

BOTTROPER

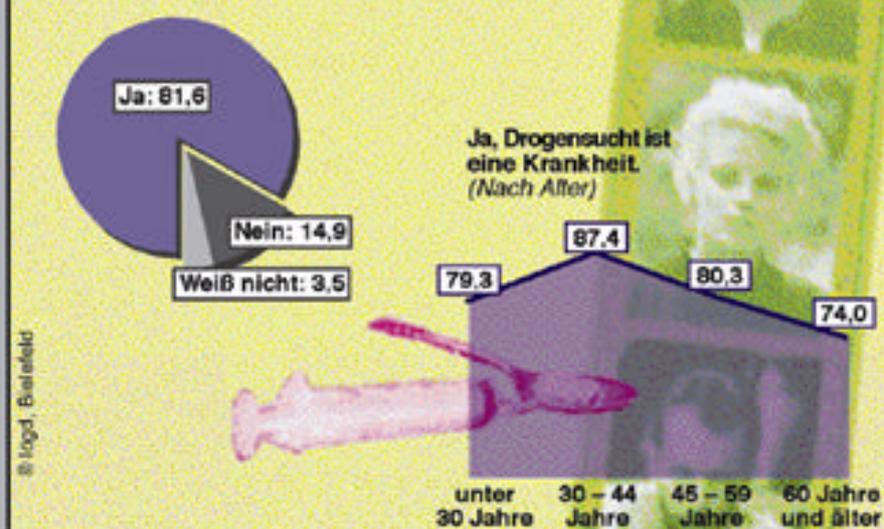
# Gesundheitsberichte

2000

BOTTROPER BÜRGER  
ZUM THEMA DROGEN

## Krankheit: Drogensucht

Bottroper Bürger antworteten auf die Frage  
»Ist Drogensucht eine Krankheit?«:  
(Alle Angaben in Prozent)



Ergebnisse einer repräsentativen **Telefonbefragung**

Schwerpunktthema

BAND 1

stadt bottrop  
GESUNDHEITSAMT

# **Bottroper Gesundheitsberichte**

Band 1

Schwerpunkt:

**Bottroper Bürger  
zum Thema Drogen**

-Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung-

Herausgeber:  
Stadt Bottrop  
Gesundheitsamt

**Bottrop 2000**

**Herausgeber:**  
Stadt Bottrop  
Gesundheitsamt  
Gladbecker Str. 66  
46215 Bottrop  
Tel. : 02041/70-3525

**Berichterstattung und Redaktion:**  
Sigurd Schlüter

**Autorenbeitrag:**  
Sylvia Demelius

In Zusammenarbeit mit dem Iögd, Bielefeld,  
und dem Fachbereich für Bürger und Rat,  
Öffentlichkeitsarbeit

**Titelseite:**  
Stephanie Klein

**Fotos:**  
Monika Knorr, Frank Hölker

**Druck:**  
Schröers-Druck GmbH, Essen

1. Auflage/700

Bottrop 2000

Weitere Exemplare sind beim Herausgeber kostenlos zu beziehen.

## Vorwort

Mit diesem ersten Bottroper Gesundheitsbericht wendet sich das Gesundheitsamt der Stadt an alle Beteiligten im mehrgliedrigen Gesundheitswesen, den Bürgerinnen und Bürgern, den politischen und fachpolitischen Gremien sowie den Meinungsbildnern und Entscheidungsträgern.

Die *Kommunale Gesundheitsberichterstattung* ist eine wesentliche Grundlage für die Darstellung und Weiterentwicklung aller gesundheitlichen Belange und die Versorgung der städtischen Bevölkerung. Dabei sollen die gesundheitsbezogenen Angebote und Dienstleistungen, einschließlich des Verbundes der Selbsthilfe, überschaubar, durchschaubar und differenziert aufbereitet werden. Hierzu sind Daten sämtlicher Beteiligter des Gesundheitswesens, insbesondere auch der Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz zu berücksichtigen.

Je nach Themenschwerpunkt, der in der Gesundheitskonferenz, die Ende 1999 in Bottrop gegründet worden ist, gemeinsam erörtert und festgelegt werden soll, sind die einzelnen (möglichst) jährlich zu erstellenden Gesundheitsberichte ausgerichtet und grafisch wie textlich unterschiedlich aufgebaut.

Der hiermit vorgelegte erste Bottroper Gesundheitsbericht stellt die Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung zum Thema *Drogen* in den Mittelpunkt.

Die Stadt Bottrop bedankt sich als Herausgeber bei allen Beteiligten für förderliche Mitarbeit und Anregungen. Dieser Bericht soll der Information, der Diskussion, der kritischen Bewertung von Soll und Ist sowie als Grundlage für fachliches und politisches Handeln dienen. Insofern wünschen wir uns eine gute Aufnahme.

Dr. Kreul  
Erster Beigeordneter

Dr. Erkrath  
Leiter des Gesundheitsamtes

„Gesundheit ist nicht alles,  
aber ohne Gesundheit ist alles  
nichts.“

*Schopenhauer*

## **Inhalt**

<b>Vorwort</b> .....	<b>3</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Allgemeine Informationen über die Stadt Bottrop</b> .....	<b>9</b>
1.1 Die geographische Lage .....	9
1.2 Grundlegendes zur Stadtentwicklung .....	10
1.3 Bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen .....	11
<b>2 Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bottroper Bevölkerung - Modul 1</b> .....	<b>14</b>
2.1 Lebenserwartung .....	14
2.2 Sterblichkeit .....	15
2.2.1 Säuglingssterblichkeit .....	17
<b>3 Drogenmissbrauch und -abhängigkeit</b> .....	<b>21</b>
3.1 Begriffsbestimmung und Ziel .....	21
3.2 Charakterisierung ausgewählter, illegaler Drogen .....	21
3.2.1 Marihuana/Haschisch .....	21
3.2.2 Ecstasy/Amphetamine .....	22
3.2.2.1 Erste Hilfe bei Ecstasy-Vergiftungen .....	23
3.2.2.2 Zum Konsum von Amphetaminen .....	24
3.2.3 Halluzinogene .....	25
3.2.4 Kokain .....	26
3.2.5 Heroin .....	28
3.3 Diagnose „Medikamenten- und Drogenabhängigkeit“ bei Bottroper Krankenhauspatienten .....	31
<b>4 Bottroper Bürger zum Thema Drogen -Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung-</b> .....	<b>36</b>
4.1 Vorgeschichte und Ziel .....	36
4.2 Die computergestützte Telefonbefragung (CATI) .....	36
4.3 Zentrale Ergebnisse .....	37
4.3.1 Angst vor der Drogenszene? .....	37
4.3.2 Drogen: Sichtbares Problem .....	38
4.3.3 Spritzen auf dem Spielplatz .....	39
4.3.4 Problematischer Müll: Spritzen .....	40
4.3.5 Krankheit: Drogensucht .....	41
4.3.6 Therapie als Chance .....	42

4.3.7	Mehr Hilfen für Fixer.....	43
4.3.8	Bekannte Anlaufstellen .....	44
4.3.9	Vergleich der Kommunen Bottrop und Düsseldorf.....	45
4.3.9.1	Problem: Alkohol contra Drogen.....	45
4.3.9.2	Angst vor der Drogenszene?.....	46
4.3.9.3	Drogen: Akutes Problem .....	47
4.4	Beschreibung der Bevölkerungstichprobe .....	48
	-Befragte-	
<b>5</b>	<b>Einmalspritzen und Kondome als niedrighschwelliges Angebot an Automaten .....</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>Gebrauchte Spritzen in Parkanlagen und auf Kinderspielplätzen -Informationsblatt-.....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Bottrop vor dem Hintergrund der rechtlichen Bestimmungen von <i>Sylvia Demelius</i> .....</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Umsetzung des „Projektes Borsigweg“.....</b>	<b>66</b>
	<b>Verzeichnis der Abbildungen.....</b>	<b>68</b>
	<b>Anlage 1 .....</b>	<b>71</b>
	<b>Anlage 2.....</b>	<b>73</b>

## **Einleitung**

Die Kommunale Gesundheitsberichterstattung hat die gesetzliche Aufgabe, zum einen die Politik und Fachöffentlichkeit und zum anderen die Bottroper Bevölkerung über ihre gesundheitliche Situation, allgemeine Gesundheitsrisiken und die Versorgung mit Leistungen des Gesundheitswesens zu informieren. Dabei sollen Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Insofern ist der Anstoß einer öffentlichen Diskussion über lokale Gegebenheiten und allgemeine Gesundheitsfragen ein besonderes Anliegen.

Aufgrund der unterschiedlichen Zielgruppen müssen zum Teil komplizierte Sachverhalte so dargestellt werden, dass weder Fachleute sich wegen angeblicher „Schlichtheit“ des Textes abwenden noch interessierte Laien eine mit Fachausdrücken gespickte Schrift frustriert beiseite legen. Dieser besondere Anspruch an die Berichterstattung stellt sicherlich immer wieder eine schwierige Gratwanderung dar, welche zum „Absturz“ in die eine oder andere Richtung führen kann. Insgesamt wird im Zeitalter der „Medienüberflutung“ jedoch auf eine knappe, allgemeinverständliche Darstellung geachtet, da die Kommunale Berichterstattung als öffentliche Schrift möglichst viele Menschen erreichen soll.

Weil Tabellen ihren Inhalt meist nicht auf einen Blick präsentieren, werden sie im Berichtstext nur sparsam und meist grafisch aufbereitet verwendet. Diejenigen Leser, welche genauere Zahlenangaben benötigen, finden entsprechende Tabellen entweder im Anhang oder in den angegebenen Literatur- und Datenquellen.

### **Zum Aufbau**

Der vorliegende Gesundheitsbericht gliedert sich in zwei große Bereiche: die *Basisberichterstattung* und das *Spezialthema*. Im Basisteil werden zunächst grundlegende Informationen über die Lebenswelt Stadt und ihre Bewohner gegeben. In einer regelmäßig fortzusetzenden Reihe erfolgt anschließend anhand von Gesundheitsindikatoren eine Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bottroper Bevölkerung. Diese wird im Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung, der sozialen und ökologischen Umwelt, der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie den Ressourcen und Kosten des Gesundheitswesens interpretierbar. Aus den verschiedenen Modulen der

Basisberichterstattung in den zukünftigen Bänden dieser Schrift entsteht zusammengefasst ein kompletter Grundlagenbericht.

Der Spezialbericht thematisiert die Meinung und das Wissen der Bottroper Bevölkerung zur Drogenproblematik. Dazu führte das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW im Auftrag des Gesundheitsamtes eine repräsentative Umfrage in Bottrop durch. Umrahmend erfolgt eine Charakterisierung der wichtigsten illegalen Drogen mit Darstellung von Konsumtrends in der Bundesrepublik. Spezielle Informationen mit Handlungsmöglichkeiten werden insbesondere im Feld der allgemeinen Hilfsangebote, des Infektionsschutzes Heroinabhängiger und des Umgangs mit achtlos weggeworfenen Spritzen bereitgestellt.

Besonderer Dank gilt Frau Dr. Goetz-Erdmann (Gesundheitsamt) für die fachliche Durchsicht der Ausführungen zum Thema Drogen, dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld für seine kontinuierliche Unterstützung in allen Themenbereichen sowie dem Bottroper Amt für Informationsverarbeitung für die Bereitstellung und Betreuung der Hard- und Software.

### Hinweise zum Text

**Orientierende Stichwörter** und breiter Rand sollen den Leser durch den Text führen und Platz für eigene Notizen schaffen.



*An dieser Stelle erfolgt eine wichtige Hintergrundinformation zum Verständnis des Sachverhaltes.*

Auf grauem Hintergrund werden wichtige Ergebnisse zusammengefasst.



Hier ergibt sich oft eine Handlungsmöglichkeit zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation.

1, 2, 3

Hochgestellte Zahlen<sup>1</sup> im Text weisen auf die jeweilige Literatur- oder Datenquelle am Ende des Kapitels hin. Dabei sind zusätzlich Bezugsadressen für Broschüren vermerkt.

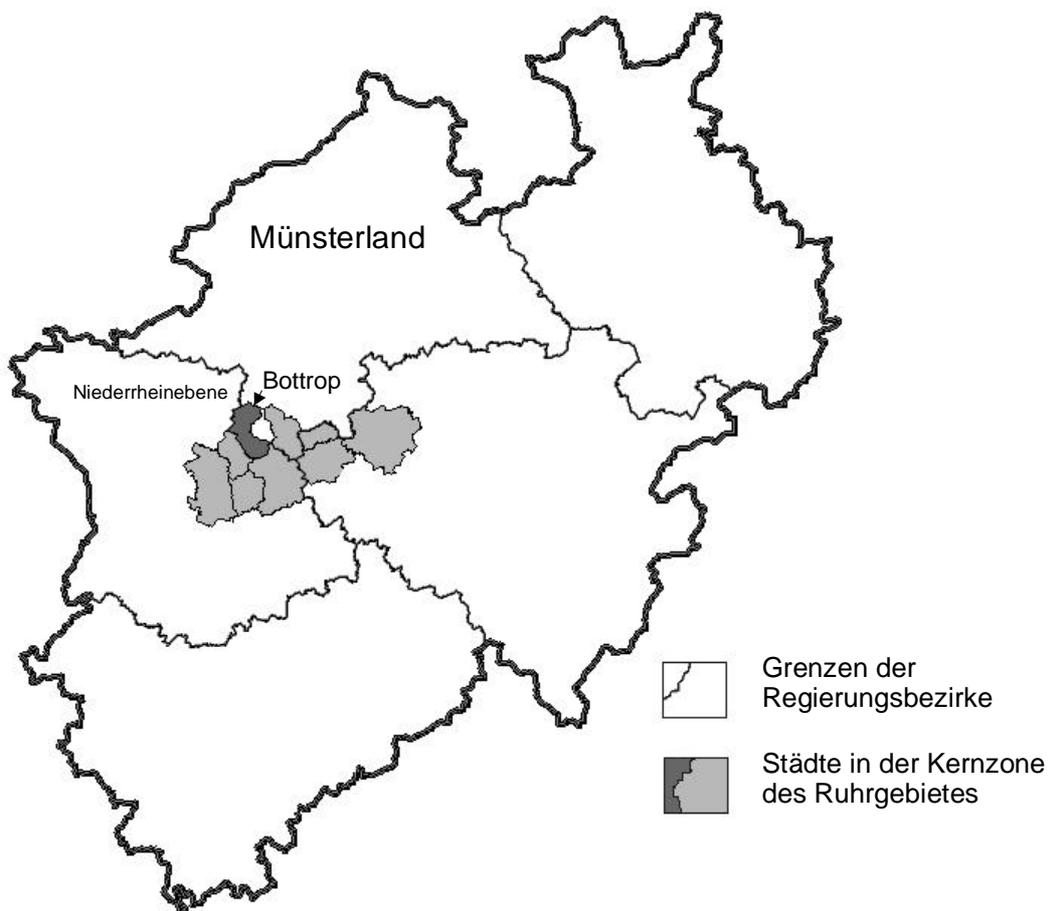
Bitte teilen Sie uns eventuelle Kritikpunkte mit, die Ihnen besonders aufgefallen sind. Natürlich würden wir uns auch über Anregungen oder eine positive Bewertung aus der Leserschaft freuen.

# 1 Allgemeine Informationen über die Stadt Bottrop

## 1.1 Die geographische Lage

Die dem Regierungsbezirk Münster zugehörige Stadt Bottrop liegt in der Kernzone des Ruhrgebietes<sup>1</sup>, welches mit seinem dichten Netz von Siedlungen, Industriekomplexen und Verkehrswegen zu den größten industriellen Ballungsräumen Europas gehört. Zwischen den beiden Großlandschaften Niederrheinebene und Münsterland wird sie kleinräumig von der Lippeniederung im Norden und der Emscherniederung im Süden begrenzt.

**Bottrop - Herz des Ruhrgebietes**



**Abb. 1.1.1: Die Lage der Stadt Bottrop innerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen**

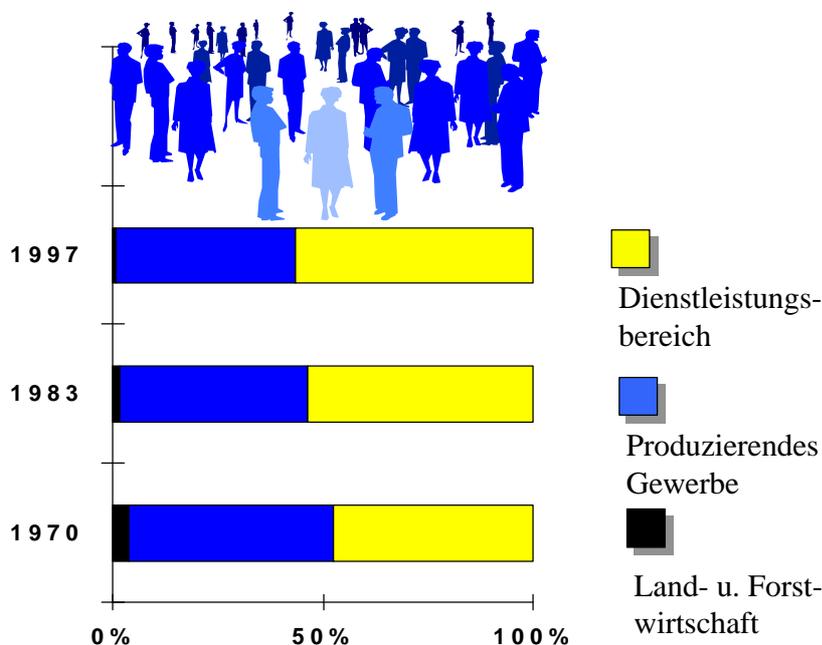
© GA Bottrop nach Schrader u.a.

## 1.2 Grundlegendes zur Stadtentwicklung

### Prägung durch den Kohleabbau

Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts bestimmte die Landwirtschaft fast ausschließlich die wirtschaftliche und siedlungsgeographische Entwicklung Bottrops. Als im Jahre 1856 der Bergbau von der Ruhr zur Emscher vordrang, war ein Wendepunkt innerhalb dieses Siedlungsraumes erreicht. Es setzte ein Strukturwandel von der agraren Gemeinde zum bergbaulich geprägten Industriestandort ein. Die somit entstandenen Arbeitsplätze mussten durch Bergleute aus allen Teilen Deutschlands, besonders aus Oberschlesien und dem Saargebiet, besetzt werden. Dieser Bevölkerungszuwachs veränderte das Siedlungsbild und die demographische Struktur zwangsläufig. 1953 reihte sich Bottrop mit nunmehr 100.000 Einwohnern in die Liste der Großstädte ein und es kam im Jahre 1976 aufgrund der kommunalen Neugliederung zum Zusammenschluss mit der Nachbargemeinde Kirchhellen. Wie in allen Städten des Ruhrgebietes führte die Aufgabe vieler Förderstandorte zu einem erneuten Strukturwandel mit Etablierung anderer Industriezweige und einem wachsenden Dienstleistungsgewerbe.<sup>2,3</sup>

### Stadt mit Wandlungsfähigkeit

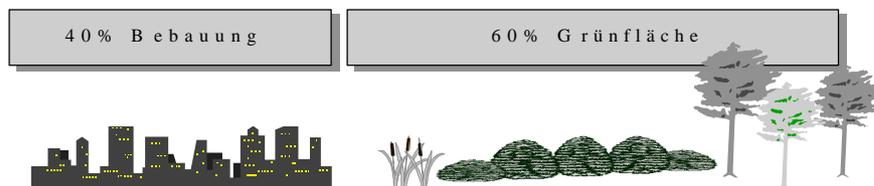


**Abb. 1.2.1: Anteil der Beschäftigten nach Wirtschaftsbereichen**

© GA Bottrop    Datenquelle: Stadt Bottrop, Statistische Jahrbücher 1970, 1983, 1997

Bei einer Gesamtausdehnung von 100,6 km<sup>2</sup> bestehen rund 60 % des Gebietes aus Äckern, Wäldern, Grün- und Wasserflächen<sup>4</sup>, so dass der Siedlungsraum trotz seiner industriellen Prägung zu den „grünsten“ kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens gehört.

