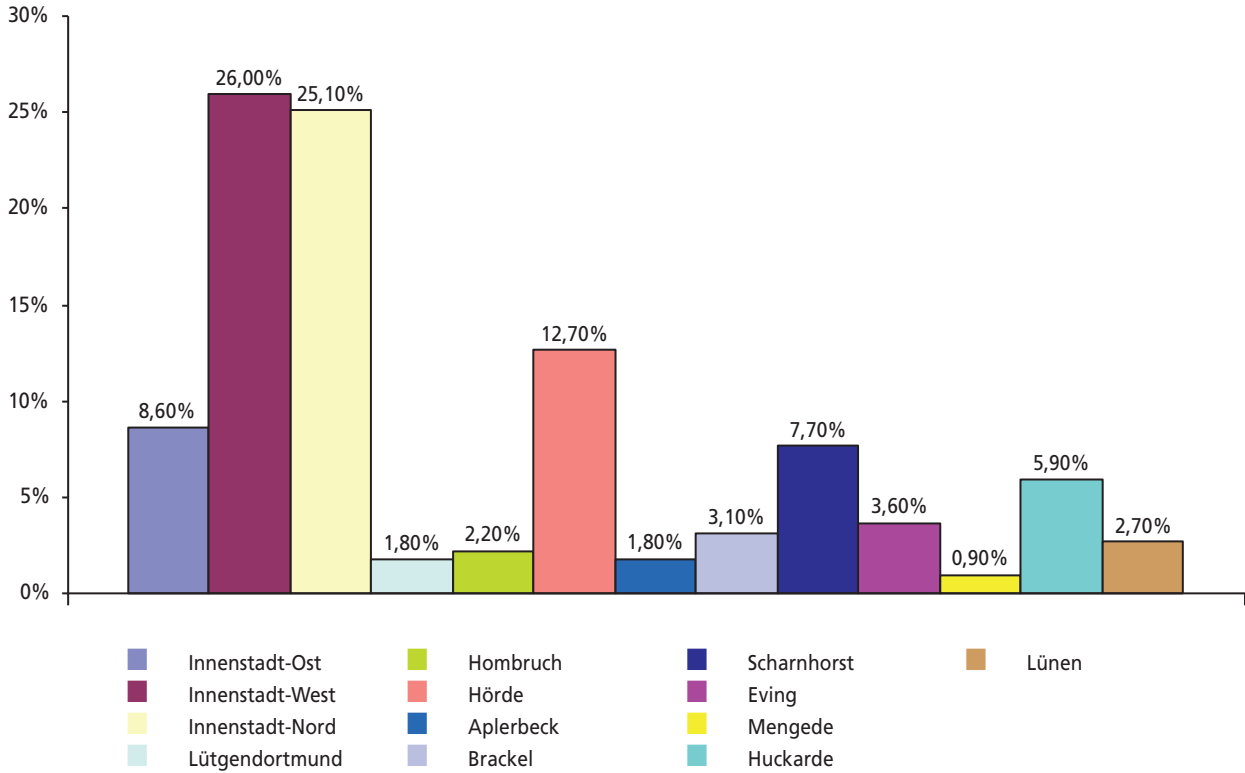
Waltrop, Hagen, Hamm, Lüdenscheidt, Oberhausen u.a.). Von 2001–2013 ist der Anteil der gemeldeten Drogentoten im Vergleich um 13,5% gestiegen.

Auffindeorte bezogen auf Stadtbezirke

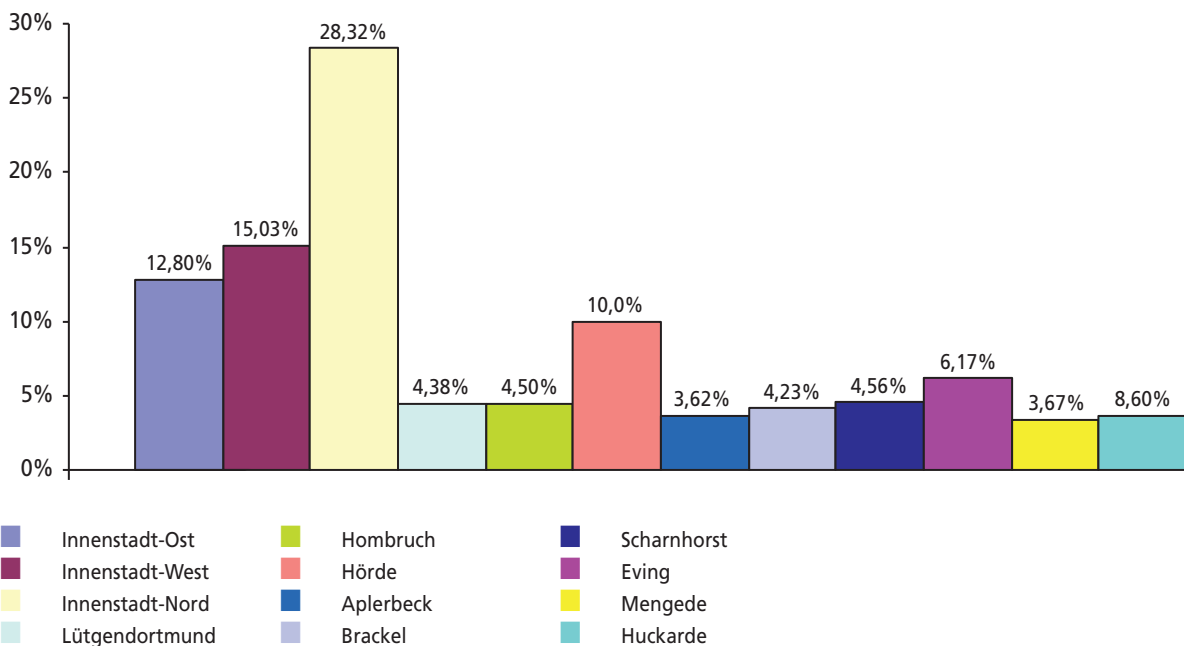
Von 2001 bis 2013 verteilen sich die mitgeteilten Auffindeorte wie folgt auf die Stadtbezirke:

Innenstadt-Ost	19
Innenstadt-West	57
Innenstadt-Nord	55
Lütgendortmund	4
Hombruch	5
Hörde	28
Aplerbeck	4
Brackel	7
Scharnhorst	17
Eving	8
Mengede	2
Huckarde	13
Lünen	6
Keine Angabe	24

Auffindeorte 2001–2013 (N=243)



Im Vergleich Wohnort der Klienten der Drogenberatungsstellen (N=1.490)

