

Zur Aussagekraft der Anzahl der Drogentoten

DISKUSSIONSPAPIER - 1. AUFLAGE - DEZEMBER 1998

Einleitung

Laut dpa vom 3.11.1998 sind in Bayern in den Monaten Januar 1998 bis September 1998 233 Drogenkonsumenten (DKs) verstorben. 1997 waren es - ebenfalls nach dpa - im gleichen Zeitraum 173 DKs. Dieser Anstieg der Drogentoten (DTs) um ca. 35% bedarf einer Erklärung.

Die Anzahl der DTs ist grundsätzlich ein wichtiger Indikator für das Ausmaß der Drogenproblematik, der vor allem für bevölkerungsmedizinische und gesundheitspolitische Analysen und Strategien bedeutsam ist. Bei der Suche nach Gründen für eine Zu- oder Abnahme ist jedoch zu berücksichtigen, daß in den Indikator „DTs“ viele unterschiedliche Variablen eingehen (vgl. z. B. Bratzke, 1994; Püschel et al., 1994). Große Vorsicht ist daher bei Vergleichen der Zahl der DTs zum Vorjahr oder bei Vergleichen zwischen verschiedenen Regionen geboten.

Im Folgenden sollen zunächst häufig verwendete epidemiologische Maßzahlen beschrieben werden (Zahlenbeispiele nur zur Erläuterung!). Hieran schließt sich die Erläuterung von Bedingungsfaktoren des Drogentodes an. Abschließend sollen Thesen zur aktuellen Zunahme der DTs in Bayern angeführt werden.

Maßzahlen zum Drogentod

Absolute Anzahl

Die einfachste Maßzahl ist die absolute Anzahl der DTs, die für unterschiedliche Regionen und Zeiträume angegeben werden kann. Es bestehen allerdings Definitions- bzw. Klassifikationsprobleme.

Drogentodesfälle werden von den Polizeidienststellen der einzelnen Bundesländer erfaßt und als „Rauschgifttodesfälle“ in der „Falldatei Rauschgift“ dokumentiert. Die Fälle sind wie folgt von der Polizei definiert (Polizeiliche Definition; verabschiedet von der Ständigen Arbeitsgruppe Rauschgift/StAR auf ihrer 41. Sitzung am 10./11.01.1979 und in die Polizeidienstvorschrift 386 »Informationsaustausch bei Rauschgiftdelikten« Nr. 2.1.1 aufgenommen):

Meldepflichtig sind alle Todesfälle, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem mißbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln oder als Ausweichmittel verwendeten Ersatzstoffen stehen. Hierunter fallen:

- a. Todesfälle infolge beabsichtigter oder unbeabsichtigter Überdosierung
- b. Todesfälle infolge langzeitigen Mißbrauchs
- c. Selbsttötung aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen
- d. Tödliche Unfälle unter Drogeneinfluß stehender Personen.

Die im Ausland verstorbenen deutschen Staatsangehörigen sind getrennt von den obigen Fällen zu erfassen.



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62
80336 München

Tel. 089-530 730-0

Fax 089-530 730-19

Email bas@bas-muenchen.de

<http://www.bas-muenchen.de>

Die Einstufung eines Todesfalls in die Gruppe „Rauschgifttodesfall“ kann jedoch nicht immer mit der gleichen Sicherheit getroffen werden. Erstens ist die Auffindsituation nicht immer eindeutig; zweitens erfolgt nicht in allen Fällen eine rechtsmedizinische Verifizierung durch Obduktion und selbst wenn diese erfolgt, so kann sie z. B. keine Hinweise auf vorbestehende pathologische und möglicherweise letale Funktionsstörungen (z. B. Herzrhythmusstörungen) liefern. Zusammenfassend kann nach Bühringer et al. (1997) davon ausgegangen werden, daß bei allen o. g. Fallgruppen „mit einer nicht unerheblichen Nichterfassung zu rechnen ist“ (S.122).

Weiterhin ist zu beachten, daß durch die fehlende Relativierung der Absolutzahl der DTs Vergleiche einzelner Regionen wenig Aussagekraft besitzen. Am ehesten tragfähig ist noch der Vergleich von Jahresstatistiken bezogen auf eine bestimmte Region.