**Grüne Seiten**

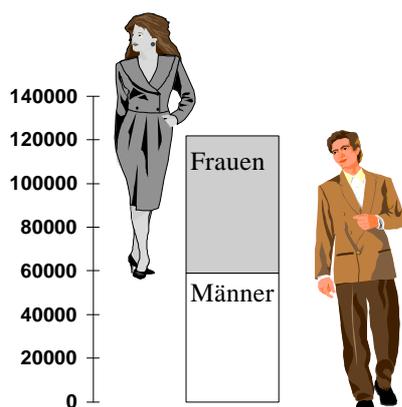


**Abb. 1.2.2: Flächennutzung**

© GA Bottrop Datenquelle: Stadt Bottrop, Statistisches Jahrbuch 1997

**1.3 Bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen**

Am 31.12.1999 sind insgesamt 121.082 Personen als Einwohner gemeldet. Unter den 58527 Männern und 62555 Frauen beträgt der Anteil der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger rund 8,2 %.<sup>4.1</sup>



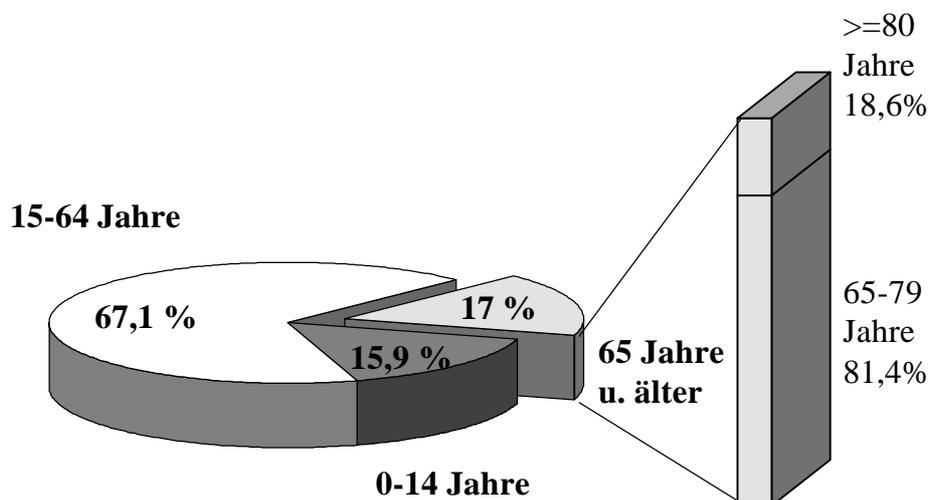
**Das „starke“ Geschlecht**

**Abb. 1.3.1: Einwohnerzahl zum 31.12.1999 - getrennt nach Geschlecht**

© GA Bottrop Datenquellen: Stadt Bottrop, Statistikstelle, 2000

## Von Jahren und Jahrzehnten

Daten zur Bevölkerungsstruktur sind aus sich heraus nur dann bedeutsam, wenn Veränderungen zugleich auch Unterschiede bei der Nachfrage nach bestimmten Angeboten des Gesundheitswesens oder der sozialen Dienste ausdrücken. Ein solcher Indikator ist z. B. die Anzahl von Menschen eines bestimmten Alters, wobei etwa die Zahl der Hochbetagten in Zusammenhang mit speziellen Betreuungsleistungen steht. In der Praxis können diese Zahlen zur Bevölkerung jedoch nur dann Bedeutung haben, wenn lokale Besonderheiten und Unterschiede beim Verhalten der Menschen, welche die Nachfrage beeinflussen, zusätzlich in den Planungsprozess einbezogen werden.



**Abb. 1.3.2: Ausgewählte Altersgruppen der Bevölkerung von Bottrop zum 31.12.97**

© GA Bottrop Datenquelle: Indikatorensätze 5.2; 5.3, lögd

Auf der Grundlage der Bevölkerungsfortschreibung gilt folgende Einteilung ausgewählter Altersgruppen:

- |                    |   |                                  |
|--------------------|---|----------------------------------|
| 0 - 14 Jahre       | ⇒ | Säuglinge und Kinder             |
| 15 - 64 Jahre      | ⇒ | Personen im erwerbsfähigen Alter |
| 65 Jahre und älter | ⇒ | ältere Menschen                  |

Innerhalb der Gruppe der älteren Menschen werden die Hochbetagten wegen der intensiven Nachfrage an medizinischen und sozialpflegerischen Leistungen besonders herausgestellt.

**Literatur:**

- <sup>1</sup> Schrader, W., Wehling, H.-W. (Hrsg.): *Kollegmaterial Geographie, Wirtschaftsraum Ruhrgebiet, Hirschgraben Verlag, Frankfurt a.M. (ohne Jahresangabe), S. 58*
- <sup>2</sup> Schlüter, S.: *Die Siedlungsentwicklung und heutige funktionale Gliederung der Stadt Bottrop, Examensarbeit, Essen 1981*
- <sup>3</sup> Kommunalverband Ruhrgebiet. (Hrsg.): *Bottrop - Großer Kultur- und Freizeitführer Ruhrgebiet, Band 2, Verlag Schürmann & Klagges, Bochum 1986, S. 5-7*
- <sup>4</sup> Stadt Bottrop, Statistikstelle 13/2, *Statistisches Jahrbuch 1997, Bottrop 1998*
- <sup>4.1</sup> Stadt Bottrop, Statistikstelle 13/2, *Mündliche Auskunft 2000*
- <sup>5</sup> Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): *Indikatorensätze*
  - 1: 02\_01A, *Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1997*
  - 2: 02\_03, *Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung, Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.97*
  - 3: 02\_04, *Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung, Anteil von Altersgruppen an der Bevölkerung in Prozent, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1997*
- <sup>6</sup> Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.), Bardehle, D., Annuß, R.: *Gesundheitsberichterstattung, Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen, Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder, Band 9/1997, Bielefeld 1997, S. 11-12; 73*

## 2 Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bottroper Bevölkerung - Modul 1

### 2.1 Lebenserwartung

Der statistische Begriff der Lebenserwartung gibt die Anzahl der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen an. Im Laufe des letzten Jahrhunderts ist sie in allen Industrienationen stark gestiegen. 1995 hatten die Männer in Deutschland 73,3 und die Frauen 79,8 Lebensjahre zu erwarten. Nach neuesten Berechnungen des Statistischen Bundesamtes ergeben sich aktuell sogar 74,0 und 80,3 Jahre.<sup>1</sup>



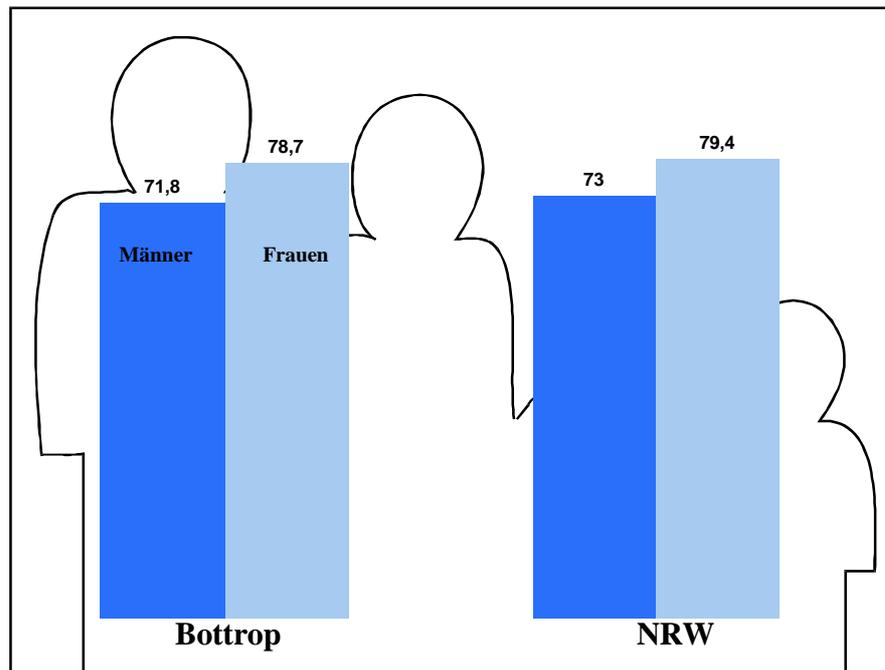
*Noch zu Beginn des Zwanzigsten Jahrhunderts war die Lebenserwartung deutlich geringer: 44,8 Jahre für die Männer und 48,3 für die Frauen. Während zu dieser Zeit nur 9 % der Männer und 12,3 Prozent der Frauen ein Alter von 80 Jahre zu erwarten hatten, waren es 1995 bereits 38 bzw. 60,2 %. Große Leistungen des Gesundheitswesens - beispielsweise die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und das Absenken der Säuglingssterblichkeit in den Sechzigern und Siebzigern - erklären den deutlichen Gewinn an Lebensjahren.<sup>2</sup>*

Die Zahl älterer und hochbetagter Menschen wird vermutlich auch in Zukunft noch weiter steigen. Es bleibt jedoch anzumerken, dass die höhere Lebenserwartung nicht zwangsläufig mit einer Verbesserung der Lebensqualität verbunden ist.

#### Höhere Lebenserwartung bei Frauen

Die Statistische Lebenserwartung beträgt im Mittelwert der Jahre 1991 bis 1995 für in Bottrop lebende Männer 71,8 Jahre. Wesentlich höher liegen die zu erwartenden Lebensjahre mit 78,7 bei den Frauen. Es ergibt sich eine Abweichung vom Landesdurchschnitt um -1,2 bei den Bottroper Männern und -0,7 bei den Frauen (vergl. Abb. 2.1.1).

Bei Betrachtung aller Kreise und kreisfreien Städte Nordrhein-Westfalens sind die geringsten Werte für die Lebenserwartung 71,0 bei den Männern und 78,0 bei den Frauen. Am ältesten wird man - statistisch gesehen - in Münster: 74,4 bzw. 80,8 Jahre sind zu erwarten.



**Abb. 2.1.1: Geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Bottrop und NRW - Mittelwert 1991 - 1995 in Jahren**

© GA Bottrop

Datenquelle: Indikator 03\_07a, lögd<sup>3.1</sup>

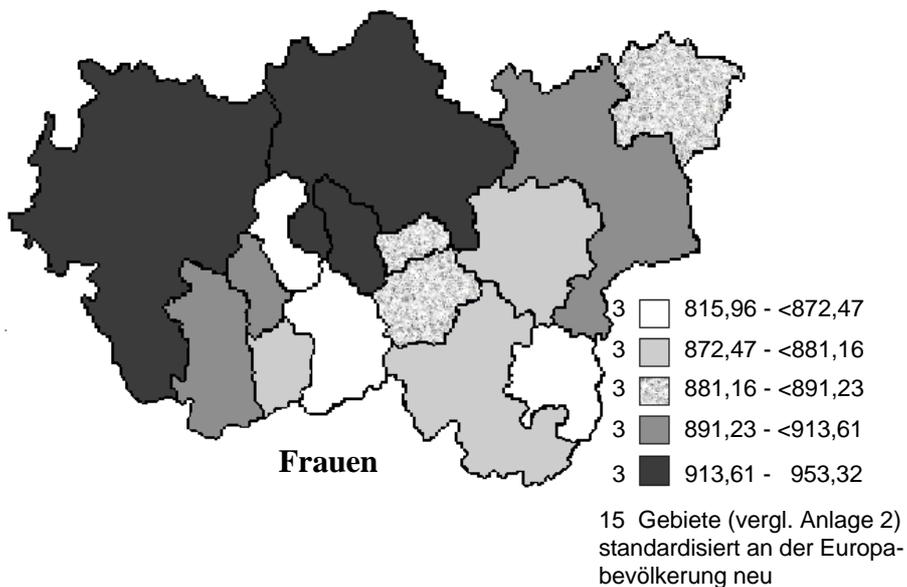
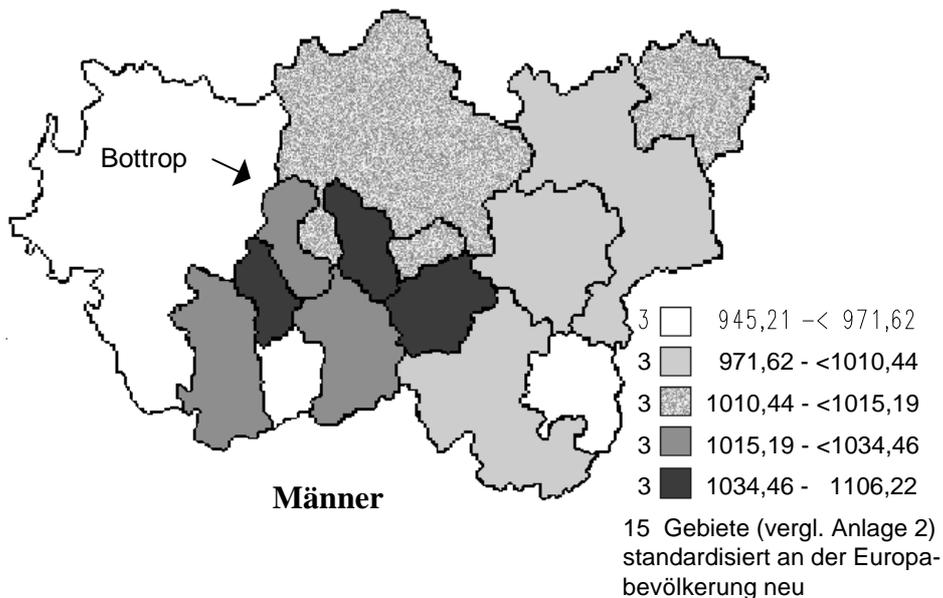
## 2.2 Sterblichkeit

*Im Mittelwert der Jahre 1995 bis 1997 starben 632 Männer und 649 Frauen mit letztem Wohnsitz in der Stadt Bottrop.<sup>3</sup> Die daraus errechnete allgemeine Sterbeziffer würde die Anzahl der Sterbefälle auf 100.000 Einwohner der mittleren Bevölkerung widerspiegeln. Da diese Zahlen jedoch nicht nur von der altersspezifischen Sterblichkeit, sondern auch vom Altersaufbau der jeweiligen Bevölkerung abhängen, sind sie für einen zeitlichen oder regionalen Vergleich ungeeignet. Deshalb werden diese Daten auf eine Referenzbevölkerung - die sogenannte Europabevölkerung neu - bezogen, um somit den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus durch Gewichtung zu berücksichtigen. Im Vergleich geben die so ermittelten altersstandardisierten Zahlen nur noch Änderungen bei der Sterblichkeit wieder. Sie sind fiktive Kennziffern, welche darstellen, wie hoch die Sterblichkeit in der Bottroper Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Europabevölkerung zugrunde läge.*



**Abb. 2.2.1: Sterbefälle im Ruhrgebiet nach Geschlecht - Mittelwert 1995 - 1997 je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert**

© GA Bottrop Datenquelle: Berechnung und Darstellung in Quintilen nach Indikatorenatz 03\_03\_97, lögd<sup>3,3</sup> Ruhrgebiet in den Grenzen des KVR



Der altersstandardisierte Mittelwert (1995 - 1997) der Sterbefälle je 100.000 Einwohner beträgt für Bottrop 1016,4 bei den Männern und 860,4 bei den Frauen.

Ordnet man die Sterbeziffern der 15 Kreise und Städte des Ruhrgebietes der Größe nach und bildet daraus 5 Klassen (Quintile), so ergibt sich in der Rangordnung für die Bottroper Männer eine Zugehörigkeit zur zweithöchsten Klasse. Den niedrigsten Wert weist der Kreis Wesel mit 945,2 auf.

Deutlich besser fällt die Sterblichkeit bei entsprechendem Vergleich für die Bottroper Frauen aus: hier ergibt sich über den Wert 860,4 eine Zuordnung in die günstigste Klasse - zusammen mit Essen und der Stadt Hagen, die mit 815,9 den niedrigsten Wert hält.

**Relativ hohe Sterblichkeit bei den Männern**

Somit liegt die Sterblichkeit der Männer in Bottrop nicht nur deutlich über derjenigen von Nordrhein-Westfalen (946,6), sondern auch innerhalb des Ruhrgebietes relativ hoch. Bei den Frauen weisen die Zahlen hingegen niedrigere Werte auf als in Nordrhein-Westfalen (870,5) insgesamt. Über die Gründe dieser Darstellung kann keine konkrete Aussage gemacht werden, da die Sterblichkeit von unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst wird. Die Problematik eines industriellen Ballungsraumes mit Phänomenen der Industrialisierung aus den fünfziger und sechziger Jahren - oft gekennzeichnet durch harte Arbeitsbedingungen - sollte als Ursache in Betracht gezogen werden. Eine Analyse grundlegender Daten zum Krankheitsgeschehen (Morbidity) scheint sinnvoll zu sein.

### 2.2.1 Säuglingssterblichkeit

*Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts war in den europäischen Ländern die Säuglingssterblichkeit enorm hoch. Wesentliche Gründe waren Fatalismus, mangelnde Hygiene und unvorstellbare Armut. Im 18. und 19. Jahrhundert wurden zwar Ansätze zu einer Wende erkennbar, der wirkliche Durchbruch gelang jedoch erst mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts. Der Dritte Internationale Kongress für Säuglingsschutz im Jahre 1911 in Berlin setzte dafür erstmals deutliche Signale.<sup>4</sup>*



Die Säuglingssterblichkeit einer Region wird allgemein in der Statistik als Indikator zur Beurteilung des Gesundheitssystems herangezogen. Dabei stellt die Sterblichkeitsziffer die Anzahl der Todesfälle im 1. Lebensjahr, berechnet auf 1000 Lebendgeborene,

dar. Als Teilaspekte der Säuglingssterblichkeit werden folgende Differenzierungen vorgenommen: verstorben im Alter von

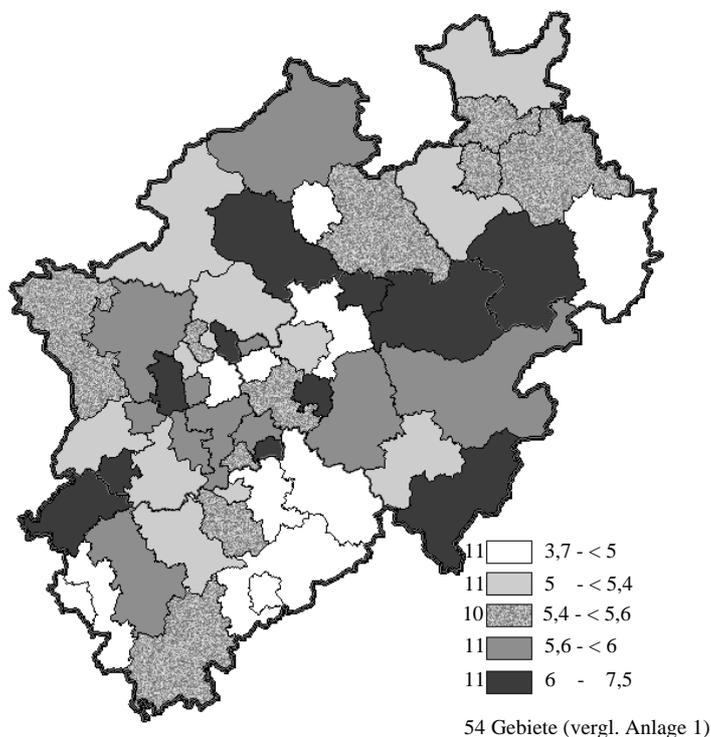
- 0 - 6 Tagen  $\Rightarrow$  Frühsterblichkeit
- 7 - 27 Tagen  $\Rightarrow$  Spätsterblichkeit
- 28 - 364 Tagen  $\Rightarrow$  Spätsterblichkeit

Definition nach Bardehle, D., Annuß, R.<sup>5</sup>

### **Vielfältige Ursachen für Säuglings- sterblichkeit**

Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, weil in den einzelnen Altersgruppen auch unterschiedliche Todesursachen vorherrschen, auf die an dieser Stelle - insbesondere auch wegen der geringen Fallzahlen in Bottrop - nicht näher eingegangen wird.