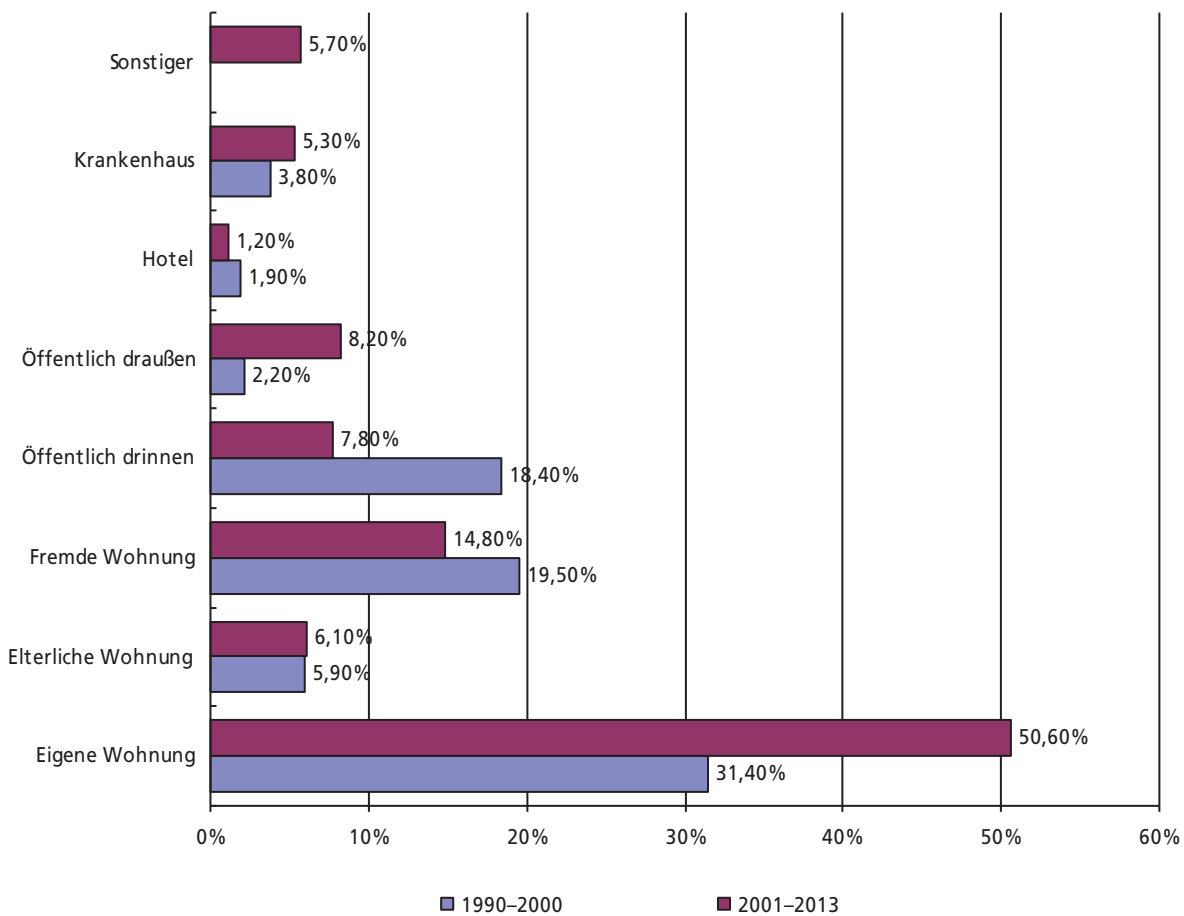


Vergleicht man die Auffindeorte der Verstorbenen mit den Wohnanschriften der Beratungsstellen (Suchtbericht 2012, Seite 36) korrespondieren die Fundorte annähernd mit den

Wohnorten der Betroffenen. Hier sind bekannterweise die Innenstadtbezirke am stärksten betroffen.

Art des Auffindeortes

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Summe
Eigene Wohnung	15	15	15	9	8	7	15	10	6	9	8	3	3	123 (50,6)
Elterliche Wohnung	3	1	4	2	1	0	0	0	2	0	1	0	1	15 (6,1)
Fremde Wohnung	3	2	5	4	3	2	5	5	4	1	0	1	1	36 (14,8)
Öffentlich draußen	4	2	2	3	1	0	3	1	0	0	2	0	2	20 (8,2)
Öffentlich drinnen	4	3	4	1	0	0	0	1	2	2	0	0	2	19 (7,8)
Hotel	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 (1,2)
Krankenhaus	4	3	0	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0	13 (5,3)
Sonstiger	4	2	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	14 (5,7)

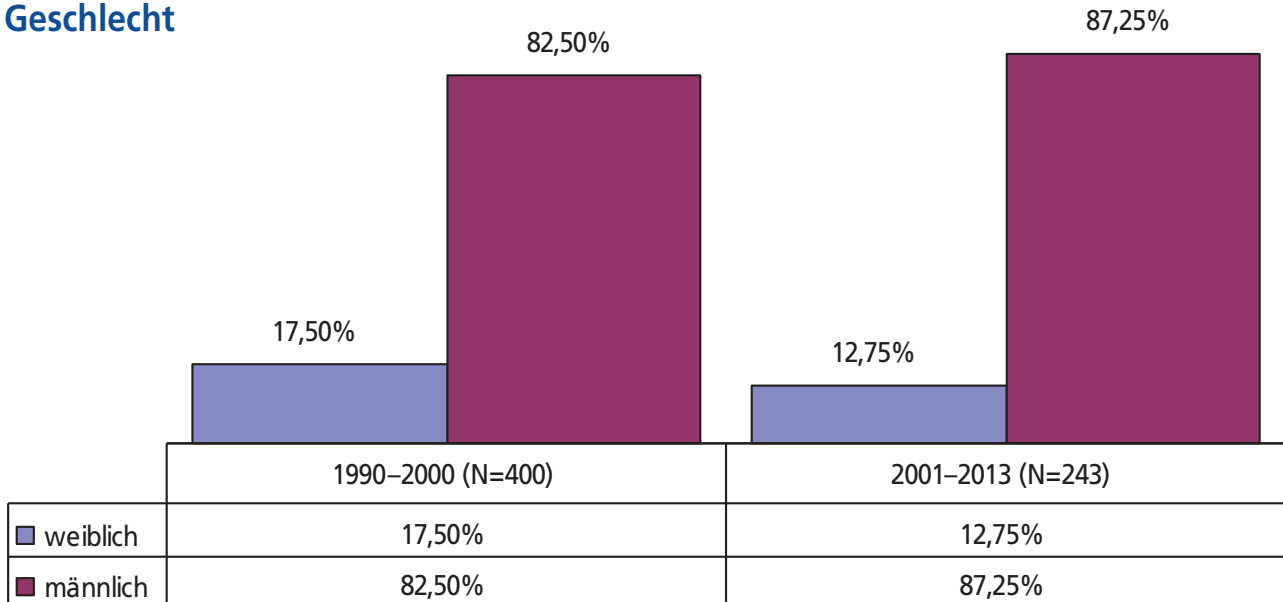


Der Anteil der Verstorbenen, die in einer eigenen Wohnung verstarben, ist im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum deutlich gestiegen.

Dieses steht in engem Zusammenhang mit der Tatsache, dass 2001–2013 auch ca. 10% mehr Verstorbene über eine eigene Wohnung verfügten.

Soziodemographische Merkmale

Geschlecht



Von 1990–2000 lag der Frauenanteil mit 17,5% im Bundesdurchschnitt, von 2001–2013 zeichnet sich ein Rückgang des Frauenanteils ab. Dortmund liegt mit 12,75% unter dem Bundesdurchschnitt weiblicher Drogentoter von 16,8%.

Auffällig ist, dass der Frauenanteil an den Drogentoten deutlich niedriger ist als der Frauenanteil an den Drogenkonsumenten (20–25% bundesweit).

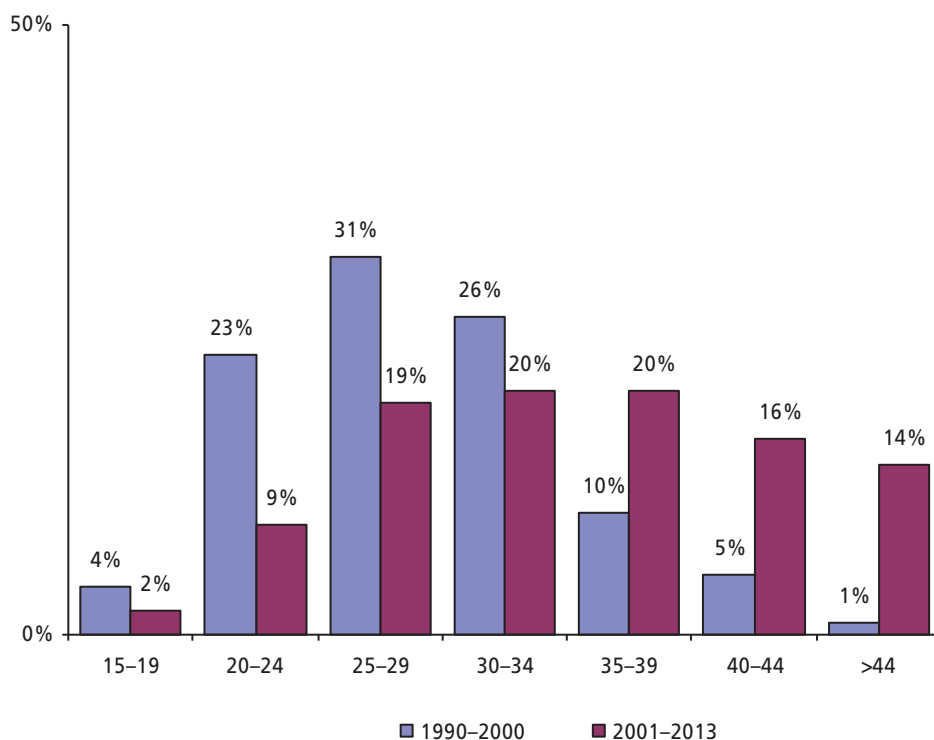
Alter zum Todeszeitpunkt



Alter 2001–2013

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mittelwert	32,1	31,2	33,25	33,7	34,8	38	37	36,71	34,4	35,77	42,6	45,4	35,4
Mittelwert Alter männlich	32,15	32,08	34,2	33,65	34,15	36,9	36,7	38,2	34,4	34,54	42,3	45,5	35,3
Mittelwert Alter weiblich	31,7	26,5	29	34	44	43,5	38,5	29,6	–	37	44	45	35,6
Spanne männlich	19–47	21–56	19–54	24–48	26–50	29–49	23–53	23–51	22–57	24–45	34–54	34–58	26–50
Spanne weiblich	24–38	24–31	24–43	24–42	44	30–57	26–48	25–36	–	37	42–46	45	26–46