Mortalität

Die Maßzahl „Mortalität“ gibt die absolute Anzahl der DTs bezogen auf 100.000 oder 1 Mio. Einwohner an. Folgende Werte ergeben sich für die Mortalität bezogen auf die Gebiete „Bundesrepublik“, „Bayern“ und „München“:

Bundesrepublik ¹	1995	1565/82 Mio.	⇒	19,1 DTs/Mio. Einwohner
Bayern ²	1995	224/12 Mio.	⇒	18,7 DTs/Mio. Einwohner
München ³	1995	72/1,2 Mio.	⇒	60 DTs/Mio. Einwohner

Allerdings ist dieser Indikator ebenfalls nur begrenzt aussagefähig, da es größere regionale Unterschiede im Anteil der DKs an der Bevölkerung gibt.

Letalität („case fatality“)

Die „Letalität“ relativiert die Zahl der DTs auf die Anzahl der DKs in einem umschriebenen Gebiet. Bühringer et al. (1997) gehen nach der Sichtung entsprechender Literatur von einer Rate zwischen 1,5 bis 2% für das Bundesgebiet aus.

Bundesrepublik ⁴	1995	1565/100.000 DKs	⇒	1,6%
Bayern ⁵	1995	224/10.000 DKs	⇒	2,2%
München ⁶	1995	72/3500 DKs	⇒	2,1%

¹ Quelle für Anzahl der DTs: Bundeskriminalamt, 1995; Quelle für Einwohnerzahl: Statistisches Bundesamt

² Quelle für Anzahl der DTs: siehe 1; Quelle für Einwohnerzahl: Bayerisches Landesamt f. Statistik und Datenverarbeitung

³ Quelle für Anzahl der DTs: siehe 1; Quelle für Einwohnerzahl: siehe 2

⁴ Quelle für Anzahl der DTs: siehe 1; Quelle für Anzahl der DKs: Bühringer et al. (1997)

⁵ Quelle für Anzahl der DTs: siehe 1; Quelle für Anzahl der DKs: extra e. V., München

⁶ Quelle für Anzahl der DTs: siehe 1; Quelle für Anzahl der DKs: Konsensschätzung im AK Substitution der BAS.

Diese Relativierungsmethode birgt jedoch unter anderem folgende Probleme in sich:

- Da es sich bei Drogenkonsum a) um ein relativ seltenes Phänomen handelt, das deshalb z. B. in Repräsentativerhebungen nur ungenügend erfaßt werden kann, b) um ein sozial unerwünschtes Phänomen handelt, das bei Befragungen etc. nur selten zugegeben wird, c) die Abgrenzung von Probierkonsum, Mißbrauch und Abhängigkeit schwierig ist, etc. ist die wirkliche Zahl der Drogenkonsumenten schwierig zu erheben.
- Durch die regionale Bezogenheit des Indikators Letalität ergibt sich außerdem das Problem, daß durch „Pendler“ die geschätzte lokale Zahl an DKs höher sein kann als die Zahl der ortsansässigen DKs („Drogentourismus“, vgl. Amsterdam).

Bedingungsfaktoren des Drogentodes

3.1 Art und Dosis der konsumierten Drogen

Konzentriert man sich auf die Pharmakologie/Toxikologie, so entstehen über mehrere Todesursachen-Statistiken hinweg betrachtet bei Drogenabhängigen ca. 50-60% der DTs durch Heroinüberdosierungen (Bundeskriminalamt, 1995). Der Rest sind Überdosierungen durch Codein oder Methadon bzw. Mischintoxikationen (z. B. Penning et al., 1993). Hierbei handelt es sich vorwiegend um Kombinationen von Opiaten bzw. Opioiden mit Benzodiazepinen bzw. in letzter Zeit in zunehmendem Maß auch mit Alkohol. Auch am Markt auftauchendes Heroin in höherer Wirkstoffkonzentration kann zu einer plötzlichen Zunahme der Anzahl der Drogentoten führen.

3.2 Konsumzeitpunkt bzw. Todeszeitpunkt

Von der Ausbreitung der Leichenstarre und anderen Indikatoren kann der Todeszeitpunkt geschätzt werden. Darauf aufbauend sind Konsumzeitpunkt und Dosis rekonstruierbar. Als besonders gefährlich erscheinen abendliche Konsumexzesse, die durch Kumulation der Substanzen in den späten Nachtstunden/frühen Morgenstunden zu einer vital bedrohlichen Atemdepression führen.

3.3 Konsumstil und Konsummotive

Als das riskanteste Konsummuster können, wegen des besonders schnellen Anflutens, intravenöse Injektionen gesehen werden. Aktuelle Konsummoden, z. B. Konsum bestimmter Substanzmischungen, beeinflussen ebenfalls das letale Risiko.