Die häufigsten Ursachen für den Tod im ersten Lebensjahr stehen unter anderem in engem Zusammenhang mit dem Alter der Mutter, ihrer sozialen Lage und ihrem gesundheitlichen Risikoverhalten wie Rauchen oder Konsum von Alkohol und Drogen. Daneben werden aber auch Defizite bei der Schwangerschaftsvorsorge und medizinischen Versorgung deutlich. Dies gilt besonders für die Frühsterblichkeit.<sup>5</sup>



**Abb. 2.2.1.1: Die Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr in Bottrop und NRW je 1000 Lebendgeborene,**

gleitendes Mittel 1995 -1997 © GA Bottrop Datenquelle:  
Berechnung und Darstellung in Quintilen nach Indikatorenatz 03\_05, lögd<sup>3.2</sup>

Bei Rückschlüssen auf die regionale Versorgungssituation ist zu beachten, dass Sterbefälle nach dem jeweiligen Wohnort erfasst werden, die Geburten hingegen häufig in benachbarten Städten stattfinden.<sup>6</sup>

Als Indikator für Umwelteinflüsse erscheint die Säuglingssterbeziffer ungeeignet, weil dieser Bereich aufgrund von Untersuchungen neben zahlreichen Faktoren einen nur geringen Stellenwert hat. Dies schließt letztendlich den schädlichen Einfluss z.B. des mütterlichen Rauchens nicht aus, wobei jedoch nicht die Sterblichkeit, sondern die Erkrankungshäufigkeit, z.B. der Atemwege des Säuglings, ein viel verwendeter und angemessener Indikator ist.<sup>7</sup>

Die Sterblichkeit innerhalb des ersten Lebensjahres in Bottrop hat im vorliegenden Erfassungszeitraum ab 1988 bis heute kontinuierlich abgenommen und im Mittel der Jahre 1995 bis 1997 einen Tiefpunkt erreicht. Sie entspricht mit dem Wert 5,5 je 1000 Lebendgeborene exakt dem Landesdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen und zeigt insofern keine Auffälligkeiten.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Tod von Neugeborenen und Säuglingen in der Stadt ein seltenes Ereignis ist und die Daten aufgrund der geringen Fallzahlen stark schwanken können. Dies wird durch die Berechnung des gleitenden Mittelwertes aus Zahlen von jeweils 3 Jahren in gewisser Weise ausgeglichen, erfordert jedoch eine insgesamt zurückhaltende Interpretation.

- Regelmäßiges Monitoring der Säuglingssterblichkeit, eventuell stadtteilbezogene Darstellung und Einzelfallanalyse.

Weitere Verringerung der Todesfälle durch

- Verbesserung der sozialen Verhältnisse, medizinischen Vorsorge und Versorgung,
- Intensivierung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung.

**Handlungs-  
möglichkeit**



*Anmerkung:*

*Die modulartige Beschreibung weiterer Gesundheitsindikatoren soll im Rahmen der „Bottroper Gesundheitsberichte“ fortgesetzt werden.*

**Literatur:**

- <sup>1</sup> Statistisches Bundesamt, *Mitteilungen für die Presse*, 26.01.2000
- <sup>2</sup> Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Gesundheitsbericht für Deutschland*, Verlag Metzler Poeschel, Wiesbaden 1998
- <sup>3</sup> Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD):  
*Indikatoren:*
  - <sup>1</sup> 03\_07a, *Geschlechtsspezifische, mittlere Lebenserwartung, Nordrhein Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1991 - 1995*
  - <sup>2</sup> 03\_05, *Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr je 1000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1995 - 1997, gleitendes Mittel*
  - <sup>3</sup> 03\_03, *Sterbefälle je 100 000 Einwohner nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1995 - 1997*
- <sup>4</sup> Großmann, P.: *Zur Geschichte der Säuglingssterblichkeit*, *Ärztliche Jugendkunde* 79, 1988, Nr. 3, Berlin, S. 125 - 139
- <sup>5</sup> Landesamt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.), Bardehle, D., Annuß, R.: *Gesundheitsberichterstattung, Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens, Themenfeld 3 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder, Band 8/1996. Bielefeld 1996, S. 61-65*
- <sup>6</sup> Keil, U., Hense, H.W., Universität Münster, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, LÖGD (Hrsg.): *Kommentierung der Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens*, Bielefeld 1996, S. 251
- <sup>7</sup> Bergmann, E., Menzel, R., Tietze, K.: *Die Säuglingssterblichkeit - ein Indikator für Umwelteinflüsse? In: Lange-Aschenfeld, H. et al. , Gesundheit und Umwelt '89 (Hrsg.), MMV Medizin -Verlag, München 1989*

### 3 Drogenmissbrauch und -abhängigkeit

#### 3.1 Begriffsbestimmung und Ziel

Allgemein wird mit dem Begriff der Drogenabhängigkeit eine physische oder psychische Abhängigkeit von Substanzen mit Wirkung auf das Zentralnervensystem bezeichnet. Beide Formen der Abhängigkeit können auch gemeinsam vorliegen. Zu den auslösenden Substanzen zählen Betäubungsmittel, Alkohol und Nikotin sowie bestimmte Arznei- und Lösungsmittel.

**Körperliche  
und seelische  
Abhängigkeit**

Im üblichen Sprachgebrauch und engeren Sinne ist meist die Abhängigkeit von illegalen Drogen gemeint, deren Herstellung, Besitz, Vertrieb, Anbau oder Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten ist und strafrechtlich verfolgt wird.<sup>1</sup> Eine Ausnahme bilden die Cannabis-Produkte, deren Besitz zum Eigenbedarf in kleinen Mengen straffrei bleibt.

In der weiteren Betrachtung wird über den Missbrauch und die Abhängigkeit illegaler Drogen berichtet, wobei die Abgrenzung der Begriffe fließend ist. Die Verwendung der Bezeichnung „Gebrauch“ von Drogen kann Missbrauch und Abhängigkeit beinhalten. Ziel der Ausführungen ist nicht die umfassende Darstellung des Drogenproblems, sondern eine einführende, zum Teil exemplarische (beispielhafte) Betrachtung von Grundlagen, die neben dem Anspruch auf Information der Bevölkerung ein besseres Verständnis der eigentlichen Umfrageergebnisse in Kapitel 4 ermöglichen soll. Darüber hinaus ist beabsichtigt, auf Bottrop übertragbare Trends hinsichtlich des Drogenkonsums in ihren Konsequenzen zu verdeutlichen. Zur vertiefenden Information sei auf die angegebene Literatur im Anhang verwiesen.

#### 3.2 Charakterisierung ausgewählter, illegaler Drogen

##### 3.2.1 Marihuana/Haschisch

Ein Tabakgemisch aus den getrockneten Blättern und Blüten der Indischen Hanfpflanze (*Cannabis indica*) wird Marihuana genannt und führt nach dem Rauchen zu einem raschen Wirkungseintritt. Die so aufgenommenen Wirkstoffe, insbesondere das Tetrahydrocannabinol (THC), intensivieren oder verändern die

**Der Indische  
Hanf**

Sinneswahrnehmung bis hin zur Euphorie oder Depression - je nach vorhandener Grundstimmung des Konsumenten. Die Pflanze produziert in speziellen Drüsen des weiblichen Blütenstandes ein Harz, welches in seiner reinen Form als Haschisch ebenfalls geraucht oder über die Nahrung und als Tee aufgenommen werden kann. Die Wirkung hält oft bis zu 10 Stunden an.

Als mögliche Nebenwirkungen nach Konsum der Cannabis-Produkte sind Herzjagen, Kreislaufstörungen, Übelkeit und Mundtrockenheit zu nennen. Die Langzeiteinnahme kann zu Antriebsschwäche, Unkonzentriertheit, Persönlichkeitsveränderungen und Verwirrtheit führen. Eine seelische Abhängigkeit lässt Interessen und Fähigkeiten verkümmern bis hin zu einem unter Umständen nicht mehr rückbildungsfähigen Gewohnheitsumbau. Eine häufig beschriebene Gefahr ist das Umsteigen auf gefährlichere Drogen aufgrund eines Bedürfnisses nach Wirkungssteigerung oder der Abhängigkeit von der Gruppe und vom Dealer.<sup>2, 3</sup> Nach anderen Untersuchungen sollen 95 % der Cannabis-Konsumenten allerdings nicht zu stärker wirkenden Substanzen wechseln. Während die Gesundheitsgefahren und oft tödlichen Folgen beispielsweise des Alkoholkonsums gut erforscht sind, fehlt eine genaue Kenntnis der Risiken durch langjährigen Cannabisgebrauch. In letzter Zeit wird sogar zunehmend von einer positiven therapeutischen Wirkung der Cannabis-Produkte bei bestimmten schweren Erkrankungen berichtet<sup>7</sup>.

### 3.2.2 Ecstasy/Amphetamine

„Partydrogen“

Mit dem Begriff Ecstasy wird eine Gruppe vollsynthetisch hergestellter Drogen bezeichnet („Designerdrogen“), die chemisch allgemein den Amphetamin-Abkömmlingen zugeordnet werden, obgleich aufgrund der besonderen Wirkungskomponenten eine klare Abgrenzung schwierig ist. Auf dem illegalen Markt werden diese Substanzen häufig als Tabletten oder Kapseln angeboten. Amphetamine steigern als Aufputschmittel zunächst die Leistungsfähigkeit, wirken stimulierend und setzen das Schlafbedürfnis herab. Im Zuge einer euphorisierenden Wirkung erleben viele eine gesteigerte Kontaktfreudigkeit mit Rededrang unter Einschränkung der Kritikfähigkeit sowie Halluzinationen. Das Nebenwirkungsprofil ist vielfältig. Nach der Einnahme kommt es zum Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdruckes und der

Körpertemperatur. Ebenso können Schwitzen, Kieferkrämpfe, Muskelzittern, Mundtrockenheit, Schwindel und Brechreiz auftreten. Die Droge Ecstasy wird von vielen Menschen fälschlicherweise als Substanz mit geringem Risiko für die körperliche und geistige Gesundheit bezeichnet. Da Warnsignale des Körpers wie Schmerz, Hunger, Durst und Erschöpfung nicht mehr wahrgenommen werden, sind Ecstasy-Konsumenten jedoch gefährdet, z.B. im Tanzrausch ein Herz- und Kreislaufversagen zu erleiden. 1995 wurden in Deutschland als Folge von Ecstasy-Konsum 15 Todesfälle bekannt. Es ergeben sich zunehmend Hinweise, dass auch die gesundheitlichen Gefahren durch Langzeitkonsum unterschätzt wurden. Neben der psychischen Abhängigkeit können irreversible Leber-, Nieren und Hirnschäden sowie psychische Erkrankungen auftreten. Weiterhin besteht das Risiko, dass die Substanz als undefinierbare Mischung mit anderen Drogen (z.B. LSD) auf den Markt kommt<sup>4</sup>.

### 3.2.2.1 Erste Hilfe bei Ecstasy-Vergiftungen

- Patienten in eine reizarme Umgebung bringen.
- Schocklagerung
- Kleidung öffnen, damit die Körpertemperatur gesenkt wird.
- Falls nicht krampfend und erhaltenes Bewusstsein, in kleinen Schlucken Flüssigkeit, keinen Alkohol trinken lassen.
- Falls Krampfanfall, sekundären Verletzungen vorbeugen.
- Durch zweiten Helfer ärztliche Hilfe holen.
- Eingenommenes Präparat sicherstellen.



Was bleibt sonst noch zu tun?

- Vermeiden Sie die Einnahme von Ecstasy
- Klären Sie Ihre Freunde oder Verwandten über die Gefahren auf.
- Steuern Sie niemals nach einem Ecstasy-Konsum ein Fahrzeug.
- Wenden Sie sich, falls Sie oder einer Ihrer Freunde Probleme mit Ecstasy oder anderen Drogen haben, an eine Drogenberatungsstelle.

Quelle: Informationszentrale gegen Vergiftungen der Universität Bonn, Tel.: 0228-287-3211, 24. März 1999

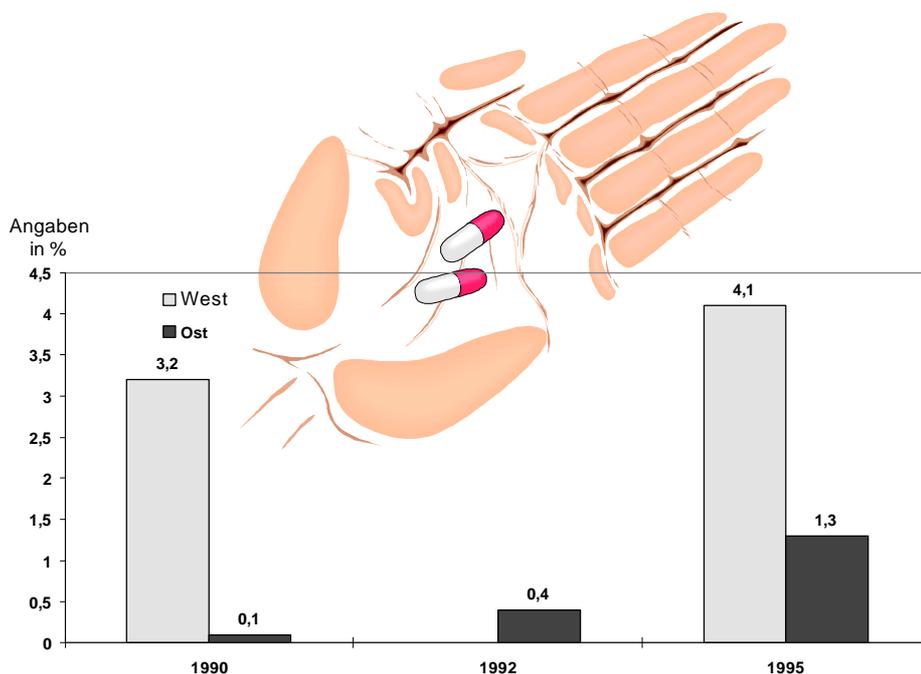
### 3.2.2.2 Zum Konsum von Amphetaminen

Zur Häufigkeit des Gebrauchs illegaler Drogen liegen unterschiedliche Studien vor, die sich auf die alten (West) und neuen (Ost) Bundesländer beziehen. Konkrete Untersuchungen auf Kreis- oder Kommunalebene fehlen somit, jedoch sind bundesweite Trends oder Entwicklungen sicherlich auf die Stadt Bottrop übertragbar.



#### *Bundesstudie zum Konsum psychotroper Substanzen BUND*

Seit 1982 werden im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums in Abständen von 2 bis 5 Jahren repräsentative Befragungen zum Konsum von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren in der Wohnbevölkerung durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Bundesstudie liegt in der Untersuchung von Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren. Mit der Durchführung ist das Institut für Therapieforschung (IFT) in München betraut.



**Abb. 3.2.2.2.1: Der Konsum von Amphetaminen im Lebenszeitraum von 18 bis 39 Jahren (BRD)**

© GA Bottrop

Datenquelle: BUND

Nach Untersuchungen haben im Jahre 1995 in den alten Bundesländern 4,1 % und in den neuen Ländern 1,3 % der befragten Personen Amphetamine mindestens einmal konsumiert. Im Vergleich zu den Zahlen aus dem Jahre 1990 weist der Konsum deutliche Steigerungen auf. Da Amphetamine chemisch und auch in der Konsumentenwahrnehmung der Modedroge Ecstasy sehr nahe stehen, ist dieser Anstieg teilweise auch als Ergebnis der entsprechenden Entwicklungen bei Ecstasy zu interpretieren<sup>5</sup>.

### 3.2.3 Halluzinogene

Mit diesem Begriff werden pflanzliche oder synthetisch hergestellte Substanzen bezeichnet, die Halluzinationen erzeugen. Die Zuordnung zu dieser Gruppe ist innerhalb der Fachliteratur allerdings nicht einheitlich.

**Von Trugbildern  
und  
„Horror-Trips“**

Zu den bedeutendsten Drogen der Klasse gehört das LSD (Lysergsäurediäthylamid), welches synthetisch aus Lysergsäure - eine Substanz im „Mutterkorn“ des Getreides - hergestellt wird. Diese Entwicklung der Pharmaindustrie aus den fünfziger Jahren wird heute als gefährliches Rauschgift eingestuft und fällt unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes.

Nach der Einnahme kommt es zu einem ausgeprägten Rauschzustand, der zumeist 8 bis 10 Stunden anhält. Mehr oder weniger intensive Sinnestäuschungen mit Veränderungen der räumlichen und zeitlichen Orientierung sind typisch. Je nach der psychischen Ausgangslage des Konsumenten stellen sich eine euphorisierende Wirkung oder der gefürchtete „Horror“ Trip“ ein, bei dem ausgeprägte Angstzustände bis hin zur Todesangst, Gefühle von Grauen oder Trauer und äußerste Unruhe vorherrschen. Halluzinatorisch bedingte Sprünge aus dem Fenster, Verkehrsunfälle und Selbsttötungen sind beschrieben<sup>3</sup>. Als langfristige Wirkung der Droge kann das Krankheitsbild einer anhaltenden Psychose entstehen.

Daneben können Wochen oder sogar Monate nach der eigentlichen LSD-Einnahme sogenannte „Flash-Backs“ oder Echo-Psychosen auftreten, die in der Regel mit intensiven Angstzuständen und Desorientierung verbunden sind. LSD-Konsum führt zur psychischen Abhängigkeit mit Toleranzphänomenen: Die gewohnte

Wirkung lässt nach wenigen Tagen nach und kann nur durch eine Dosissteigerung wieder erreicht werden<sup>5</sup>.

Hinweise auf einen Konsum sind sehr kleine Tabletten oder mit halluzinogenen Stoffen getränkte Filzpapierstückchen<sup>6</sup>.

### 3.2.4 Kokain

#### Von Euphorie und Depression

Im Jahre 1862 entwickelte ein deutscher Pharmakonzern ein Verfahren, wonach Kokain als weißes Pulver aus Cocablättern isoliert werden konnte. In der Regel geschnupft wirkt die Substanz belebend und stimulierend auf den Konsumenten und unterdrückt Ermüdungserscheinungen, Schlafbedürfnis und Hungergefühl. Nach einem Schub von Euphorie und Heiterkeit kommt es teilweise auch zu optischen und akustischen Fehlwahrnehmungen, die denen von LSD oder anderen Halluzinogenen ähneln. Der Rausch mündet rasch in ein Stadium von Müdigkeit, Gleichgültigkeit und Depression. Vergiftungserscheinungen mit Schockreaktionen sind bekannt.

Nach heutigem Wissen erzeugt Kokain nur selten eine körperliche Abhängigkeit; es wird jedoch durch das Auftreten eines starken psychischen Verlangens im Klassifikationsschema ICD der Weltgesundheitsorganisation den suchterzeugenden Substanzen zugerechnet. Neben Veränderungen der Nasenschleimhaut sind psychotische Erscheinungsbilder mit schweren Persönlichkeitsveränderungen nach Langzeitkonsum aufgetreten.

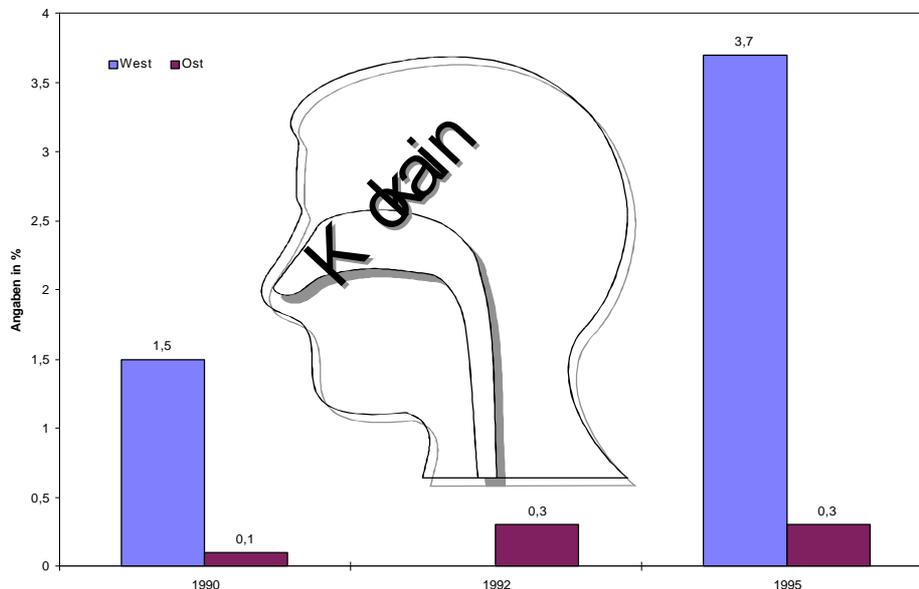
#### „Crack“

Durch chemische Veränderungen des Kokains entsteht das sogenannte crack, welches geraucht werden kann und neben dem psychischen Verlangen auch eine echte körperliche Abhängigkeit mit deutlichen Entzugssymptomen hervorruft. Schwere neurologische Langzeitschäden in Form von Bewegungsstörungen („crack-dancing“) sind möglich. Da die Gewöhnung an die Droge sehr schnell erfolgt, versuchen viele Konsumenten die immer häufiger auftretenden „Tiefs“ durch die Verwendung von Heroin auszugleichen<sup>5</sup>.