Drogentodesfälle nach Altersgruppen

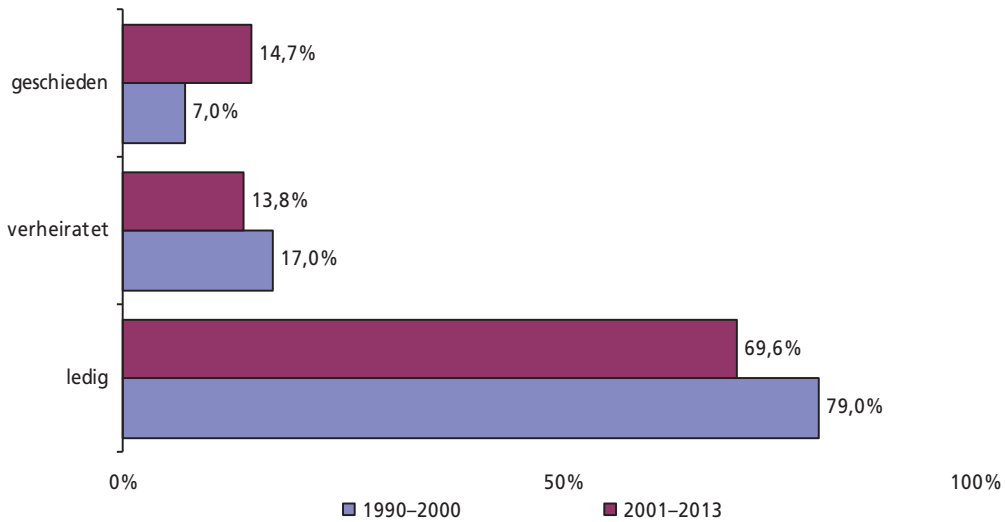


Alter	1990-2000 (N=400)			2001-2013 (N=243)		
	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt
15-19	10	6	16	5	0	5
20-24	69	22	91	17	4	21
25-29	99	21	120	35	11	46
30-34	89	15	104	47	2	49
35-39	41	2	43	45	5	50
40-44	19	1	20	33	5	38
> 44	4	2	6	30	4	34

Das Durchschnittsalter der Verstorbenen ist im Berichtszeitraum stetig angestiegen. Dieses entspricht der Entwicklung in der BRD. Bundesweit lag der Altersdurchschnitt 2013 bei 37,8 Jahren. Insgesamt finden sich erhebliche Schwankungen, die angesichts der geringen

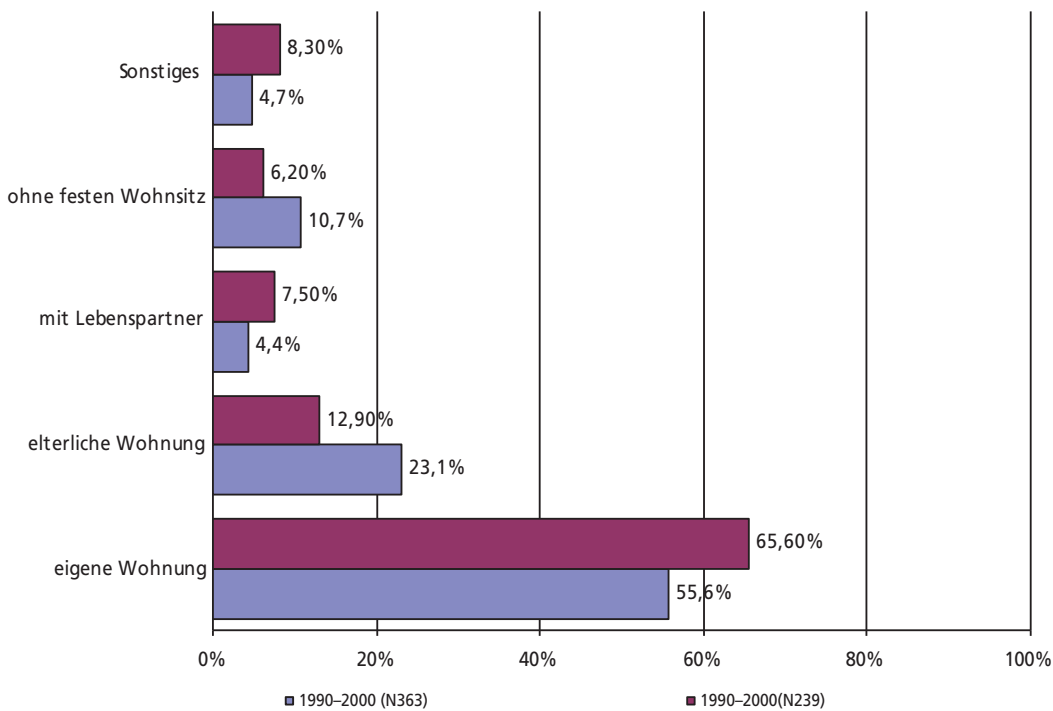
jährlichen Fallzahlen statistisch keine Aussage zulassen. Betrachtet man die Verstorbenen im Hinblick auf Altersgruppen zeichnet sich ein Anstieg ab 35. Lebensjahr ab, im Vergleich zur Voruntersuchung 1990-2000.

Familienstand



Der Anteil der Ledigen im zweiten Berichtszeitraum reduzierte sich um ca. 5%.

Wohnsituation



Von 2001–2013 verfügten 10% mehr als von 1990–2000 über eine eigene Wohnung. Dieses dürfte erklärbar sein durch das gestiegene Lebensalter der Betroffenen und dem Wunsch nach stabileren, lebensabschnittstypischen Wohnverhältnissen.

Migrationshintergrund

Von 1990 bis 2000 hatten **94%** der Verstorbenen eine deutsche Staatsangehörigkeit.

23 Drogentote waren

Türken (6)

Marokkaner (10)

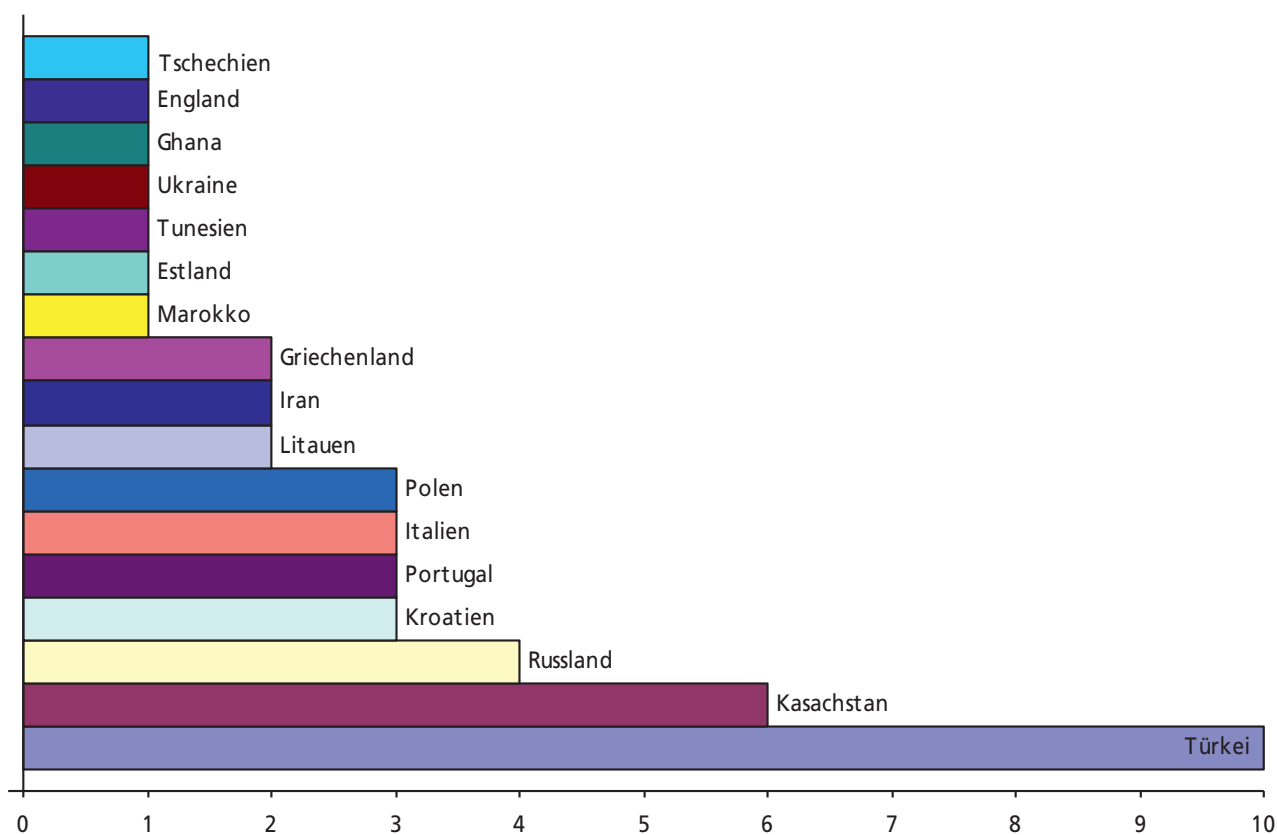
Italiener (4) und

je 1 Libanese, Grieche und Algerier.