Zu berücksichtigen sind des weiteren Konsummotive wie geselliger Konsum, Berausungsabsicht, Bekämpfung von Entzugssymptomen etc. Auch gruppenspezifische Konsummuster können das Risiko erhöhen.

3.4 Konsumsituation

Ca. 75% der DTs sterben im Privatbereich und nicht an öffentlichen Plätzen wie Parks oder WC-Anlagen (Hasler, 1998). Nach unserer Schätzung muß man bei einigen Todesfällen (ca. 30%) annehmen, daß der Verstorbene in einer Gruppe konsumiert hat. Da nach Angaben von Heroinabhängigen bei einem vermuteten Drogennotfall die Polizei von den Rettungssanitätern bereits im Voraus informiert wird (um sich vor Überfällen zu sichern), wird möglicherweise in einer nicht unerheblichen Zahl von präfinalen Fällen keine Hilfe geholt.

3.5 Alter und Dauer der Abhängigkeit

Das Durchschnittsalter der DTs lag 1997 bei ca. 31 Jahren (Hasler, 1998). Um die spezifische Gefährlichkeit des Drogenkonsums zu charakterisieren, müßte allerdings die Anzahl der Konsumenten in der jeweiligen Altersgruppe als Referenzwert mit einbezogen werden. Zu beachten ist außerdem, daß DKs mit kurzer Karriere häufiger mit niedrigeren Serumkonzentrationen sterben als DKs mit längeren Karrieren (Bratzke, 1994).

3.6 Zusatzerkrankungen (Komorbidität)

Fortgeschrittene Infektionen mit HIV oder dem Hepatitis C-Virus können zu einer zusätzlichen Reduktion des Allgemeinzustandes führen, was zu einer Verminderung der Stofftoleranz führen kann. Wird diese vom Drogenabhängigen nicht rechtzeitig wahrgenommen und der Konsum statt dessen in unveränderter Dosierung fortgeführt, so kann dies zu unerwarteten Überdosierungen führen.

Bei psychiatrischen Erkrankungen können sowohl depressive Dekompensationen wie auch paranoid-halluzinatorische Episoden aufgrund der zusätzlichen Minderung der Kritikfähigkeit riskantes Konsumverhalten steigern.

3.7 Behandlungssituation

Folgende Aspekte können Risikofaktoren sein:

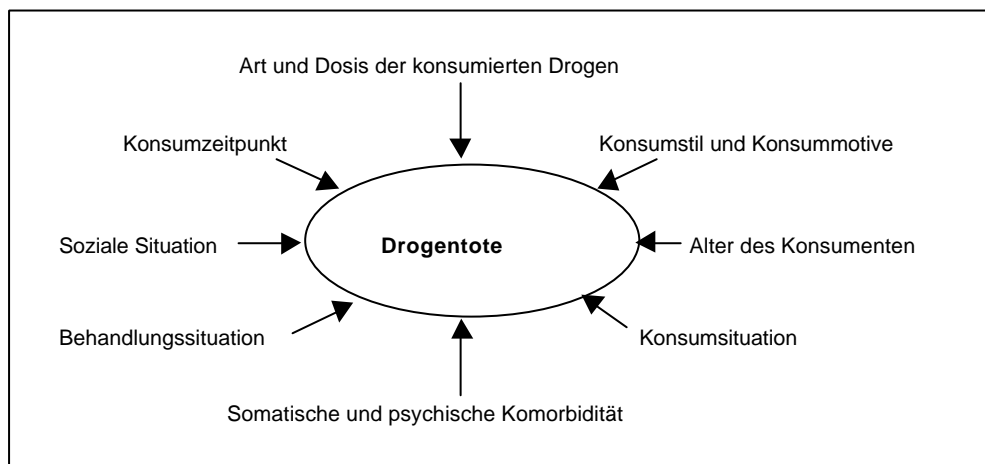
- Art der bisherigen Behandlung
 - erst kurz zurückliegende Entzugstherapie oder Entwöhnungstherapie mit nachfolgender verringerter Drogentoleranz
 - erst kürzlich begonnene Substitutionsbehandlung (Dosisfindungsproblem)
 - geringe Nutzung von Betreuungseinrichtungen
 - fehlende Behandlung zusätzlich bestehender psychiatrischer Erkrankungen
- mangelnde Qualität der bisherigen Behandlung
 - z. B. bei Substitutionsbehandlung: zu hohe Dosis, lockere Abgabemodalitäten, geringe Sicherheitsvorkehrungen, Mehrfachsubstitution, Verordnung von Zusatzmedikamenten, fehlendes Behandlungswissen seitens des Patienten bzw. des Arztes (z. B. Aufklärung über Pharmakokinetik)
- länger zurückliegender und/oder oberflächlicher Arztkontakt
- geringe Änderungsmotivation

3.8 Soziale Hintergrundsituation des Verstorbenen

Eine defiziente Arbeits- und/oder Wohnsituation ist als Mortalitäts-Risikofaktor zu erwägen.