Im Gegensatz zum Missbrauch von Amphetaminen, der Anfang der 90er Jahre sehr sprunghaft anstieg, weist der Konsum von Kokain seit mehr als einem Jahrzehnt eine relativ stabile jährliche Zunahme auf.

Nach Ergebnissen der BUND-Studie lag der Gebrauch im Lebenszeitraum von 18 bis 39 Jahren in den alten Bundesländern

zuletzt bei 3,7 % und hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt. Auffällig ist, dass die Problematik in den neuen Bundesländern deutlich seltener auftritt.



**Abb. 3.2.4.1: Der Konsum von Kokain im Lebenszeitraum von 18 bis 39 Jahren (BRD)**

© GA Bottrop

Datenquelle: BUND

*Gerade die Konsumenten harter Drogen sind aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation - beispielsweise ohne festen Wohnsitz - statistisch schwer zu erfassen. Deshalb werden verschiedene Gruppen von Personen, die Kontakt zu Drogen haben, beschrieben. Die Provierbereitschaft spiegelt die Einschätzung des Problems in der Bevölkerung wider und gibt Hinweise auf zukünftige Konsumenten. Der Konsum im Lebenszeitraum hingegen weist überwiegend auf Drogenerfahrungen hin, wohingegen der Konsum in den letzten 12 Monaten oder 30 Tagen ein aktuelles Bild des Konsumverhaltens erlaubt. Drogenerfahrung bedeutet in sehr vielen Fällen einen einmaligen oder relativ seltenen Gebrauch von Drogen. Die Grafiken zur Studie BUND stellen bewusst nur einen exemplarischen Teilaspekt heraus, der aufgrund der Zielsetzung des Artikels jedoch allgemeine Trends verdeutlichen soll.<sup>5</sup> Zur weiterführenden Information sei insbesondere auf den „Suchtbericht Deutschland“ (siehe Literaturangabe) verwiesen.*



### 3.2.5 Heroin

Zu den Opiaten aus dem Milchsaft der Schlafmohnkapsel gehören Opium, Morphinum und die Problemdroge Heroin. Sie wird für zahlreiche Todesfälle und einen großen Teil der sozialen Verelendung mit Schwerstabhängigkeit verantwortlich gemacht<sup>5</sup>. Eng verbunden mit der Sucht sind Beschaffungskriminalität und Prostitution.

Üblicherweise wird Heroin in die Vene gespritzt und führt nach kürzester Zeit zu einer schweren körperlichen und psychischen Sucht. Bei Nachlassen der Wirkung treten starke Unruhe mit Schweißausbrüchen, Herzkreislaufstörungen und Magen-Darm-Krämpfe auf, die in der Regel mit erneuten Injektionen beseitigt werden. Bewusstlosigkeit, Herzschwäche und Atemlähmung können bei Überdosis zum Tod führen. Neben Leberschäden sowie Magen- und Darmstörungen kommt es zu schwerwiegenden Infektionen durch unsterile Spritzen. Viele Drogenabhängige sind mittlerweile mit HIV („AIDS-Viren“) oder Erregern der infektiösen Leberentzündung (Hepatitis B/C) angesteckt. Die Drogenkarriere führt in der Regel in eine Mehrfach-Abhängigkeit (Polytoxikomanie), bei der verschiedene Substanzen - z.B. auch Schlafmittel und Alkohol - in Kombination zugeführt werden.

Hinweise auf einen Heroinmissbrauch sind Spritzen, Löffel mit Rußrückständen, in denen Heroin verflüssigt wird, und Einstichstellen oder Vernarbungen an den Innenseiten der Arme des Konsumenten.<sup>2, 6</sup>

Obwohl die Heroinsucht enorme soziale Probleme mit starken Reaktionen von Seiten der Bevölkerung verursacht, ist sie zahlenmäßig relativ gering vertreten. Nach der letzten Untersuchung (BUND) haben rund 1% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 39 Jahren in den alten Bundesländern im Laufe des Lebens Heroin konsumiert. Mit 0,2 % fällt diese Rate in den neuen Ländern noch wesentlich geringer aus (Abb. 3.2.5.1.1, S. 30). Da sich diese Zahlen bei genauerer Analyse im Wesentlichen auf eine relativ eng umgrenzte Altersgruppe der 20- bis 25jährigen beziehen, zeigt sich innerhalb dieser Gruppe ein nicht unerheblicher Anteil an problematischen Entwicklungen.

Weiterhin hat sich auch die Zahl der Rauschgiftdelikte deutlich erhöht. So stieg sie im Bereich der Stadt Bottrop von 296 im Jahr

#### Facetten der Schwerstabhängigkeit

1997 auf 390 im Jahr 1998 an.<sup>11</sup> 1999 war erneut eine Steigerung von 120 auf insgesamt 510 Delikte zu verzeichnen.

Die Befragung zum Gebrauch innerhalb der letzten 12 Monate erlaubt einen Überblick über die aktuelle Situation der Heroinabhängigkeit. Dabei geben 1990 in westlichen Bundesländern 0,1 % und 5 Jahre später 0,4 % der Befragten an, innerhalb der letzten 12 Monate Heroin gebraucht zu haben. Im Osten ergibt die Untersuchung keinerlei Heroinkonsum (Abb. 3.2.5.1, S. 30).

**Deutlich mehr  
Rauschgiftdelikte  
in Bottrop**

”

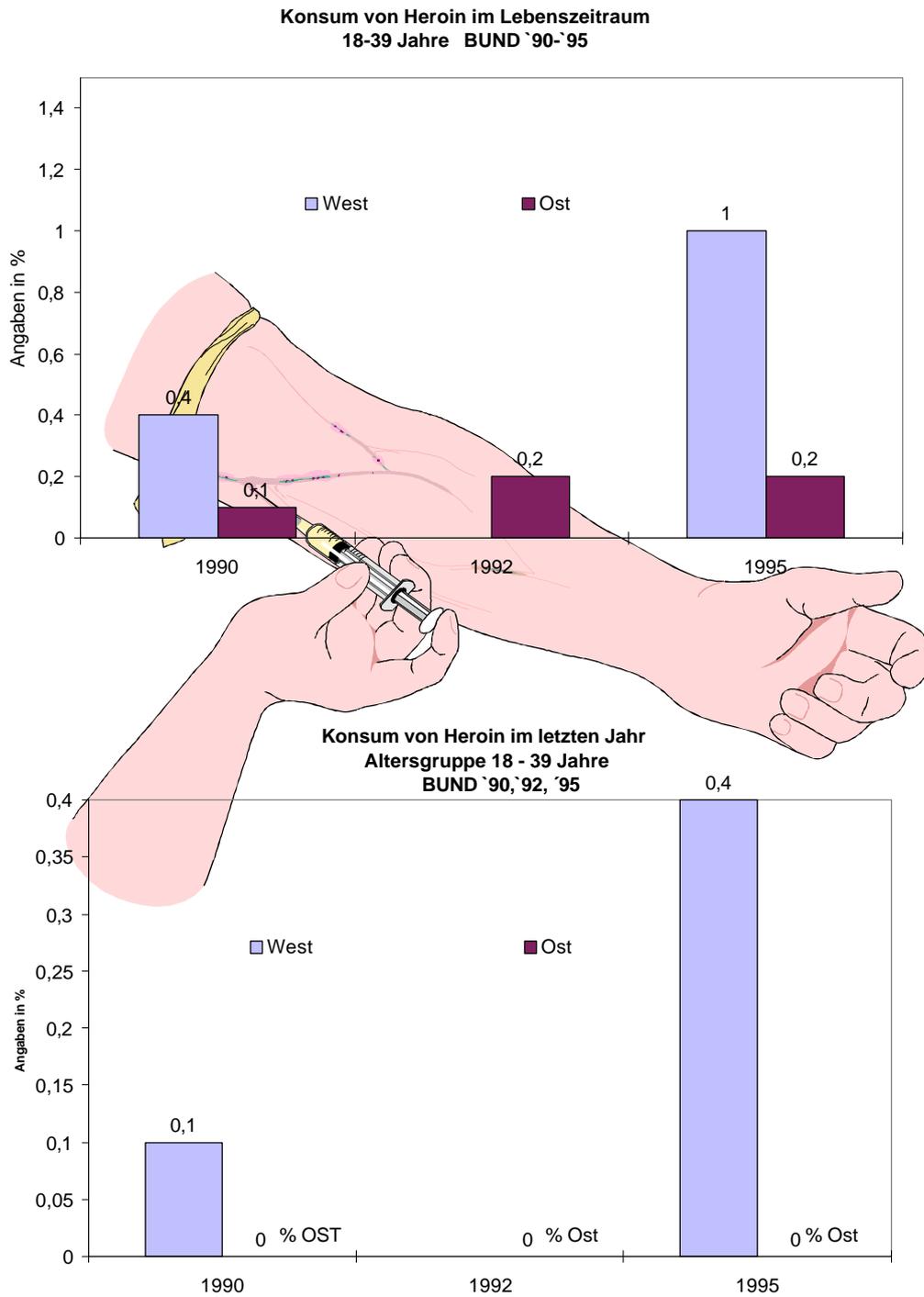
*Viele meinen zu Anfang, sie kommen damit klar; irgendwann kann man das nicht mehr sein lassen, dann sitzt man im Dreck mit allem was dazu gehört: mit Knast, Arbeit verlieren, Freunde verlieren.*

*. . . man ist auch allein irgendwie.*

”

*Jürgen, 34 Jahre, Bottroper Junkie seit fast 15 Jahren*

(Name geändert)



**Abb. 3.2.5.1: Der Konsum von Heroin im Lebenszeitraum von 18 bis 39 Jahren und während der letzten 12 Monate**

©GA Bottrop

Datenquelle: BUND

Aufgrund der relativ kleinen Zahl von Heroinkonsumenten insgesamt - und somit auch in den Stichproben der Studien - sind die vorliegenden Ergebnisse mit einer gewissen Fehlerquote behaftet. Trotz dieser Einschränkungen und nach Analyse aller vorliegenden Zahlen wird bundesweit und in Anlehnung daran auch für Bottrop Folgendes deutlich:

- die meisten Erfahrungen mit Heroin haben in Ost und West die unter 25jährigen gemacht,
- von 1990 bis 1995 zeigt sich ein deutlicher Zuwachs beim Konsum, besonders in der Altersgruppe von 18 bis 20 Jahren,
- rund 600 bis 1200 Personen sind schätzungsweise zur Zeit in Bottrop heroinabhängig. Dabei wird berücksichtigt, dass nach Untersuchungen die Anzahl der Drogenkonsumenten in Ballungszentren das 10fache gegenüber ländlichen Gebieten betragen kann.<sup>9</sup>

### **3.3 Diagnose „Medikamenten- und Drogenabhängigkeit“ bei Bottroper Krankenhauspatienten**

Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) legt regelmäßig Diagnosedaten für in Bottrop wohnhafte Krankenhauspatienten vor.

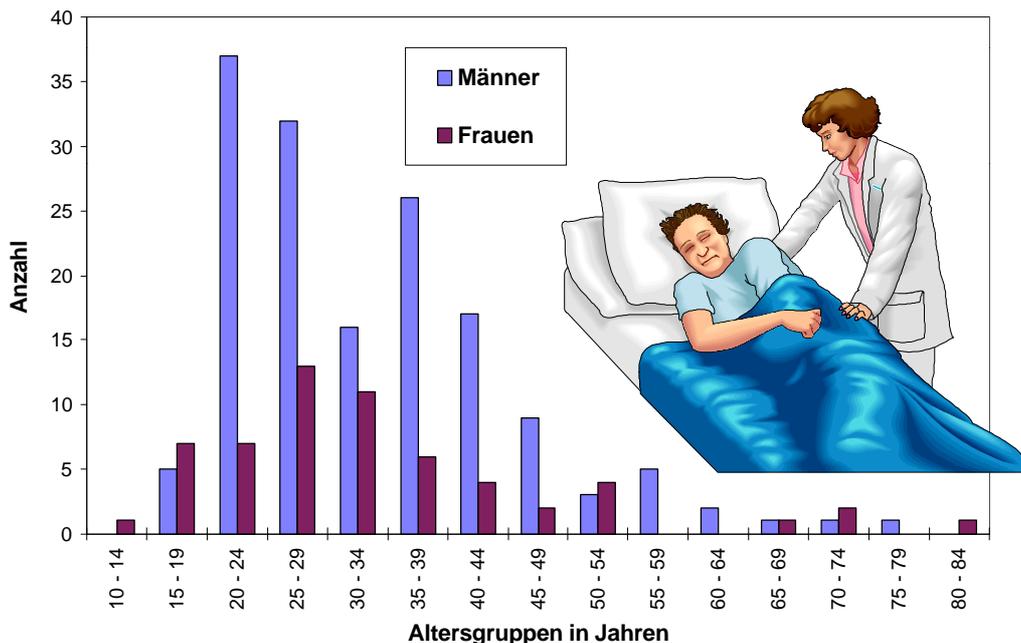
#### *ICD-Diagnoseziffern*

*Die Diagnosen bei der Krankenhausstatistik erfolgen nach den Regeln der Internationalen Klassifikation für Erkrankungen (ICD 9), die auf dreistelligen Schlüsselzahlen basiert. Beispielsweise bezeichnen die Ziffer ICD 304 eine Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und ICD 305 einen Missbrauch der Substanzen ohne Abhängigkeit.*



Die letzten zur Verfügung stehenden Zahlen für die Medikamenten- und Drogenabhängigkeit (ICD 304) beziehen sich auf das Jahr 1997. Dabei ist davon auszugehen, dass nicht alle suchstoffabhängigen Erkrankungen als solche diagnostiziert wurden. Da es sich jeweils um Angabe von Krankenhausfällen handelt, ist aufgrund eventueller Mehrfacheinweisungen die Zahl der Personen in der Regel geringer als die Zahl der Fälle.<sup>9</sup> Des weiteren

werden Daten über Abhängigkeitserkrankungen stark von der sozialen Problematik beeinflusst, da die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten von verschiedenen Sozialfaktoren abhängig ist.<sup>10</sup>

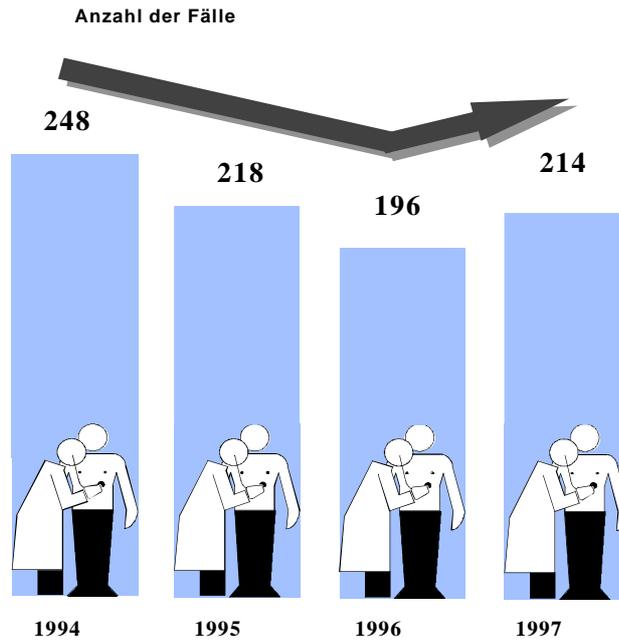


**Abb. 3.3.1: Krankenhausfälle für Bottrop 1997 nach Altersgruppen  
Diagnose: Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und -missbrauch (ICD304/305)**

© GA Bottrop

Datenquelle: lögd, HOSPIDat 1999

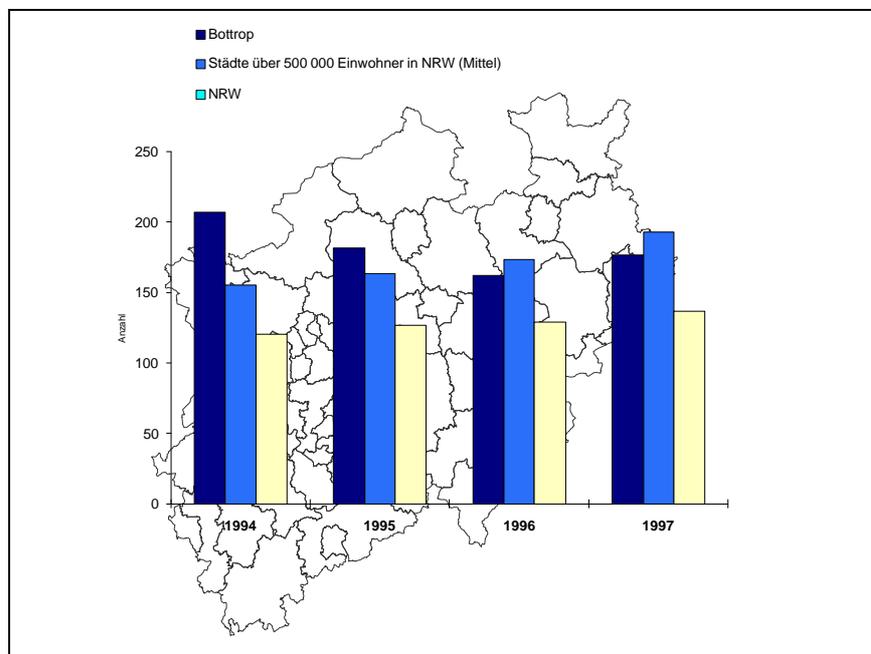
214 mal wurde bei Bottroper Bürgerinnen und Bürgern im Jahre 1997 eine Krankenhauseinweisung wegen Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und -missbrauchs erforderlich. Demgegenüber stehen 196 Fälle aus dem Jahre 1996, 218 Fälle aus dem Jahre 1995 und 248 aus 1994. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen, wobei der Schwerpunkt in der Altersgruppe der 20- bis 44jährigen liegt.



**Abb. 3.3.2: Krankenhausfälle für Bottrop - 1994 bis 1997  
Diagnose: Medikamenten-/Drogenabhängigkeit  
und -missbrauch (ICD 304/305)**

© GA Bottrop

Datenquelle: lögd, HOSPIDat 1999



**Abb. 3.3.3: Krankenhausfälle für Bottrop im Vergleich zu  
Oberzentren und NRW pro 100 000 Einwohner  
1994 bis 1997 (ICD 304/305)**

Vergleich Essen, Dortmund, Köln, Düsseldorf

© GA Bottrop

Datenquelle: lögd, HOSPIDat 1999

## Handlungsmöglichkeit



Bei den Krankenhausfällen für Bottrop hat sich der sinkende Trend der Jahre 1994 bis 1996 nicht weiter durchgesetzt (Abb. 3.3.2, S.33).

Trotz aller notwendigen Vorbehalte wird insgesamt deutlich, dass die Problematik der Krankenhauseinweisungen wegen Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und -missbrauchs den Steigerungen von Oberzentren Nordrhein-Westfalens mit mehr als 500 000 Einwohnern in der Entwicklung nahezu folgt, nachdem Bottrop in den Jahren 1994 und 1995 sogar höhere Raten aufwies. Die Durchschnittszahlen von NRW werden erwartungsgemäß deutlich überschritten (Abb. 3.3.3, S. 33).

### Literatur

- <sup>1</sup> Weber I. u.a.: *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland*, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1990
- <sup>2</sup> Parys, M.: *Wie wirken Drogen?*, aus: *Erziehungskunst* 4/1999, Themenheft Sucht, Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1999
- <sup>3</sup> Dörner, K., Plog, U.: *Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1996
- <sup>4</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Broschüre „Ecstasy“*, Köln 1999
- <sup>5</sup> Simon, R., Tauscher, M., Gessler, A.: *Suchtbericht Deutschland 1997*, Schneider Verlag Hohengehren, Hohengehren 1997
- <sup>6</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Broschüre „Suchtmittel, Behandlungsmöglichkeiten, Beratungsstellen“*, Köln 1999
- <sup>7</sup> Grotenhermen, F.: *Die Wirkungen von Cannabis und THC*, in: *Forschende Komplementärmedizin* 1999; 6 (suppl. 3), Hürth 1999

- <sup>8</sup> *Landesarbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung NRW (Hrsg.): Cannabis, Eine Information für Eltern, Lehrer/innen und alle weiteren Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen, Mühlheim a. d. Ruhr 1999*
- <sup>9</sup> *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1998, Verlag Neuland, Geesthacht 1997*
- <sup>10</sup> *Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens, Themenfeld 3, Bd. 8, Bielefeld 1996*
- <sup>11</sup> *Stadt Bottrop, Statistikstelle 13/2: Statistisches Jahrbuch 1997/98*
- <sup>12</sup> *Mitteilung des Polizeipräsidiums Recklinghausen, März 2000*

#### **Bezugsadressen**

- *Broschüre „Cannabis“:  
Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW  
GINKO - Kaiserstr. 90, 45468 Mühlheim a.d. Ruhr*
  
- *Broschüren zur Suchtprävention:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
51101 Köln*

## **4 Bottroper Bürger zum Thema Drogen -Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung-**

### **4.1 Vorgeschichte und Ziel**

#### **Verletzung eines Kindes**

Anstoß für die Umfrage war die Verletzung eines Kindes im sozialen Brennpunkt an einer achtlos weggeworfenen Spritze. Hier zeigte sich die Problematik der offenen Drogenszene mit dem Teilaspekt der Spritzenfunde auf Spielplätzen und in öffentlichen Anlagen.