Von 2001 bis 2013 hatten **85,5%** der Verstorbenen eine deutsche Staatsangehörigkeit.

35 Verstorbene hatten keine deutsche Staatsangehörigkeit (14,5%). Bei 10 Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit ließ sich ein Migrations-/Aussiedlerhintergrund eruieren.

45 Personen (18,5%) hatten ihre Wurzeln in folgenden Ländern:



Während im ersten Berichtszeitraum sich keine Aussiedler unter den Verstorbenen fanden, starben von 2001–2013 16 Menschen mit Aussiedlerhintergrund.

Die Biographie dieser Menschen ist oft erschütternd und lässt auf „Heimatverlust“ in einer besonders vulnerablen Phase und eine missglückte Integration schließen.

Polizeilicher Bekanntheitsgrad

Im Zeitraum von **1990 bis 2000** waren **82%** der Verstorbenen bei der Polizei wegen BTMG-Delikten oder anderer Straftaten bekannt.

105 Verstorbene (71%) wiesen Hafterfahrungen auf (N=148, wegen fehlender Angaben).

Von **2001 bis 2013** waren **87,6%** polizeilich bekannt. Die Dauer der Bekanntheit betrug bis zu 25 Jahren.

Bei 99 Verstorbenen (66%) war ein Haftaufenthalt bekannt.

Es ist bekannt, dass ein Rückfall nach einer Entzugsbehandlung oder nach Haftentlassung als besonderer Risikofaktor für eine lebensgefährliche Überdosis anzusehen ist.

Von 1994 bis 2000 verstarben (N=197) 7,1%

2 Personen am Tag der Haftentlassung

7 Personen innerhalb der ersten Woche nach Haftentlassung

5 Personen während eines Hafturlaubs.

Von 2001 bis 2013 verstarben (N=243) 3,7%

3 Personen am Tag der Haftentlassung

6 Personen innerhalb der ersten drei Tage nach Haftentlassung

während eines Hafturlaubs kam es zu keinem Todesfall.

Die Zahlen deuten daraufhin, dass sich die Gefährdung nach Haftentlassung geringfügig reduziert hat. Hierzu beigetragen haben, auf Initiative der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die Richtlinien des Landes zur Durchführung einer Substitutionsbehandlung in Justizvollzugsanstalten (2009), mit der die Anzahl der Substituierten in Justizvollzugsanstalten landesweit gesteigert werden konnte und viele Drogenabhängige im Rahmen der Entlassungsvorbereitung auf Methadon eingestellt wurden.

Todesursachen laut Polizeimeldung

1990 bis 2001 96,6% Überdosis
 3,3% Suizid

2001 bis 2013 94,6% Überdosis
 2,8% Unfall
 2,4% Suizid.

Umstände des Todes

Um die näheren Umstände des Todes interpretieren zu können, wurden der Wochentag und der Monat regelmäßig erhoben. Dieses schien bedeutsam, um die Lebensgewohnheiten der Betroffenen näher erfassen zu können unter besonderer Berücksichtigung der Wochenenden.

Im Erhebungszeitraum 1990 bis 2000 kommt Frau Prof. Franke zu der Feststellung, *sind Tage mit besonderer Gefährdung nicht ersichtlich ... Betrachtet man die Veränderung der Häufigkeiten über die Jahre zeigt sich ein Muster mit zufällig wechselnden Anteilen der Wochentage.*

Im Erhebungszeitraum 2001 bis 2013 bestätigt sich die Annahme, dass dem Wochentag keine besondere Bedeutung zuzumessen ist. Auch hier erscheint die Veränderung der Häufigkeiten zufällig. Lediglich am Sonntag findet sich im Vergleich zum ersten Untersuchungszeitraum ein erheblicher Anstieg.

Für den Erhebungszeitraum 1990 bis 2000 stellt Frau Prof. Franke bezüglich der monatlichen Belastung fest, *starben im Mai die meisten Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Auch in den folgenden Sommermonaten und im März liegt die Anzahl der Drogentoten höher als in den restlichen Monaten.*

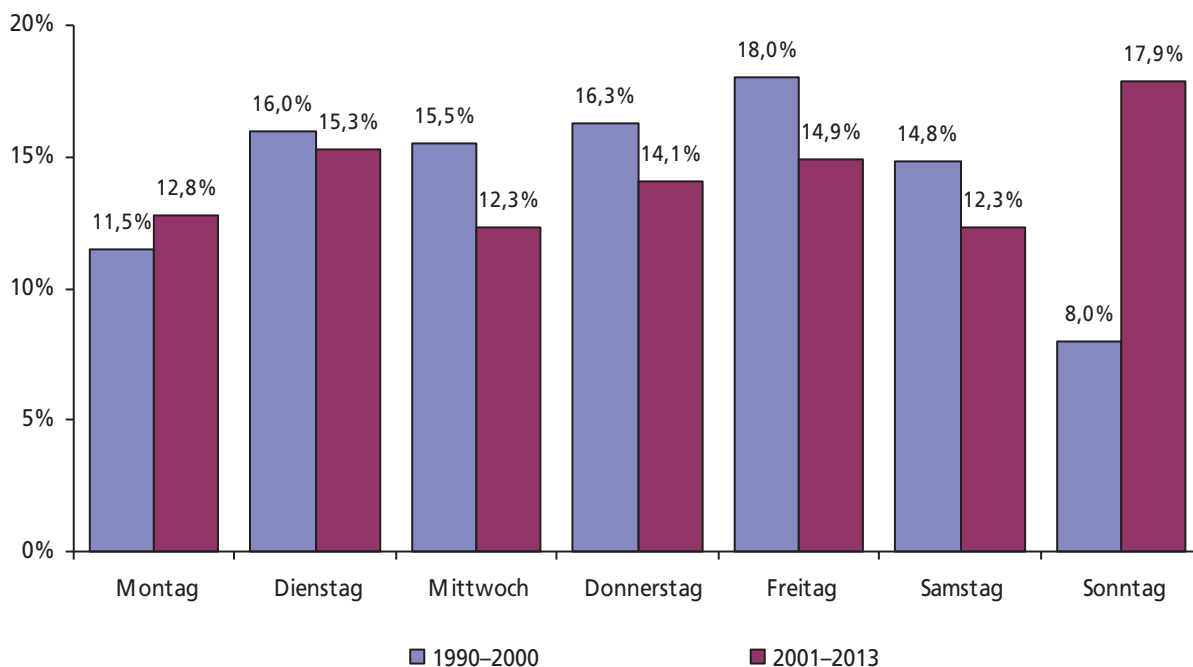
Hier ist es im zweiten Erhebungszeitraum zu einer Veränderung gekommen.

Im Monat Juli kam es zu keinem Drogentodesfall.

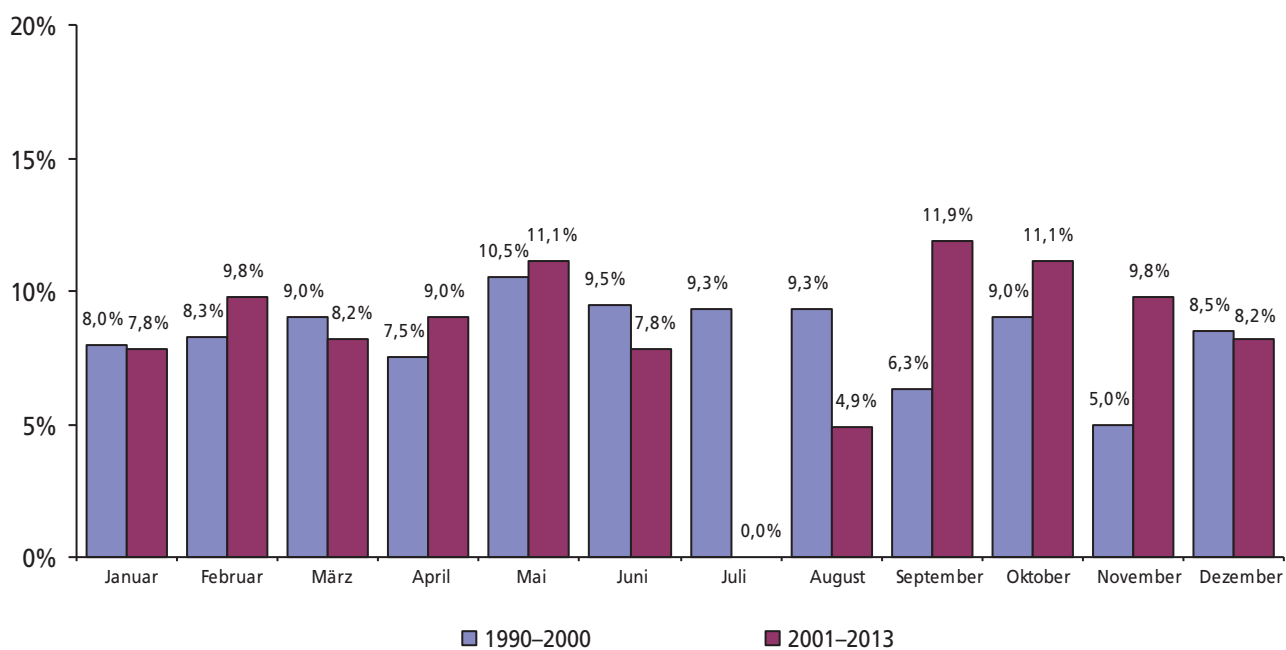
In den Sommermonaten verstarben die wenigsten Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums.