3.9 Zusammenfassung

Folgende Graphik stellt noch einmal die wesentlichen Bedingungsfaktoren im Überblick dar.



Thesen zur aktuellen Zunahme der Drogentoten in Bayern

Wie in der Einleitung berichtet sind in Bayern im Jahr 1998 in den Monaten Januar bis September im Vergleich zum Vorjahr 60 mehr DTs registriert worden. Da es sich bei der Zunahme der DTs um ein multifaktoriell bestimmtes Geschehen handelt, können folgende Faktoren zumindest teilweise die Zunahme der DTs erklären:

- mangelhafte Anpassung der Ärzte an die durch das Inkrafttreten der 10. BtMÄndV veränderte Situation
- mangelhafte Kenntnis der DKs (und der Ärzte) über die im Vergleich zum Codein langsamere Pharmakokinetik des Methadon (maximale Wirkung erst nach 4h statt nach 2h, Halbwertszeit 24h statt 4h), mit fataler Kumulation bei üblichem Beikonsum
- temporäre und regionale Versorgungsengpässe in den Entgiftungseinrichtungen
- mangelnde Koordination der beteiligten Akteure im lokalen Suchthilfesystem

Folgerungen

Die aktuelle Situation in Bayern sollte differenziert analysiert werden. Monokausale Erklärungen sind unpassend. Dabei kann angemerkt werden, daß circa 40% der DTs polizeibekannt sind (Bühringer et al., 1997). Nach einer Festlegung entsprechender Rechtsgrundlagen (vgl. Datenschutz) ließen sich folglich über interdisziplinäre Fallbesprechungen genauere Ursachenanalysen erstellen.

gezeichnet:

Daniela Zeitler (Dipl.-Psych.)

Dr. Dr. Dr. Felix Tretter (Arzt)

unter der Mitarbeit von:

Christiane Fahrmbacher-Lutz (Apothekerin)

Gert Sonntag (Dipl.-Psych., Drogenkoordinator Bezirk Oberbayern)

Anmerkungen:

- Die hier vorgelegten Ausführungen beruhen zum Großteil auf Arbeitsergebnissen des AK „Kommunale Epidemiologie“ der Gründergruppe der BAS.
- Ein Informationsblatt der BAS zur Epidemiologie der Sucht befindet sich in Vorbereitung.
- Für kritische Kommentare insbesondere zur Gewichtung der einzelnen Kausalfaktoren des Drogentodes sind wir dankbar und werden diese ggf. in einer neuen Auflage oder in einem Ergänzungsblatt aufnehmen.

Literatur:

- Bratzke, H. J. (1994). Rechtsmedizinische Aspekte des Drogentodes. *Psyche*, 20, 130-135.
- Bühringer, G., Adelsberger, F., Heinemann, A., Kirschner, J., Knauß, I., Kraus, L., Püschel, K. & Simon, R. (1997). Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. *Sucht*, 43 (Sonderheft 2)
- Bundeskriminalamt (1995). *Rauschgiftjahresbericht 1994*. Wiesbaden: BKA: Eigen-
gedruck.
- Franke, M. (1994). Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund - eine Analyse 1990-1992. *Sucht*, 1, 22-33.
- Groenemeyer, A. (1994). Was wissen wir über den Drogentod? *Soziale Probleme*, 5, 560-588.
- Hasler, R. (1998). Rauschgiftlage 1997. In Deutsche Hauptstelle gegen die Sucht-
gefahren e. V.: *Jahrbuch Sucht 99*, S. 72-88. Geesthacht: Neuland.
- Penning, R., Fromm, E., Betz, P, Kauert, G., Drasch G. & Meyer, L. von (1993).
Drogentodesfälle durch dihydrocodeinhaltige Ersatzmittel. *Deutsches Ärzte-
blatt*, 90, B 387-388.
- Püschel, K., Schulz-Schaeffer, W., Castrup, U., Teschke, F. & Heckmann, W.
(1994). Abhängigkeitstypen sowie Erklärungsansätze für eine versehentliche
Überdosierung bei Drogentoten. *Sucht*, 6, 384-393.
- Simon, R., Tauscher, M. & Gessler, A. (1997). *Suchtbericht Deutschland 1997*.
Hohengehren: Schneider.