Neben bereits vorhandenen Hilfen - zu nennen sind die Suchtberatungsstellen, die "Arbeitsgemeinschaft Sozialer Brennpunkt" und der Spritzenautomat mit Entsorgungsschacht (vergl. Kap. 5) - erstellte das Gesundheitsamt eine Broschüre über den richtigen Umgang mit gefundenen Spritzen (vergl. Kap. 6)<sup>1</sup>. Kontakte zum Drogenhilfesystem und zu den Bewohnern des sozialen Brennpunkts wurden verstärkt genutzt.

Auf Initiative des Gesundheitsamtes wurde an dieser Stelle das Instrument der Telefonbefragung eingesetzt, um mehr über den Informationsstand und die Ansichten Bottroper Bürgerinnen und Bürger zu erfahren. Gleichzeitig erhoffte man sich weitere Erkenntnisse über die drogenabhängigen Menschen als Zielpunkt der Bemühungen.

#### **Bürger- beteiligung**

Unter dieser Bürgerbeteiligung und den somit entstandenen öffentlichen Diskussionen sollten nunmehr weiterführende Handlungsmöglichkeiten eröffnet und neue Konzepte zur Drogenhilfe entwickelt werden.

### **4.2 Die computergestützte Telefonbefragung (CATI)**

Eintausend Personen erhielten im November 1998 in Bottrop einen Anruf von Interviewern des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) mit der Bitte, Fragen zum Themenbereich "Drogen" zu beantworten. Der bereits in anderen Städten erprobte Fragenkatalog wurde zuvor durch das Gesundheitsamt auf Bottroper Verhältnisse abgestimmt.

Die repräsentative Stichprobeneinziehung erfolgte nach einem neuen Verfahren, bei dem jeder Haushalt die Chance erhielt, in die Stichprobe zu gelangen. Nach der "Last Birthday-Methode" befragte man im Haushalt diejenige Person, welche zuletzt

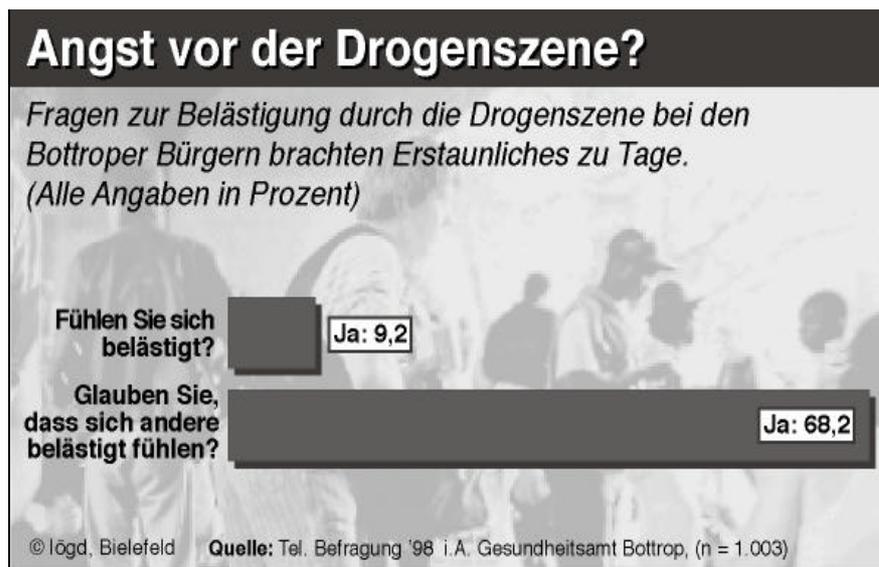
Geburtstag hatte. Zur Ermittlung wurden maximal 10 Kontaktversuche unternommen.

Durch diese Methode in Verbindung mit einer ständigen Kontrolle der Zusammensetzung der Stichprobe erhielt man einen repräsentativen gesellschaftlichen Querschnitt über die Meinung der Bürgerschaft.

In Zusammenarbeit mit der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg wertete das Iögd die erhobenen Daten aus und stellte die Ergebnisse in einer grafisch aufbereiteten Studie vor.<sup>2</sup>

### 4.3 Zentrale Ergebnisse

#### 4.3.1



**Frage a:**

“Fühlen Sie sich von der Drogenszene belästigt?”

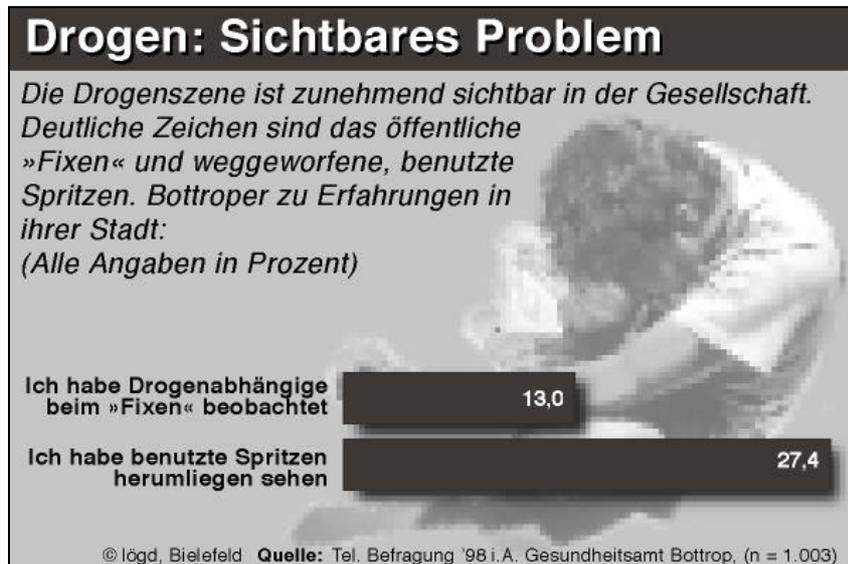
n = 1.003

**Frage b:**

“Glauben Sie, dass die Drogenszene in Bottrop für andere eine Belästigung darstellt?”

n = 1.003

## 4.3.2

**Frage a:**

*“Als Nächstes würde ich gerne von Ihnen wissen, welche konkreten Erfahrungen und Beobachtungen Sie gemacht haben. Haben Sie schon einmal in Bottrop Personen beim Spritzen von Drogen beobachtet?”*

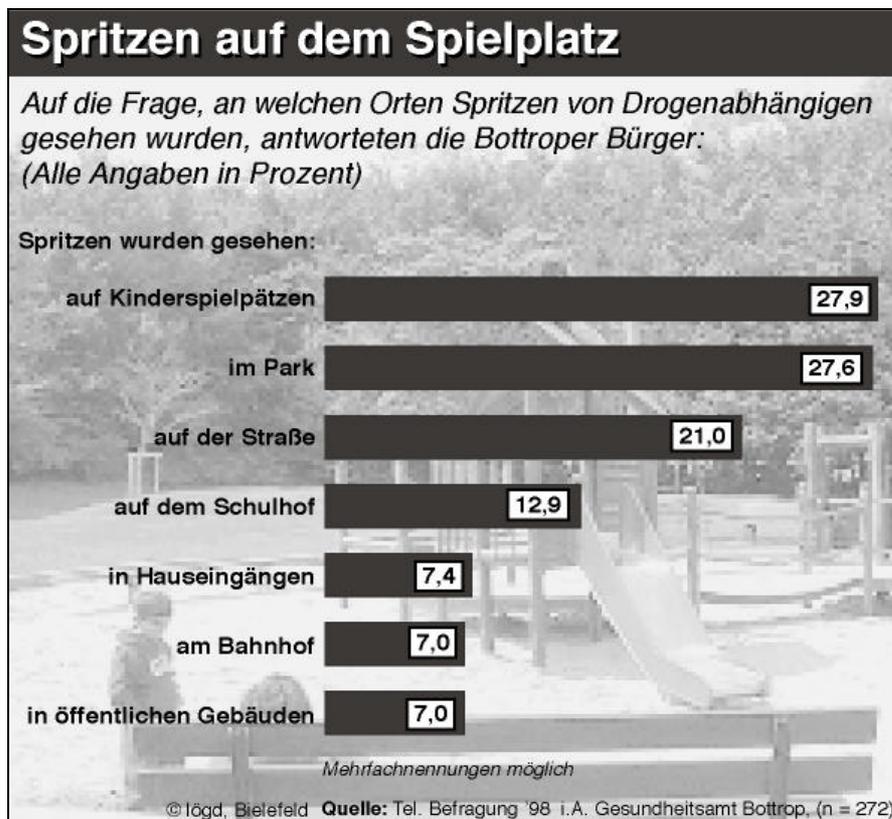
*n = 1.003*

**Frage b:**

*“Haben Sie schon einmal von Drogenabhängigen benutzte Spritzen in Bottrop herumliegen sehen?”*

*n = 1.003*

## 4.3.3

**Vorausgehende Einleitung:**

“Als Nächstes würde ich gerne von Ihnen wissen, welche konkreten Erfahrungen und Beobachtungen Sie gemacht haben ...”

**Vorausgehende Frage:**

“Haben Sie schon einmal von Drogenabhängigen benutzte Spritzen in Bottrop herumliegen sehen?”

n = 1.003

Ja = 275

Nein = 727

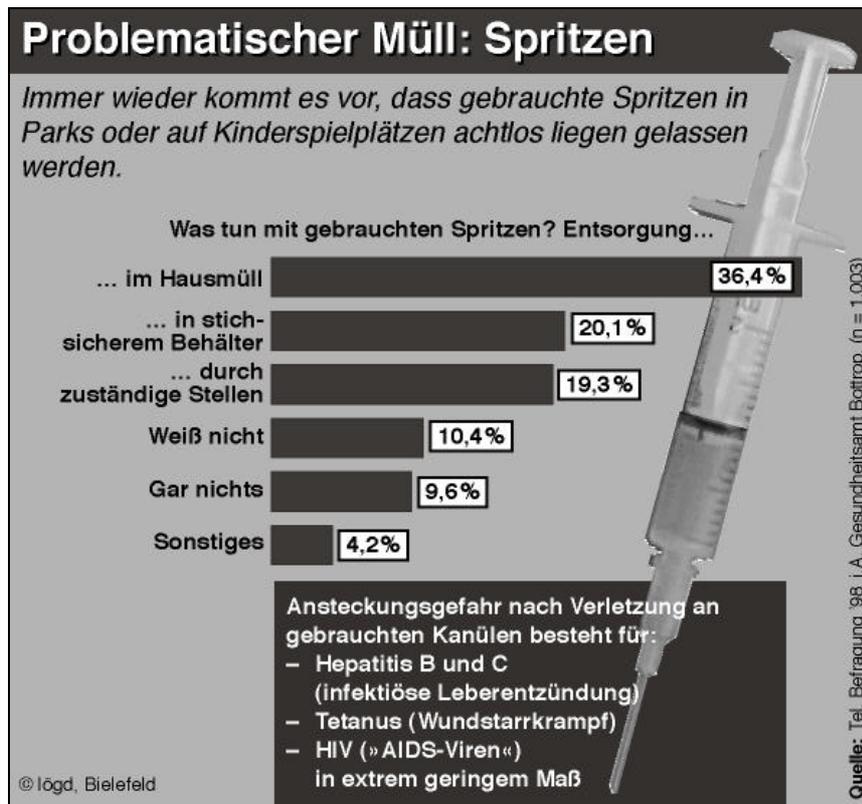
**Frage:**

“Können Sie sich erinnern, an welchen Orten Sie solche Spritzen gesehen haben?”

(Antwort wurde nicht vorgegeben)

n= 272

## 4.3.4



(Ausführliche Hinweise in Kapitel 6)

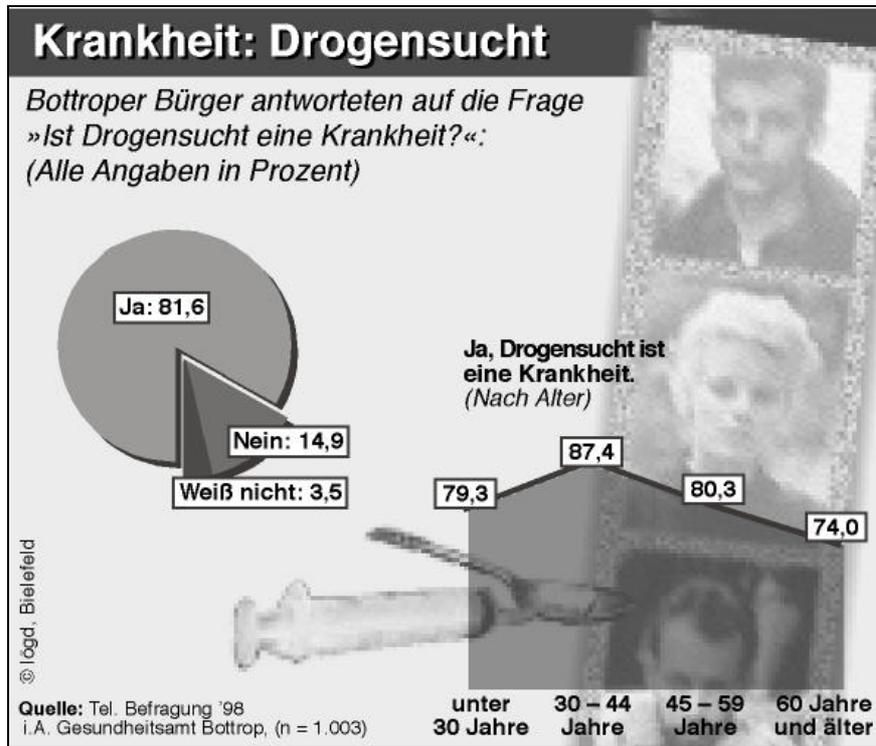
**Frage:**

“Was soll man Ihrer Meinung nach tun, wenn man eine benutzte Spritze findet?”

(Antwort wurde nicht vorgegeben)

n = 1.003

4.3.5

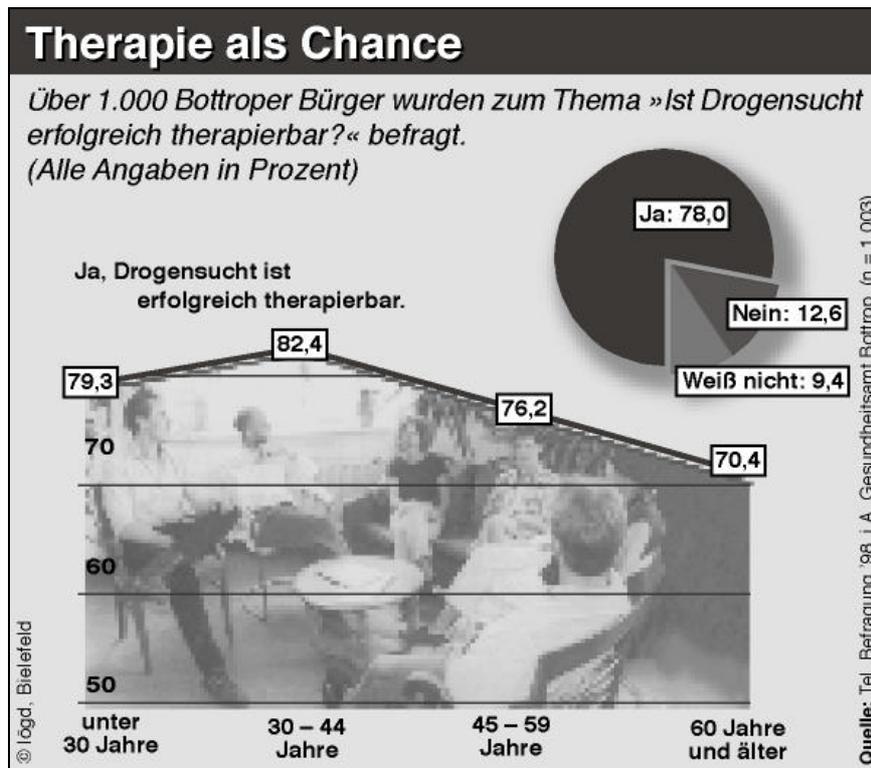


**Frage:**

“Ist Ihrer Meinung nach Drogensucht eine Krankheit?”

n = 1.003

## 4.3.6

**Frage:**

“Glauben Sie, dass Drogensucht erfolgreich therapierbar ist?”

$n = 1.003$

## 4.3.7

**Vorausgehende Frage:**

*“Halten Sie es für erforderlich, neben den bestehenden Beratungsstellen besondere Hilfsangebote für Drogenabhängige zu schaffen?”*

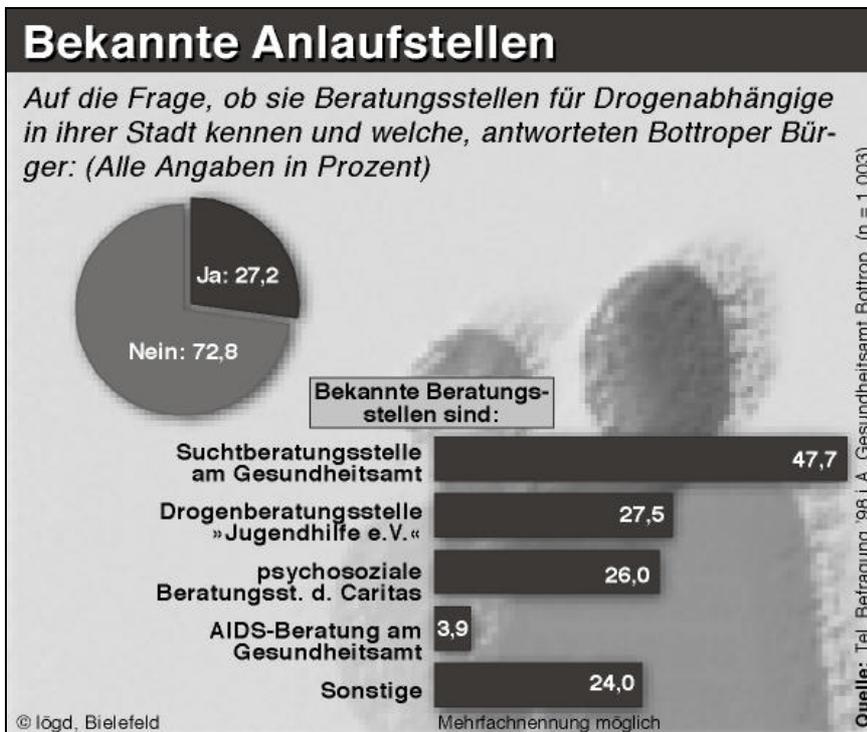
**Frage (Filter aus den Ja-Antworten):**

*“Welche besonderen Hilfsangebote halten Sie für erforderlich?”*

*(Antwort wurde vorgelesen)*

*n = 187*

## 4.3.8

**Frage a:**

“In Bottrop bieten verschiedene Stellen Beratung und Hilfe für Drogenabhängige an. Kennen Sie eine oder mehrere dieser Stellen?”