Die Annahme der Drogenhilfe, dass die Sommermonate wegen der Witterungsverhältnisse eine besondere Belastung für den Kreislauf und den Stoffwechsel der Betroffenen darstellen und somit einen Drogentodesfall begünstigen könnten, erscheint durch die Ergebnisse der letzten 14 Jahre nicht mehr aufrecht zu erhalten sein.

Sterbetag



Sterbemonat



Ergebnisse der Rechtsmedizin

Unter dem Begriff „Rauschgifttote“ sind Todesfälle definiert, bei denen ein kausaler Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum von Betäubungs- oder Ausweichmitteln besteht. Darunter fallen laut Polizeidienstvorschrift PDV 386 insbesondere

- /// Todesfälle in Folge Überdosierung
- /// Todesfälle in Folge langzeitigen Missbrauchs
- /// Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter der Einwirkung von Entzugserscheinungen
- /// Tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen

Wird auf dem Totenschein vom Arzt kein natürlicher Tod festgestellt, wird die Polizei eingeschaltet. Dieser ermöglichen die Gesamtumstände, die Auffindsituationen und Ermittlungen im Umfeld die Zuordnung zum Drogengeschehen. Wird dagegen ein natürlicher Tod attestiert, erfährt die Polizei nicht von dem Fall und er geht auch nicht in die Erfassung der Rauschgifttoten ein.

Je nach Beurteilung der Sachlage ordnet die Staatsanwaltschaft eine Obduktion und ggfs. toxikologische Untersuchung an.

Von **1990 bis 2000** wurden durchschnittlich **70,4%** aller Drogentodesfälle obduziert und toxikologisch untersucht. In diesem Zeitraum fanden sich bereits erhebliche Schwankungen zwischen 40% und 85%.

Von **2001 bis 2013** wurden bei **65%** der Verstorbenen Obduktionen durchgeführt, bei **34%** eine toxikologische Untersuchung angeordnet.

In den Rauschgiftberichten des BKA wird erwähnt, dass die Obduktionsquote in den Bundesländern sehr unterschiedlich ist, wobei einige Bundesländer alle Rauschgifttodesfälle obduzieren lassen.

Für Dortmund kann zusammengefasst festgestellt werden, dass die Obduktionsquote und Quote der toxikologischen Untersuchungen im zweiten Berichtszeitraum weiter rückläufig ist.

Obduktionsergebnisse

Im Erhebungszeitraum 1990 bis 2000 erfolgte keine Auswertung der Obduktionsergebnisse. Mit dieser Auswertung wurde erst in Zusammenarbeit zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Institut für Rechtsmedizin 2001 begonnen.

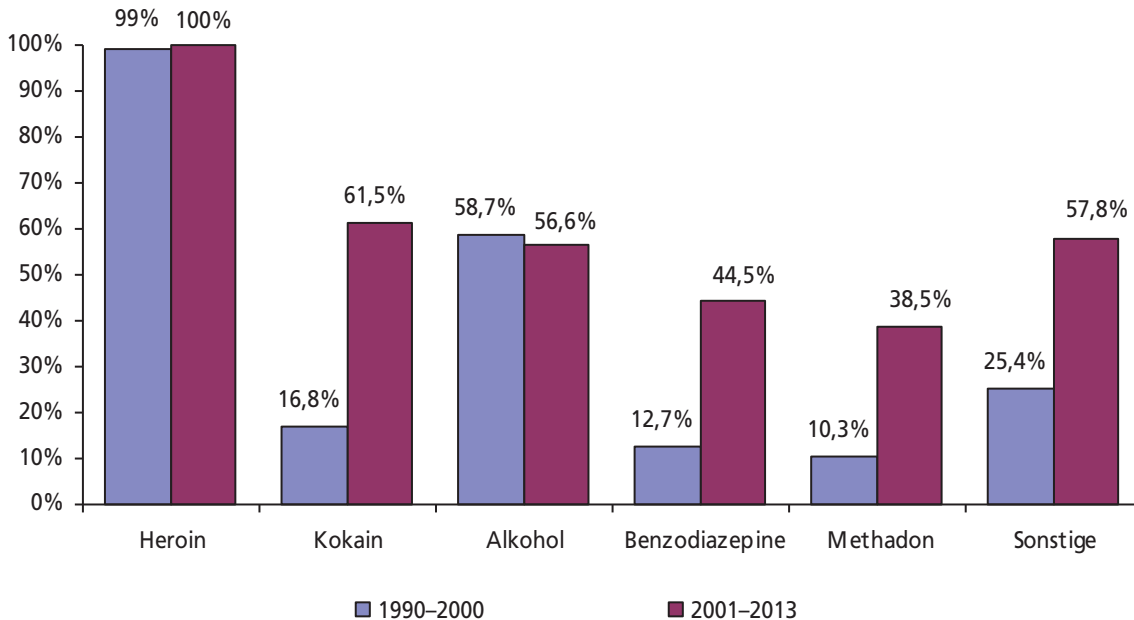
2001 bis 2013 wurde bei 158 Verstorbenen eine Obduktion angeordnet

- /// in 67 Fällen (42%) fanden sich Herzerkrankungen
- /// in 72 Fällen (47,3%) fanden sich Lebererkrankungen, inklusive Leberzirrhose
- /// in 40 Fällen (25,3%) fanden sich Lungenerkrankungen
- /// in 15 Fällen (9,4%) sonstige Erkrankungen (Krebs, Entzündungen u. a.)
- /// in 31 Fällen (19,6%) war der Organbefund nicht mehr beurteilbar wegen des Fäulniszustands des Verstorbenen.

Da in der Regel die Verstorbenen mehrere pathologische Organbefunde aufwiesen, kann zusammengefasst festgestellt werden, dass ca. **70%** der **Obduzierten** Suchtfolgeerkrankungen aufwiesen.

Auswertung der toxikologischen Befunde

Festgestellte Substanzen



	1990–2000 (N=291)	2001–2013 (N=83)
Heroin	288 (99%)	83 (100%)
Kokain	49 (16,8%)	51 (61,5%)
Alkohol	171 (58,7%)	47 (56,6%)
Benzodiazepine	37 (12,7%)	37 (44,5%)
Methadon	30 (10,3%)	32 (38,5%)
Sonstige (Antidepressiva, Schmerzmittel, Neuroleptika, Amphetamine und andere Drogen)	74 (25,4%)	48 (57,8%)

Bei allen Verstorbenen von 1990–2013 fand sich Heroin im toxikologischen Befund.

Im Vergleich zum ersten Untersuchungszeitraum fand sich ein deutlicher Anstieg von

- Kokain
- Benzodiazepinen
- Methadon
- und sonstigen Medikamenten und Drogen einschließlich Amphetaminen

Alkohol konsumierten über 50% der Verstorbenen.

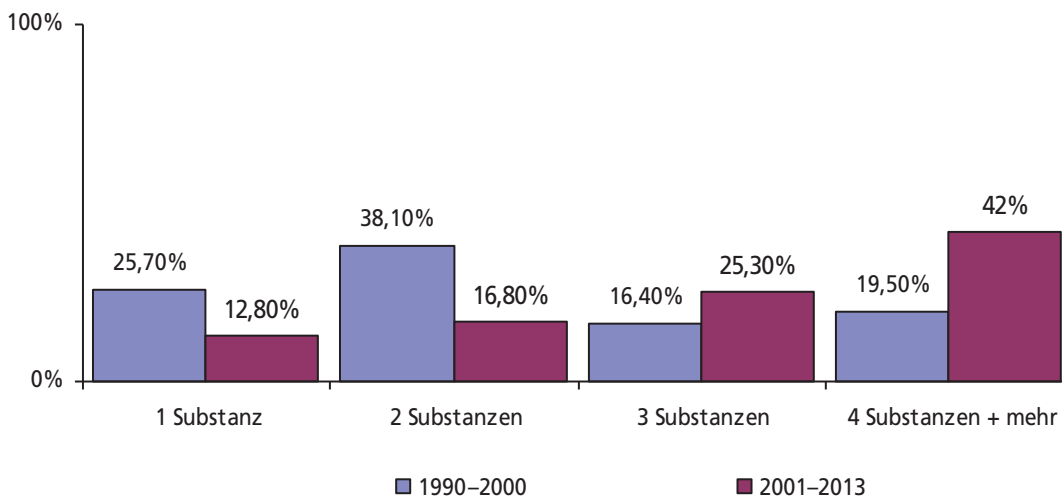
Substanzen im toxischen Bereich (N=83)

Morphin	42 (50,6%)
Morphin und Alkohol	3 (3,6%)
Morphin und Kokain	16 (19,2%)
Morphin, Kokain, Methadon	1 (1,2%)
Morphin, Kokain, Alkohol	2 (2,4%)
Methadon und Kokain	1 (1,2%)
Amphetamine	1 (1,2%)
Sonstige	6(7,2%)

In 77% aller toxikologischen Ergebnisse war Heroin im toxischen Bereich, davon in 27% im Rahmen eines polytoxikomanen Konsummusters.

In 2,4% war Methadon am toxischen Geschehen beteiligt.

Mehrfachkonsum



	1990–2000 (N=291)	2001–2013 (N=83)
1 Substanz	75 (25,7%)	10 (12,5%)
2 Substanzen	111 (38,1%)	14 (17,5%)
3 Substanzen	48 (16,4%)	21 (26,3%)
4 Substanzen und mehr	57 (19,5%)	35 (43,8%)

Von 1990–2001 fand sich ein Anstieg des polytoxikomanen Konsummusters.

Von 2001–2013 setzte sich diese Tendenz fort.

70% toxikologisch untersuchten Drogentoten hatten drei und mehr Substanzen konsumiert.

Die von Frau Prof. Dr. Franke beschriebene Tendenz zu *wilderer* Kombinationen setzte sich also fort.

Im Jahr 2000 kam es zu einem zunächst nicht erklärbaren Anstieg der Drogentodesfälle.

Gefördert vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wurden im März und Dezember 2000 von

der Polizei sichergestellte Betäubungsmittel im Bereich der Direktverbrauchermenge auf den Reinheitsgehalt untersucht.

In Dortmund fand sich ein **schwankender Reinheitsgehalt von 4,5% und 53,2%** Heroin.

Eine Vergleichsuntersuchung in Essen ergab eine Schwankung von 5,5% bis 20,5%.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wurde die Safer-Use Beratung intensiviert.

Kontakt zur Drogenhilfe

Seit 2000 wurden Erkenntnisse zum Bekanntheitsgrad der Verstorbenen erhoben

- in der Drogenberatungsstelle
- im Sozialpsychiatrischen Dienst
- bei der Methadonambulanz
- beim Verein der substituierenden Ärzte (PUR e. V.)
- bei der LWL-Klinik Dortmund
- beim Ev. Krankenhaus Hagen Elsey
- beim Cafe Kick
- bei den Rehabilitationsträgern Therapiezentrum Ostberge und NaDo (Nachsorge Dortmund e. V.)

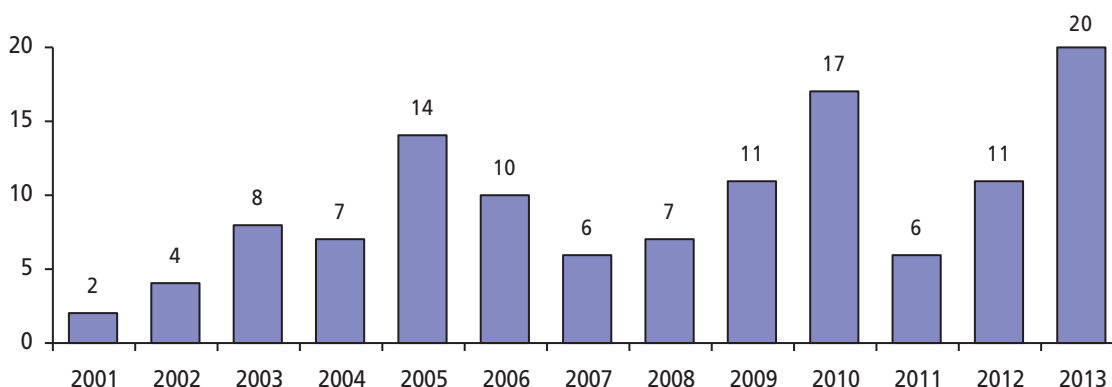
Hier ist kein Vergleich mit dem Berichtszeitraum 1990–2000 möglich.

Letzter Kontakt Drogenhilfe (N=243)

	1 Tag	1 Woche	1 Monat	3 Monate	Jemals	in Substitutionsbehandlung
2001–2013	35 14,4%	50 20,5%	51 20,9%	106 43,6%	203 83,5%	73 30%

Bei den Kontakten „1 Tag vor dem Tod“ handelte es sich bei fünf Verstorbenen um einen Rückfall nach mehrmonatiger Abstinenz in einem therapeutischen Rahmen. 30 Verstorbene hatten am „Tag vor dem Tod“ Kontakt zum niedrigschwelligen System der Drogenhilfe. Ein bedeutsames Ergebnis der Befragung des Suchthil-

fesystems war die Mitteilung, dass weitere, langjährig im Hilfesystem bekannte Drogenabhängige an ihren Suchtfolgeerkrankungen verstorben sind, die nicht in die Rauschgifttodenstatistik der Polizei eingegangen sind, da im Totenschein ein natürlicher Tod attesstiert wurde. Von 2001–2013 wurden insgesamt **123** Verstorbene bekannt.



Schwere Erkrankungen wie Leberzirrhose, Krebs, Endocarditis u. a. wurden als „natürlicher Tod“ im Totenschein bewertet, womit diese Verstorbenen nicht bei der Polizei bekannt wurden.

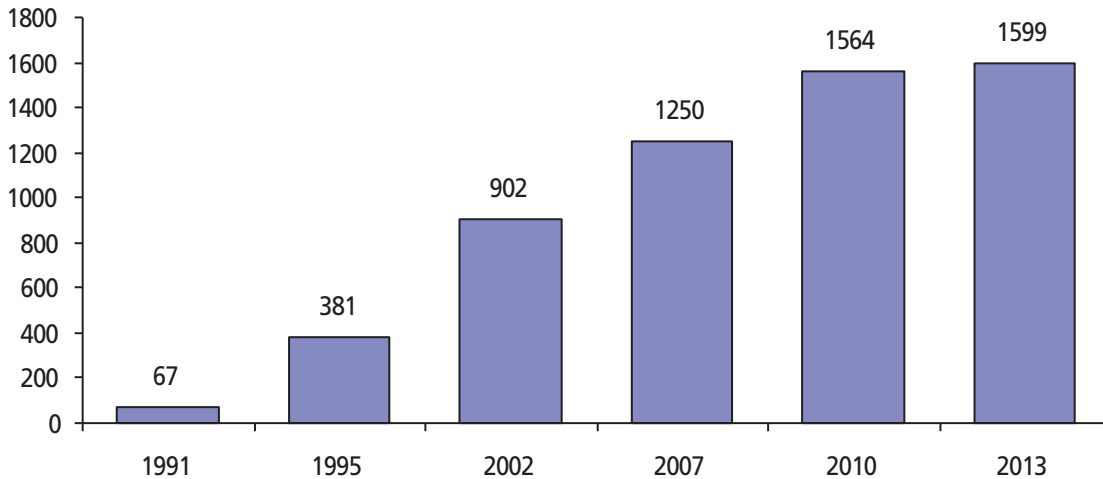
Einige Drogentote, bei denen es sich um einen „eindeutigen“ Suizid handelte, wurden in der Suizidstatistik erfasst, weil bei der Polizei keine Informationen zur Suchterkrankung vorlagen.