$n = 1.003$

Ja = 273

Nein = 730

**Frage b:**

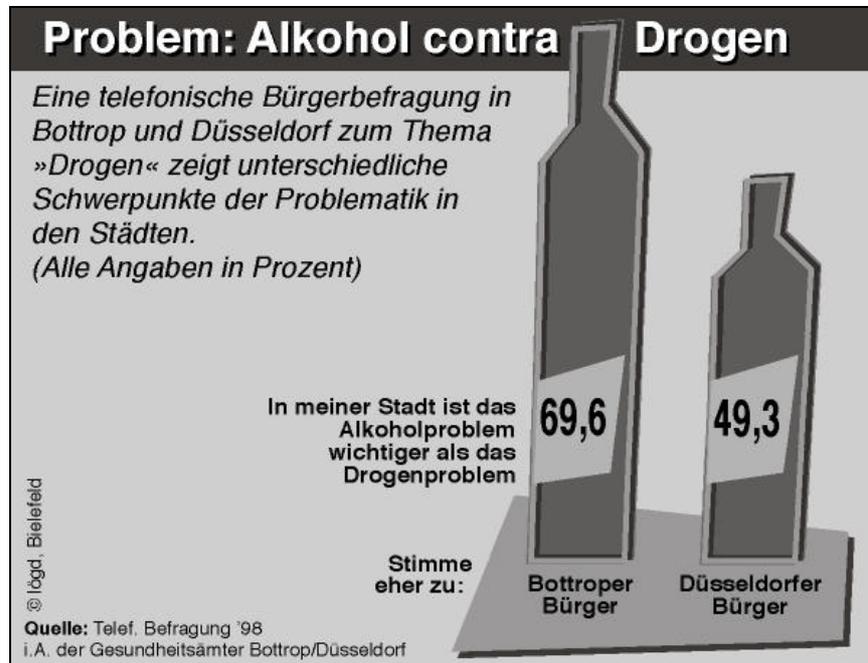
“Welche Beratungsstellen kennen Sie?”

(Antwort wurde vorgelesen)

$n = 187$

### 4.3.9 Vergleich der Kommunen Bottrop und Düsseldorf

#### 4.3.9.1



Frage:

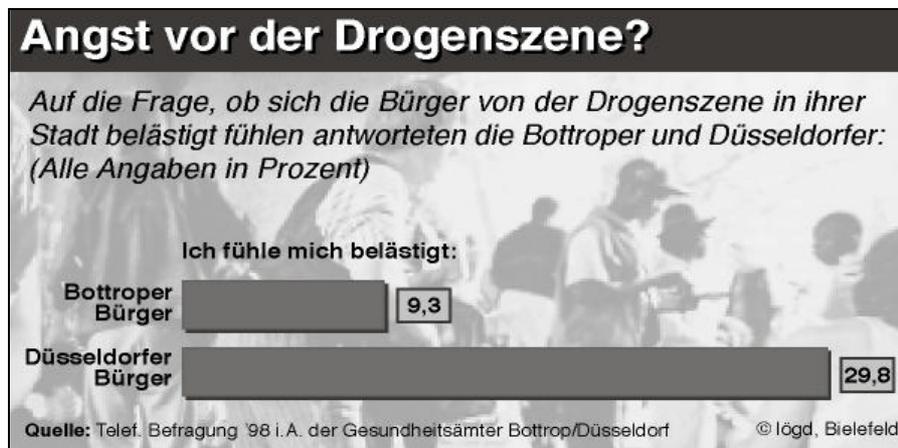
“In Bottrop/Düsseldorf ist das Alkoholproblem viel wichtiger als das Drogenproblem.”

“Stimme eher zu/lehne eher ab.”

$n = 687$  in Bottrop

$n = 755$  in Düsseldorf

## 4.3.9.2

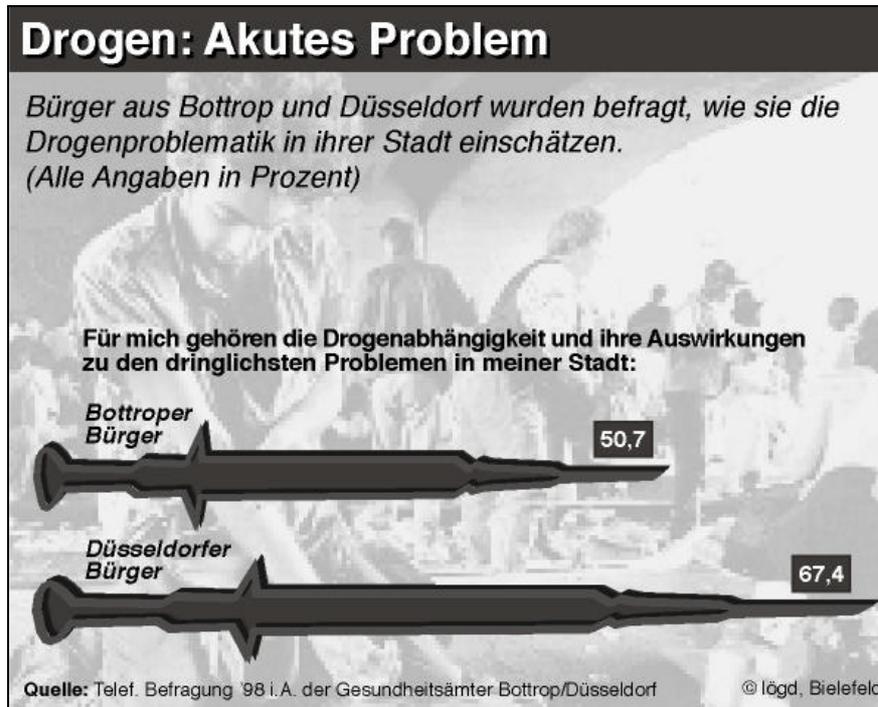
**Frage:**

“Fühlen Sie sich von der Drogenszene belästigt?”

$n = 985$  in Bottrop

$n = 1.003$  in Düsseldorf

## 4.3.9.3

**Frage:**

“Für mich gehören die Drogenabhängigkeit und ihre Auswirkungen zu den dringendsten Problemen in Bottrop/Düsseldorf.”

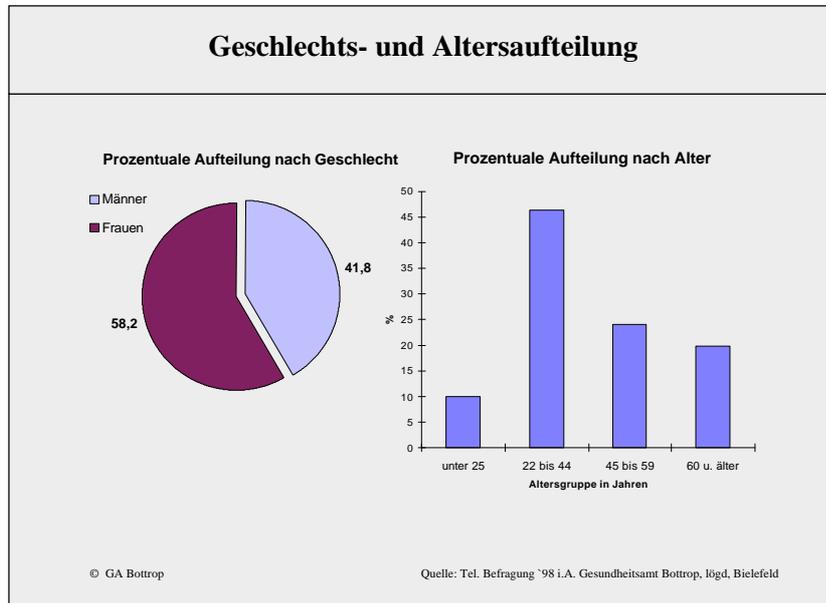
“Stimme eher zu/lehne eher ab.”

$n = 826$  in Bottrop

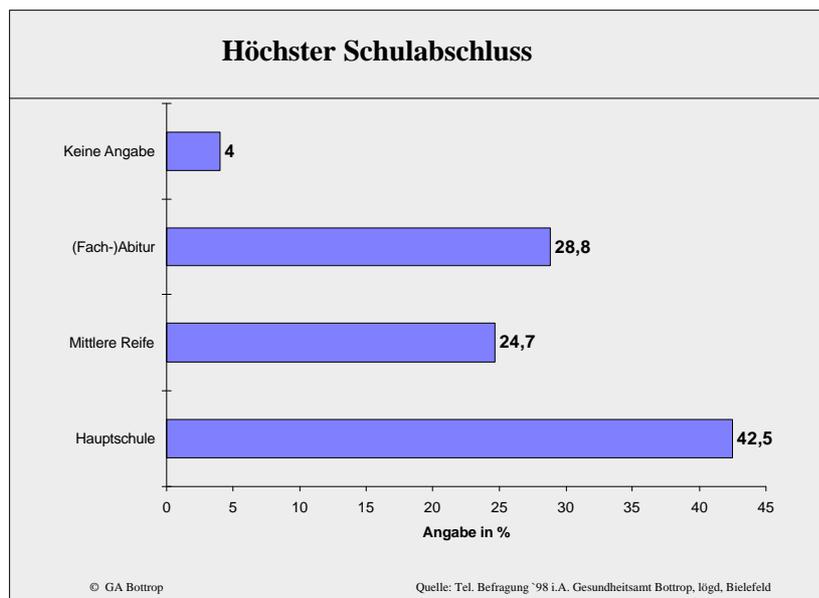
$n = 943$  in Düsseldorf

## 4.4 Beschreibung der Bevölkerungsstichprobe -Befragte-

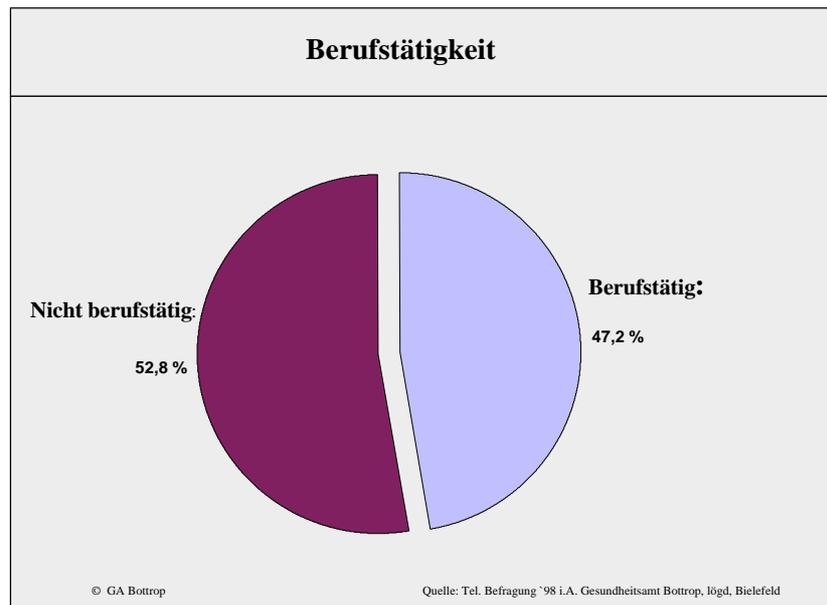
### 4.4.1



### 4.4.2



## 4.4.3



Zusammenfassend ist als ein Ergebnis der Umfrage festzuhalten, dass die Problematik der Drogenabhängigkeit mit ihren Folgewirkungen von der Bottroper Bevölkerung als ein wesentliches Problem angesehen wird. Im Vergleich zu Düsseldorf fühlen sich jedoch relativ wenige direkt von der Drogenszene belästigt. Offensichtlich herrscht eher die Einstellung, Drogensucht als Krankheitsbild anzusehen und eine helfende Haltung gegenüber den Betroffenen einzunehmen. Immerhin war ein Viertel der Bevölkerung informiert über mögliche Ansprechpartner. Beim Umgang mit achtlos weggeworfenen Spritzen nannte rund ein Fünftel der Befragten den richtigen Entsorgungsweg über einen stichsicheren Behälter.

Nachdenklich stimmen sollte allerdings der relativ hohe Anteil von Befragten, die weitere Hilfsangebote, insbesondere Kontaktstellen für Drogenabhängige, für erforderlich hielten.

**Handlungsmöglichkeit**



**Literatur:**

- <sup>1</sup> Stadt Bottrop, Gesundheitsamt, in Zusammenarbeit mit dem Referat für Öffentlichkeitsarbeit, Wirtschaftsförderung u. Marketing: *Gebrauchte Spritzen in Parkanlagen und auf Kinderspielplätzen - Was tun?*, Informationsblatt, 1998
- <sup>2</sup> Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst: *Bottroper Bürger zum Thema Drogen, Bericht zur telefonischen Umfrage (Cati), November 1998, Bielefeld 1999*

## 5 Einmalspritzen und Kondome als niedrigschwelliges Angebot an Automaten



*Die Enquetekommission des Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zur Eindämmung“ hat in ihrem Zwischenbericht vom Juni 1988 unter anderem die Bedeutung von Spritzenaustauschprogrammen ausdrücklich bestätigt. „Die Kommission kommt mehrheitlich zu dem Schluss, dass zur Vermeidung weiterer HIV-Infektionen die mit dem Spritzenaustauschprogramm verbundenen Bedenken in Kauf genommen werden können“, so der Wortlaut im damaligen Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und zugleich der Beginn eines zunächst umstrittenen und mittlerweile äußerst erfolgreichen Landesprogramms:*

An Geräten, die Zigarettenautomaten mit mehreren Warenschächten vergleichbar sind, können Drogenabhängige zu jeder Zeit weitgehend anonym und zu einem günstigen Preis sterile Spritzen, Injektionsnadeln und Kondome erwerben. Auch Spezialkondome für die Bedürfnisse homosexueller Männer werden angeboten. Seit 1997 gibt es zudem „Pflugesets“, die Alkoholtupfer zur Desinfektion der Haut und sterile Kochsalzlösung enthalten. Somit soll verhindert werden, dass Infektionen durch unsterile Handhabung oder den Gebrauch von verunreinigtem Wasser - z.B. aus Pfützen oder Toiletten - auftreten.

Beratungsstellen und Apotheken als häufig alleinige Bezugsquellen haben nur begrenzten Zugang; auch der jeweils wechselnde Bereitschaftsdienst der Bottroper Apothekerschaft ist innerhalb angemessener Zeit zu Fuß oft nicht erreichbar. Durch das ständige, stationäre Angebot sollen der gemeinsame Gebrauch von Spritzenbestecken (needle-sharing) und ungeschützte Sexualkontakte als wesentliche Infektionsquellen für schwerwiegende Erkrankungen verringert werden. Gleichzeitig ist der Automat mit einem speziellen Aufnahmesystem ausgestattet, in das gebrauchte Spritzenbestecke eingeworfen werden können, um eine fachgerechte Entsorgung zu sichern. Somit wird das Verletzungsrisiko durch gebrauchte Injektionsnadeln, die oft in Parks und auf Spielplätzen zu finden sind, insgesamt verringert.

Der Gesundheits- und Sozialausschuss der Stadt Bottrop entschließt sich 1989 am Landesprogramm teilzunehmen und einen Automaten auf dem Gelände des Gesundheitsamtes an einem

### Infektionsschutz

schlecht einsehbaren Ort zu installieren. Das Gerät wird von der AIDS-Koordination des Amtes und dem Landesverband der AIDS-Hilfe e.V. in Köln als Beauftragte der Regierung betreut. Kosten für Anschaffung, Reparatur oder regelmäßige Wartung übernimmt das Land Nordrhein-Westfalen. Die hiesige Polizei sichert zu, das Gelände nicht zu observieren.

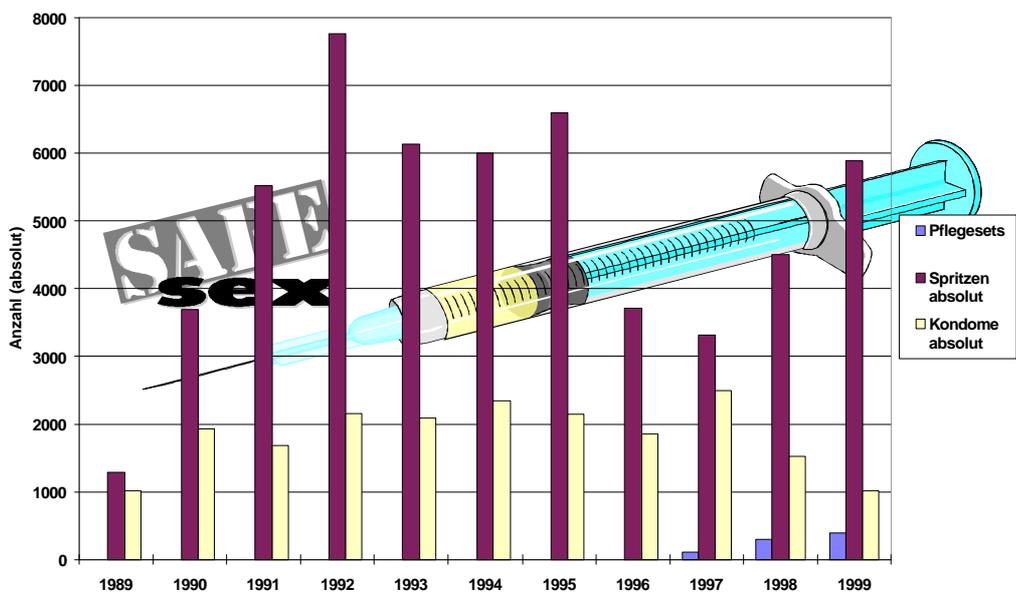


**Abb. 5.1: Der Spritzen- und Kondomautomat auf dem Gelände des Bottroper Gesundheitsamtes**

Bild: Stadt Bottrop, Monika Knorr

Nach § 29 des Betäubungsmittelgesetzes ist die Abgabe von Spritzen rechtlich zulässig.<sup>1</sup> Das Spritzenaustauschprogramm fördert den Heroinkonsum nicht, da der Gebrauch von Drogen in keinem Zusammenhang mit dem erleichterten Zugang von Injektionsbestecken steht. Auch die konsumierte Menge und die Häufigkeit des Heroingebrauchs werden nicht negativ beeinflusst. Da die persönliche Situation des Drogenabhängigen und keinesfalls die Möglichkeit, sterile Spritzen zu erwerben, Ausgangspunkt für die Nutzung von Therapieangeboten ist, verringert sich die „Therapiebereitschaft“ insgesamt nicht.<sup>2</sup> Letztendlich wird sogar die Erfahrung gemacht, dass Personen über den Kauf am Automaten zunehmend auch die Angebote der angrenzenden Beratungsstellen im Gesundheitsamt in Anspruch nehmen.

Mittlerweile werden aufgrund des unbestreitbaren Nutzens für den Infektionsschutz in zahlreichen Kommunen und Kreisen des Landes 74 Automaten durch 55 Träger unterhalten. Als richtungweisend gilt dabei die Einrichtung von neun Geräten im Kreis Ahlen, welche von der dortigen AIDS-Hilfe betreut werden. In der Statistik folgt danach die Anonyme Drogenberatung in Recklinghausen mit vier Geräten. In der Regel werden jedoch ein bis zwei Geräte von einer Einrichtung betreut, wobei viele Städte und Gemeinden als unterversorgt gelten. Ziel ist es, das bestehende Angebot zu verdichten, um somit durch die verbesserte Verfügbarkeit den Gesamtumsatz weiter zu steigern.



**Abb. 5.2: Umsätze des Bottroper Spritzen- und Kondomautomaten von 1989 bis 1999**

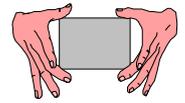
©GA Bottrop

Quelle: Eigene Erhebungen

Zahlen sprechen für sich: Seit 1989 wurden am Bottroper Automaten 54412 Einmalspritzen und -kanülen sowie 20250 Kondome entnommen.

Die problemlose Bereitstellung von Spritzen und Kondomen über Automaten in Verbindung mit speziellen Entsorgungsmöglichkeiten hilft mit, die Zahl der Infektionen mit dem „AIDS-Virus“ (HIV) und Erregern der infektiösen Leberentzündung (insbesondere Hepatitis B und C) zu verringern. Rückblickend auf zehnjährige Erfahrung kann festgestellt werden, dass sich diese Maßnahme bewährt hat. Durch die Aufstellung eines zweiten Automaten in der Stadt Bottrop könnte der Zugang weiter erleichtert und somit eine Umsatzsteigerung insgesamt erreicht werden. Als möglicher Standort bietet sich aufgrund der räumlichen Strukturen und Einzugsgebiete der Ortsteil Kirchhellen an.