Ausbau der Drogenhilfe seit 1990

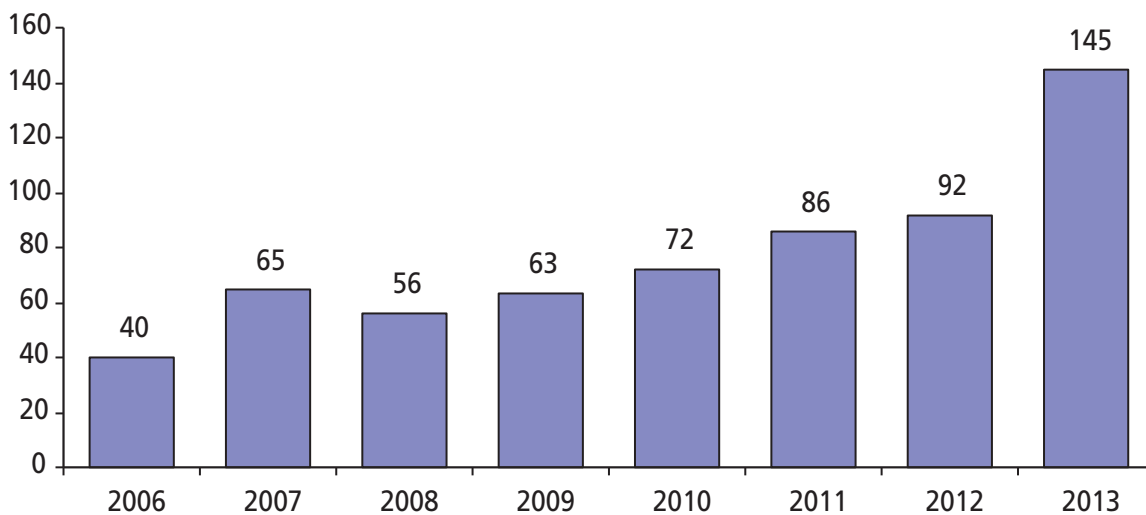
1991	Landesmethadonprogramm Therapie sofort (Vermittlung in Entgiftung binnen Stunden oder weniger Tage) Therapiezentrum Ostberge (stationäre medizinische Rehabilitation)	In Dortmund werden alle Bausteine der Drogenhilfe vorgehalten bis auf die Originalstoffvergabe (Heroin). Analysiert man die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Bausteine, so ergibt sich folgendes Bild. Zwei Bereiche der Drogenhilfe verzeichnen konstante Auslastung.
1996	Cafe Kick (Kontakt und Beratung) Adaption NaDo (Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Anzahl der erreichten Klienten war in den Beratungsstellen relativ stabil zwischen 1.300 und 1.500 Betroffenen. • Bedingt durch die feste Anzahl von Behandlungsplätzen zeichneten sich keine großen Schwankungen im stationären Bereich ab.
1997	Methadonambulanz des Sozialpsychiatrischen Dienstes	In drei Bereichen kam es zu einer Zunahme der Inanspruchnahme, die als besonderer Wirkfaktor gewertet werden kann:
1998	Arbeitskreis Kinder drogenkonsumierender Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Substitutionsbehandlung • Ambulant betreutes Wohnen • Drogenkonsumraum.
2002	Drogenkonsumraum im Cafe Kick (Drogenkonsum unter Überwachung zur Vermeidung von Drogentodesfällen)	
2003	Hochzoning Ambulant Betreutes Wohnen zum LWL (Übergang der Eingliederungshilfe vom städtischen zum überörtlichen Sozialhilfeträger)	
1993–2003	Übernachtungsstelle Relax in der DROBS	
2013	Erweiterung der Öffnungszeiten und Aufstockung der Raucherplätze im Drogenkonsumraum (Förderung des Rauchens von Heroin statt des Spritzens zur Reduzierung des Drogentodesrisikos)	

Entwicklung der Substitutionsbehandlung

Anzahl der Patienten am Stichtag 01.10.

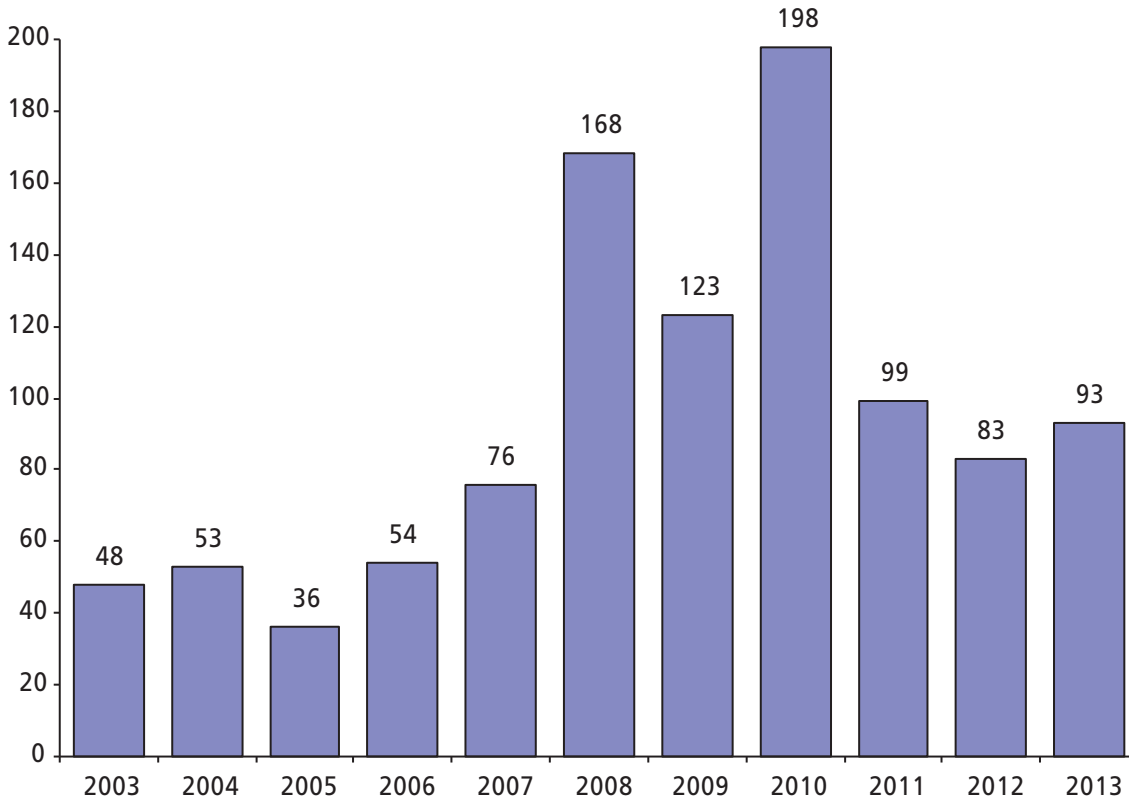


Entwicklung des Ambulant Betreuten Wohnens



Im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen war seit 1994 die NaDo e. V. mit zunächst zwölf Betreuungsplätzen der einzige Anbieter. Seit 2009 bietet PUR e. V. (Verein der substituierenden Ärzte zur Prävention und Rehabilitation) Betreutes Wohnen an und 2013 wurde die AIDS-Hilfe als Träger anerkannt. Im Rahmen dieser Entwicklung wurden die Betreuungsfälle deutlich gesteigert.

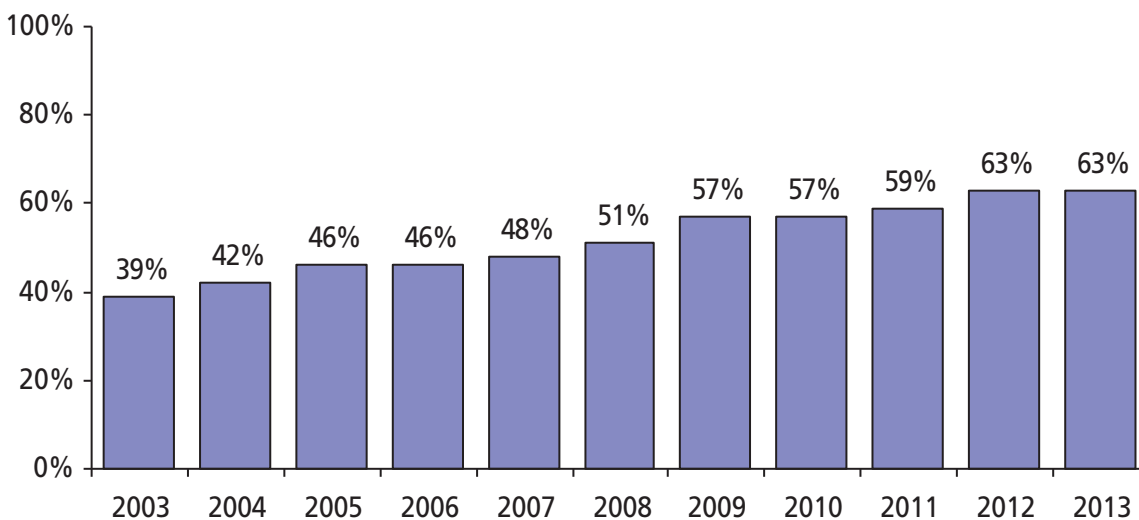
Drogennotfälle im Drogenkonsumraum



Im Drogenkonsumraum ereigneten sich schwere Drogennotfälle durch Überdosierungen, bei denen lebensrettende Maßnahmen der Mitarbeiter, in zahlreichen Fällen auch die Alarmierung des Rettungsdienstes und des Notarztes erforderlich wurden.

Ein wesentliches Ziel der Aids-Hilfe ist die Heranführung an risikoärmere Konsumgewohnheiten. So konnte der Anteil des inhalativen Konsums – deutlich über dem Bundestrend liegend – erhöht werden. Inhalativer Konsum reduziert die Gefahr einer Überdosierung.

Anteil inhalativer Konsum



Anlage 1

Erhebungsbogen: Drogentodesfall P

ausgefüllt am _____ durch(Kürzel) _____

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich Staatsangehörigkeit: _____Wo gemeldet: Dortmund Lünen o.f.W. Sonstiges, wo _____

Wohnsituation: eigene Wohnung elterliche Wohnung bei/mit LebenspartnerIn
 bei Freunden obdachlos Sonstige, welche _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet unbekannt

Wo gefunden: PLZ _____ Stadt _____ Straße _____

dabei handelt es sich um: eigene Wohnung
 elterliche Wohnung
 fremde Wohnung
 öffentlich draußen (z.B. Platz, Straße, Park)
 öffentlich drinnen (z.B. Toilette, U-Bahn, Kneipe)
 Hotel
 Krankenhaus
 Sonstiges, was _____

Sterbedatum: _____ Uhrzeit: _____

Auffinddatum: _____ Uhrzeit: _____

Letztmalig lebend gesehen/gehört: _____ Uhrzeit: _____ wer: _____

Polizeilich als BTMK bekannt: ja, seit _____
 nein

Polizeilich anderweitig bekannt: ja, seit _____
 nein

Bereits in Haft gewesen: ja nein

Ja, letzte Haftstrafe vor Tod, von _____ bis _____

 Hafturlaub

Kontakte: Eltern Geschwister andere Verwandte Szene
 Freunde außerhalb Szene LebenspartnerIn DrogenberaterIn unbekannt

Verstorben durch (soweit bekannt): Überdosis
 sonstiger Unfall
 Suizid

Zusätzliche Anmerkungen:

Bitte den Bogen zurückschicken an:

An das

Gesundheitsamt
Sozialpsychiatrischer Dienst
z. Hd. Frau Dr. Ullrich
Eisenmarkt 3

44122 Dortmund

Dortmund, den

Sehr geehrte Frau Dr. Ullrich,

Mit freundlichen Grüßen,

Anlage 2

Ergebnisse der Untersuchung Prof. Dr. Alexa Franke 1990–2000

Originalzitat

1. Die Entwicklung der jährlichen Zahl der Drogentodesfälle in Dortmund war von 1990 bis 1996 von einer kontinuierlichen Abnahme gekennzeichnet, seither kommt es zu einem diskontinuierlichen Verlauf. Im Jahre 1998 wird mit 19 Todesfällen der Tiefstand erreicht, von dem aus es zu einem geradezu dramatischen Anstieg im Jahre 2000 kommt.
2. Der Anteil der in Dortmund gemeldeten Drogentoten stieg – vermutlich aufgrund repressiver Maßnahmen von Polizei und Ordnungsamt – seit 1994 deutlich an. 94% der Gestorbenen waren deutscher Staatsangehörigkeit. Aussiedler stellen noch keine besondere Problemgruppe dar.
3. Mit Belastungszahlen von 3,2 (Drogentote pro 100.000 Einwohner) im Jahre 1998 bis 8,9 im Jahr 1990 liegt Dortmund in allen Erhebungsjahren weit über dem Bundesdurchschnitt. Nach einem Rückgang von 1990 bis 1998 kommt es wieder zu einer Zunahme bis auf eine Belastungszahl von 7,6 im Jahre 2000.
4. 82,5 % der Drogentoten sind männlich. Der Anteil der weiblichen Drogentoten liegt im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich unter dem Anteil der Frauen an den Drogenkonsumentinnen. Ein Verlauf der Entwicklung ist nicht zu erkennen.
5. Im Durchschnitt liegt das Sterbealter bei den Männern bei 29,4 Jahren, bei den Frauen bei 26,6 Jahren. Insbesondere bei den Männern ist eine Entwicklung zu einem höheren Sterbealter zu erkennen. Die jüngsten Drogentoten im Alter von 15–19 Jahren sind keine Hoch-Risikogruppe; der Anteil dieser Altersgruppe an allen Drogentoten beträgt 4%. Auffallend ist jedoch die in dieser Altersgruppe besondere Gefährdung der Frauen: Ihr Anteil an Drogentodesfällen dieser Altersgruppe ist nahezu dreimal höher als bei den Männern.
6. Die überwiegende Zahl der Drogentoten war ledig und lebte in einer eigenen Wohnung. Kontakte bestanden vor allem zu den Eltern und zur Szene.
7. Der polizeiliche Bekanntheitsgrad liegt bei über 80%, wobei sich die Bekanntheit wegen Delikten, die zusätzlich zu BTM-Verstößen verübt wurden, seit 1994 deutlich gesteigert hat, wegen BTM-Verstößen, später auch wegen anderer Delikte.
8. Mehr als die Hälfte aller Drogentoten starb in einer Wohnung, etwa ein Drittel wurde in der eigenen Wohnung aufgefunden. Der Anteil der in der eigenen Wohnung tot Aufgefundenen wurde im Erhebungszeitraum größer...
9. Der Sonntag ist der Tag mit dem geringsten Aufkommen an Drogentodesfällen. Er weicht statistisch gegenüber allen anderen Wochentagen ab. Der Mai ist der Monat mit der höchsten Gefährdung für Drogentod, der November derjenige mit dem niedrigsten. Tendenziell sterben in der warmen Jahreszeit mehr Menschen an Drogen als in den Wintermonaten.
10. Eine besondere Gefährdung besteht für Drogenabhängige nach einem Haftaufenthalt.
11. Häufigste Todesursache ist eine Überdosis von Opiaten. Der Anteil der (sicheren) Suizide ist sehr gering. Eine kleine Gruppe stirbt an den Folgen langjährigen Missbrauchs.
12. In nahezu 100% aller toxikologisch untersuchten Todesfälle konnten Opiate nachgewiesen werden, in einem Viertel der Fälle ergab der Obduktionsbericht Monotoxizität durch ein Opiat. Am zweithäufigsten – bei insgesamt mehr als der Hälfte aller Obduzierten – wurde Alkohol nachgewiesen. Die Alkoholkonzentrationen bewegen sich für die meisten Verstorbenen (56%) auf niedrigem Niveau unter 1 Promille.
13. Im polytoxikomanen Konsummuster wurde der Konsum von zwei bis fünf Substanzgruppen nachgewiesen. Opiate waren in allen Fällen Teil des Konsummusters, als häufigstes Muster erwies sich die Kombination von Opiat und Alkohol. Insgesamt konnten 33 unterschiedliche Kombinationen von Substanzen bzw. Substanzgruppen festgestellt werden. Die Anzahl der miteinander kombinierten und parallel konsumierten Substanzen vergrößerte sich im Beobachtungszeitraum erheblich. Während bis 1991 maximal zwei Substanzen nachgewiesen wurden, wurden ab 1994 bei 80% der untersuchten Toten drei und mehr Substanzen bestimmt.
14. Methadon konnte bis zum Jahre 1995 nur selten (bei deutlich unter 10%) nachgewiesen werden, 1996 kam es zu einem erheblichen Anstieg auf den bisherigen Höchstwert von 38%. Im Mittel der Jahre 1997 bis 2000 wurde Methadon bei 21% der Dortmunder Drogentoten nachgewiesen.
15. Die Beteiligung von Benzodiazepinen am Todesgeschehen hat sich im Verlauf des Beobachtungszeitraums verringert, wobei die Konsumänderungen in Zusammenhang mit der 5. BtmG ÄndV und damit geänderten Verschreibungen von Benzodiazepinen zu sehen sind.

Literatur

- BKA Rauschgiftberichte 2001–2013
- Prof. Dr. Alexa Franke: Drogentodesfälle in Dortmund im Zeitraum 1990–2000
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Jahrbücher Sucht
- Bericht 2012 des nationalen Reitox-Knotenpunkts an die EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)
- Dortmunder Suchtbericht 2012 (Gesundheitsamt)

U3

U4