### Handlungsmöglichkeit



#### **Literatur:**

- <sup>1</sup> *Erlass des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen vom 10. August 1999*
- <sup>2</sup> *AIDS-Hilfe NRW e.V.: AIDS-Prävention in NRW (Faltblatt), Köln*
- <sup>3</sup> *AIDS-Hilfe NRW e.V. (Hrsg.): Spritzenautomatenprojekt NRW, Leitfaden für Interessenten, Köln 1999*

#### **Bezugsadresse:**

*AIDS-Hilfe NRW e.V., Hohenzollernring 48, 50672 Köln*

## 6 Gebrauchte Spritzen in Parkanlagen und auf Kinderspielplätzen - Informationsblatt<sup>1</sup>



### *Ein Problem, das ernst genommen werden muss!*

#### **Was tun?**

Immer wieder kommt es vor, dass gebrauchte Spritzen von Drogenabhängigen im Park oder auf Kinderspielplätzen achtlos liegen gelassen werden. Dabei wenden sich Eltern und Anwohner oft an das Gesundheitsamt, weil sie Gefahren für sich und ihre Kinder befürchten.

Das Risiko mit einer Krankheit angesteckt zu werden, ist gering. Bislang ist kein Fall einer Ansteckung mit AIDS-Viren (HIV) durch weggeworfene Spritzen bekannt. Dies liegt daran, dass in abgetrockneten Blutresten die entsprechenden Krankheitserreger abgestorben sind.

Dennoch müssen die Sorgen der Bürgerinnen und Bürger ernst genommen werden. Eine Gefahr besteht insbesondere dann, wenn flüssige Blutbestandteile durch Stichverletzungen in die Blutbahn geraten. Zwar ist eine Ansteckung mit AIDS-Viren auch dann noch sehr unwahrscheinlich, weil dafür relativ viele Viren erforderlich sind. Es können aber andere Krankheiten, insbesondere Hepatitis B und C (ansteckende Leberentzündung) oder Tetanus übertragen werden.

### *Wie entsorgen Sie gebrauchte Spritzen?*

#### **Richtige Entsorgung von Spritzen**

Obwohl Mitarbeiter der Stadtverwaltung Bottrop die Anlagen regelmäßig reinigen und das Gesundheitsamt sterile Spritzen und deren sichere Entsorgung anbietet, lässt es sich nicht verhindern, dass immer wieder gebrauchte Injektionsbestecke gefunden werden.

Entsorgt werden können gebrauchte Spritzen am besten, indem sie in stichsichere, verschließbare Behälter getan und mit diesen in den üblichen Hausmüll (Restmüll) gegeben werden. Geeignet sind z.B. Behälter aus festem Plastik mit Schraubverschlüssen. Beachten Sie dabei bitte Folgendes.

- Tragen Sie bei Arbeiten in Grünanlagen Schutzhandschuhe.

- Greifen Sie niemals in verstreuten Müll oder in Mülleimer und weisen Sie Kinder darauf hin, dies auch nicht zu tun.
- Fassen Sie Spritzen immer nur am Plastikkörper an, nie direkt an der Nadel; benutzen Sie möglichst ein Greifwerkzeug.
- Kinder sollten gefundene Spritzen nicht aufnehmen, sondern Erwachsene darum bitten.
- Stecken Sie *nie* die Schutzkappe auf die Kanüle.
- Werfen Sie Spritzen nur in stichsichere Behälter, welche dann über den Hausmüll (Restmüll) entsorgt werden können.

*An wen können Sie sich wenden?*

Ansprechpartner sind:

- AIDS-Koordination  
am Gesundheitsamt, Telefon 70-3525
- Suchtberatungsstelle am Gesundheitsamt, Telefon 70-3528
- Gesundheitsaufsicht, Telefon 70-3537



*Wenn es bereits zu einer Stichverletzung gekommen ist...*

1. Blutfluss fördern durch sanften Druck auf das umliegende Gewebe (bluten lassen). *Nicht* an der Wunde saugen.
2. Die Wunddesinfektion sollte mit einem geeigneten Desinfektionsmittel erfolgen.
3. Am selben Tag Vorstellung bei einem Arzt. Dieser sollte:
  - a) den Unfall genau dokumentieren,

- b) Blut entnehmen, um mit den Testreihen (Hepatitis und HIV) zu beginnen,
  - c) je nach Impfschutz Impfung gegen Hepatitis B und Tetanus vornehmen (an Impfbuch denken).
4. Am Tag nach der Stichverletzung Nachuntersuchung zum Ausschluss von Entzündungen der Wunde.
5. Weitere Nachuntersuchungen zum Ausschluss von Folgeerkrankungen sollten nach sechs Wochen sowie drei, sechs und zwölf Monaten erfolgen. Dabei sollten auch jeweils ein Hepatitis- und ein HIV-Test durchgeführt werden.

<sup>1</sup> *Stadt Bottrop, Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem Referat für Öffentlichkeitsarbeit, Wirtschaftsförderung und Marketing: Gebrauchte Spritzen in Parkanlagen und auf Kinderspielplätzen - Was tun? , Informationsblatt, Bottrop 1998*

*Bezugsadresse:  
Stadt Bottrop, Gesundheitsamt,  
Gladbecker Str. 66, 46215 Bottrop,  
Tel.:70-3528, 70-3537*

## 7 Entwicklung der Substitutionsbehandlungen in Bottrop vor dem Hintergrund der rechtlichen Bestimmungen

von Sylvia Demelius, *Amtsapothekerin*

*Der Konsum illegaler Drogen birgt das Risiko somatischer, psychischer und sozialer Störungen. Manifeste Drogenabhängigkeit ist in der Regel mit eindeutig schädlichen Folgen und Einschränkungen des Erlebnis- und Verhaltensspielraums verbunden. Das vermehrte Auftreten von AIDS, Tbc, Hepatitis-Erkrankungen bei Drogenabhängigen, deren soziale Verelendung und die ständig zunehmende Beschaffungskriminalität haben den gesellschaftlichen Konsens ermöglicht, Heroinabhängige im Sinne einer Schadensminimierung zu substituieren, das heißt, Heroin durch andere, dem Heroin ähnliche Morphinabkömmlinge zu ersetzen. Denn häufig kann nur die Substitution den Drogenabhängigen in die Lage versetzen, aus seinem (häufig kriminellen) Beschaffungskreislauf herauszukommen, ein weitgehend "normales" Leben zu führen und ggf. Therapiemöglichkeiten anzunehmen.*



Die Diskussion, welche morphinähnlichen Stoffe zur Substitution geeignet sind, wurde durch die Novellierung des Betäubungsmittelrechts am 1. Februar 1998 vorerst beendet. Der behandelnde Arzt darf gem. § 5 Abs. 3 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) nun Zubereitungen der folgenden Morphinabkömmlinge verordnen:

- Levomethadon
- Methadon oder
- ein anderes zur Substitution zugelassenes Arzneimittel sowie in anders nicht behandelbaren Ausnahmefällen
- Codein
- Dihydrocodein (DHC)

*Levomethadon (L-Methadon), ist in Deutschland unter dem Handelsnamen L-Polamidon als Analgetikum bei starken Schmerzen zugelassen. Levomethadon kann außerdem sehr effizient Entzugssymptome von heroinabhängigen Patienten lindern. Es verschafft dem Konsumenten allerdings nicht den erwünschten "Kick" des Heroins.*

*Methadon* ist eine Mischung von zwei Substanzen aus in ihrer räumlichen Struktur spiegelbildlichen Molekülen, und zwar je zur Hälfte aus Levomethadon und seinem räumlichen Spiegelbild. Wirksam ist nur das Levomethadon. Deshalb ist die Mischung nur etwa halb so wirksam wie Levomethadon. Sie muss daher doppelt so hoch dosiert werden, um die gleiche Wirkung wie Levomethadon zu erreichen, ist aber in der Herstellung deutlich preiswerter. Durch die Plasmahalbwertszeit (Verweildauer im Blut) des Methadons von 16 bis 60 Stunden können die meisten Substitutionspatienten mit einer einmaligen Gabe pro Tag behandelt werden.

*Codein* und *Dihydrocodein (DHC)* sind ebenfalls Abkömmlinge des Morphins und als wichtige schmerz- und hustenreizstillende Wirkstoffe in zahlreichen Arzneimitteln enthalten.

*Levomethadon* und *Methadon* unterfallen aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials schon seit Jahrzehnten den Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts. Der Verbrauch wird streng überwacht, die Verschreibung als reguläres Schmerzmittel oder zur Substitution von Heroin hat auf einem speziellen Betäubungsmittelrezept zu erfolgen.

*Codein* und *Dihydrocodein (DHC)* können dagegen bedenkenlos in Schmerz- und Hustenmitteln eingesetzt werden. Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann das Abhängigkeitspotenzial vernachlässigt werden. Codein- und dihydrocodeinhaltige Arzneimittel sind deshalb zwar verschreibungspflichtig, sie unterfallen in diesen Zubereitungen nicht dem Betäubungsmittelrecht.

*Codein* und *Dihydrocodein (DHC)* wurden seit Anfang der 90er Jahre zunehmend auch als Substitutionsmittel verschrieben. Da diese Substitution nicht im Rahmen der BtMVV erfolgte und eine sorgfältige Einzelüberwachung deshalb nicht möglich war, wurde dies als "graue Substitution" bezeichnet. Folglich entzog sie sich der Überwachung und damit der wesentlichen Forderung an jede Substitutionstherapie, nicht nur den Patienten zu stabilisieren und zu reintegrieren, sondern den Ausstieg aus der Abhängigkeit durch kontrollierte Verabreichung des Substitutionsmittels sowie begleitende Psycho- und Sozialtherapie zu ermöglichen.

Die Substitution mit *Codein* und *Dihydrocodein (DHC)* hat außerdem gegenüber dem Methadon bzw. dem Levomethadon einige wesentliche Nachteile:

- Die Wirksamkeit unterscheidet sich im Verhältnis 10 : 1. Um die gleiche Wirkung zu erzielen, muss die zehnfache Menge von Codein oder DHC eingenommen werden.

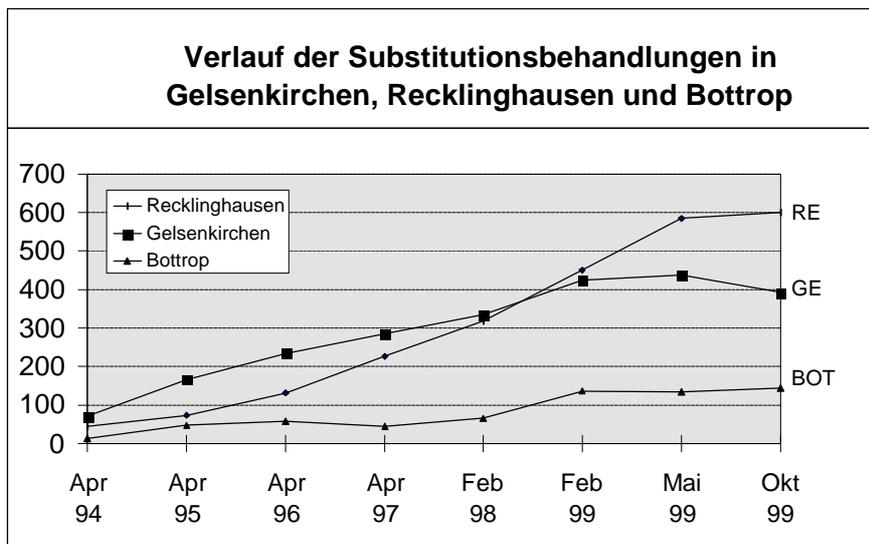
- Die Plasmahalbwertszeit von Codein bzw. DHC ist sehr kurz, so dass mehrmalige Einnahmen pro Tag erforderlich sind.
- Die dadurch bedingten starken Schwankungen der Codein-Konzentration im Blut führen auch zu starken Schwankungen des physischen und des psychischen Zustandes des Patienten.

Nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit und seinen nachgeordneten Behörden sowie des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel sind Codein und DHC daher grundsätzlich nicht zur Substitution geeignet und allenfalls als Substitutionsmittel der zweiten Wahl anzusehen.

Dem wachsenden Problem der Drogenabhängigkeit trug erstmals im Jahr 1988 die Landesregierung von NRW durch einen vorsichtigen Beginn der heute allgemein üblichen Substitutionstherapie Rechnung. Erst die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) von 1992 und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) zum 01.02.1993 (geändert in den Jahren 1994, 1998 und zuletzt zum 01.04.2000), und die damit verbundene Zulassung der Anwendung von Betäubungsmitteln (BtM) an betäubungsmittelabhängigen Patienten brachte dann auch bundesweit den Durchbruch.

Die Novellierung der BtMVV zum 01.02.1998 diente schließlich dazu, einheitliche Standards bei der Verschreibung *aller* Substitutionsmittel festzulegen sowie die "graue Substitution" mit Codein und DHC zu erfassen und zugunsten des Methadons zurückzudrängen. NRW hatte wegen seines "Vorsprungs" von 5 Jahren (ab 1988) im Vergleich zu den anderen Bundesländern bereits umfangreiche Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung gewinnen können (s. Erlass des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) "Verordnung anderer Betäubungsmittel an AIDS-krankte Opiatabhängige" vom Dezember 1987. Diese Erfahrungen fanden weitgehend Eingang in die BtMVV.

Abb. 7.1:



Datenquelle: Erhebung der Amtsapothekerin

Abb. 7.1. zeigt den Verlauf der Substitutionsbehandlungen in meinem Aufsichtsbereich (Kreis Recklinghausen sowie die Städte Gelsenkirchen und Bottrop) von April 1994 bis Oktober 1999.

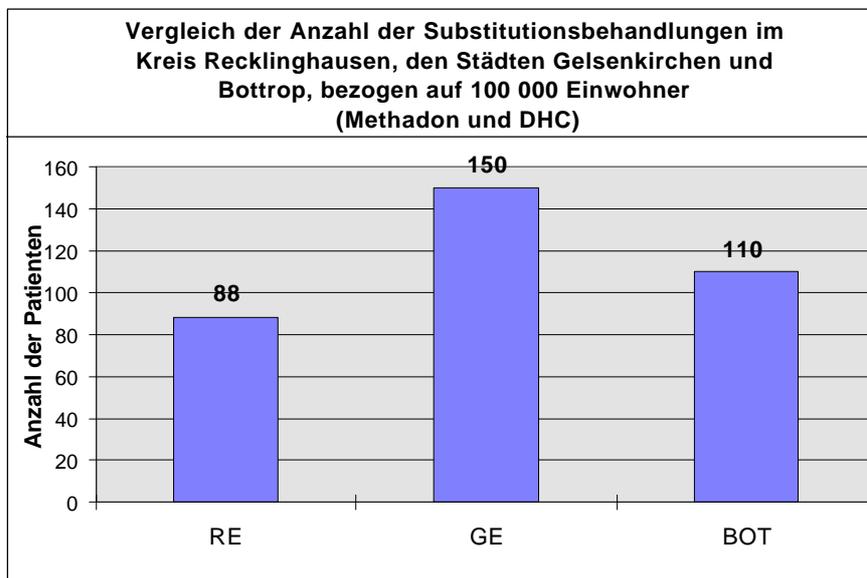
Am 01.04.1994 gab es in *Bottrop* (120.000 Einwohner) 14 Patienten, die substituiert wurden, am 01.02.1998 waren es 65. Wesentlich steiler war der Anstieg in der Nachbarstadt *Gelsenkirchen* (296.000 Einwohner). Dort haben wir 1994 mit 72 Patienten begonnen, am 01.02.1998 waren es 333. Weniger steil verlief der Anstieg dagegen im *Kreis Recklinghausen* (660.000 Einwohner). Am 01.04.1994 waren es 46, am 01.02.1998 318 Patienten. Der steile Anstieg zwischen dem 01.02.1998 und dem 01.02.1999 in allen Kommunen ist vor allem auf die seit dem 01.02.1998 nun auch vorgeschriebene Erfassung der Substitution mit Codein bzw. DHC zurückzuführen.

So sinnvoll die Novelle der BtMVV vom 01.02.1998 auch war, sie erwies sich jedoch aus der Sicht der Überwachung durch eine Neuregelung als problematisch:

Bis zum 01.02.1998 bestand für die behandelnden Ärzte eine Verpflichtung, alle Substitutionsbehandlungen bei der für die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs zuständigen Behörde (Amtsapothekerin) anzuzeigen. Bei der Novellierung musste diese Anzeigepflicht aus formalrechtlichen Gründen aus der BtMVV gestrichen werden. Deshalb sind die seit diesem Datum erhobenen Zahlen nicht mehr aussagekräftig. Sie basieren lediglich auf

freiwilligen Angaben der Ärzte und eigenen Recherchen im Rahmen der Überwachung des BtM-Verkehrs.

**Abb. 7.2:**

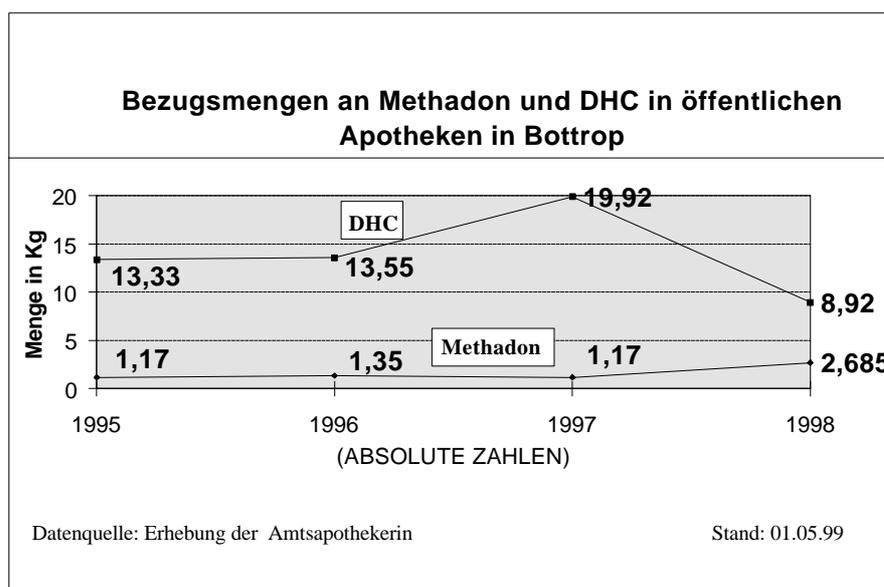


Datenquelle: Erhebung der Amtsapothekerin

Stand: 01.05.99

Bei der Umrechnung der absoluten in relative Zahlen, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner, zeigt sich, dass die Stadt Bottrop mit 110 Substitutionsbehandlungen pro 100.000 Einwohner eine höhere "Substitutionsdichte" hat als der Kreis Recklinghausen, allerdings eine geringere als die Stadt Gelsenkirchen.

**Abb. 7.3:**

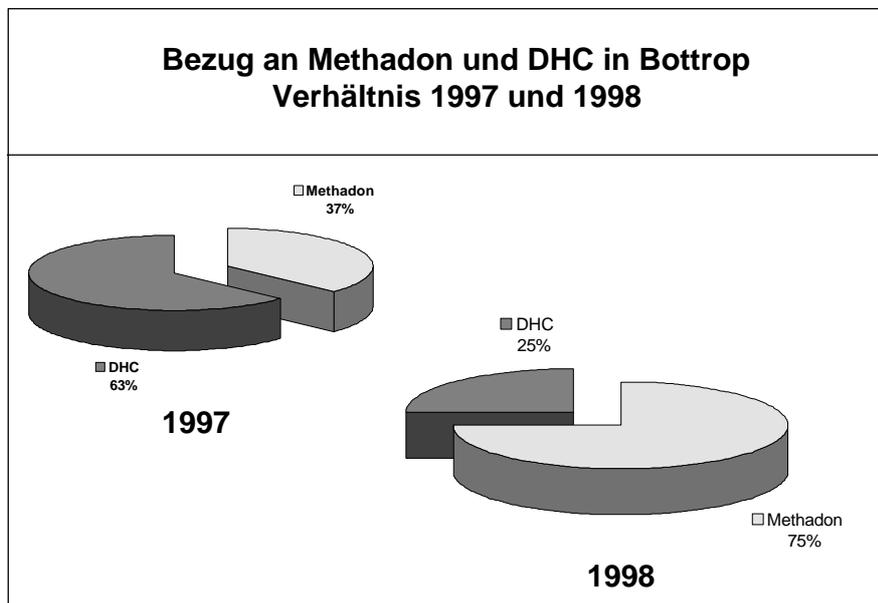


Datenquelle: Erhebung der Amtsapothekerin

Stand: 01.05.99

Vergleiche auch Abb.7.4

Abb. 7.4:



Datenquelle: Erhebung der Amtsapothekerin

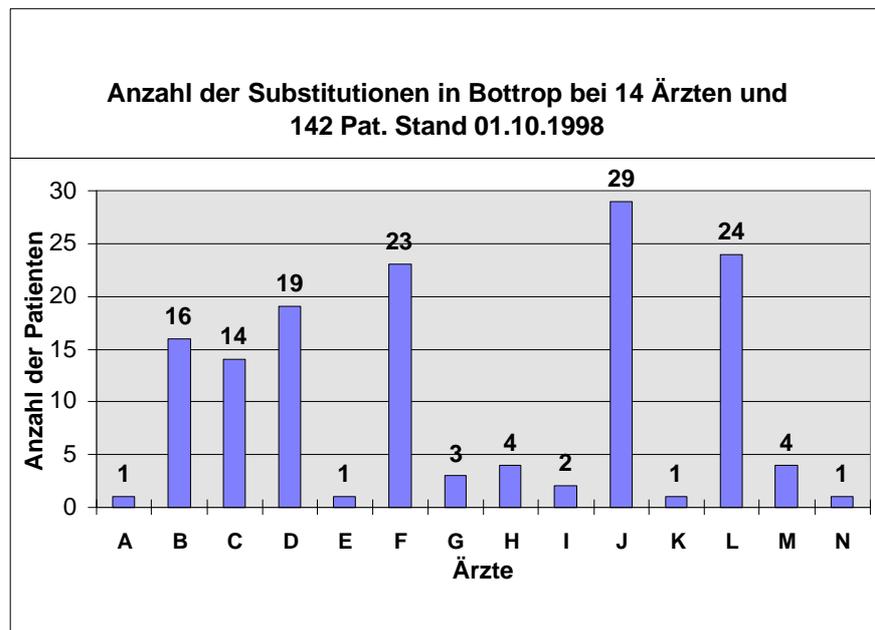
Stand: 01.05.99

Die Abbildungen 7.3 und 7.4. zeigen die Bedeutung der "grauen Substitution" mit Codein bzw. DHC, die letztlich zur Novellierung der BtMVV vom 01.02.1998 führte.

Wurden im Jahr 1990 in ganz Deutschland etwa 38 kg reines Codein bzw. DHC in Apotheken verarbeitet, waren es im Jahr 1996 bereits 5,5 Tonnen. In meinem Aufsichtsbereich lag der Verbrauch im Jahr 1997 bei ca. 152 kg, allein in der Stadt Bottrop bei 19,9 kg. Bei einem Umrechnungsfaktor der Wirksamkeit von Codein bzw. DHC auf Methadon von 1 : 10 ergab sich, dass im Jahr 1997 in Bottrop mehr Patienten mit Codein bzw. DHC substituiert wurden als mit Methadon. Im Bundesdurchschnitt wurden zu diesem Zeitpunkt etwa genau so viele Abhängige mit Methadon substituiert wie mit Codein bzw. DHC – mit all den genannten negativen Folgen.

Nach der Novellierung der BtMVV nahm der DHC-Verbrauch in den Apotheken der Stadt Bottrop um ca. 11 kg ab, der von Methadon um ca. 1,5 kg zu. Unter Berücksichtigung der Wirksamkeit von Methadon und DHC standen die Abnahme von Codein bzw. DHC und die Zunahme von Methadon in etwa im Gleichgewicht.

Abb. 7.5

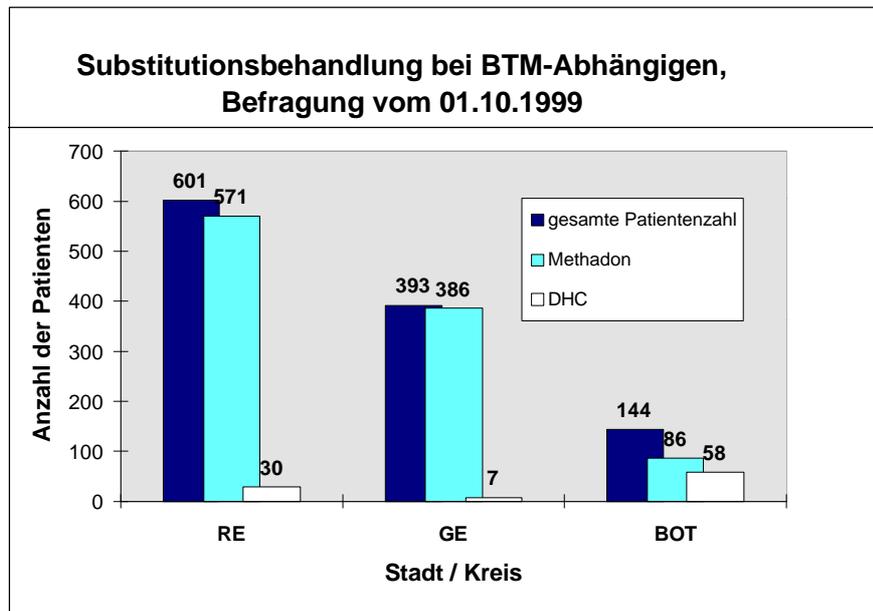


Datenquelle: Erhebung der Amtsapothekerin

Um – trotz der Streichung der früheren Meldepflicht der substituierenden Ärzte in der BtMVV-Novelle vom 01.02.1998 - einen Überblick über die Entwicklung der Zahl und Art der Substitutionsbehandlungen zu erhalten, wurde mit Stichtag 01.10.1998 in Bottrop eine Befragung bei 61 Ärzten (allgemeinärztlich und fachärztlich internistisch tätige Ärzte) durchgeführt. Dabei sollte nicht nur die Zahl der substituierten Patienten, sondern auch die der substituierenden Ärzte festgestellt werden.

Es zeigte sich, dass 14 Ärzte in Bottrop Substitutionsbehandlungen an 142 Patienten durchführen, neun von ihnen aber nach wie vor nur mit DHC. Dies erklärt auch den noch immer hohen Verbrauch von Codein bzw. DHC in den Apotheken der Stadt Bottrop.

Abb. 7.6



Datenquelle: Erhebung der Amtsapothekeerin

Die gleiche Befragung wurde mit Stichtag 01.10.1999 durchgeführt. Die Zahl der substituierten Patienten in Bottrop hatte sich mit 144 gegenüber 1998 kaum verändert. Die Zahl der mit Codein bzw. DHC substituierten Patienten lag mit 58 im Vergleich zu („nur“) 86 Methadonpatienten jedoch immer noch sehr hoch.

Erst nach dem Auslaufen der in der BtMVV festgelegten Übergangsfristen zum 31.12.1999 ging die Substitution mit Codein bzw. DHC merklich zurück. Unsere erneute Nachfrage ergab, dass in Bottrop nur noch 17 Patienten im Rahmen eines „nicht anders behandelbaren Ausnahmefalls“ weiterhin mit Codein bzw. DHC substituiert wurden.

### Zusammenfassende Bewertung:

Hauptziel der Novellierungen der betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen im Bereich der Substitution war es, die gesellschaftlichen Probleme durch die Drogenproblematik zu mildern, den Abhängigen das Leben zu erleichtern, sie wieder in die Gesellschaft zu integrieren *und* ihren Ausstieg aus der Abhängigkeit durch kontrollierte Verabreichung des Substitutionsmittels sowie begleitende Psycho- und Sozialtherapie zu ermöglichen. Dazu

musste dringend die "graue Substitution" mit Codein bzw. Dihydrocodein (DHC) auf die nicht anders behandelbaren Ausnahmefälle zurückgeschnitten werden. Dies ist offensichtlich gelungen.

***Quellenangabe:***

- *Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG) vom 28.07.1981 in der Fassung vom 01.03.1994 (BGBl. I S.358), zuletzt geändert durch die Zwölfte Verordnung vom 07.10.1998 (BGBl. I Nr. 68, S. 3126)*
- *Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - BtMVV) vom 20.01.1998 (BGBl. I S. 74) in der zur Zeit gültigen Fassung*
- *BGA Pressedienst vom 19. Mai 1994: „Zukünftig keine Substitution bei Abhängigen mit Codein und Dihydrocodein?“*
- *Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) vom 28. Dezember 1987: „Verordnung anderer Betäubungsmittel bei AIDS-kranken Opiatabhängigen“*
- *Fortlaufende Erhebungen der Amtsapothekerin für den Aufsichtsbereich Kreis Recklinghausen und die Städte Bottrop und Gelsenkirchen*

## 8 Umsetzung des „Projektes Borsigweg“

### Verbesserung der sozialen Lage

Der vorliegende Gesundheitsbericht unterstützt insbesondere durch die Ergebnisse der repräsentativen Befragung zur Drogenproblematik (vergl. S. 49) ein Projekt des Sozialpsychiatrischen Dienstes (Gesundheitsamt) im „sozialen Brennpunkt“ der Stadt, welches im Vorfeld immer wieder der Kritik verschiedener Institutionen ausgesetzt war und nunmehr in der ursprünglich vorgesehenen Konzeption begonnen werden konnte.



Fotos: Frank Hölker, Februar 2000

Abb. 8.1: Eindrücke aus der Siedlung „Borsigweg“

Das Vorhaben soll zum einen durch die Vermittlung ansässiger Haushalte in regulären Wohnraum die Integration der betroffenen Bewohner in der Stadt ermöglichen und die Situation der Siedlung durch Freizug von Wohnungen insgesamt entschärfen.

**Wohnraum-  
vermittlung**

Darüber hinaus ist geplant, eine Kontaktstelle für Drogenabhängige einzurichten, die über ein Café, Alltagshilfen wie Duschen und Waschmaschine sowie gezielte, tagesstrukturierende Angebote verfügt. Angebunden werden zudem einzelne Notschlafstellen, um bei Neuzugang direkte Motivationshilfen zur Annahme professioneller Unterstützung, zum Beispiel durch Vermittlung von Therapien, geben zu können.

**Kontaktstelle**

Finanziert wird das Projekt hauptsächlich durch zwei Modellprogramme des Landes.

## **8.1 Konkrete Planung**

Seit dem 01.01.2000 wurde mit der Wohnraumvermittlung durch Einstellung einer Sozialarbeiterin mit Erfahrung in der Nichtsesshaften-Hilfe begonnen. Diese Fachkraft soll durch einen weiteren Mitarbeiter unterstützt werden. Es zeigt sich bereits jetzt, dass die Nachfrage nach Wohnraumvermittlung wesentlich höher ist, als zunächst angenommen.

**Hohe  
Nachfrage**

Voraussichtlich gegen Ende des Jahres wird die Kontaktstelle nach umfangreichen Umbauarbeiten in einem ehemaligen Wohngebäude der Siedlung zur Verfügung stehen und mit einer weiteren Fachkraft besetzt. Hier soll dann auch der zentrale Standort für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes entstehen.

*Anmerkung der Redaktion:*

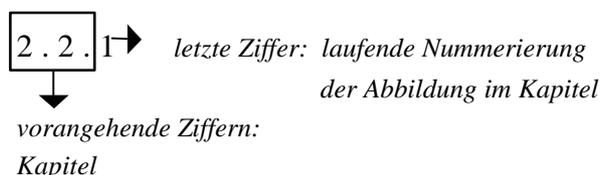
*Im letzten Kapitel soll zukünftig auch über die Handlungsempfehlungen der Kommunalen Gesundheitskonferenz und Maßnahmen zur Umsetzung berichtet werden.*

## Verzeichnis der Abbildungen

Seite

### *Hinweis zur Benutzung*

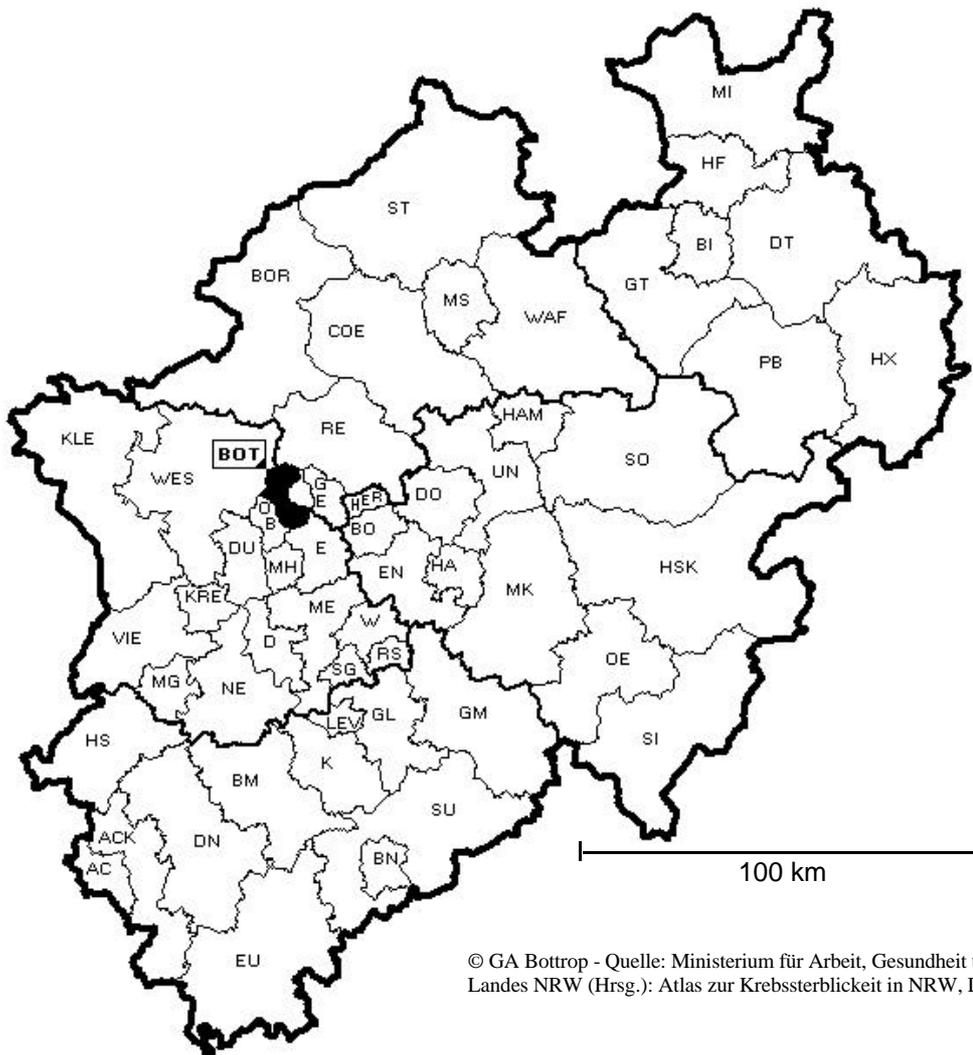
*Beispiel: 1. Abbildung in Kapitel 2.2*



1.1.1	Die Lage der Stadt Bottrop innerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen.....	9
1.2.1	Anteil der Beschäftigten nach Wirtschaftsbereichen.....	10
1.2.2	Flächennutzung.....	11
1.3.1	Einwohnerzahl zum 31.12.1999 - getrennt nach Geschlecht.....	11
1.3.2	Ausgewählte Altersgruppen der Bevölkerung von Bottrop zum 31.12.1997 .....	12
2.1.1	Geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Bottrop und NRW - Mittelwert 1991 - 1995 in Jahren.....	15
2.2.1	Sterbefälle im Ruhrgebiet nach Geschlecht - Mittelwert 1995 - 1997 je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert .....	16
2.2.1.1	Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr in Bottrop und NRW je 1000 Lebendgeborene - gleitendes Mittel 1995 - 1997.....	18
3.2.2.2.1	Der Konsum von Amphetaminen im Lebenszeitraum von 18 bis 39 Jahren (BRD).....	24
3.2.4.1	Der Konsum von Kokain im Lebenszeitraum von 18 bis 39 Jahren (BRD).....	27
3.2.5.1	Der Konsum von Heroin im Lebenszeitraum von 18 bis 39 Jahren und während der letzten 12 Monate.....	30
3.3.1	Krankenhausfälle für Bottrop nach Altersgruppen 1997 Diagnose: Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und -missbrauch (ICD 304/305) .....	32
3.3.2	Krankenhausfälle für Bottrop - 1994 bis 1997 Diagnose: Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und -missbrauch (ICD 304/305).....	33

3.3.3	Krankenhausfälle für Bottrop im Vergleich zu Oberzentren und NRW pro 100 000 Einwohner 1994 bis 1997 (ICD 304/305).....	33
4.3.1	Angst vor der Drogenszene?.....	37
4.3.2	Drogen: Sichtbares Problem.....	38
4.3.3	Spritzen auf dem Spielplatz .....	39
4.3.4	Problematischer Müll: Spritzen.....	40
4.3.5	Krankheit: Drogensucht .....	41
4.3.6	Therapie als Chance .....	42
4.3.7	Mehr Hilfen für Fixer .....	43
4.3.8	Bekannte Anlaufstellen.....	44
4.3.9.1	Problem: Alkohol contra Drogen.....	45
4.3.9.2	Angst vor der Drogenszene?.....	46
4.3.9.3	Drogen: Akutes Problem.....	47
4.4.1	Geschlechts- und Altersaufteilung.....	48
4.4.2	Höchster Schulabschluss.....	48
4.4.3	Berufstätigkeit.....	49
5.1	Der Spritzen- und Kondomautomat auf dem Gelände des Bottroper Gesundheitsamtes .....	51
5.2	Umsätze des Bottroper Spritzen- und Kondomautomaten von 1989 bis 1999.....	52
7.1	Verlauf der Substitutionsbehandlungen in Gelsenkirchen, Recklinghausen und Bottrop.....	60
7.2	Vergleich der Anzahl der Substitutionsbehandlungen im Kreis Recklinghausen, den Städten Gelsenkirchen und Bottrop, bezogen auf 100 000 Einwohner (Methadon und DHC) .....	61
7.3	Bezugsmengen an Methadon und DHC in öffentlichen Apotheken in Bottrop.....	61
7.4.	Bezug an Methadon und DHC in Bottrop - Verhältnis 1997 und 1998 .....	62
7.5	Anzahl der Substitutionen in Bottrop bei 14 Ärzten und 142 Patienten - Stand 01.10.1998.....	63
7.6	Substitutionsbehandlungen bei BTM-Abhängigen - Befragung vom 01.10.1999 .....	64
8.1.1	Eindrücke aus der Siedlung „Borsigweg“ .....	66

## Anlage 1: Kreise und kreisfreie Städte von Nordrhein-Westfalen



<b>AC</b>	Aachen	<b>GT</b>	Gütersloh	<b>OE</b>	Olpe
<b>ACK</b>	Aachen Kreis	<b>HA</b>	Hagen	<b>PB</b>	Paderborn
<b>BI</b>	Bielefeld	<b>HAM</b>	Hamm	<b>RE</b>	Recklinghausen
<b>BM</b>	Erfdkreis	<b>HER</b>	Herne	<b>RS</b>	Remscheid
<b>BN</b>	Bonn	<b>HF</b>	Herford	<b>SG</b>	Solingen
<b>BO</b>	Bochum	<b>HS</b>	Heinsberg	<b>SI</b>	Siegen-Wittgenstein
<b>BOR</b>	Borken	<b>HSK</b>	Hochsauerlandkreis	<b>SO</b>	Soest
<b>BOT</b>	Bottrop	<b>HX</b>	Höxter	<b>ST</b>	Steinfurt
<b>COE</b>	Coesfeld	<b>K</b>	Köln	<b>SU</b>	Rhein-Sieg-Kreis
<b>D</b>	Düsseldorf	<b>KLE</b>	Kleve	<b>UN</b>	Unna
<b>DN</b>	Düren	<b>KR</b>	Krefeld	<b>VIE</b>	Viersen
<b>DO</b>	Dortmund	<b>LEV</b>	Leverkusen	<b>W</b>	Wuppertal
<b>DT</b>	Lippe	<b>ME</b>	Mettmann	<b>WAF</b>	Warendorf
<b>DU</b>	Duisburg	<b>MG</b>	Mönchengladbach	<b>WES</b>	Wesel
<b>E</b>	Essen	<b>MH</b>	Mülheim a.d. Ruhr		
<b>EN</b>	Ennepe-Ruhr-Kreis	<b>MI</b>	Minden-Lübbecke		
<b>EU</b>	Euskirchen	<b>MK</b>	Märkischer Kreis		
<b>GE</b>	Gelsenkirchen	<b>MS</b>	Münster		
<b>GL</b>	Rheinisch-Bergischer Kreis	<b>NE</b>	Neuss		
<b>GM</b>	Oberbergischer Kreis	<b>OB</b>	Oberhausen		

